

tebeelden overwogen te worden (hereditaire sferocytose, hereditaire niet-sferocyttaire hemolytische anemie en enkele andere, eveneens ernstige aandoeningen).

Indien een rhesusantagonisme op grond van prenaal bloedgroepenonderzoek uitgesloten geacht kan worden, komen verschillen in de ABO-bloedgroepen van moeder en kind in aanmerking, in zeldzame gevallen ook in andere bloedgroepfactoren (Kell, Duffy, Kidd, MNS). Weliswaar is het verloop van de hemolytische ziekte van de pasgeborene ten gevolge van een ABO-antagonisme dikwijls milder dan bij een rhesusantagonisme; gevallen zoals het hier vermelde behoren geenszins tot de grote uitzonderingen; er zijn zelfs fataal verlopen gevallen beschreven.

Voor de tijdige herkenning van het ziektebeeld van het ABO-antagonisme is het vooral van belang, dat iedereen die bij de zorg van een pasgeborene betrokken is (artsen, vroedvrouwen kraamverzorgsters, grootmoeders; en waarom niet ook de kraamvrouwen zelf?) doordrongen wordt van het axioma, dat een vroege icterus betekent, dat de gezondheidstoestand van de zuigeling ernstig wordt bedreigd.

Het is organisatorisch en financieel ondoenlijk, bij iedere gravida met bloedgroep O een onderzoek in te stellen of sensibilisatie ten gevolge van een ABO-antagonisme heeft plaatsgevonden.

Voor meer uitgebreide informatie zij verwezen naar de gangbare pediatrie handboeken. Ook in de Nederlandse literatuur zijn bijdragen over dit onderwerp te vinden, bijvoorbeeld in het deel „Kindergeneeskunde” van de *Aanwinsten op diagnostisch en therapeutisch gebied* (Elsevier 1964). In *Rhesusantagonisme*, onlangs verschenen in de reeks Bibliotheek der Geneeskunde (Stafleu, Leiden 1971), wordt ook het ABO-antagonisme in het kort besproken.

INGEZONDEN

Bloeddrukverlagende diuretica en operatie

Terloops wordt in vraag 55 (1971) gesteld, dat het gebruikelijk is een tijdlang vóór de operatie antihypertensiva te staken.

In februari 1970 vraagt JOHN DILLON zich in *The expert*

Opine van de *Survey of Anesthesiologie* heel verbaasd af, waarom dit nog een punt van discussie is: „We have not given this problem any great consideration lately, other than to give as light an anesthetic to the patient as possible, but we do that anyway.”

PRYS-ROBERTS en medewerkers (1971) concluderen, dat het staken van antihypertensiva vóór de anesthesie niet alleen onnodig is, maar zelfs gevaarlijk. Zij hebben dit bevestigd in een studie over cardiovasculaire reacties bij normotensieve patiënten, onbehandelde hypertensiepatiënten en patiënten, die een antihypertensivum gebruikten.

Het resultaat was, dat onbehandelde hypertensiepatiënten een ernstig risico vormen voor anesthesie en chirurgie. Bij deze groep kwam het vaakst ernstige bloeddrukdaling voor, gepaard gaande met tekenen van myocardisch ischemie op het ECG. Ook KEUSKAMP c.s. (1970) deelt mede, dat de relatief grootste verlaging van de bloeddruk juist bij deze patiënten wordt waargenomen.

Wanneer de anesthesist aan bepaalde voorwaarden voldoet, behoort hij — wat deze groep patiënten aangaat — geen invloed uit te oefenen op het opnamebeleid van zijn snijdende broeders.

Deze voorwaarden zijn:

1. Het weten, dat de patiënt deze middelen gebruikt.
2. Een gedegen pre-operatief onderzoek.
3. 1 mg atropine intraveneus, toegediend vlak voor de inleiding van de anesthesie, om de parasymphatische effecten van deze middelen tegen te gaan (PRYS-ROBERTS).
4. Ruime vochttoevoer tegelijk met de inleiding (KEUSKAMP).
5. Lichte anesthesie.

Wat betreft eventuele twijfel over het toedienen van diuretica in de eerste postoperatieve dagen, kan men door de patiënt te wegen (met een beddenweegschaal en onder dezelfde omstandigheden) inlichtingen krijgen over een eventuele vochtretentie.

Literatuur. DILLON, J. B. (1970) The experts opine. *Surv. Anesth.* 14, 82. — KEUSKAMP, D. H. G. en P. W. B. REDDINGIUS (1970) Pre-operative administration of fluids. *Arch. chir. neerl.* 22, 269. — PRYS-ROBERTS, C., R. MELOCHE en P. FOËX (1971) Studies of anaesthesia in relation to hypertension. I: Cardio-vascular responses of treated and untreated patients. *Brit. J. Anaesth.* 43, 122. — Vraag 55 (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2162.

Alkmaar, 21 december 1971

H. EPPENS

BOEKAANKONDIGINGEN

A. G. M. VAN MELSEN, J. F. RANG, W. F. TORDOIR, H. M. VAN DER VEGT, G. J. KLOOSTERMAN, A. C. REGENSBURG, J. H. PLOKKER, F. J. M. HILLEN, M. W. JONGSMA, H. VAN OYEN, J. DE GRAAF, A. C. DROGENDIJK, J. DROOGLEEVER FORTUYN, *Recent medisch ethisch denken, II.* (De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde, Dl. 60.) 328 bl. Stafleu, Leiden 1970. Prijs: ingen. f 45,—.

Dit boek bevat een aantal bijdragen van verschillende auteurs over diverse onderwerpen, zoals ethiek en techniek, medische experimenten en het verplicht dulden van medische behandelingen, arts en oorlog, abortus provocatus, orale anticonceptie, sterilisatie, de arts aan het sterfbed, de

medicus en de waarheid, het beroepsgeheim, e.a. De titel lijkt goed gekozen, daar deze aangeeft dat het gaat om het huidige denken over de ethische implicaties van het medisch handelen. Men kan niet langer spreken over één bepaalde omschreven medische ethiek. Het spreekt vanzelf dat de denktrant van de verschillende auteurs niet altijd even recent is en dat er verschillen zijn in schrijfrant en in diepgang.

Kennisgeving van de inhoud van dit boek kan zeer aanbevolen worden, vooral voor hen die er behoefte aan hebben zich aan de gedachten van anderen te spiegelen in een tijd dat er zulke sterke verschuivingen in het ethisch denken optreden.

F. J. A. HUYGEN

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 7, 1972