

soonlijke strafbaarheidsuitsluitingsgrond kan ontlenen — zijn beroepsgeheim straffeloos schenden. Meent hij door geweten verplicht te zijn, zijn beroepsgeheim te schenden in gevallen waarin hij aan de wet geen persoonlijke strafbaarheidsuitsluitingsgrond kan ontlenen, dan zal hij — zolang de wet niet gewijzigd is — bereid moeten zijn, daarvan de consequenties te aanvaarden (strafvervolgning, tuchtrechtelijke vervolging, burgerrechtelijke aansprakelijkstelling voor de gevolgen van contractbreuk en onrechtmatige daad). Het een of het ander!

Daarom heeft het hoofdbestuur weer volkomen gelijk, waar het als zijn mening uitsprak, het van bijzonder groot belang te achten dat „een mogelijkheid tot inschakelen van andere instanties wordt geboden, waarbij zoveel mogelijk de consequenties ook door de (behandelende) arts overzien kunnen worden”. Eenvoudig zal dat reeds daarom niet zijn, omdat voor de behandelende artsen inschakeling van „andere instanties” (dan de justitie) in *beginsel* in dezelfde mate door het beroepsgeheim belet wordt.

Knegsel, september 1969

Dr. Mr. Dr. W. SCHUURMANS STEKHOVEN

INGEZONDEN

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

GESCHONDEN GENERATIE

Het lijkt mij juist dat collega COHEN (1969) er weer eens op wijst, dat in deze tijd — nu de jeugd zoveel aandacht claimt — er nog een aanzienlijk aantal mensen is, dat de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog nog „aan den lijve” ondervindt, waarbij het centrale symptoom der vroegtijdige veroudering door de huidige, snelle veroudering van alles (de mens inbegrepen) wordt gedupliceerd.

Wat ik in het stuk echter heb gemist is de attentie voor een groep Nederlanders, die meer nog dan enige andere groep, vergeten dreigt te raken, nl. die der Indische Nederlanders. Als we op hen de formule van Richet toepassen, dat oorlogsjaren dubbel tellen en kamp(-oorlogs)jaren vier-voudig, dan mogen tropische-kamp(-oorlogs)jaren wel acht-voudig tellen! Daar komen dan nog bij: het derven van achterstallig salaris, de landverhuizersproblematiek door immigratie of repatriëring naar Nederland of elders, het grote verlies van familieleden, have en goed, en last but not least het al spoedig weer ingezet worden zonder deugdelijke, en dat is ook langdurige, recuperatie van ex-krijgsgevangenen in de Indonesische guerrilla-oorlog; wat ik een humanitaire, medisch-psychologische, zo niet ook militaire, kunstfout acht van de eerste orde, en wat — als ik wel ben ingelicht — (nu) ook verboden is bij de Conventies van Genève. En dan heb ik niet eens genoemd de psychologische consequenties van een jarenlange confrontatie (in totale onzekerheid) met dit vreemde, noordelijk-oosterse volk dat het Japanse volk was (en nog is). Waarbij bovendien te bedenken valt, dat slechts luttele jaren na 1945 de dreiging van een nieuwe wereldoorlog al weer levensgroot voor ons stond (nóg eens een „stress”) en tot op heden is gebleven! Wie kan dan eigenlijk optimistisch zijn ten aanzien van de toekomst van de mensheid zonder een solide basis van historisch realisme te verlaten?

Het mag dan ook bijkans een wonder heten, dat zovelen nog betrekkelijk goed terecht zijn gekomen. Het is echter te hopen, dat door enige bewustmaking van deze zaken over-ijverige collegae de moeilijkheden die deze mensen hebben

(overwonnen), bij keuring voor beroep e.d., niet nog eens zullen vergroten. Dit is het lelijke dilemma dat openbaarmaking van deze zaken met zich brengt. Het mag dan ook een troost zijn dat tegenover deze immense materiële schade en dit psychische leed in sommige gevallen een geestelijke rijkdom is opgebouwd, die anders wellicht nimmer was verworven. En welke rijkdom, tenslotte, is wezenlijker en bevredigender dan geestelijke?

