

toediening van glucose niet meer mogelijk is. Het kan intramusculair of subcutaan gegeven worden. Verschillende mij bekende huisartsen hebben steeds glucagon in voorraad; aan intelligente ouders of echtgenoten van diabetespatiënten kan het gebruik ervan geleerd worden. Hierdoor is het mogelijk sneller hulp te bieden en een ziekenhuisopname te voorkomen.

Wie de moeilijkheden kent waarmee de intraveneuze toediening van grote hoeveelheden glucoseoplossing aan een agressieve en worstelende patiënt gepaard kan gaan, zal ook in het ziekenhuis de eenvoudige toediening van glucagon een uitkomst vinden.

*Literatuur:* BLOMHERT, G. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 262.

Laren, 14 februari 1972

W. A. BOEKELMAN

Collega BOEKELMAN heeft gelijk als hij zich verwondert over het feit dat ik de behandeling met glucagon met een enkele zin afdoe. Met een dosering van 1 mg zowel intraveneus als intramusculair kan een hypoglykemie worden bestreden.

Blijkens een onderzoek van MACCUIISH c.s. (1970) blijken echter minder dan de helft van de patiënten met hypoglykemie, opgenomen in het Royal Infirmary in Edinburgh, op deze therapie te reageren. Verhoging van de dosis had zelden een beter resultaat. In alle gevallen moet trouwens glucose worden nagegeven. Dat deze werking zo onzeker is, is te begrijpen omdat het effect waarschijnlijk berust op glycogenolyse van leverglycogeen. Er is dus een grote kans dat de injectie niet werkt in een periode waarin de lever weinig glycogeen bevat, zoals bij hypoglykemie zeer vaak het geval is, vooral in de eerste uren van het etmaal.

De reserve van glucose is trouwens in het algemeen gering. Het leek mij derhalve niet wenselijk naast een steeds werkende behandeling (het geven van glucose of een ander suiker) een therapie naar voren te halen die slechts in 40% van de gevallen goed werkzaam is. Wanneer een hypoglykemie te lang voortbestaat zijn de gevaren voor hersenschadiging zeer groot. Een ineffektieve therapie kan dus gevaarlijk zijn.

*Literatuur:* MACCUIISH, A. C., J. F. MUNRO en L. J. P. DUNCAN (1970) *Lancet II*, 946.

's-Gravenhage, 21 februari 1972

G. BLOMHERT

In het artikel van collega BLOMHERT (1972) valt op, dat uitsluitend gesproken wordt over de ernstige eindsymptomen van de hypoglykemie en de daaraan ten grondslag liggende ernstige ziekten die in de praktijk, afgezien van diabetes, zelden voorkomen. Niet genoemd worden de veelvuldig voorkomende lichte hypoglykemieën door te weinig glucose-aanbod t.o.v. het gebruik. Een onvoldoende ontbijt leidt aan het eind van de morgen bij zeer veel mensen tot de meeste symptomen die door collegae BLOMHERT worden vermeld. Bij ongetrainde gezonde mensen ontstaan, wanneer sportieve prestaties gevraagd worden, zonder voldoende glucoseleverende voeding, duidelijke storingen in motoriek en gedrag. Een complicerende factor hierbij is, dat niet het hongergevoel dat naar glucoseleverende voeding vraagt, ontstaat maar juist een weerzin tegen speciaal zoete voedingsmiddelen. Mensen die hun eerste symptomen van hypoglykemie kunnen herkennen, weten dan ook dat, hoewel niet de minste behoefte aan en zelfs tegenzin tegen glucose of suikertabletten bestaan, toch alleen deze hen weer „normaal” maken. Hoeveel kinderen op school worden op het eind van de

morgen niet licht hypoglykemisch, hetgeen gaperigheid, humeurigheid, onrust, minder goede prestaties en conflicten met onderwijzers in de hand werkt — nog versterkt, omdat ook de leraar niet meer in evenwicht is. Irritatie in het verkeer op het eind van de dag wordt wellicht mede door een lichte hypoglykemie veroorzaakt.

De symptomen van te laag bloedsuikergehalte zullen altijd worden gezien bij te gering aanbod, te groot verbruik en falend regulatiemechanisme van het bloedpercentage van de glucose. Collega BLOMHERT neemt alleen de ernstige afwijkingen van het regulatiemechanisme in beschouwing. Het leek mij dat in de rubriek „Voor de praktijk” een bespreking van de storingen, waarbij vooral een onvoldoende aanbod en te hoog verbruik van de glucose een rol spelen, niet helemaal gemist kon worden.

*Literatuur:* BLOMHERT, G. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 262.

