

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

KONINKLIJKE ZOUT-ORGANON PRIJS

Het Dagelijks Bestuur van de Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen maakt bekend dat de Koninklijke Zout-Organon Prijs over 1969 zal worden uitgereikt voor een onderzoek op het gebied der geneeskunde of diergeneeskunde. Deze prijs bestaat uit een oorkonde en een som gelds ten bedrage van f 10.000,—.

De prijs wordt verleend voor oorspronkelijk wetenschappelijk onderzoek, verricht in een periode van ten hoogste tien jaar voorafgaand aan het jaar van toekenning. Hoewel de prijs in beginsel aan één persoon wordt toegekend, kan zij ook aan meerdere personen gezamenlijk worden verleend, indien het onderzoek gelijkmatig door deze personen is uitgevoerd. De prijs wordt toegekend aan Nederlanders, of aan anderen voor wat betreft in Nederland verricht onderzoek.

Voor toekenning van de prijs komen in aanmerking zowel jongere onderzoekers, die een belangrijke richting van onderzoek hebben opgebouwd en van wie mag worden verwacht dat zij deze in de komende jaren verder zullen ontwikkelen, als oudere onderzoekers, in het bijzonder zij die in hun wetenschappelijke carrière niet die beloning en (of) eerbewijzen hebben ontvangen, welke hun op grond van hun wetenschappelijke prestaties toekomen. De begunstigde is geheel vrij, de prijs naar eigen goeddunken te besteden, bv. bestrijding van gemaakte onkosten, aanschaf van hulpmiddelen voor onderzoek, bezoek aan buitenlandse laboratoria, „sabbatical leave”, verkrijging van betere persoonlijke omstandigheden, enzovoort.

Met het oog op het retrospectieve karakter van de prijs zal het Dagelijks Bestuur het ten zeerste waarderen, indien door Hoogleraren in de betreffende wetenschappen schriftelijke aanbevelingen voor toekenning worden opgesteld. Deze aanbevelingen, welke vóór 1 december 1969 worden ingewacht bij de Secretaris van de Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen, Professor Dr. A. QUIPEL, Spaarne 17, Haarlem, dienen te bevatten: naam, woonplaats en werkring van de aanbevolen perso(o)n(en) alsmede een motivering vermeldende al hetgeen voor een goede beoordeling der aanvraag noodzakelijk is.

De toekenning van de Koninklijke Zout-Organon Prijs geschiedt door het Dagelijks Bestuur na advies van een daartoe uit de Leden van de Maatschappij benoemde en door de Voorzitter gepresideerde Commissie.

Haarlem, september 1969

A. QUIPEL

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

MOET AAN ZWANGERE VROUWEN ALS ROUTINE IJZER WORDEN GEGEVEN?

Naar aanleiding van het artikel van DE VRIES, SLUYTER en KRUYT (1969) zou ik gaarne het volgende opmerken:

De criteria voor het vaststellen van ijzergebrek, al of niet gepaard gaande met anemie, bij niet-zwangere vrouwen gelden niet zonder meer ook voor de zwangere. Het bloedvolume neemt tijdens de zwangerschap toe. De sterkere toename van het plasmavolume ten opzichte van het celvolume veroorzaakt in de tweede helft van de zwangerschap vaak een hydremie met als gevolg een daling van het hemo-

globinegehalte. Als het bloedvolume toeneemt kan het totale hemoglobine normaal blijven ondanks een verlaagd hemoglobinegehalte. De onderzoekingen van LAWRENCE (1962) hebben aangetoond dat de toeneming van het bloedvolume mede een functie van ijzerverzadiging is en dit zowel wat betreft het totale rode-celvolume als het plasmavolume. LAWRENCE vond dat het bloedvolume bij zwangeren met een voldoende hoeveelheid ijzer in het beenmerg, veel meer toeneemt dan bij ijzerdeficiënte zwangeren. Bij ijzerdeficiënte zwangeren vond hij niet alleen een veel kleinere toename van het celvolume, maar ook van het plasmavolume, waaruit men moet concluderen dat, als ijzertekort een onvoldoende stijging van het plasmavolume ten gevolge heeft, de zwangerschapsdaling van het hemoglobinegehalte wordt gemaskeerd en de anemie geflatteerd. Indien voldoende ijzer aanwezig was, kon in het onderzoek van LAWRENCE een sterke stijging van het totale celvolume gepaard gaan met een overmatige stijging van het plasmavolume, waardoor het hemoglobinegehalte daalde. De laagste waarde die LAWRENCE in de 34e week van de zwangerschap voor deze gevallen vond, was een hemoglobinegehalte van 11,7 g/100 ml. Als gemiddelde waarde vond genoemde onderzoeker in deze gevallen een hemoglobinegehalte van 12,6 g/100 ml.