Literatuur: COHEN, E. A. (1969) Het post-concentratiekampsyndroom. *Ned. T. Geneesk.*, **113**, 2049.

Voorschoten, 28 november 1969

J. V. TEUNISSEN

Ik ben collega TEUNISSEN dankbaar dat hij op de groep Nederlanders wijst die in de Jappenkampen gevangen gezeten hebben. Gelukkig hebben zij in de Rijksgroepenregeling Oorlogsslachtoffers 1940-1945 dezelfde rechten als de in Europa vervolgte Nederlanders.

Ook voor hen heeft weinig begrip bestaan. De mens schijnt zich nu eenmaal moeilijk in omstandigheden te kunnen inleven die hij niet persoonlijk heeft ervaren. Daarom meen ik ook te mogen stellen dat de beoordeling van kampgevolgen, hetzij voor het verkrijgen van buitengewoon pensioen, hetzij voor verkrijging van bijstand volgens de Rijksgroepenregeling, alleen door kampervaren medici kan geschieden.

Dit geldt m.i. ook voor de therapeutische situatie. Mijn ervaring is dat verdringing van de doorgemaakte ellende op den duur niet meer lukt. De bewustwording moet echter wel onder leiding van een arts met kampervaring geschieden.

Collega TEUNISSEN heeft gelijk als hij ons, de ex-gevangenen van de Duitse en de Jappenkampen, een geschonden generatie noemt. Nooit zullen wij weer als anderen vrij en onbevangen kunnen leven.

Arnhem, 10 december 1969

E. A. COHEN

RHESUS-PREVENTIE EN ERFELIJKHEID

In verschillende artikelen en verslagen van voordrachten is in dit *Tijdschrift* en — speciaal bedoeld voor huisartsen — in *Huisarts en Wetenschap* (LOURENS 1969) uiteengezet wat er vastzit aan de preventie van „rhesus baby's”. Merkwaa-digerwijs is echter vrijwel nergens aandacht gewijd aan de erfelijkheid van het rhesus- en het ABO-systeem, en kennis hiervan maakt de gang van zaken toch veel duidelijker. Rhesuspositief (D) is dominant over rhesusnegatief (d). Iemand die klinisch rhesuspositief is kan homozygoot (DD) of heterozygoot (Dd) zijn. Iemand die klinisch rhesusnegatief is, is homozygoot (dd). Wat het ABO-systeem betreft, zij vermeld dat A en B ten opzichte van elkaar gelijkwaardig zijn (er bestaat ook een groep AB) maar beide zijn dominant ten opzichte van O. Een A- resp. B-individu kan genetisch dus zijn AA of AO respectievelijk BB of BO. Iemand die tot de groep O behoort is genetisch homozygoot OO. Het volgende geval waarmee ik in 1967 werd geconfronteerd moge het belang van kennis hiervan voor het stellen van een prognose aantonen. Een rhesusnegatieve vrouw had een zoon van bijna twee jaar. De vader was rhesuspositief. Vóór en na de partus werden er geen rhesus-antistoffen gevonden. Van rhesus-preventie met anti-D-gammaglobuline was toen nog geen sprake. De zoon bleek rhesusnegatief te zijn. Dit hield dus in dat de vader heterozygoot Dd moest zijn. Het was met het oog op volgende kinderen belangrijk dit te weten, daar een serologische differentiatie tussen DD en Dd zeer moeilijk is omdat anti-d-serum niet bekend is. Met vijf sera kan men slechts een kansberekening maken, zij het dat de kans om tot een resultaat te komen vrij groot is (VAN WENT