Amsterdam, 18 februari 1972

R. L. CORNELISSEN

Vasten en overmatige spierarbeid bij normalen doet geen hypoglykemie ontstaan. Bij patiënten met z.g. functionele hypoglykemie, waarbij na gebruik van overmatige hoeveelheden koolhydraten, 2 tot 4 uur later lage bloedsuikerwaarden ontstaan, zijn de verschijnselen zeer vaag. In veel gevallen worden bloedsuikerwaarden bereikt die bij normalen geen symptomen veroorzaken, zodat het waarschijnlijk is dat psychogene factoren van betekenis zijn (BONDY 1969). De door collega CORNELISSEN genoemde symptomen kunnen zeer gemakkelijk anders worden verklaard.

Gaarne zou ik overigens de bron vernemen die de bewijzen heeft geleverd, dat normale schoolkinderen en onderwijzend personeel op het eind van de morgen hypoglykemisch kunnen worden met de beschreven resultaten.

*Literatuur:* BONDY, P. K. (1969) in: DUNCAN, *Diseases of metabolism*. 6e druk, bl. 269. Saunders, Philadelphia.

's-Gravenhage, 25 februari 1972

G. BLOMHERT

### *Het moederschap als creatieve daad*

Prof. KLOOSTERMAN (1971) snijdt in zijn klinische les ook het onderwerp abortus arte provocatus aan. Het in discussie treden over dit onderwerp is een hachelijke zaak, en wel omdat er zoveel buiten het directe vakgebied van de medicus gelegen aspecten aan zitten. Levensbeschouwing, filosofische instelling, ethische opvattingen en persoonlijke emotionele betrokkenheid beïnvloeden in hoge mate het standpunt dat men inneemt.

Het komt mij voor dat het antwoord op de vraag: „Heeft de menselijke vrucht als zodanig waarde, of ontleent zij haar betekenis alleen aan de waarde die de ouders er aan toekennen”, van essentieel belang is voor de houding die men ten opzichte van de abortus provocatus aanneemt!

Omdat Prof. KLOOSTERMAN in zijn klinische les stelde dat er slechts één indicatie is voor abortus, nl. de weigering van de vrouw de zwangerschap te aanvaarden, kreeg ik de indruk dat hij tenderde naar de opvatting dat de waarde van de vrucht afhankelijk is van de waardering die de vrouw (of het ouderpaar) er voor heeft. Hiertegenover stelde ik mijn opvatting, dat de menselijke vrucht als zodanig waarde heeft, ongeacht het al of niet gewenst zijn van de zwangerschap.

Een consequentie van deze opvatting is, dat de wens van de vrouw niet een indicatie voor abortus kan zijn. Immers, indien men ervan uitgaat dat de vrucht als zodanig waarde

heeft, is het de primaire taak van de arts die vrucht te beschermen: Ook in ethische zin is de medicus verantwoordelijk voor zijn handelen, en de wens van de vrouw kan hem van deze verantwoordelijkheid niet ontheffen.

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

Utrecht, februari 1972

A. W. MANTE

Gaarne maak ik van de mij door collega MANTE geboden gelegenheid gebruik om, als resultaat van een tussen ons gevoerde mondelinge en schriftelijke gedachtenwisseling, enkele misverstanden op te helderen, die blijkbaar kunnen rijzen bij de lezing van mijn klinische les.

1. Het is nimmer mijn bedoeling geweest de „waarde” van de ongeboren mens uitsluitend afhankelijk te stellen van de waardering die de vrouw (of het ouderpaar) ervoor heeft. Ik acht barmhartigheid en liefde voor de (mede)mens een der belangrijkste grondslagen (zo niet *de* belangrijkste) van cultuur en vanzelfsprekend begint het menselijk leven niet pas na de geboorte. Wel ben ik er meer en meer van overtuigd geraakt dat de waarde van een zygote van een aanzienlijk lagere orde is dan die van een foetus die buiten het moederlichaam tot voortleven in staat zou zijn. Het leven van een embryo van 8 weken dezelfde waarde toe te kennen als dat van een volwassen medemens (bv. de vrouw die van dat embryo de draagster is) acht ik een absurditeit in strijd met iedere ervaring van de werkelijkheid.

2. Ik blijf bij mijn standpunt dat heden ten dage meer dan ooit tevoren de weigering van de vrouw, de zwangerschap te aanvaarden, als enige indicatie is overgebleven voor abortus provocatus.

De hulpverlening die haar geboden kan worden als zij wel tot aanvaarding der zwangerschap geneigd is, is zo doeltreffend geworden dat de somatische risico's van het aanvaarden van de zwangerschap met alle medische en sociale hulpmiddelen erbij niet groter meer is dan van het afbreken van de zwangerschap. De puur medisch-somatisch geïndiceerde abortusindicatie is praktisch geheel vervallen en *dus* blijft als enige indicatie over: de weigering van de vrouw om de zwangerschap met alle daaruit voor haar voortvloeiende consequenties te aanvaarden.

