

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

Artroplastieken met siliconrubber implantaten van vingergewrichten bij reumatoïde arthritis

Met belangstelling las ik het artikel van collega NIENHUIS c.s. (1971) betreffende de Swansonprothese bij de reconstructieve operaties aan de reumahand. Een enkele aanvulling hierop zou ik graag willen geven.

Begin 1970 introduceerde ik deze therapie op een gecombineerde vergadering van de Nederlandse en Belgische Orthopaedische Vereniging en de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen, o.a. met een film, gemaakt in ons ziekenhuis.

De luxatie en ulnaire deviatie van de metacarpofalangeale gewrichten vormen mijns inziens op zichzelf ook bij verder intacte handen en vingers géén voldoende indicatie tot operatie, met name tot het inbrengen van een endoprothese: vaak is de functie van de hand voor de patiënt nog zeer acceptabel, de vingers hebben zich aan de ulnaire kant tegenover de duim gesteld en geven zo nog een goede mogelijkheid, vooral voor fijnere bewegingen.

Indien er ulnaire deviatie is, is vaak niet zo zeer de atrofie als wel de contractuur van de ulnaire interossei van belang. Wanneer dus tot operatie wordt besloten, dient vooral deze contractuur opgeheven te worden, waarbij deze pezen gekliefd kunnen worden of naar de radiare zijde van de naastliggende vinger verplaatst. NIEBAUER verplaatste ze en toonde elektromyografisch aan dat ze dan inderdaad functioneren. SWANSON kliëft alleen. Zelf heb ik enkele malen de interossei getransponeerd, maar zag dan weinig verschil met alleen klieven. Hun functie is mijns inziens na de ingreep gering tot nihil.

Wat de operatie betreft zou ik willen vermelden, dat deze ook onder plexus-anesthesie plaats kan vinden. Als de implantaten zijn aangebracht, wordt niet zozeer de fibreuse kapsel overlappend gesloten — vaak is van deze kapsel weinig over — maar van belang is vooral de peeskap radiair te reven, zodat de strekpezen weer op hun plaats komen; deze zijn nl. naar ulnair verschoven en liggen tussen de kopjes in plaats van er op: juist deze repositie van pezen draagt bij tot het functieherstel. Het slechts noemen van de zwaartekracht bij de ulnaire deviatie stelt deze afwijking wat te eenvoudig voor. Onder andere is de structuur van de metacarpofalangeale gewrichten mede verantwoordelijk voor deze afwijking, en in verband daarmee weer de werking van de lange strekkers.

Indien bij een vinger bv. een ruptuur is ontstaan van de lange strekker, zal deze vinger niet ulnairwaarts afwijken: zo is soms op afstand te zien of er peesrupturen zijn: de vingers met ulnaire deviatie hebben intacte lange extensores, andere niet. Voor beide soorten vingers is er een verschillende therapie nodig, ook als het grondgewricht zelf een prothese nodig maakt. Kortom: de behandeling met silicone-prothesen is niet altijd eenvoudig en de indicatiestelling moet met zorg en terughoudendheid geschieden, maar dan kan inderdaad een goed resultaat bereikt worden.

Literatuur. NIENHUIS, R. L. F., A. J. C. HUFFSTADT, G. HEYBROEK en W. H. EISMA (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1889. — SWANSON, A. (1968) *Surg. Clin. N. Amer.* 48, 1003.

Wij zijn collega BOUWER dankbaar voor zijn opmerkingen over de ulnaire deviatie in metacarpofalangeale gewrichten bij reumatoïde arthritis. Deze standsanomalie vormt op zichzelf een onderwerp van bespreking.

BOUWERS indicatiestelling voor toepassing van Swansons endoprothesen sluit aan bij de in het artikel genoemde. Het is belangrijk dat handen met ernstige reumatoïde standsanomalieën, maar met nog bruikbare functiemogelijkheid, zeer behoudend worden benaderd. De genoemde „peeskap” en de fibreuse kapsel van de metacarpofalangeale gewrichten kunnen als functionele eenheid worden beschouwd.

Het radiair overlappend sluiten is bedoeld om de geluختهerde strekpezen ter hoogte van de metacarpofalangeale gewrichten op hun anatomische plaats te brengen. De in het artikel aangehaalde zwaartekracht slaat geheel op de situatie durante operatione, vóór en na het inbrengen van de prothese.

De slotzin van het commentaar van collega BOUWER had aan de laatste zin van het artikel vooraf kunnen gaan.

