

genoemde „granulosa”-kenmerken; de colonafwijking grijpt zonder onderbreking over op het rectum; er is weinig of geen ileitis en vorming van perianale fistels.

Volgens deze criteria hadden 52 patiënten c. ulcerosa en 42 c. granulomatososa.

Voor de pathologisch-anatomische indeling werden de volgende normen aangehouden: A ulceratie in mucosa en submucosa is kenmerkend voor c. ulcerosa; B ulceratie tot in de muscularis mucosae wijst op een intermediaire vorm; C sinusvorming zonder granulomen betekent c. granulomatososa; en D granulomen zijn kenmerkend voor c. granulomatososa.

Naar deze gezichtspunten behoorden 37 patiënten tot groep A, 11 tot C, 23 tot D en 24 tot de tussengroep B. Van de resectiepreparaten van lijdens aan klinische c. ulcerosa hadden 85% een A- of B-histologie; die, behorende tot lijdens aan klinische c. granulomatososa toonden in 62% van de gevallen een C- of D-beeld, hetgeen een significant verschil is. Niettemin had bijna een-kwart van de patiënten histologisch een ander colitistype dan op klinische gronden werd verwacht. Bij acht lijdens aan ernstige c. ulcerosa bestonden regionale kenmerken zoals sinusvorming en granulomata, terwijl tien patiënten met granulomateuze colitis slechts oppervlakkige slijmvliesafwijkingen hadden.

In beide groepen begon de ziekte omstreeks het 30e jaar. Beide colitisvormen verliepen vaak ernstig, wat ook verklaart, dat alle patiënten geopereerd moesten worden. Twintig van hen overleden, zestien in aansluiting aan de operatie, gewoonlijk een ileostomie. Dertienmaal betrof het c. ulcerosa, 7 maal c. granulomatososa. De noodzaak voor operatief ingrijpen kwam in de granulomatososa-groep iets eerder (gemiddeld 5,3 jaar na het begin van de ziekte) dan bij c. ulcerosa (8,4 jaar). Rectum-excisie was onvermijdelijk bij driekwart van de ulcerosa-lijdens en bij de helft van de granulomatososa-patiënten. De darmcontinuïteit bleef bij slechts zeven patiënten bewaard. Tijdens de gemiddeld elf jaar durende observatieperiode ontstond bij c. ulcerosa vijfmaal carcinoom, bij granulomateuze colitis slechts éénmaal.

Postoperatieve moeilijkheden hingen vooral samen met het niet goed functioneren van ileostomieën, wat iets vaker voorkwam bij granulomateuze colitis, zonder duidelijk verband met het bestaan van ernstige ileitis. Recidieven van colitis ontstonden sneller na ileosigmoidostomie dan na ileo-transversostomie. De kans op recidief leek iets groter bij c. granulomatososa, ook onafhankelijk van de uitgebreidheid van de ileumaandoening.

ZETZEL en medewerkers beschouwen op grond van deze waarnemingen beide ziekten als afzonderlijke aandoeningen, die echter veel facetten gemeen hebben, zodat een scherpe scheiding niet mogelijk is.

De pathogenese is nog volslagen duister. Over de medicamenteuze behandeling van granulomateuze colitis is evenmin veel bekend, doordat de diagnose meestal pas na onderzoek van het operatiepreparaat wordt gesteld. Uit andere mededelingen krijgt men de indruk dat corticosteroïden en sulfonamiden ook bij granulomateuze colitis soms gunstig werken. Voor de praktijk is het onderscheid voorlopig van weinig betekenis; het beleid hangt af van de ernst en uitgebreidheid van de endoscopische en röntgenologische afwijkingen.

Literatuur: Editorial (1970) *New Engl. J. Med.* **282**, 625. — GLOTZER, D. J., R. C. GARDNER, H. GOLDMAN, H. R. HINRICHS, H. ROSEN en L. ZETZEL (1970) *New Engl. J. Med.* **282**, 582. — ZETZEL, L. (1970) *New Engl. J. Med.* **282**, 600.

K. S. S. B. PAPE

INGEZONDEN

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

ABORTUS

In het artikel waarin Prof. ENSCHEDÉ (1970) een pleidooi voert om de strafbaarheid voor een lege artis uitgevoerde abortus provocatus te laten vervallen, brengt hij tevens de mening naar voren dat abortus provocatus in de zesde of zevende maand strafbaar dient te blijven, ook wanneer dit plaatsvindt op uitdrukkelijk verzoek van de vrouw.