Mijn eigen onderzoekingen (1962) alsmede die van anderen (o.a. HOLLY en GRUND 1959) bevestigden de resultaten van LAWRENCE. Indien men volkomen arbitrair aanneemt dat er sprake is van een echte anemie wanneer het hemoglobinegehalte van de zwangere vrouw daalt tot beneden 11,0 g/100 ml, dient men zich te realiseren dat voor zeer vele zwangeren deze waarde duidelijk te laag is. In het licht van de onderzoekingen van LAWRENCE is het mede duidelijk dat de laboratoriumuitkomsten bij „fysiologische” anemie (zie bl. 1385, 2e alinea) wat betreft de waarden voor MCHC normaal zullen zijn. Een daling is alleen te verwachten indien het celvolume wel, maar het totale hemoglobine niet zou stijgen.

Er dient op gewezen te worden dat de grote meerderheid van onderzoekers bij normale met ijzer verzadigde zwangeren juist een stijging van de MCHC-waarden vonden. Men mag zich dus afvragen of het woord „fysiologisch” bij een voor niet zwangeren geldende MCHC-waarde wel op zijn plaats is.

DE VRIES e.a. stellen verder: „De toegenomen behoefte aan ijzer kan door een vrouw die geen pre-existente anemie of latente sideropenie heeft en een normale voeding gebruikt, volledig uit haar ijzerreserves worden betrokken.” Het onderzoek (EVERS 1965) dat werd verricht bij zwangere vrouwen die de verloskundige polikliniek te Nijmegen bezochten, leerde dat 22 pct van hen in het begin van de zwangerschap leed aan een manifeste anemie en 75 pct aan een latent ijzeregebrek. De groep vrouwen bij wie alle omstandigheden optimaal zijn was, althans in Nijmegen, zeer klein. De gegevens verkregen bij zwangere vrouwen uit Tilburg en omgeving, zijn zo mogelijk nog slechter. Ook DE VRIES e.a. concluderen uit hun onderzoek dat zelfs bij zwangere vrouwen bij wie in het begin van de zwangerschap hematologisch normale waarden worden gevonden, aan het einde van de zwangerschap een relatieve ijzerdeficiëntie niet kan worden ontkend.

Behoeft nu deze deficiëntie, die naar we kunnen aannemen bij zo goed als alle zwangeren bestaat, behandeling? Anders gezegd, heeft achterwege laten van behandeling invloed op het beloop van zwangerschap en baring en de toestand van het kind? Is het niet zo dat de meeste zwangeren zich ondanks de daling van het hemoglobinegehalte goed voelen en

duis geen therapie behoeven? Wordt het hemoglobinegehalte bovendien na de baring niet weer snel normaal? Nogmaals mag erop gewezen worden dat het subjectieve welbevinden maar een betrekkelijk gegeven is. Dient men zich goed voelende zwangeren voldoende ijzer toe, dan gaan ze zich beter, opgewekter en werkklusteriger voelen dan voorheen.

Bij een onderzoek (EVERS 1966) naar de mogelijke invloed van ijzerdeficiëntie van de zwangere vrouw op het voorkomen van voortijdige baring en op het geboortegewicht van à terme geboren kinderen, werd vastgesteld dat bij ijzerdeficiënte zwangeren de kans op een „onverklaarbare” voortijdige baring 11 maal zo groot is als bij niet ijzerdeficiënte zwangeren. Eveneens bleek de zwangerschapsduur van à terme bevallen ijzerdeficiënte vrouwen korter te zijn dan die van niet ijzerdeficiënte, hetgeen het lagere geboortegewicht van de kinderen van deze vrouwen verklaart.

Loopt bovendien niet juist de zwangere vrouw steeds weer en vaak heel onverwacht het risico van min of meer ernstige bloedingen die een extra aanslag plegen op haar ijzerreserves. Bovendien hebben met ijzer behandelde zwangeren vier tot zes weken post partum aanzienlijk hogere hemoglobinewaarden dan niet behandelde zwangeren. Het is daarom te betreuren dat het onderzoek van DE VRIES e.a. zich slechts heeft beperkt tot de zwangerschap en niet werd voortgezet tot een maand post partum.

Temeer daar de kans op gevaaren door stapeling van ijzer gedurende een korte kuur is te verwaarlozen, zoals ook DE VRIES e.a. stellen, blijf ik van mening dat gestreefd dient te worden, iedere zwangere vrouw te brengen of te houden in een optimale gezondheidstoestand en ieder deficit te corrigeren, hetgeen voor de Nederlandse situatie van heden betekent, aan iedere zwangere gedurende de laatste 3 maanden van de zwangerschap extra ijzer toe te dienen.

Literatuur: EVERS, J. E. M. (1962) *Anaemie en zwangerschap*. Proefschrift Nijmegen; (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 2445; (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2244. — HOLLY, R. G. en W. J. GRUND (1959) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **77**, 731. — LAWRENCE, A. C. K. (1962) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Gulth* **69**, 29. — VRIES, S. I. DE, A. H. C. SLUYTER en E. J. KRUYT (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1382.

