

in verbinding staat met het peri-uretrale corpus spongiosum en niet met de corpora cavernosa; het bracht hem op het lumineuze idee, de cavernospongieuze verbinding via een gemakkelijker toegangsweg, namelijk in de glans penis, aan te leggen. Bovendien deed hij dit op een wijze, die aanmerkelijk eenvoudiger is dan welke vaatchirurgische techniek ook: onder geleidingsanesthesie wordt met een smal en puntig mesje de corona glandis aan de voorzijde, lateraal van de mediaanlijn ingesneden, waarna via de omhullende tunica albuginea de incisie tot in het uiteinde van het corpus spongiosum wordt uitgebreid. Wanneer vervolgens het oppervlak van de glans is gesloten, vindt de afvloed uit het gestuwde corpus cavernosum plaats via het corpus spongiosum; er is in plaats van een proximale een distale cavernospongieuze shunt gemaakt, die EBBEHØJ de glandocaverneuze anastomose noemt. LUND en EBBEHØJ (1980) behandelden op deze wijze tussen 1973 en 1978 in het Universiteitsziekenhuis van Kopenhagen 18 patiënten met een priapisme. Hun resultaten waren als volgt: bij 11 patiënten werd een volledige verslapping van de penis verkregen, bij 3 van hen weliswaar pas na herhaling van dezelfde ingreep binnen 24 uur. Van alle 11 bleef de potentie behouden. Bij 6 patiënten werd na twee of meer operaties een gedeeltelijke verslapping bereikt; slechts 2 van hen bleven potent. Bij één lijder aan leukemie ontstond na twee glandocaverneuze insnijdingen geen verslapping, waarna een safenocaverneuze anastomose werd gemaakt,

die pas na twee weken resulteerde in een blijvende verslapping en impotentie.

De auteurs delen de ervaring van anderen, dat de resultaten beter zijn naarmate de behandeling vroeger plaatsvindt en er (daardoor?) minder operaties per patiënt nodig zijn om verslapping te verkrijgen. Bij 9 van hun 11 patiënten, die binnen drie dagen werden geopereerd, bleef de potentie volledig behouden, terwijl slechts 2 van de 7, die pas na dit tijdstip één of meer operaties ondergingen, een volledig normale erectiele functie van de penis herkregen. De bovenbeschreven methode laat zich – mede doordat ook andere auteurs slechts over kleine series beschikken – moeilijk statistisch vergelijken met andere ingrepen, die hetzelfde beogen. LUND en EBBEHØJ (1980) menen echter, dat de resultaten van hun glandocaverneuze insnijdingsanastomose vrij gunstig afsteken bij die van anderen; bovendien stellen zij dat de eenvoud van hun methode en de mogelijkheid de operatie te herhalen als bijzondere voordelen zijn aan te merken.

*Literatuur:* EBBEHØJ, J. (1975) *Scand. J. plast. reconstr. Surg.* 8, 241. – LUND, K. en J. EBBEHØJ (1980) *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* 14, 269. – MARTIN, D. C., A. SCHAPIRO en G. BURKHOLDER (1969) *J. Urol.* 102, 221. – MOLONEY, P. J., G. B. ELLIOT en H. W. JOHNSON (1975) *J. Urol.* 114, 72.

J. BENDER

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Fellowships klinische farmacologie van de Merck Company Foundation*

De Merck Company Foundation stelt – evenals vorige jaren – een toelage beschikbaar voor vier kandidaten uit de gehele wereld, met uitzondering van de Verenigde Staten. Deze toelage stelt hen in staat een tweejarige studie in de klinische farmacologie te volgen aan een willekeurige door de kandidaat zelf te bepalen universiteit of instituut in de V.S. Deze beurs wordt verleend aan artsen, die bereid zijn de opgedane kennis na hun studietijd in hun eigen land in praktijk te brengen. Het Fellowship-programma, begonnen in 1964, beoogt hiermee het grote tekort dat aan klinische farmacologen en onderzoekers bestaat, te helpen

lenigen. Een tekort dat wereldomvattend en groeiend is omdat de eisen, gesteld van overheidswege voor het registreren van nieuwe geneesmiddelen, steeds groter worden.