Het komt mij voor dat dit „meten met twee maten” wel enige argumentatie behoeft. Waarom moet abortus provocatus in de 5e zwangerschapsmaand niet strafbaar zijn en in de 6e maand wel? Als een vrouw in de 5e zwangerschapsmaand het recht moet hebben om zich van haar ongeboren kind te ontdoen, dient ze dat recht in de 6e maand eveneens te hebben. Het komt af en toe voor dat pas na de 5e maand de wens tot afbreken van de zwangerschap wordt geuit, met name in die gevallen waarin een aanvankelijk gegeven trouwbelofte niet wordt gehonoreerd. Wanneer de betrokkene de grotere risico's, verbonden aan een zwangerschapsonderbreking in de 6e zwangerschapsmaand accepteert, moet de wet haar dan iets onmogelijk maken wat één of twee maanden daarvoor nog was toegestaan?

Het komt mij voor dat degenen, die ten aanzien van de „liberalisatie” van de abortus-provocatus-wetgeving *a* willen zeggen, ook *b* zullen moeten zeggen. En bij dit *b* zal het dan vermoedelijk wel niet kunnen blijven!

Literatuur: ENSCHEDÉ, CH. J. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1219.

Harlingen, 20 juli 1970

J. KREMER

Het abortusvraagstuk is sedert enkele weken een onderwerp van politiek en van wetgeving; andermaal kan men zeggen, nodig of onnodig . . . Prof. ENSCHEDÉ (1970) stelt voor om een nieuwe figuur op het medische toneel binnen te voeren, namelijk de aborteur. Gaarne daarbij enkele opmerkingen, zowel van terminologische als van zakelijke aard.

ENSCHEDÉ spreekt van aborteur, vruchtafdrijver, maar bedoelt vermoedelijk ook vrouwelijke personen of aborteuses, want hij vergelijkt deze met de vroedvrouw of paramedische accoucheur. Hij bedoelt, neem ik aan, de accoucheuse.

De auteur noemt abortus „een betrekkelijk eenvoudige ingreep”, die best kan worden overgelaten aan de niet medisch opgeleide aborteur. Dat lijkt mij met recht aan twijfel onderhevig. Bekend is de uitdrukking: Liever twee of drie partus dan één abortus en dat ligt voor de hand. Een partus is immers een natuurlijk einde van een fysiologische toestand, zij het dan, dat deze niet geringe eisen stelt, soms hoge eisen, aan het organisme van de vrouw. Maar daarbij leidt het normale lichaam sua sponte tot een einde, terwijl er bij abortus een onderbreking, een verstoring plaatsvindt.

Er is meer te zeggen. Naar ik hoop zal het idee van de aborteur, niet alleen om zijn naam, in de medische praktijk géén ingang vinden, met name niet in het belang van de vrouwen, die ter zake van zwangerschap medische hulp wensen.

Literatuur: ENSCHEDÉ, CH. J. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1219.

Maastricht, 21 juli 1970

J. E. SCHULTE

Naar aanleiding van het artikel van Prof. ENSCHEDÉ (1970) een enkele opmerking.

Meer en meer wordt, vooral van niet-gynaecologische kanten, gesproken over de paramedische opleiding tot aborteur. Prof. ENSCHEDÉ spreekt over abortus medicinalis als een betrekkelijk eenvoudige ingreep. Mijns inziens wordt de ernst van deze ingreep met zo vele kansen op complicaties, zwaar onderschat. Vergelijking met het paramedische werk van vroedvrouwen gaat geheel scheef. Zij assisteren bij een fysiologisch proces, waarvan zij de assistentie uit handen moeten geven als er zich onfysiologische complicaties voordoen. Een abortus provocatus is een onfysiologisch ingrijpen, waarbij anesthesie noodzakelijk is. Het belang van de narcose wordt ook te veel vergeten. Het geven van narcose kan evenmin alleen aan een paramedicus worden overgelaten. Zoals al eerder is bepleit (HELLEMA 1969), heeft een vrouw, als er in uiterste noodzaak tot een abortus provocatus besloten wordt, recht op een optimale medische behandeling. Dat betekent in deze tijd: klinische behandeling door een team van specialisten, te weten gynaecoloog, anesthesist en eventueel consulenten bij bestaande pathologische afwijkingen.

Prof. ENSCHEDÉ spreekt over de structurele verbetering, die wij uit sociaal oogpunt t.a.v. de anticonceptie beleven. Daarbij moeten wij dan maar niet denken aan het feit, dat anticonceptieve middelen en de controle daarvan als onderdeel van het ziekenfondspakket geweerd worden. Dit is een zeer stringente zaak, mede om abortus provocatus te voorkomen.

Tenslotte is het de vraag of in principe een zwangerschaps-
onderbreking in de 6e-7e maand wel strafbaar zou moeten zijn en in de 3e maand niet. Het is in beide gevallen afbreken van leven, waarvoor je al of niet de volle verantwoording durft te dragen. Daarbij is een tijdslimiet van de 4e maand meer van praktisch dan van principieel belang. Iedere zwangerschapsonderbreking is m.i. een zaak van leven en dood, die niet dan in uiterste nood zal mogen plaatsvinden. De verantwoording hiervoor zou in de 3e maand even zwaar moeten wegen als in de 6e maand. De daadwerkelijke uitvoering is echter na de 4e maand emotioneel veel zwaarder te verdragen voor alle betrokkenen.

