

band met de feiten waarover de klacht handelt, op de schuld-vraag en de mate waarin het geïncrimineerde aan de betrokken arts(en) resp. anderen te verwijten is, en tenslotte op de strafmaat en procedurele vragen.

De tuchtrechter acht zijn uitspraak in een deel van de gevallen van algemeen belang en beveelt daarom tot publikatie opdat ieder door er kennis van te nemen, er lering uit kan trekken. Dat te bevorderen, vooral ook door er discussie over uit te lokken, zal het doel van deze commentaren zijn.

De dag nadat bovenstaande uitspraak in *Medisch Contact* (1976, bl. 166) was gepubliceerd, waren er berichten over in de dagbladers te lezen. Dat mag de uiting zijn van een verscherpte neiging kritisch tegenover artsen te staan, het hoort bij de openbaarheid die alom gewenst en, althans ten dele, gerealiseerd wordt. Maar evenals de pers heeft ook de artsenwereld de plicht in het belang van de patiënt, medicus en rechtspraak, de rechterlijke oordelen kritisch te bezien en daar in het openbaar uiting aan te geven.

Deze eerste uitspraak die van commentaar vergezeld gaat, roept niet veel problemen op. Het gaat om de vraag of bij het

eerste bezoek aan het patiëntje een verwijtbaar onjuist onderdeel is gevelld, om de vraag of de huisarts spontaan een tweede bezoek had moeten brengen en of hij — dit achterwege latend — niet op het laatste telefonische contact met spoed had behoren te reageren.

Wie een zieke baby suf vindt, moet meer doen dan niets; het is niet goed denkbaar dat daar discussie over te voeren valt. Bij duidelijke ziekte behoort de dokter afspraken over de communicatie te maken: ik hoor van u als het erger wordt, u bericht mij morgenochtend uiterlijk om zo laat. Een (telefonisch) contact moet gebruikt worden om de nodige informatie in te winnen, als deze niet spontaan wordt gegeven. Dat er in dit geval *periculum in mora* was, had al eerder duidelijk kunnen zijn.

Belangrijker dan kritiek als deze — achteraf nooit zo erg moeilijk — is de vraag, welke omstandigheden in praktijkvoering, situatie en in de persoon van de dokter, een handelwijze als in deze uitspraak werd veroordeeld, mogelijk maakten.

Amsterdam, januari 1976

B. S. POLAK

INGEZONDEN

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

Anemie; praktische wenken voor de diagnostiek in het algemeen en voor de behandeling van ferriprievae anemie in het bijzonder

Bij het artikel van FICKERS en LOGISTER (1975) zou ik gaarne enige opmerkingen willen plaatsen. Zoals GOUDSMIT (1975) in een eerder verschenen „Voor de praktijk” reeds schreef, is de vraag of aan zwangere vrouwen wel of geen ijzer als profylaxe moet worden voorgeschreven altijd een min of meer heet hangijzer geweest. Een discussie hierover werd in dit tijdschrift in 1969 opgenomen naar aanleiding van het artikel van DE VRIES e.m.: „Moet aan zwangere vrouwen als routine ijzer worden gegeven”, waarnaar wij tevens zouden willen verwijzen.

Aan het eind van zijn overzicht over de ijzerbehoefte van de zwangere vrouw komt GOUDSMIT tot een gematigde „pro”-stelling, een standpunt dat wij reeds jaren verdedigen (EVERS 1964, 1965). FICKERS en LOGISTER stellen in hun artikel (bl. 1817, laatste alinea): „Deze ijzerdepletie hoeft op zichzelf geen klachten te geven en velen beschouwen het als een fysiologische toestand in bepaalde levensperiodes, zoals tijdens de eerste twee levensjaren, de puberteit en de zwangerschap.” Nog afgezien van het feit dat het hebben van klachten zeer subjectief is, dient men zich toch af te vragen of gebrek aan een essentieel stofwisselingselement zoals ijzer wel als fysiologisch mag worden beschouwd, alleen maar omdat deze situatie zo frequent voorkomt. Ik voel me niet ter zake kundig om de consequenties bij zuigelingen en bij kinderen in de puberteit te beoordelen, hoewel ik me goed zou kunnen voorstellen dat diverse levensverrichtingen en functies bij een optimale ijzervoorziening beter uit de verf zouden komen. Wat de zwangere vrouw betreft zijn er vele argumenten om haar gedurende de laatste drie maanden van de zwangerschap profylactisch ijzer toe te dienen (EVERS 1969), terwijl er

nauwelijks bezwaren tegen zijn in te brengen. De kans op gevaren door stapeling van ijzer bij de zeer kleine groep van zwangeren die van zichzelf tegen het einde van de zwangerschap een optimale voorraad hebben, is gezien de slechts korte duur van toediening te verwaarlozen.

