

vaak voorkomt. Referent tekent hierbij aan, dat de indicatiestelling moeilijk is door het ontbreken van objectieve gegevens. Het lijkt hem daarom verstandig de operatie alleen toe te passen bij patiënten met een habituele patellaluxatie.

Literatuur: DEVAS, M. en A. GOLSKI (1973) *Brit. med. J.* I, 589. — WILES, P., P. S. ANDREWS en M. B. DEVAS (1956) *J. Bone Jt Surg.* 38B, 95.

B. R. H. JANSEN

Diversen

Het ontstaan van postoperatieve wondinfecties

Het is bekend dat bacteriën — in druppeltjes en huidschilfers — via de lucht van operatiekamers wondinfecties kunnen veroorzaken. Door middel van speciale vormen van ventilatie, zoals toevoer van steriele lucht onder overdruk en de laminaire flowsystemen, wordt getracht deze zg. airborne infecties te beperken.

Om na te gaan in hoeverre airborne contaminaties van betekenis zijn voor het ontstaan van wondinfecties, stelden SHAW e.a. (1973) een prospectief onderzoek in naar de bacteriële verwekkers van wondinfecties bij uiteenlopende operaties. Deze operaties werden uitgevoerd in een ruimte, waarin de lucht werd gefiltreerd (tot partikels van 5 μ), bevochtigd, verwarmd tot 70° Fahrenheit en onder overdruk ongeveer 20 keer per uur ververst. Per week vonden in dit vertrek gemiddeld 30 operaties plaats, waarvan $\frac{1}{4}$ deel spoedgevallen betrof. Bij 18 willekeurige operaties werd de bacteriële contaminatie van de lucht gemeten. Het bleek dat deze vóór binnenkomst van de patiënt gemiddeld 2,4, tijdens binnenkomst 3,6, gedurende de operatie 1,7, tijdens de wondhechting 1,5 en tijdens het verlaten van de operatie-

kamer 2,8 kolonievormende bacteriën per kubieke voet lucht bedroeg, hetgeen met de bevindingen van andere onderzoekers overeenkomt. Het aantal wondinfecties varieerde tussen verschillende operaties en liep uiteen van 1% bij hartoperaties en sympathectomieën tot 50% bij ingrepen aan colon en rectum. Bij hernia-operaties en mastectomieën bedroeg de frequentie van wondinfecties respectievelijk 3,3 en 8,1%. Bij vaatoperaties aan het bovenbeen was de frequentie van wondinfecties, die hoofdzakelijk voorkwamen bij een huidsnede hoog in het bovenbeen, 26%; bij operaties aan de maag en galwegen 16% en aan de urinewegen 19%. Het merendeel van de infecties (72%), o.a. bij de sympathectomieën, de hartoperaties en zoals te verwachten was bij de ingrepen aan colon en rectum, werd veroorzaakt door Gram-negatieve bacteriën al of niet te zamen met *Staphylococcus aureus*. Bij de overige infecties (28%), overwegend bij operaties aan de borst of de maag, werd uitsluitend *S.aureus* gekweekt.

Uit het voorgaande blijkt dat elk soort operatie een eigen risico van wondinfectie heeft. Exogene factoren, met name besmetting van de lucht zijn, althans in operatiekamers die — zoals de bij dit onderzoek betrokkene — op speciale wijze worden geventileerd, geen belangrijke bron van infectie. Veeleer lijkt de plaats van de huidsnede de frequentie en de bacteriële soort van wondinfecties te bepalen. De schrijvers komen tot de slotsom dat de invoering van dure ventilatiesystemen zoals de „laminair flow”, die de bacteriële contaminatie van de lucht nog verder omlaag brengen, waarschijnlijk weinig zal bijdragen tot vermindering van wondinfecties.

Literatuur: SHAW, D., C. M. DOIG en D. DOUGLAS (1973) Is airborne infection in operating-theatres an important cause of wound infection in general surgery? *Lancet* I, 17.

E. B.

INGEZONDEN

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

Hemagglutinatie-remmende antistoffen tegen rubella in Rotterdam

Het artikel van collega BÄNFFER (1973) geeft belangrijke informatie over het voorkomen van HAR-titers bij de Rotterdamse bevolking. Of dit hoge percentage ook gehaald zal worden in de dunner bevolkte gebieden is een open vraag. Een rubella-epidemie in een huisartsenpraktijk zal stellig door velen van ons met zorg bezien worden met het oog op de zwangere vrouwen. Naar mijn ervaring weten de meeste van hen niet of zij vroeger rubella hebben gehad; en ook de huisarts zal zelden op deze vraag een antwoord weten, tenzij hij al lang praktijk uitoefent en de diagnose destijds in zijn kaartsysteem heeft vastgelegd.