De Fellowships worden bekostigd door de Merck Company Foundation en worden toegekend door een Selection Committee in meerderheid bestaande uit onafhankelijke klinici en onderzoekers. Reis- en verblijfkosten voor degenen die de beurs krijgen toegewezen, als ook voor hun gezinnen, worden vergoed.

De aanmeldingsformulieren + voorwaarden dienen vóór 1 juli a.s. in de Verenigde Staten te zijn (The Merck Company Foundation, P.O. Box 2000, Rahway, New Jersey 07065, U.S.A.). Nadere inlichtingen worden gaarne verstrekt door Merck Sharp & Dohme B.V., Afdeling Externe Betrekkingen, Waarderweg 39, Haarlem; tel. 023-319330.

## INGEZONDEN

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

### *Algehele verdoving bij kleine heelkundige ingrepen*

Het commentaar van collega JONGKEES (1981) over het toedienen van algehele anesthesie door heelkundigen, heeft grote beroering teweeggebracht in de kring van anesthesiologen.

Jongkees begint met het opsommen van een aantal posi-

tieve feiten betreffende de anesthesiologen: (1) Ze kunnen tegenwoordig veel. (2) Ze voldoen aan een toenemende behoefte. (3) Ze steken vaak de hand in eigen boezem. (4) Ze verzetten een (te) grote hoeveelheid werk. (5) Ze zetten zich met veel elan in voor hun vak.

Daarna volgen echter de door Jongkees minder geapprecieerde zaken, te weten: (1) Anesthesisten eisen de uitvoering van iedere vorm van algehele verdoving voor zichzelf

op. (2) Ze hebben zelfs de overheid, wat dit betreft, voor hun standpunt gewonnen.

Jongkees hekelt deze stellingname van de anesthesiologen en stelt dat er geen behoefte is aan herleving van het gilde-idee. Hij vreest dat door zulk een anesthesiologisch machtsvertoon de goede intercollegiale relaties verloren zouden kunnen gaan. Hij vreest ook dat alleen de anesthesioloog het recht opeist te beslissen op welke wijze bewustzijnsverlaging mag worden teweeggebracht, waarbij de operateur geen inspraak heeft. Zelfs niet over de wijze waarop of de houding waarin de ingreep moet worden gedaan. Als voorbeeld uit zijn eigen praktijk wordt de tonsillectomie volgens Sluder vermeld, waarbij er al jaren een chirurgisch-anesthesiologische discussie wordt gevoerd over de kwestie of de patiënt bij de ingreep moet liggen of zitten en of hij wel of niet daarbij geïntubeerd moet worden. Doch ook buiten zijn eigen specialisme ziet collega Jongkees soortgelijke problemen en hij pleit voor het toedienen van algehele anesthesie in de vorm van het klassieke „roesje” door gynaecologen en chirurgen bij kleinere en zelfs grotere ingrepen zoals abces-incisies, curettages en het verwijderen van corpora aliena.

Dit voorstel levert genoeg explosief materiaal om in vele ziekenhuizen bestaande of sluimerende conflicten tussen anesthesisten en operateurs te doen opvlammen en dat is een effect dat collega Jongkees met zijn commentaar zeker niet bedoeld heeft. Natuurlijk is het juist dat de hedendaagse geneeskunde geen behoefte meer heeft aan herleving van het gilde-idee. Persoonlijk ben ik van mening dat iedere medicus elke verrichting mag doen waartoe hij vaktechnisch in staat is, ook al overschrijdt hij daarmee de nauwe grenzen van zijn specialisme. Een voorwaarde hiertoe is echter dat hij die verrichting dan ook perfect beheerst, waarbij als criterium geldt dat hij in staat moet zijn ook alle complicaties die ten gevolge van die verrichting zouden kunnen optreden op ieder moment adequaat het hoofd te bieden. Indien een snijdend specialist aan dit criterium op het gebied van de anesthesiologie voldoet, zal er weinig bezwaar bestaan tegen een door hem toe te dienen anesthesie. Maar dit betekent wél dat hij naast het operatieve deel van zijn werk nog in staat moet zijn zonnodig moderne monitoren te bedienen, de gegevens adequaat te interpreteren, de techniek van intubatie, beademing en tracheobronchiaal toilet te beheersen, en een eventuele reanimatie zowel technisch als farmacologisch geheel perfect te kunnen verrichten.