Groningen, december 1971

G. HEYBROEK

Het moederschap als creatieve daad

Professor KLOOSTERMAN (1971) beschrijft op boeiende wijze de ziektegeschiedenis van een vrouw, die welbewust levenbedreigende risico's aanvaardde om een kind te krijgen.

Hoewel een zwangerschap om strikt medische redenen gecontraïndiceerd was, legde de medicus zich neer bij de wens van de vrouw en toonde hij zich bereid advies en begeleiding voor het tot stand komen van een graviditeit te geven.

Op grond van de indrukwekkende ervaringen met deze patiënte komt professor KLOOSTERMAN er toe min of meer expliciet te stellen, dat wanneer de arts bereid is de wens van de vrouw te honoreren, indien zij ondanks de voor haar daaraan verbonden grote risico's een zwangerschap wil, hij ook bereid moet zijn een zwangerschap, wanneer die voor de vrouw onaanvaardbaar is, af te breken. Deze redenering lijkt mij niet juist, omdat zij van de onuitgesproken veronderstelling uitgaat, dat het verlangen van de vrouw, zwanger te worden van dezelfde orde is als de wens, een zwangerschap af te breken.

Noch voor de vrouw, noch voor de arts zijn dit echter gelijkwaardige zaken. Voor de vrouw niet omdat zij, naar onze ervaring — ook al is zij overtuigd van de noodzaak van abortus in haar situatie — in de grote meerderheid der gevallen oneindig veel liever zou willen dat de omstandigheden haar toestonden de zwangerschap uit te dragen. Voor de arts niet, omdat bij de keuze tussen zwangerschap of abortus zijn houding er niet een kan zijn van wetenschappelijke objectiviteit.

Krachtens zijn beroep geeft hij, zoals dat van oudsher geweest is, de voorkeur aan het leven. Dat is mijns inziens zijn a priori, zijn vóór-wetenschappelijke vooringenomenheid, zijn *raison d'être*.

Het is mijn overtuiging dat niet de wens van de vrouw, maar slechts onmacht en onvermogen om op enigerlei andere wijze hulp te bieden een excuus voor de arts kan zijn, een abortus te provoceren. Qualitate qua is hij het die het in de eerste plaats voor de vrucht moet opnemen indien een ver-

zoek tot afbreken van de zwangerschap wordt gedaan. In de klinische les van professor KLOOSTERMAN heb ik dit pleidooi voor de vrucht helaas gemist.

Literatuur. KLOOSTERMAN, G. J. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1787.

Utrecht, november 1971

A. W. MANTE

Wanneer collega MANTE schrijft dat ik „min of meer expliciet” gesteld zou hebben dat de arts „bereid moet zijn een zwangerschap, wanneer die voor de vrouw onaanvaardbaar is, af te breken” is dat duidelijk in strijd met mijn woorden en bedoelingen, expliciet en impliciet.

In mijn klinische les heb ik letterlijk geschreven: „Dit betekent daarom nog niet dat haar wil door anderen voetstoots aanvaard moet worden, maar er zou al veel gewonnen zijn wanneer het besef zou doorklinken dat in ons land, in deze tijd „iedere” abortus provocatus een tegemoetkoming betekent aan de wil van de zwangere vrouw om de soms zeer bittere beker die de zwangerschap voor haar kan zijn, aan haar te laten voorbijgaan.” Aangezien collega MANTE dus een stelling aanvalt, die hijzelf heeft geponeerd en die hij ten onrechte aan mij toeschrijft, zou ik het hierbij kunnen laten. Niettemin prikkelt zijn betoog mij tot enkele opmerkingen:

1. Door de titel van mijn klinische les „Het moederschap als creatieve daad” en door de verdere inhoud ervan meende ik al duidelijk gemaakt te hebben dat ook voor mij het verlangen van een vrouw om een kind ter wereld te brengen niet van dezelfde orde is als de wens om een zwangerschap af te (laten) breken (zelfs als men scheppen en vernietigen onder dezelfde noemer wil brengen).

2. Ik heb gesteld dat er maar één indicatie tot abortus provocatus is overgebleven, namelijk de weigering van de vrouw, haar zwangerschap te aanvaarden. Immers, zodra de vrouw de zwangerschap wil, is uit somatisch-medisch oogpunt iedere zwangerschap aanvaardbaar te maken, getuige de hoofdpersoon van mijn klinische les. Nee, zegt collega MANTE, pas wanneer wij niet in staat blijken haar zodanig te helpen dat de omstandigheden voor haar aanvaardbaar worden, hebben wij een excuus een abortus te provoceren. Wat is het verschil? Ook uit het betoog van collega MANTE kan ik niets anders opmaken dan dat de vrouw zelf uiteindelijk de indicatie stelt. Daarna gaat inzender zelfs nog verder dan ik, want ik heb in het midden gelaten of hierin een excuus gezien kan worden. Ik heb alleen maar betoogd dat er geen andere indicaties zijn.

