

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