Tilburg, 4 september 1969

J. E. M. EVERS

In ons artikel hebben wij reeds vermeld, dat collega EVERS het standpunt handhaaft, dat elke zwangere vrouw in het laatste trimester van de zwangerschap ijzer moet gebruiken. Zijn ingezonden mededeling is derhalve een herhaling van een stelling, die reeds verschillende malen door hem werd geponeerd. Collega VERLOOP en wij zijn in de loop der jaren — en wellicht ten gevolge van een verbeterde voedingssituatie — tot de conclusie gekomen, dat ijzermedicatie strikt genomen niet meer nodig is, indien althans het hemoglobinegehalte van de zwangere vrouw meer dan 11,0 g/100 ml bedraagt. Wij moeten een onderscheid maken tussen ijzerdepletie en ijzerdeficiëntie. Ijzerdepletie en daardoor ijzerhonger bestaat bijna in elke graviditeit, getuige de verhoogde behoefte aan ijzer, die uit de cijfers blijkt. Is deze meerdere behoefte nu een absolute indicatie om ijzer als prophylacticum of als therapeuticum te geven? Wij menen van niet. Wij kunnen de controverse tussen de opvattingen van EVERS aan de ene kant, en VERLOOP en ons aan de andere kant, niet overbruggen. Wij hebben begrip voor zijn standpunt, en wij geloven dat hij met de ijzerprohylaxe niemand schaadt. Daartegenover zijn wij er, op grond van de uitkomsten van ons onderzoek, evenzeer van overtuigd, dat het niet als routine geven van ijzer aan een zwangere vrouw met een

normale hematologische status, géen schade berokkent aan moeder en kind. Tijdens een symposium over ijzer en anemie, dat onder auspiciën van de firma Geigy in maart jl. te Arosa werd gehouden, en waarover een uitvoerige samenvatting in de *Documenta Geigy* is te vinden, bleek de vraag die ons in het artikel in dit *Tijdschrift* heeft beziggehouden, eveneens tot uitvoerige discussies tussen vóór- en tegenstanders van profylactische toediening van ijzer te hebben geleid. Het vraagstuk is bovendien zo sterk aan sociaal-economische omstandigheden gebonden, dat het eerder een geografisch en zelfs een regionaal probleem is dan een algemeen hematologische of hemato-obstetrische (!) aangelegenheid. In feite geeft EVERS dit ook toe bij de vermelding van de verschillende bevindingen in Nijmegen en in Tilburg.

Amsterdam, 24 september 1969

S. I. DE VRIES
E. J. KRUYT

ABORTUS PROVOCATUS EN EUTHANASIE

In de laatste tijd verschenen er in dit tijdschrift verschillende artikelen betreffende abortus provocatus en euthanasie. Het is niet mijn bedoeling, kritiek uit te oefenen op wat geschreven werd. Wel wil ik hier wat aan toe voegen. Wat ik n.l. mis in alle artikelen, is de individuele verantwoordelijkheid. Of het nu gaat om het beëindigen van de medische behandeling bij een gedecerebreerde patiënt, het medewerken aan een abortus provocatus of het voorschrijven van de „pil”, de verantwoording is altijd ten opzichte van het eigen geweten. De opinie betreffende de ethiek, uitgesproken door de gemeenschap, eventueel de medische gemeenschap, hoe juridisch juist, is slechts secundair. Als ik de knop omdraai ter afsluiting van de elektrische voorziening van een respirator, hetgeen ik jammer genoeg verschillende malen heb moeten doen, omdat we uiteindelijk niets anders doen dan een kadaver met kloppend hart in leven houden, dan moet ik daarvoor verantwoording ten opzichte van mijn geweten afleggen. Niet het geweten van mijn medemensen of collegae. Als de narcotiseur, die verzocht wordt mede te werken aan een abortus, van mening is dat deze ingreep tegen zijn geweten indruist, dan is hij tegen zichzelf verplicht zijn medewerking te weigeren. Hier tegenover staat weer dat de personen die volgens hun geweten vinden dat de ingreep nodig of wenselijk is, ook volkomen vrij moeten zijn. Dat hierdoor misschien het hek van de dam komt, is best mogelijk. Maar is zo niet het gehele leven? Door niet te eten sterven we van honger, maar door te veel te eten door andere oorzaken. Hier vinden we de noodzaak van commissies. Deze dienen te voorkomen dat dergelijke zaken uit de hand lopen. Artikelen zoals van Prof. LADEE helpen ons echter, de weg te vinden in de doolhof van problemen waarvoor wij ons gesteld zien.

Aruba, 15 september 1969

H. P. A. VAN SCHOUWEN

LEGALISERING VAN DE ABORTUS PROVOCATUS?

De opmerkingen van VAN MEURS (1969) geven mij aanleiding te wijzen op een in de medische wereld voorkomend misverstand met betrekking tot de abortus provocatus, ontstaan door het verkeerd interpreteren van de beschouwingen van ENSCHEDÉ (1966).

1. Aan ENSCHEDÉ was gevraagd op welke gronden een arts die *medisch* geïndiceerd aborteert, strafrechtelijk vrijuit kan gaan, nu het Wetboek van Strafrecht het verrichten van een abortus provocatus verbiedt. Door deze vraagstelling was ENSCHEDÉ genoodzaakt in zijn artikel het accent te leggen op de rechtvaardigings- en schulduitsluitingsgron-