

ook weinig plaats door het ter beschikking komen van de gelatinederivaten. Dit geldt des te sterker waar het shock toestanden betreft die veroorzaakt zijn door diffuse intravasale stolling.

Literatuur: ADMIRAAL, J. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 172.
— BRENTJENS, J. R. H., C. TH. SMIT SIBINGA en L. WIJNJA, *Diffuse intravasale stolling*. Mededeling uit de Interne Kliniek APSAZ Groningen. — BRISMAN, R., L. C. PARKS en J. A. HALLER JR. (1968) *J. Amer. med. Ass.* **204**, 824. — HOUTZAGERS, J. J. R. Shock behandeling door plasma-substitutie. *Omnia praescribendi gratia* Nr. 27. — MAILLOUX, L., C. D. SWARTZ en R. CAPIZZI (1967) *New Engl. J. Med.* **277**, 1113.
— MALTBY, J. R. (1968) *Brit. J. Anaesth.* **40**, 552.

Tilburg, 16 januari 1969 W. I. H. E. EIJGENRAAM

APPENDICITIS TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Als ik de auteurs WYMENGA en BENNEN (1969) heb begrepen, behandelen zij perforatieperitonitis met toediening van penicilline en streptomycine. Als huisarts, dus niet rechtstreeks betrokken bij de behandeling van deze aandoening, heb ik hieromtrent geen persoonlijke ervaring. Ik zou echter willen vragen of het niet mogelijk is, ook bij de antibiotische behandeling van de perforatieperitonitis van het algemene principe uit te gaan, de medicatie te baseren op het resultaat van het resistentiepatroon van de gekweekte bacteriën.

Literatuur: WYMENGA, J. H. en J. BENNEN (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 6.

Groningen, 5 januari 1969 A. LÖWENBERG

Wij zijn het volledig eens met collega LÖWENBERG, dat bij een perforatie-peritonitis de antibiotische therapie gericht moet zijn op het resistentiediagram van de gekweekte bacterie. Dit is ook in onze kliniek te doen gebruikelijk. Bij het sluiten van de buik zijn echter de bacteriën nog niet geïdentificeerd en verlopen er in de regel 2 dagen, voordat de bacterie en diens gevoeligheid bekend zijn.

Daarom beginnen we met intraperitoneale en intramusculaire toediening van penicilline en streptomycine in afwachting van de kweekuitslag.

De keuze van deze antibiotica berust enerzijds op gegevens uit de literatuur (PULASKI 1954), anderzijds op onze eigen ervaring, dat deze combinatie bij de meestal aanwezige menginfectie van coli en streptokokken werkzaam is.

Blijkt nu (in de regel na 2 dagen), dat de gekweekte bacterie ongevoelig is voor bovengenoemde antibiotica, dan wordt de antibiotische therapie voortgezet overeenkomstig het resistentiepatroon. De intraperitoneale toediening is dan in de regel reeds gestaakt.

Literatuur: PULASKI, E. (1954) *Surgical infections*. C. C. Thomas, Springfield, Illinois.

Groningen, 22 januari 1969 J. H. WYMENGA

NARCOSE-ONGEVALLLEN

Moge de Redactie mij vergunnen mijn medisch-juridische beschouwingen nog op één punt aan te vullen en wel naar aanleiding van de belangrijke bijdragen aan de gedachtenwisseling geleverd door de collegae VAN DIJK (cardioloog) en TEIJEN (anesthesist) in dit Tijdschrift (1969). De eerste viel — terecht — over de weinig gelukkige aanduiding van KÖRNER van circulatiestilstand als een „onverwachte gebeurtenis”. Daargelaten of het *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal* gelijk heeft of onverwachts (een typisch

bijwoord) toch ook wel als bijvoeglijk naamwoord mag worden gebruikt (resp. misbruikt) of een gebeurtenis alleen maar een „onverwachte” gebeurtenis kan zijn, bestaat er een fijn taalkundig en ook medisch-juridisch verschil tussen beide. Want onverwacht is vrijwel identiek met „onvoorzien” en onverwachts met „plotseling, zonder er op voorbereid te zijn”.