FICKERS en LOGISTER stellen verder: „Het als routine voorschrijven van ijzer tijdens de zwangerschap is dan ook niet juist wanneer de bloedcontrole achterwege blijft; aldus kan een foliumzuurdeficiëntie over het hoofd worden gezien.” Het achterwege laten van bloedcontrole (hemoglobinegehaltebepaling) dient evenals het achterwege laten van bloedgroepbepaling, in de moderne verloskunde als een kunstfout beschouwd te worden, die helaas nog al te vaak wordt gemaakt; maar dat betekent niet dat ze gekoppeld mag worden aan de profylactische ijzertoeiening. Door bloedcontrole na te laten worden niet alleen de relatief weinig voorkomende foliumzuurdeficiënties over het hoofd gezien, maar tevens een aanzienlijk groter aantal ernstige ijzergebrecanemieën, veroorzaakt door het nalaten van de noodzakelijke ijzertoeiening.

Op grond van deze argumenten blijf ik van mening, dat er naar gestreefd dient te worden iedere zwangere vrouw te brengen of te houden in een optimale gezondheidstoestand en ieder deficit te corrigeren. Voor de Nederlandse situatie van heden betekent dit dat aan iedere zwangere vrouw gedurende de laatste drie maanden van de zwangerschap extra ijzer moet worden toegediend.

Literatuur: Evers, J. E. M. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 510; (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 2445; (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1860. — FICKERS, M. en H. LOGISTER (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1814. — GOUDSMIT, R. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 515. — VRIES, S. I. DE, A. H. C. SLUYTER en E. J. KRUYT (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1382; (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1861.

's-Gravenhage, januari 1976

J. E. M. EVERS

Aan collega EVERS zouden wij willen antwoorden, dat wij inzake de ijzertherapie bij zwangeren het standpunt van collega GOUDSMIT delen en voorstander zijn van een individueel gerichte farmacotherapie. Bij een ijzerdepletie, c.q. ijzerdeficiëntie — wier diagnose behalve de bepaling van het hemoglobinegehalte een serumijzerbepaling met zich zou meebrengen — is ijzertoeiening niet direct noodzakelijk, maar het kan geen kwaad voor korte tijd. Zakt het Hb lager dan 11 g/100 ml bij het begin van het laatste trimester, dan zou ijzer moeten worden voorgeschreven. Steeds geldt de aanbeveling van een volwaardige voeding.

Kerkrade, januari 1976

M. FICKERS
H. LOGISTER

De vijfling

Op 19 januari 1976 vermeldt de pers de geboorte van een vijfling in Nederland. Wie zou zich niet verheugen? Edoch,

de (summiere) historische beschouwingen die het bericht bevat, behoeven correctie. Eerder kwam, inderdaad voor de Tweede, zelfs voor de Eerste Wereldoorlog een vijfling levend ter wereld, en wel in 1903; echter niet in Groningen, maar in Hatert bij Nijmegen. Accoucheur was Dr. J. J. DE BLÉCOURT te Hees bij Nijmegen, die het voorval beschreef in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van 1903, bl. 1058. De kinderen overleden spoedig en Dr. DE BLÉCOURT schonk het „preparaat” (vijfling plus placenta) aan het obstetrische museum van de Groningse Universiteit, waar hij was opgeleid. De toenmalige hoogleraar, G. C. NIJHOFF, beschreef het met een mooi plaatje in dezelfde jaargang (bl. 1305). Ondergetekende beroemt zich erop nog bij Dr. DE BLÉCOURT in de leer geweest te zijn, en zelfs moet hij meedelen gedurende de kerstdagen van 1924, in zijn tweede studiejaar (!), diens praktijk te hebben waargenomen. Argumentatie van de oudere „collega”: „Gij moet er toch eens doorheen, en of dat nu gebeurt of over zes jaar, maakt geen verschil. Een bril hebt ge al.”