Dit lijkt ogenschijnlijk een wat overdreven stelling in relatie tot de kleine ingrepen waarover de discussie gaat. De praktijk wijst echter uit dat het juist déze kleine ingrepen zijn die zo dikwijls aanleiding geven tot grote en zelfs dodelijke complicaties omdat aan de bovengestelde eisen niet voldaan kon worden. Nog zeer wel herinneren velen van ons het drama van de gynaecoloog die de narcose toediende bij de door hemzelf verrichte curettages. Dit kostte een jonge vrouw het leven. Het Centraal Medisch Tuchtcollege (1970) kwam toen tot de schokkende uitspraak dat de gynaecoloog die de techniek van intubatie, beademing en reanimatie niet beheerste, geen verwijt gemaakt kon worden omdat hij dit soort ingrepen regelmatig zonder bijstand van een anesthesist uitvoerde. Het was dus geen uitzondering. Opvallend was daarbij dat het Centrale Tuchtcollege dezelfde argumenten hanteerde als de door collega Jongkees geciteerde inspecteur van de Volksgezondheid, namelijk dat de anesthesist niet altijd direct beschikbaar is voor de zogenaamde kleine ingrepen.

Inmiddels is de rij van ongelukken steeds langer geworden en iedere hierin geïnteresseerde anesthesist kent de

ongevallen bij tandheelkundige ingrepen, psychiatrische behandelingen, neurologische diagnostiek, tonsillectomieën, de kleine oogoperaties, de poliklinische verrichtingen onder narcose, doch zonder de hulp van een anesthesist. Niet alleen dringen deze gevallen af en toe door in de Nederlandse dag- en weekbladders, doch ook in het buitenland speelt het probleem. Op 2 november 1974 kwam *Le Monde* met een artikel over „Un drame de la routine”, waarin de dood van een kind meldt werd dat voor een kleine ingreep een zogenaamd roesje onder verantwoordelijkheid van de chirurg kreeg toegediend: „Le petit garçon est mort au cours d'une intervention d'une durée de trois minutes sous anesthésie générale.” Reeds eerder op 12 maart 1974 vermeldde *Le Monde* soortgelijke drama's met tonsillectomieën en kleine gynaecologische en chirurgische ingrepen en citeerde daarbij prof. Montagne, president du Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux publics, dat er wél kleine operaties bestaan, maar „il n'y a pas de petites anesthésies”.

In Engeland publiceerde *The Sunday Times* op 6 oktober 1974 een hele lijst van anesthesie-slachtoffers van de tandartsen onder de titel „Death at the dentist's”. Ook Duitsland bleef niet achter en de *Kölner Stadt-Anzeiger* van 19 april 1978 publiceerde onder de kop „Arzt sah kein Risiko für Bartsch”, de gerucht makende zaak van een jonge crimineel genaamd Bartsch, die voor een castratie onder narcose werd gebracht door de operateur zelf en ten gevolge daarvan stierf. En in België veroordeelde het Hof van Beroep te Luik op 5 januari 1979 een huisarts voor het met dodelijk gevolg toedienen van het klassieke „roesje” met trileen tijdens het verrichten van een episiotomie bij een normale bevalling.

Men kan hierbij tegenwerpen dat dit slechts uitzonderingen zijn, waar misschien wel duizenden goed gelukte anesthesieën tegenover staan. Helaas is dit vermoedelijk niet waar. De ervaring leert dat betrekkelijk zelden medische misstanden de publiciteit bereiken, en dat achter iedere gepubliceerde calamiteit tientallen ongepubliceerde schuilgaan.

Met dit alles wil niet gezegd zijn dat een operateur in principe niet in staat is om de anesthesie te beoefenen, doch gelijk collega STEUR (1981) opmerkt in zijn reactie op het bewuste commentaar zijn operateurs óók maar gewone mensen die maar een ding tegelijk goed kunnen doen. En het verrichten van een ingreep is moeilijk te combineren met een zorgvuldige bewaking van de patiënt.