Literatuur: ENSCHEDÉ, CH. J. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1219. — HELLEMA, M. J. C. (1969) *Med. Contact (Amst.)* **24**, 1174.

Stockholm, 22 juli 1970

M. J. C. HELLEMA

CARDIOVERSIE

Met veel belangstelling las ik het artikel van Dr. R. TH. VAN DAM (1970) waarin hij de problematieken rondom de cardioversie nog eens duidelijk en overzichtelijk naar voren bracht.

Uit eigen ervaring zou ik echter de lijst van de absolute contra-indicaties gecompleteerd willen zien met een lage kaliumspiegel in het serum, daar cardioversie in dit geval, vooral in combinatie met een voorafgaande digitalis-therapie, vrijwel zeker tot ventrikelfibrilleren leidt. Opgemerkt dient te worden, dat het ventrikelfibrilleren in dit geval niet (altijd) in directe aansluiting op de cardioversie ontstaat.

Vóór iedere cardioversie dient daarom de kaliumspiegel in het serum bepaald te worden, daar een groot deel van de patiënten bij wie cardioversie in aanmerking komt, tevoren een diuretica-therapie heeft gehad.

Literatuur: DAM, R. TH. VAN (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1172. — LIM, B. H. (1968) *Läkartidningen* **65**, 4982.

Lund (Zweden), 20 juli 1970

B. H. LIM

Terecht vestigt collega LIM de aandacht op het risico van hypokaliëmie bij cardioversie, waardoor de kans op het optreden van fatale ritmestoornissen aanzienlijk wordt vergroot. Bij de voorbereiding van een electieve cardioversie dient men er van uit te gaan dat de patiënt in een optimale conditie verkeert en dat ook eventueel bestaande biochemische afwijkingen zo goed mogelijk worden gecorrigeerd voordat de cardioversie plaatsvindt. Bij een vitale indicatie tot cardioversie geldt in principe hetzelfde, zij het dat men de correctie veelal niet geheel zal kunnen volbrengen. Additionele beschermende maatregelen zoals intraveneuze infuustherapie met elektrolyten en (of) antiarrhythmica zijn dan geïndiceerd; deze situatie komt naar onze ervaring echter zeer zelden voor.

Amsterdam, 28 juli 1970

R. TH. VAN DAM

BERICHTEN BUITENLAND

Wereldberichten

Poliomyelitis. — In een aflevering van het *Bulletin of the World Health Organization* (1970 bl. 405) zetten COCKBURN en DROZDOV de wereldsituatie ten aanzien van poliomyelitis uiteen. De cijfers betreffende de twee perioden 1951-55 en 1961-64 — dat is voor en na de algemene vaccinaties — verschillen aanmerkelijk, althans in Europa en Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland, en staan in scherp contrast tot die in de tropische en subtropische landen. In de vier genoemde landen was er een aanmerkelijke vermindering van de ziektefrequentie. In 1966 was het aantal gevallen 400 maal zo klein, in 1968 zelfs 700 maal zo klein als in 1951-55. In 1968 deed zich in Noord-Amerika een lichte stijging voor, maar het totale aantal gevallen in de vier genoemde landen bedroeg slechts 62, dat is 0,14 pct van de gemiddelde incidentie in 1951-55. Daarentegen verdubbelden de aantallen in vele Afrikaanse landen (in drie was er daarentegen een lichte vermindering). In 8 van 20 landen in Centraal- en Zuid-Amerika namen de aantallen toe, in 11 namen ze af. De gegevens over Azië zijn schaars; van 17 landen melden 12 een toeneming, 5 een afneming.

Afrika

Gele koorts. — Uit vijf landen in West-Afrika wordt opnieuw een toeneming van gele koorts gemeld. Men verwacht dat de ziekte zich in de regenperiode, die in juli is begonnen, nog verder zal uitbreiden. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie moeten 16 miljoen mensen, vnl. jongeren en kinderen, worden gevaccineerd. De meeste thans beschikbare vaccins zijn zeer werkzaam en bieden bij een enkele injectie gedurende tien jaar bescherming. De WHO heeft aan de lid-staten verzocht om beschikbaarstelling van vaccins en van insecticiden. De Verenigde Staten hebben reeds een bedrag van 400.000 dollar toegezegd. (*Ärztl. Praxis*, 25 juli bl. 3403.)

Groot-Brittannië

Chronisch zieken. — De nieuwe Engelse regering stelt een jaarlijks bedrag van 10 miljoen pond beschikbaar voor de verzorging van chronisch zieke en voortdurend hulpbehoevende mensen. Het bedrag is toereikend voor de verzorging van 50.000 patiënten en er zal (dus) een keuze nodig zijn uit het totale aantal, dat groter is. De keuze zal berusten bij een commissie van artsen. In 1968 was er een oproep van het ministerie verschenen ter verkrijging van gegevens over de