Nijmegen, januari 1976

A. RIJPPERDA WIERDSMA

BERICHTEN

Buitenland

WERELD

Pokken-aftocht. Reeds zijn overal ter wereld laboratoria begonnen, hun voorraden variola-virus te vernietigen, aldus een aan de WHO Executive Board uitgebracht rapport. De WHO legt thans een register aan van de overblijvende voorraden van dit virus. Verwacht wordt dat 15 à 20 laboratoria het in voorraad zullen blijven houden, en dat een kleiner aantal instituten proeven met het virus zal blijven nemen.

In heel december zijn nog slechts 202 nieuwe pokkengevallen gemeld, in minder dan 60 verafgelegen dorpen in Ethiopië. Men hoopt dat de laatste haarden binnen zes maanden opgeruimd zullen zijn. Merkwaardig is het goedaardige karakter van de pokken in dit land. In Bangladesj, waar de laatste gevallen op 16 oktober vorig jaar zijn voorgekomen, stierven 20 à 40 pct van de patiënten; in Ethiopië slechts 1 à 2 pct. Voor de melding van nieuwe pokkengevallen worden thans beloningen uitgelooft die variëren van \$ 35 tot \$ 125 per ontdekt geval.

Voor de bevestiging dat de pokken in een bepaald land zijn uitgeroeid, wordt geëist dat er na het laatste bekende geval twee jaren moeten zijn verlopen. Daarna zal een speciale commissie van de WHO in het desbetreffende land een onderzoek instellen alvorens te verklaren dat de ziekte er is uitgeroeid. Dit is voor twee grote gebieden reeds officieel gebeurd: voor Zuid-Amerika (in 1973) en voor Indonesië (in 1974). Er worden voorbereidingen getroffen voor dergelijk onderzoek in West-Afrika (laatste geval 1970), Pakistan (1974) en Afghanistan (1973). Naar men hoopt, zal een commissie in 1978 naar Ethiopië en Oost-Afrika kunnen gaan, waarna de „worldwide eradication” als voltooid zal worden beschouwd. (*Press Release WHO/6*, 22 jan.)

GROOT-BRITANNIË

Day care abortion. De British Pregnancy Advisory Service (BPAS) begint deze maand februari aan een systeem van

poliklinisch uitgevoerde abortus. De BPAS werkt zonder winstbejag. Ze heeft „nursing homes” in Liverpool, Brighton en Leamington Spa. Deze vallen niet onder de National Health Service. Het ministerie van gezondheid heeft zijn goedkeuring aan de werkwijze gehecht, maar de operatie mag niet worden uitgevoerd bij niet-ingezeten buitenlandse vrouwen, bij vrouwen die langer dan 12 weken zwanger zijn, en bij vrouwen voor wie de operatie of de anesthesie een langere herstelperiode vereist. Voor een op de tien patiënten moet een bed voor overnachting beschikbaar zijn. De vrouw mag pas drie uur na de operatie de polikliniek verlaten en zij mag niet verder weg reizen dan 50 mijl of meer dan twee uur nodig hebben om de plaats te bereiken waar zij na de abortus de nacht zal doorbrengen.

De abortus moet onder algemene anesthesie plaatsvinden. De kosten zullen £ 66 bedragen. In 1974 heeft de BPAS 24.300 abortussen uitgevoerd. Volgens de directeur, Mrs. NAN SMITH, had minder dan de helft van deze vrouwen in aanmerking kunnen komen voor „day care abortion”. (*Med. News*, 29 jan.)

INDIA

Anticonceptie via neus-spray. In het *Planned Parenthood Bulletin* (nr. 5, november 1975) wordt een bericht aangehaald afkomstig van het „All India Institute of Medical Sciences” te New Delhi (AIIMS, *19th Annual Report*, 1974-1975, bl. 7), luidende dat „met een nieuwe wijze van toediening in de contraceptieve techniek — geboortenregeling door middel van een neus-spray met hormonale steroïden — veelbelovende resultaten bereikt zijn”. De neus-spray werkt via de lymfevaten, die in rechtstreekse verbinding met de hersenen staan, waardoor de produktie van hormonen, nodig voor de ovulatie, geremd zou worden. Deze methode heeft als voordelen dat de dosis zeer klein kan zijn (1/20 van de hoeveelheid die bij een injectie wordt gebruikt), de bijwerkingen minimaal zijn, terwijl ze toch dezelfde contraceptieve bescherming biedt als de veel hoger gedoseerde