en VAN LOGHEM 1964). Men weet dat iemand die rhesuspositief is 31,4 pct kans heeft DD te zijn en 46,4 pct Dd. Dat betekent dus dat de kans heterozygoot te zijn (Dd) 3 is tegen de kans DD 2 (VAN WENT en VAN LOGHEM l.c.). Beide echtgenoten hadden de bloedgroep O (genetisch OO); de zoon was natuurlijk ook O. Alle eventueel volgende kinderen zullen ook O zijn. Mocht de moeder eens zwanger worden van een rhesuspositief kind, dan zullen bij overgang van kinderlijke erythrocyten naar de moeder, deze niet door isoantistoffen worden vernietigd en zal tevens de rhesus„stof” van deze erythrocyten niet vernietigd worden. Er bestaat dus de mogelijkheid dat de moeder anti-D-stoffen gaat vormen.

In 1968 werd de dame, die dus wat de rhesus-kwestie betreft weer als een primipara mocht gelden, weer zwanger. Antistoffen werden op het eind van de zwangerschap niet gevonden en maatregelen werden getroffen om na de bevalling terstond de rhesusfactor van het kind te bepalen. Volgens CLARKE (1969) mag men zelfs tot 72 uur wachten. Als het kind rhesuspositief zou zijn (bij de Dd vader dus 50 pct kans), dan zou anti-D-gammaglobuline worden toegediend aan de moeder. Men mag verwachten dat er nu voldoende anti-D-gammaglobuline voorradig zal zijn om aan alle rhesusnegatieve moeders met een rhesuspositief kind en ABC-compatibiliteit (zoals in ons geval) te geven. Het kind, weer een zoon, bleek echter weer rhesusnegatief te zijn (en natuurlijk tot de O-groep te behoren); een verheugend feit voor de moeder, een injectie bleek niet nodig te zijn. Voor een eventuele derde zwangerschap geldt zij dus weer als primipara.

In 1959 schreef miss THOMPSON, leidster van de nieuw geopende „Heredity counseling service” van de Universiteit van Alberta te Edmonton in Canada, over een bezorgde student die bij haar kwam met de vraag: „My girl friend is rhesus negative, should I give her up?” Zij raadde hem aan dit maar niet te doen. En, nu de preventieve injectie toegepast kan worden (en zelfs dit is niet steeds nodig zoals bovenstaande casuïstiek duidelijk maakt) en bovendien nog steeds de mogelijkheid tot wisseltransfusie bestaat, zou zij met nog meer recht kunnen zeggen: „Niet afmaken de verloving!”

Literatuur: CLARKE, C. A. (1969) *3rd Int. Confer. Congen. Malform.*, Den Haag. Abstracts Excerpta Medica, 22. — LOURENS, J. (1969) *Huisarts en Wetensch.* 12, 83. — THOMPSON, M. W. (1959) *Eugen. Quart.* 6, 67. — WENT, J. J. VAN en J. J. VAN LOGHEM (1964) In: *Kindergeneeskunde*, bl. 33. Onder redactie van H. REERINK en W. VAN ZEBEN. Amsterdam.

Groningen, 15 december 1969 L. S. WILDERVANCK

CHOLESTEROL-EMBOLIE TIJDENS EEN ANTILUETISCHE BEHANDELING

In dit tijdschrift bespreken P. H. E. BERGHUIS en anderen (1969) de ziektegeschiedenis van een 70-jarige man met een luetische aortitis, die tijdens een antiluetische therapie met procaine-penicilline overleed.

Zij noemen als verklaring de mogelijkheid dat dit overlijden veroorzaakt is door de therapie met procaine-penicilline, waardoor ter plaatse in de aorta een reactie is ontstaan, waarbij oedeem is gevormd. Als tweede mogelijkheid opperen zij een Jarisch-Herxheimer-reactie, waardoor de begeleiden de koorts wordt verklaard.

Het lijkt mij, dat beide verklaringen tot één zijn terug te brengen, omdat bij de Jarisch-Herxheimer-reactie, behalve het algemene verschijnsel koorts, bovendien een lokale reactie op de plaats van de laesie hoort.