Niemand zal de juistheid van de stelling van collega VAN DIJK kunnen betwisten, die hierop neer komt: gegeven de gevaren aan elke narcose verbonden, moet men ten allen tijde en onder alle omstandigheden op de — grote en kleine — daaraan meekomende risico's voorbereid zijn. En ik onderschrijf volkomen zijn mening dat overheidsingrijpen ingebrekestelling zou impliceren. Wat niet wil zeggen, dat uitblijven van overheidsingrijpen neer zou komen op erkenning door de overheid, dat de artsenwereld ter zake niet in gebreke en dus niet aansprakelijk zou kunnen worden gesteld. Dat is trouwens een probleem waarvan de beoordeling geen discretionaire bevoegdheid van de overheid uitmaakt, maar tot de competentie van de bevoegde rechter (zowel burgerrechtelijk als strafrechtelijk) behoort.

Geneeskunst uitoefenen is een beroep, dat meer dan „normale diligentie” (= zorgvuldigheid) vereist, daar het hoogste goed van de patiënten — hun leven, hun gezondheid, hun bestaan — in meerdere of mindere mate op het spel staat. Dat is bij elke narcose het geval; de „calamiteits-frequentie” moge voor de risico-beoordeling (kansrekening), o.a. uit een oogpunt van verzekeerbaarheid, van belang zijn, uit een oogpunt van „voorzienbaarheid”, ook van „voorbereid zijn” is ze irrelevant. Daarom maakte de redactie een denkfout toen zij, gegeven een frequentiepremissie van 1:5000 een verschil in de mate van „onverwacht(s)heid” tussen grote en kleine inrichtingen zag. Beide soorten inrichtingen behoren in gelijke mate op de mogelijkheid van dergelijke calamiteiten „voorbereid” te zijn. Ten onrechte wil de redactie wachten op frequentiestatistiek en het nemen van maatregelen aan de dan eventueel „achtergebleven” blijvende ziekenhuizen overlaten, resp. aan de officiële instanties. Dat standpunt is in strijd met de volmondige erkenning door de redactie, dat in iedere operatiekamer een oscilloscoop aanwezig „behoort” te zijn.

Wie dat als juist aanvaardt — en dat doe ik als expert op het terrein van „specialisten- en ziekenhuizen-WA-verzekering” gaarne — moet ook de consequenties van dat standpunt durven aanvaarden: *afwezigheid is niet langer te verantwoorden*, zodat de desbetreffende collegae zich schuldig nalatig behoren te voelen, indien zij bereid blijven bij afwezigheid van oscilloscoop te opereren (onder narcose), resp. narcose te geven. Zij kunnen — medisch-ethisch en zowel burgerrechtelijk als strafrechtelijk en tuchtrechtelijk — die schuldige nalatigheid (ook in de gesloten ziekenhuizen) niet afschuiven op hun directies. Niet de ziekenhuizen, maar de artsen beslissen hier. Laat men niet wachten tot de rechter het uitmaakt: elk slachtoffer is er één en voor haar of zijn gezin maakt het geen enkel verschil of vader, moeder of kind als 500ste in een kleine of in een grote inrichting dit (nood)lot trof, vooral als men moet ervaren, dat door schuldige nalatigheid de kans op herstel, zij het nog zo weinig, gedaald geacht moet worden.

Effectiever dan alle gedachtenwisseling zou op korte termijn een stap van een zo groot mogelijk aantal ziekenhuis- en specialisten-WA-assuradeuren zijn, door:

1. hetzij van de risicodekking alle narcoseongevallen uit te sluiten, indien apparatuur en „organisatie” van de operatie onder narcose niet voldoen aan bepaalde — nauwkeurig in overleg met diverse categorieën deskundige te formuleren — eisen;

2. hetzij bij niet voldoen aan die eisen een belangrijk verhoogde WA-premie te bedingen.