Ten onrechte heeft collega MANTE hieruit gelezen, dat deze indicatie een rechtvaardiging voor de ingreep zou moeten zijn. De arts heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en kan weigeren de ingreep te verrichten. Hij kan dit weigeren als medicus op grond van het afwegen van medische contra-indicaties tegenover de door de patiënte gestelde indicatie. Hij kan ook weigeren op grond van weerzin tegen de ingreep omdat het vernietigen van menselijk leven in conflict komt met zijn eigen wereldbeschouwing. Indien dit laatste het motief van zijn weigering vormt, moet hij dit echter uitdrukkelijk vermelden, want hij brengt dan argumenten naar voren, die niet te maken hebben met zijn deskundigheid als arts.

Amsterdam, februari 1972

G. J. KLOOSTERMAN

### *Twee patiënten met afsluitingsicterus*

Collega WAGENAAR (1972) illustreert andermaal de moeilijkheden die wij kunnen ondervinden bij het opsporen van de oorzaak van een icterus, c.q. een afsluitingsicterus.

Als ik zijn informatie goed gelezen en geïnterpreteerd

heb, kon respectievelijk moest, in beide gevallen reeds betrekkelijk snel na het optreden van de verschijnselen de waarschijnlijkheidsdiagnose afsluitingsicterus overwogen worden, al bleven uiteraard andere mogelijkheden bestaan.

In beide gevallen werd tenslotte na ongeveer een maand, na intensief internistisch onderzoek, een laparotomie noodzakelijk geacht. Hoe lang het interval was tussen het optreden van de icterus en het tijdstip van de operatie komt in de gegevens van collega WAGENAAR niet duidelijk naar voren. Dit interval kan belangrijke consequenties hebben.

De mogelijkheid dat een percutane transperitoneale transhepatische cholangiografie bij de door hem beschreven patiënten wellicht op een eerder tijdstip uitkomst had kunnen bieden — zowel wat lokalisatie als aard van de aandoening betreft — wordt door collega WAGENAAR slechts vluchtig genoemd en min of meer van de hand gewezen (bl. 304).

Enkele ter zake dienende publikaties van Nederlandse auteurs, die het tegendeel van hetgeen collega WAGENAAR betoogt, aannemelijk maken, zijn waarschijnlijk aan zijn aandacht ontsnapt, worden althans niet door hem genoemd. Alle voor- en nadelen, indicatiestelling, contra-indicaties en techniek en de verkregen informatie staan uitvoerig vermeld in deze publikaties.

Uit de beschrijving van zijn patiënten meen ik te moeten opmaken dat in beide gevallen een percutane transperitoneale transhepatische cholangiografie geïndiceerd was. Duidelijke contra-indicaties voor dit onderzoek heb ik uit zijn gegevens niet kunnen opmaken.

Bij de tweede patiënt (klein centraal gelegen galwegcarcinoom) zou de punctie van de galwegen met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid geslaagd zijn en had op grond van het cholangiogram met grote waarschijnlijkheid de diagnose gesteld kunnen worden.

Ik kan collega WAGENAAR uit onze documentatie drie illustratieve voorbeelden tonen van deze betrekkelijk zeldzame afwijking.

Bij de eerste patiënt zou de punctie van de intrahepatische galwegen waarschijnlijk niet gelukt zijn. Een ieder die met deze methodiek enige ervaring heeft, kan echter ook uit een „mislukte” punctie met enige waarschijnlijkheid de conclusie trekken dat de intrahepatische galwegen niet gedilateerd zijn, waaruit weer besloten kan worden dat een obstructie, van welke aard ook, van de ducti hepatici en/of ductus choledochus, zeer waarschijnlijk *niet* aanwezig is. Bij onze circa 150 puncties kon na een „mislukte” punctie bij 8 patiënten, waarbij na uitvoerig internistisch onderzoek de waarschijnlijkheidsdiagnose afsluitingsicterus moest worden gesteld, bij laparotomie en leverbiopsie de een of andere vorm van intrahepatische cholestase worden aangetoond.

Natuurlijk heeft deze methodiek bezwaren en gevaren, evenals verschillende andere diagnostische procedures die wij tegenwoordig menen te moeten toepassen.

Bij een nauwkeurige observatie na de punctie kan een bloeding, dan wel gallekkage, doeltreffend worden opgevangen. Daar tegenover staat echter dat te lang afwachten, het te lang uitstellen van een exploratieve laparotomie, bij patiënten die waarschijnlijk een afsluitingsicterus hebben, een *irreversibele* lever-parenchymbeschadiging kan induceren, o.a. een biliaire cirrose.

Wijst men desalniettemin de punctie als onderzoeksmethodiek af, dan kan een perfect uitgevoerde per-operatieve cholangiografie in de meeste gevallen goede informatie geven.

Bij de eerste patiënt vermeldt collega WAGENAAR (bl. 302): „De intrahepatische galwegen werden niet afgebeeld”. Het is onze ervaring dat in gevallen van een biliaire cirrose of een intrahepatische cholestase de fijnste intrahepatische vertakkingen van de levergangen zich weliswaar niet altijd met