Evenwel vraag ik mij af, of deze patiënt niet gestorven is

aan een allergische reactie op penicilline, een mogelijkheid die de auteurs ook noemen, maar waar zij niet op terugkomen. Voor de allergische reactie op penicilline pleit het ontstaan van een exantheem over het gehele lichaam in aansluiting aan de injectie procaine-penicilline; ook de koorts is hiermede zeer goed te rijmen. Het feit, dat de patiënt bij de eerste opneming penicilline in combinatie met streptomycine kreeg, pleit hier niet tegen. Het is zeer goed mogelijk, dat hij in deze periode gesensibiliseerd werd. De koorts kan als een „drug fever” worden verklaard.

Tegen de Jarisch-Herxheimer-reactie pleit m.i. het verergeren na de tweede injectie. Na de eerste injectie ontstaat juist de sterkste reactie, na de tweede injectie komt deze niet, of veel zwakker voor. Verder behoort een Jarisch-Herxheimer-reactie bij oude syfilis tot de uitzonderingen. Wanneer ze erbij voorkomt kan ze gevaarlijk zijn door het ontstaan van oedeem in de laesie, maar een algemene reactie in de vorm van hoge koorts ziet men niet.

De verklaring van het ontstaan van de cholesterolembolie, zoals de auteurs deze geven, blijft bij het aannemen van een penicilline-overgevoeligheid geheel geldig. Het is jammer, dat bij deze patiënt niet een allergologisch onderzoek is gedaan; de kans was dan groot, dat men met zekerheid de diagnose had kunnen stellen; dit zou consequenties voor de in te stellen therapie hebben gehad.

Literatuur: BERGHUIS, P. H. E., F. C. KUIPERS, H. J. VERMEULEN en S. A. TEN BOKKEL HUININK (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 2046.

Amsterdam, 8 december 1969

D. J. H. VERMEER

GEESTELIJKE WREEDHEID

Naar aanleiding van het artikel van collega MEERLOO (1969) zou ik graag een paar kanttekeningen maken. Ik vraag mij af of het juridische begrip „mental cruelty” een aanvaardbaar uitgangspunt is bij het beoordelen van relatiestoornissen. Collega MEERLOO noemt in zijn artikel de definitie die de staat Florida van geestelijke wreedheid geeft: „een dusdanig gedrag van een der echtgenoten dat de psychische en fysieke gezondheid dermate geschaad kan worden, dat het samenwonen der echtgenoten ondraaglijk wordt”. Deze definitie houdt in, dat er sprake is van een schuldige, de bedrijver(ster) van de psychische wreedheid en zijn (haar) slachtoffer.

Elke psychotherapeut, die geconfronteerd wordt met huwelijksproblematiek, kent de door collega MEERLOO beschreven situaties, waarbij mijns inziens eerder sprake is van een sado-masochistische relatie, waarvoor beide partners verantwoordelijk zijn, dan dat er sprake is van een schuldige en een slachtoffer. Wanneer collega MEERLOO spreekt over psychische moord, hanteert hij een juridische term die moeilijk in het medisch denken te transponeren is. Ik zou liever spreken van de extreemste consequentie van een sado-masochistische relatie, als uitvloeisel van de pathologische relatie tussen 2 partners, waarbij beide partijen een bepaald lustgevoel in de situatie ondervinden. Wanneer men het artikel goed leest zegt collega MEERLOO dit zelf eigenlijk al.

Het lijkt mij duidelijk, dat pathologische huwelijksrelaties een negatieve invloed op de kinderen hebben, omdat hun niet de nodige emotionele zekerheid geboden wordt, die het kind vanuit zijn afhankelijke relatie t.o.v. de ouders behoeft. De verwerking hiervan is echter eveneens sterk afhankelijk van de karakterstructuur van het kind. Elke psychotherapeut, die met kinderen werkt, zijn gevallen bekend die analoog zijn aan die door collega MEERLOO beschreven. Om hier het juridische begrip geestelijke wreedheid te gebruiken,