Hier beland, moge ik terugrijpen op de drieërlei gevolgen, die het Commentaar (1968) aan de grote publiciteit in dergelijke gevallen — terecht — inherent zag en die ik summier als volgt comprimeer: *a.* het publiek gaat de arts verantwoordelijk achten; *b.* het publiek gaat *angst krijgen* voor operatie onder narcose; *c.* „indien de anesthesist zich bij iedere narcose moet afvragen, of hij misschien aansprakelijk kan worden gesteld, indien de patiënt ten gevolge van de ingreep mocht komen te overlijden, kan dit een belemmering gaan vormen voor de uitoefening van zijn beroep”.

Ad *a.*: Ja, en *aansprakelijk stellen* ook; het aantal ingediende WA-claims neemt elk jaar toe, waartoe bijdraagt, dat vele particulieren zelf niet alleen hun WA-risico dekken, maar daarmee gecombineerd of zelfs los daarvan „rechtsbijstand” en „verhaal van schade” en zodoende ook voor kleine claims bij hun makelaar en assuradeur aankloppen. En als de „gelaedeerde” een georganiseerde werknemer is, „spant” hij of „zijn Bond” of een van de vele bureaux voor „Arbeidsrecht” voor zijn „schadeverhaal-karretje”.

Ad *b.*: Daarover zullen de klinici ons moeten inlichten; voorlopig ben ik geneigd aan te nemen, dat algemene taboe-ontwaarding — en vooral de „pil” — de frequentie en intensiteit van angstbeladen crisissituaties in het vrouwenleven zo belangrijk hebben doen dalen, dat „een beetje narcose-angst” (hoe ongewenst op zich zelf ook) daarbij volkomen in het niet zinkt.

Ad *c.*: Deze derde commentariële gevolgtrekking citeer ik letterlijk, omdat ik haar belangrijk en begrijpelijk acht voor de gemiddelde clinicus en practicus; van mijn standpunt uit vind ik haar echter zeer bedenkelijk.

Om bij het laatste te beginnen: mijn uitgangspunt is, dat elke medicus zich doorlopend als het ware van zijn aansprakelijkheid bewust behoort te zijn. *Salus aegroti suprema* impliceert *zorgvuldigheidsbewustzijn*; dat is de medische visie. *Aansprakelijkheidsbewustzijn* is niet de keerzijde van de medaille, maar niets dan het juridische aspect van het zorgvuldigheidsbewustzijn. Ik kan dat het best illustreren door de derde gevolgtrekking van het Commentaar medisch te parafaseren: „indien de anesthesist zich bij iedere narcose moet afvragen of zijn apparatuur, de keuze en de dosering van zijn narcotica, alsmede de „peranesthetische bewaking” wel aan de hoogste en modernste eisen beantwoorden, dan . . .”

Ja, wat dan? Dan kan dat alleen een belemmering gaan vormen voor de uitoefening van zijn beroep, indien hij tot de conclusie komt, dat ze daaraan niet beantwoorden. Mijn onbetwistbare slotsom is, dat een anesthesist met voldoende ontwikkeld zorgvuldigheids- en aansprakelijkheidsbewustzijn (dat geldt trouwens voor elke specialist en medicus practicus) *saevis tranquillus in undis* geen kans zal lopen op de commentariële „beroepsuitoefenings-belemmeringsklip” te stranden.

Literatuur: Commentaar (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 2147. — DIJK, L. M. VAN (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 41. — TEIJEN, H. J. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 41.

Knegsel, 4 januari 1969 W. SCHUURMANS STEKHOVEN

BERICHTEN BUITENLAND

Groot-Brittannië

Vooruitzichten van harttransplantatie. — In een Editorial van het *British medical Journal* (11 jan., bl. 66) wordt de rekening opgemaakt van een jaar harttransplantatie. In het afgelopen jaar zijn bijna honderd harten overgeplant.

