

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 weezin 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

contrast laten vullen, maar de grotere intrahepatische vertakkingen daarentegen wél.

Bij de tweede patiënt vermeldt collega WAGENAAR niet duidelijk of een per-operatief cholangiogram verricht is. Het lijkt mij zeer waarschijnlijk dat met deze methodiek de afsluiting ter plaatse van de splitsing van de ductus hepaticus in de linker en rechter tak zichtbaar gemaakt had kunnen worden.

De bedoeling van deze kanttekening was de gereserveerde houding van collega WAGENAAR ten opzichte van de percutane transperitoneale transhepatische cholangiografie enigszins te nuanceren.

Literatuur: WAGENAAR, J. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 301.

Nijmegen, februari 1972

W. J. H. SCHMIDT

Gaarne wil ik het volgende antwoorden op het commentaar van Prof. SCHMIDT.

Het interval tussen het ontstaan van de icterus en het tijdstip van operatie werd bij beide patiënten ten naaste bij aangegeven: bij de eerste patiënt ontstond de icterus kort voor opname en wel enkele dagen ervoor, bij de tweede patiënt ontwikkelde de icterus zich, zoals vermeld werd, vijf dagen voor opname.

Zeker is het goed, de afsluitingsicterus zo kort mogelijk te laten bestaan, doch juist bij deze twee patiënten was het niet mogelijk de indicatie tot laparotomie eerder te stellen omdat het moeilijk was tot een waarschijnlijkheidsdiagnose te komen.

Inderdaad zijn er Nederlandse en ook buitenlandse auteurs die de percutane cholangiografie regelmatig toepassen; hierover werd echter geen literatuur gerefereerd omdat wij van mening zijn dat peroperatieve cholangiografie en leverbiopsie de voorkeur verdienen boven de percutane methode. De redenen hiervoor werden, zij het kort, uiteengezet. Natuurlijk is het mogelijk hier dieper op in te gaan, maar dan nog zullen voor- en tegenstanders van deze methode tegenover elkaar blijven staan.

CARLSON (1970) bespreekt 334 patiënten waarbij percutane cholangiografie werd verricht; in 12 gevallen traden complicaties op, 2 verliepen letaal door een bloeding, bij 10 patiënten was laparotomie noodzakelijk wegens gallekkage. In 80% werden goede beelden verkregen.

WENZ (1970) beschrijft 204 patiënten; bij 25% gelukte de punctie niet; over complicaties in deze serie wordt niet gesproken.

BAYINDIR (1969) beschrijft 179 patiënten; in 17 gevallen mislukte de punctie, in 3 gevallen traden ernstige complicaties op die niet letaal verliepen.

Wat betreft het uitvoeren van percutane cholangiografie bij de beschreven patiënten het volgende: bij de tweede patiënt had hiermee misschien de diagnose gesteld kunnen worden, maar toch had laparotomie moeten volgen om als palliatieve behandeling een bilio-digestieve of een bilio-biliaire anastomose aan te kunnen leggen. Bij de eerste patiënt leken de gegevens, verkregen uit anamnese en onderzoek, zodanig in de richting van steenlijden te wijzen dat hiermede de indicatie tot laparotomie vaststond, ook als een eventuele mislukte punctie was uitgevoerd.

Het lijkt ons, hoewel wij er geen ervaring mee hebben, dat een exploratieve laparotomie niet in een later stadium uitgevoerd zal behoeven te worden dan een percutane cholangiografie.

Wat uw laatste punt betreft kan ik slechts constateren dat bij onze patiënt de intrahepatische galgangen niet zichtbaar werden.

Bij de tweede patiënt werd inderdaad peroperatieve cholangiografie verricht via een van de uitgezette intrahepatische galgangen. Hierop werden sterk uitgezette intrahepatische galgangen gezien, een duidelijke stop werd echter niet zichtbaar. Uit het gegeven dat de extrahepatische galgangen gecollabeerd waren, werd geconcludeerd dat de afsluiting in de porta hepatis gelokaliseerd moest zijn. De postoperatieve cholangiografie kon deze conclusie bevestigen.

Het is overigens goed dat Prof. SCHMIDT erop wijst dat met de percutane cholangiografie, een methode die althans destijds in het Binnengasthuis te Amsterdam niet werd toegepast, waardevolle gegevens zijn te verkrijgen. Eens te meer blijkt dat vele wegen naar Rome kunnen leiden; zo zal de een zich door de lucht willen verplaatsen, terwijl de ander zich veiliger waant door per trein te gaan.

Literatuur: BAYINDIR, S., N. NEGER en H. F. SCHIRMER (1969) Die perkutane transhepatische Cholangiographie bei ikterischen und anikterischen Patienten. *Röntgenfortschritte* 111, 315. — CARLSON, H. C. (1970) Percutaneous transhepatic cholangiography. *Med. Clin. N. Amer.* 54, 875. — WENZ, W., D. BEDUHN en CL. MENNICKEN (1970) Röntgenologische Differenzierung des Verschlussikterus. *Chirurg* 41, 532.

Amsterdam, 7 maart 1972

J. WAGENAAR

Medicamenteuze behandeling van de acute psychotische opwindingsstoestand

Naar aanleiding van hetgeen Prof. VAN PRAAG in het *Caput Selectum* (1972) schreef over het gebruik van depot-neuroleptica, gaarne het volgende.

Kortgeleden verscheen een 61-jarige wat suffe man op de polikliniek voor inwendige ziekten. Zijn echtgenote vertelde dat hij de laatste maanden wat vergeetachtig was geworden; de laatste twee weken was hij ook gedesoriënteerd. Van de huisarts kreeg de man een depot-neurolepticum toegediend (Fluanxol-depot); meteen daarna volgde de verwijzing naar de internist.

Bij opname vertoonde patiënt o.a. wisselingen in helderheid van het bewustzijn, verwardheid en soms motorische onrust. De bloeddruk was wisselend. Aanvankelijk bestond er een ondertemperatuur. Bij neurologisch onderzoek waren er aanwijzingen voor het bestaan van een tumor cerebri; deze bleek bij het aanvullend onderzoek rechts frontaal gelokaliseerd.

De vraag doet zich voor of gebruik van depot-neuroleptica buiten de kliniek mogelijk is, indien men niet de grootst mogelijke zekerheid omtrent de diagnose heeft (uitsluiten van organische afwijkingen o.a.). Dit lijkt met name te gelden voor de patiënt met wisselende helderheid van het bewustzijn, zoals door Prof. VAN PRAAG beschreven.

Literatuur: PRAAG, H. M. VAN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 72.

's-Gravenhage, 26 januari 1972 J. W. M. VAN DER MEER
P. MOSMANS

Ik ben het met de collegae VAN DER MEER en MOSMANS eens, dat er een grote mate van zekerheid moet bestaan over de diagnose voordat een depot-neurolepticum mag worden toegediend. Dit is trouwens een regel die geldt voor alle middelen die langdurig werkzaam zijn en niet op eenvoudige wijze uit het lichaam zijn te verwijderen.