Niemand die, zoals ik, prof. Jongkees goed kent, zal twifelen aan diens technische kwaliteiten, diens toewijding aan de patiënt en diens grote verantwoordelijkheidsgevoel. Het grote gevaar van zijn inmiddels nationaal bekende Commentaar schuilt echter in het feit dat andere operateurs met een geringere kennis van zaken en minder verantwoordelijkheidsgevoel door de woorden van collega Jongkees gesteund, of zelfs gestimuleerd zullen worden bij het ondernemen van anesthesiologisch onoirbare handelingen. Daar anesthesiologen volgens het „Commentaar” bezwezen hebben de hand in eigen boezem te kunnen steken, moet ik stellen dat het zeer wel mogelijk is dat prof. Jongkees in zijn lange carrière door het optreden en de handelwijze van sommige anesthesisten geërgerd of teleurgesteld is geweest. Dit mag echter nooit aanleiding zijn om als reactie daarop de deur weer open te zetten voor een praktijkvoering die terecht de afkeuring van de Commissie Anesthesiologie van de Gezondheidsraad verdiende. Ik ben er, samen met collega Jongkees van overtuigd dat door goed overleg, door bereidwillig luisteren en door kracht van heldere argumenten bestaande en toekomstige

problemen tussen operateurs en anesthesisten kunnen worden opgelost. De integriteit en de spiritualiteit van collega Jongkees kennende twijfel ik er niet aan dat ook hij daarin zal slagen.

*Literatuur:* Centraal Medisch Tuchtcollege (1970) *Med. Contact (Amst.)* 25, 698. – JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237. – Rapport Gezondheidsraad (1978) *Anesthesiologie*, deel I, 83 sub 2. – STEUR, R. J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 401.

Utrecht, maart 1981

B. SMALHOUT

De anesthesisten claimen op dit moment met het rapport *Anesthesiologie* deel I van de Gezondheidsraad in de hand, alle narcose, ook hele lichte, kortdurende bij kleine heelkundige ingrepen. Zij schromen niet om de praktijkvoering van sommige keel-neus-oorartsen door bovengenoemde claim totaal te ontregelen.

Er zijn in onze maatschap zo'n 10 tot 15 kleine narcoses per dag nodig. Het is onmogelijk deze zo te poolen dat de ouders van patiëntjes geen groot ongemak ondervinden en dan spreek ik nog niet over het ongemak voor de keel-neus-oorartsen zelf. De kleine narcoses waar het hier om gaat zijn van korte duur voor niet traumatische ingrepen bij gezonde kinderen die nuchter zijn en vooraf atropine hebben gehad, en vinden plaats in een ruimte met zeer goed onderhouden narcose-apparatuur, aangesloten op centrale zuurstof- en lachgasleiding en met een klaarliggende intubatie-set. Op deze wijze hebben we nu ongeveer 30.000 kinderen geholpen zonder dat er zich een ernstig probleem heeft voorgedaan.

In het commentaar van collega HELMERS (1981) lees ik in de tweede alinea precies de taak van de anesthesioloog. Deze taak is bij onze patiëntjes niet of nauwelijks voor hem weggelegd. Dat collega Helmers het woord controverse gebruikt en collega KNAPE (1981) het woord rancune, bewijst alleen maar dat er een spanningsveld is ontstaan dat bijzonder gevaarlijk is. Hierop heeft m.i. prof. JONGKEES (1981) ook willen wijzen in zijn commentaar en daarmee een eerlijke en niet weer eenzijdige discussie op gang willen brengen. (Er is ook een keerzijde van het gelijk.) Knappe schrijft dat de anesthesiologie een goed overleg tussen chirurg, anesthesist en verpleegkundige zo hoog in het vaandel heeft. Ik had echter graag gezien dat in deze zin het woord anesthesiologie door anesthesioloog zou kunnen worden vervangen. Maar misschien zijn er toch mogelijkheden voor reële en op de praktijk gerichte afspraken.