Van de eerste twintig patiënten die een nieuw hart ontvingen, zijn slechts twee in leven (o.a. Dr. PHILIPP BLAIBERG, die thans al langer dan een jaar met een vreemd hart leeft), maar van de volgende 46 patiënten leven er nog 30. De Planning Unit van de British Medical Association bespreekt de vooruitzichten voor de harttransplantatie (zelfde nummer, bl. 106) en vergelijkt de situatie met die van de niertransplantatie. De kans op succes is bij deze laatste veel groter, niet alleen omdat de nier een enorme functionele reserve heeft, maar vooral ook omdat er veel meer nieren dan harten beschikbaar zijn. Zelfs indien men harten van dieren zou kunnen gebruiken, en indien er tweemaal zo veel harttransplantatieploegen zouden komen als er momenteel werkzaam zijn, zou men niet in de behoefte kunnen voorzien. De Planning Unit vraagt zich tenslotte af, waarom niet langs eenvoudiger weg veel meer levens worden gered. Er zijn „certain fields where we know how to prevent serious disease but signally fail to apply our knowledge”. Indien een algemene actie tegen de sigaret ook maar een matig succes zou hebben, zou men aldus waarschijnlijk méer levens redden — die verloren gaan aan longkanker, coronariatrombose en chronische bronchitis — dan mogelijk is door alle curatieve transplantaties van organen.

Niertransplantaties. — Op verzoek van de Jaarvergadering van de British Medical Association (in juni 1968) heeft de Planning Unit van de Association haar gedachten laten gaan over medische prioriteiten, zulks naar aanleiding van het probleem van de praktische uitvoerbaarheid van de moderne orgaantransplantaties, die zulke hoge kosten met zich meebrengen. In Groot-Brittannië overlijden jaarlijks 7000 patiënten aan chronische nierziekten. Van deze 7000 zouden 2000 gered kunnen worden door voortgezette („long-term”) dialyse. Maar dit zou jaarlijks 30 miljoen pond vergen, terwijl 10.000 man geofend personeel nodig zijn voor de uitvoering ervan. Niertransplantatie kost 6000 pond per patiënt, en is dus een betere „investering”. Jaarlijks sterven 1000 patiënten van 15-44 jaar aan chronische nierziekten; 600 hunner zouden door niertransplantatie te redden zijn. (*Brit. med. J.*, 11 jan., bl. 106.)

Cannabis. — In een rapport van de „Hallucinogens Subcommittee” onder voorzitterschap van Lady WOOTTON (Baroness BARBARA FRANCES WOOTTON of ABINGER), uitgebracht aan de Home Secretary, wordt een kalmerende uitspraak gedaan over cannabis (marihuana), zonder dat de gevaren ervan onderschat worden: „Notwithstanding the limits of present knowledge, it is clear that cannabis is a potent drug, having as wide a capacity as alcohol to alter mood, judgment and functional ability. In that sense, we agree . . . that cannabis is a ‘dangerous’ drug. But we think it is also clear that, in terms of *physical* harmfulness, cannabis is very much less dangerous than the opiates, amphetamines and barbiturates, and also less dangerous than alcohol”. De commissie heeft geen aanwijzingen gevonden dat het toegenomen gebruik van cannabis in Groot-Brittannië zware misdrijven of agressief antisociaal gedrag heeft veroorzaakt, en evenmin dat het gebruik van cannabis heeft geleid tot meer opiumgebruik. (*Lancet*, 18 jan., bl. 139). De British Medical Association constateert voorzichtig dat „whilst there are good reasons why the drug should not be dealt with under the Dangerous Drugs Regulations, there is every reason why it should be subject to other reliable forms of control, and we would most certainly not support those who suggest that the drug should be free available”. (*Med. News*, 17 jan. bl. 3). Het rapport-Wootton heeft grote verontrusting teweeggebracht wegens de coulante houding die het propageert ten opzichte van het marihuana-gebruik.