3. Ik meen dat de belangen voor de ongeborene over het algemeen het beste toevertrouwd kunnen worden aan degene die straks het kind ter wereld zal brengen of de abortus moet ondergaan. Haar te helpen tot een zo goed mogelijk gefundeerd besluit te komen lijkt mij zinvoller dan te trachten de belangen van de ongeborene te bepleiten bij degene die, ook door collega MANTE, als de natuurlijke pleitbezorger van deze belangen wordt aangezien.

4. Het is mijn stellige overtuiging dat het voortbestaan van de mensheid met meer vertrouwen afhankelijk gesteld kan worden van de creatieve drang van de (overwegend vrouwelijke) mens dan van de leuzen van haar (overwegend mannelijke) soortgenoot. Een beter pleidooi voor de betekenis van de ongeborene dan gehouden is door het echtpaar dat ik in mijn klinische les beschreef kan ik mij niet voorstellen. Waarom had ik daaraan nog iets toe moeten voegen?

Amsterdam, december 1971

G. J. KLOOSTERMAN

BERICHTEN

Buitenland

CANADA

Vasectomie. Een mededeling van E. S. LIVINGSTONE te Calgary, Alta, vermeldt zijn ervaringen met 3200 vasectomieën die hij in de loop van elf jaar heeft uitgevoerd (*Can. med. Ass. J.*, 20 nov. 1971 bl. 1065) bij mannen van gemiddeld 35-40 jaar. De jongste was 21 jaar (een imbeciele epilepticus), de oudste 75! Postoperatieve complicaties kwamen bij de eerste duizend patiënten vaker voor dan bij de latere: 6 pct infecties, 4 pct hematomen, vaak oedemateuze zwelling van het vas. Daartegenover deden zich bij de laatste 480 patiënten slechts 4 postoperatieve infecties voor, alle van lichte aard, en er ontstond geen enkel hematoom. Rekanalisatie, gepaard met het wederom verschijnen van spermatozoa in het ejaculaat, kwam slechts zelden voor; in elk geval was de ervaring te gering om hierover iets definitiefs te kunnen zeggen. Slechts twee patiënten hadden achteraf spijt van de ondergane operatie, maar slechts één bleef aandringen op operatief herstel van het vas. De vasectomieën werden onder plaatselijke verdoving poliklinisch uitgevoerd en de arbeidsongeschiktheid na de operatie was gering. In 1970 konden 25,4 pct der geopereerde patiënten nog dezelfde dag hun werk hervatten, terwijl zelfs 48,6 pct eigenlijk ook direct weer aan het werk hadden kunnen gaan. Ook hierop had de toenemende ervaring van de operateur invloed, want deze cijfers waren in 1964 ongunstiger. Merkwaardig was de uitslag van een onderzoek naar het aantal kinderen die de

mannen op het tijdstip van de vasectomie reeds hadden. In 1966 was dit aantal gemiddeld 3,7; in de daaropvolgende jaren daalde het achtereenvolgens tot 3,4; 3,1; 2,8; 2,7. Ook merkwaardig was de toenemende neiging van mannen om de operatie te laten uitvoeren bij groepen die daarover persoonlijk contact hadden gehad. Zo was er een groep brandweerlieden, van wie 30 à 40 pct zich hadden laten vasectomiseren; in een andere groep brandweerlieden hebben alle mannen de operatie ondergaan.

GROOT-BRITANNIË

Klinische docenten en geneeskundige centra. De stichting van de National Association of Clinical Tutors in 1970 demonstreert de sterke ontwikkeling van het voortgezet geneeskundig onderwijs in de laatste jaren. Een belangrijke factor hierbij is geweest de vorming van „medical teaching centres” in de streekziekenhuizen; ook van belang is geweest de opgezette administratieve organisatie, gebaseerd op samenwerking tussen universiteiten, geneeskundige opleidingscholen en de besturen van de streekziekenhuizen, en tenslotte de benoeming van „clinical tutors”. Van verschillende kanten kwam financiële steun, terwijl het ministerie van gezondheid voorzag in de aanstelling van de docenten. Het eerste medisch onderwijscentrum werd te Stoke-on-Trent in 1959 ontworpen en in 1964 geopend. De nieuw gevormde National Association of Clinical Tutors is thans in samenwerking met de Nuffield Provincial Hospital Trust en de Council for Postgraduate Medical Education in Engeland

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 2, 1972