Nog enkele opmerkingen: (1) De anesthesisten moeten officieel bij in- en uitleiding van iedere narcose aanwezig zijn. Dit is bij de vele kleine poliklinische narcoses van de keel-neus-oorarts al een onmogelijke opgave. (2) Wat gebeurt er in de situatie die ontstaat wanneer in een vrij kleine anesthesisten-maatschap één van de anesthesisten plotseling ziek wordt? (3) Het sturen van een anesthesie-verpleegkundige is m.i. niet juist en kan zelfs door deze verpleegkundige geweigerd worden, daar hij of zij bij het verkrijgen van het diploma ondertekent dat hij of zij bekend is met het feit dat het hem of haar niet is toegestaan om zelfstandig anesthesie te geven.

Conclusie: Ik hoop dat de opleiders van toekomstige keel-neus-oorartsen aan de Academische Ziekenhuizen samen met de hoogleraren in de anesthesiologie een goede modus kunnen vinden om de toekomstige keel-neus-oorartsen zoveel kennis van de kleine narcoses bij te brengen dat zij in hun eigen praktijk de mogelijkheid hebben om

zelf deze narcoses bij hun patiëntjes voor een paracentese toe te dienen. Ik ben anders bang dat deze collegae in hun praktijkvoering een dermate onwerkbaar situatie kunnen krijgen dat zij uit nood vaak hun toevlucht tot de lokale anesthesie zullen moeten nemen, hetgeen voor vele patiëntjes bijzonder traumatiserend is. U kent wel het tafereel met de moeder op de benen van het kind, de vader op de buik en het hoofd geklemd tussen de handen van de zuster. De keel-neus-oorarts mag dan de pijnlijke prikken, liefst ook nog aan twee kanten, zonder dat hij een duidelijk beeld geeft van wat hij doet. Wanneer dit het toekomstbeeld zou zijn, dan is de klok inderdaad 30 jaar teruggezet.

*Literatuur:* HELMERS, J. H. H. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 480. – JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237. – KNAPE, J. T. A. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 481.

Vught, maart 1981

G. J. I. VERHAEGH

Ik ben blij dat collega Smalhout begrepen heeft dat mijn commentaar niet de bedoeling had, mij door enkele briefschrijvers toegedacht, van opstoken of ruzie zoeken, maar dat het slechts een poging was om, door het duidelijk stellen van de problemen, tot een oplossing te komen. Hoewel in verschillende ziekenhuizen de door mij besproken moeilijkheden helemaal niet bestaan, de anesthesisten goede afspraken hebben gemaakt met de heelkundigen, aan deze laatste ook grote vrijheid, hulp in materieel en personeel bieden, heerst in verschillende andere ziekenhuizen een gespannen verhouding tussen bovengenoemde specialisten – de brief van collega Verhaegh getuigt ervan. Ik ben ook blij dat collega Smalhout met mij van oordeel is dat iedere medicus elke verrichting mag doen waartoe hij vaktechnisch in staat is. Maar dan ben ik toch wel extra bedroefd als de opleiding van anesthesie-verpleegkundigen eindigt met een aantekening dat hij/zij bekend is met het feit dat hem of haar niet is toegestaan om zelfstandig anesthesie te geven, hetgeen in de praktijk nogal eens schijnt te betekenen: dus ook niet een heelkundige daarbij mag helpen.

Ik ben er inderdaad op uit een weg te vinden die naar goede afspraken en beter begrip leidt, omdat dat voor de patiënten het beste is. Nogmaals, op verschillende plaatsen is er uitstekende samenwerking met grote vrijheid en respect voor elkaars eisen, op sommige plaatsen is die er niet, zoals uit enige vorige ingezondens wel te distilleren valt. Waarom zou, met inachtneming van de realiteit het harmoniemodel niet kunnen worden hersteld, in goed overleg tussen anesthesist, anesthesie-verpleegkundige en heelkundige zoals ik dat in mijn commentaar al opperde?

Amsterdam, april 1981

L. B. W. JONGKEES

### Over het normale gewicht

Collega MULLER (1980) beschrijft in zijn artikel de Quetelet-Index:

$$\frac{\text{gewicht in kg}}{(\text{lengte in cm}^2)}$$

Dit zal moeten zijn:  $(\text{lengte in cm})^2$ , zoals er ook staat:  $\text{gewicht}/\text{lengte}^2$ . Verder staat dat deze index onafhankelijk is van de lengte. Hoe is dat mogelijk als de lengte gebruikt