Het lijkt me daarom een goede zaak om bij alle zwangeren die zich voor het eerst op het spreekuur melden een HAR-reactie te laten verrichten, eventueel gecombineerd met bloedgroepen- en luesonderzoek. De uitslag kan de betrokkenen dan mondeling en schriftelijk worden meegedeeld. De onvoldoende beschermde vrouwen kunnen gewaarschuwd worden zich bij een besmetting direct te melden. De anderen wordt op deze wijze veel onrust en onzekerheid bespaard.

Met collega DEKKING (1973) meen ik dat de zwangere vrouwen hier recht op hebben. Het lijkt een volkomen logische zaak om dit onderzoek evenals het bloedgroepen- en

luesonderzoek voor zwangeren op rijkskosten te laten verrichten.

Literatuur: BÄNFFER, J. R. J. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1149. — DEKKING, F. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 886 en 1170.

Giessenburg, 12 september 1973

A. C. BOOT,
huisarts

Acupunctuur en hypnose

Collega DRION (1973) suggereert in zijn reactie op het artikel over acupunctuur (J. STORK 1973), dat de Indische Nederlander gemakkelijker te hypnotiseren zou zijn dan de volbloed Europeaan. Mijn ervaringen in een krijgsgevangenkamp op Singapore-eiland waren hiermee niet in overeenstemming. De Australische chirurg van dit kamp, M. WOODRUFF, thans hoogleraar in Edinburg, schreef dienaangaand (1946) dat hij verbaasd was over het feit, dat de Engelsen en Australiërs ondanks hun scepsis tegenover hypnose even gemakkelijk konden worden gehypnotiseerd als de Indo-Europeanen.

Een zelfde conclusie staat in het verslag van een lezing voor de Nederlandse vereniging voor medische hypnose over „Hypnotische avonturen in krijgsgevangenschap” (SAMP-

MON 1968). Hierin werden hypnoses beschreven bij patiënten van verschillende nationaliteit. Hypnose werd wegens gebrek aan verdovingsmiddelen gebruikt voor anaesthesie bij operaties door collega WOODRUFF en bij tandextracties. Het meest werd echter van hypnose gebruik gemaakt bij de behandeling van neurotische stoornissen.

Literatuur: DRION, E. F. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1326. — SAMPIMON, R. L. H. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 1147. — STORK, J. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 784. — WOODRUFF, M. (1946) *Med. J. Aust.* 23 maart.

Utrecht, 8 september 1973

R. L. H. SAMPIMON

Behandeling van een patiënte met een ernstig dwangsyndroom met behulp van multifocale coagulatie in de witte stof van de frontale en cingulaire hersenschors

Van medische zijde is de laatste tijd enkele malen de vrees geuit dat de medicus een kop van jut van de Nederlandse samenleving aan het worden is. Deze reactie is niet uniek. Ook andere groepen die een periode van kritische aandacht doormaken zoals politici, reclamemensen, tv-makers of ambtenaren voelen zich af en toe de enige zondebok van Nederland.

Toch mag zo'n groep niet vergeten zich af te vragen of de eigen gedragingen en houdingen een aanleiding tot die kritiek vormen. Het is een oude wijsheid dat wie zich verhoogt, forse kans loopt t.z.t. weer tot de werkelijkheid teruggebracht te worden, wat dan subjectief kan aandoen als een verlaging.

In het geval van de medische stand zou veel van de kritiek verklaard kunnen worden uit het imponeergedrag van de medici zelf. (Men denke aan het hanteren van een geheimtaal, verkleeding, paternalistisch gedrag en heteigenmachtig beslissen of de cliënt wel of niet mag beschikken over informatie die hij zelf aan de medicus heeft bezorgd.)

De klinische les van HAAYMAN e.a. (1973) brengt mij op de gedachte dat de tot nu toe geuite kritiek nog niet allereigen heeft geleid tot een herbezinning op eigen kunnen en eigen mogen. Twee zaken springen in het hierin gegeven behandelingsverslag naar voren: Een grote onduidelijkheid over wat men doet en wat voor conclusies men hieruit mag trekken en een opvallende afwezigheid van respect voor de integriteit van de persoon van de patiënte. Ik wil een en ander aan de hand van verwijzingen duidelijk maken:

Onder het hoofdje diagnose wordt op bl. 1265 gesteld dat „Psychasthene trekken ontbraken”. Desondanks wordt het succes van de behandeling afgemeten aan het feit dat patiënte voordat haar hersenen plaatselijk beschadigd werden „extreem hoog op de psychasthenieschaal” van de MMPI-test scoorde (bl. 1267) en daarna „binnen de norm scoorde” (bl. 1269).

Als de psychastheniciteit van de patiënte zich niet in haar gedrag openbaarde, is het de vraag of een verschuiving in een of andere testscore meer bewijst dan dat het formulier-involgedrag van patiënte veranderd is. En dan mag men zich toch afvragen of een ingreep als de beschrevene daar niet een te vergaand middel voor is.

Op verschillende punten blijkt immers dat de resultaten van de beschreven ingreep allerm minst voorspelbaar waren. De schrijvers geven toe dat de ingebrachte bundels elektroden niet zo nauwkeurig konden worden gericht als gewenst was (bl. 1267), maar, zo voegen zij er aan toe: „Het beoogde

therapeutische effect werd toch verkregen door het grote aantal van de ingebrachte elektroden.” Auteurs verwisselen hier kwaliteit met kwantiteit en therapeutisch effect met kans op therapeutisch effect. Een analoge redenering zou zijn: „De werking van de geneesmiddelen kon niet nauwkeurig genoeg worden vastgesteld doch dit werd goedge maakt door veel soorten geneesmiddelen toe te dienen.” Ook elders wordt toegegeven dat de proefnemingen die aan de behandeling voorafgingen „geen overtuigende aanwijzingen voor de lokalisatie” van de ingrepen opleverden. Er zat dus een duidelijk „trial and error” element in de behandeling.

Eén negatief effect wordt beschreven: „dat patiënte ontremd, motorisch hyperactief, inadequaat lacherig en snel dysfoor werd” (bl. 1268). Dit effect, vervolgt men, „hield ongeveer 10 dagen aan en verdween toen grotendeels”. Verzwegen wordt wat er overbleef. Het artikel vervolgt dan vrij „unverfroren”: „Dit incident illustreert één van de grote voordelen van deze methode, nl. dat men gedoseerd kan laederen, het effect kan volgen en dan besluiten kan in een bepaald gebied verder te coaguleren of dat juist te vermijden.”

Wat hier een voordeel wordt genoemd is dat men de schade beperkt kan houden als het onvoorspelbare effect van een ingreep negatief uitvalt. Ik vraag mij af of de ethische toelaatbaarheid van het veroorzaken van onomkeerbare effecten niet ten nauwste samenhangt met de voorspelbaarheid van die effecten!

Niettemin is het zo dat aan het eind van de beschreven behandeling patiënte duidelijk minder dwanggedrag vertoonde. Auteurs schrijven dit zeker voor een deel toe aan de neurochirurgische ingreep, en rechtvaardigen zo deze ingreep, die in elk geval tot één blijvende gedragsverandering in negatieve zin leidde zoals hierboven geconstateerd is.

Uit de inhoud van het artikel volgt echter geenszins dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de hersenbeschadigingen en de gedragsverandering. De schrijvers hebben zelf vastgesteld dat alleen maar gedragstherapeutische behandeling geen verbetering bracht. Bovendien ontlent zij aan de literatuur „dat het voor het effect van de behandeling van groot belang is, om niet alleen cerebrale laesies aan te brengen, maar tegelijk ook de patiënt pedagogisch aan te sporen zijn gedrag te herzien. Gebeurde dit laatste niet, dan bleef het dwanggedrag onveranderd”.

Alleen de combinatie is dus kennelijk effectief. Logisch gesproken kunnen hier twee oorzaken voor bestaan: (a) de neurofysiologische condities worden in belangrijke mate bepaald door de omstandigheid dat er gelijktijdig een gedragstherapie gegeven wordt, (b) het effect van een gedragstherapie wordt beïnvloed door het feit dat de therapeut tegelijkertijd bij machte is in de hersenstructuur van de cliënt in te grijpen. Er is geen enkel bewijs dat in het beschreven geval het eerste effect sterker gewerkt zou hebben dan het tweede.

Psychologisch lijkt me zelfs een vrij sterke redenering op te bouwen dat men zonder dit te beseffen een puur gedrags-therapeutisch experiment uitgevoerd heeft. De ingrepen waren immers cumulatief en werden gekoppeld aan het al dan niet vertonen van gewenst gedrag door de patiënte.

De auteurs lopen niet over van empathie in hun verslag. Er wordt gesproken van „moeilijk invoelbare logica”, „decorumverlies”, „een wat komische manier van foute antwoorden geven”, „schaapachtig lachje”, „niet invoelbaar lachen”, „inadequaat lacherig” etc. Misschien hebben zij ook niet beseft welke dreiging er moet uitgaan van draden die in je hersens lopen en verbonden worden met elektrische apparaten.

Patiëntes vader, zo wordt ons verteld, was een man die