

waren er niet. De overige concrementen bevatten wisselende, soms slechts minimale hoeveelheden triamtereen, die nu eens de kern van de steen vormden, dan weer laagsgewijs tussen de overige bestanddelen waren afgezet. De stenen die geheel uit triamtereen bestonden waren mosterd- tot goudkleurig. Met ultraviolet licht toonde het triamtereen een blauwe fluorescentie.

Bij alle patiënten met triamtereenhoudende stenen werd het gebruik van genoemd diureticum bevestigd. Vijfderdertig procent van de patiënten met stenen die kleine hoeveelheden van het middel bevatten en 19% van degenen met zuivere triamtereenstenen hadden calciumoxalaat- of uri-

nezuurstenen in de anamnese. Volgens de kansrekening is te verwachten dat jaarlijks 1 per 1500 gebruikers van triamtereen dientengevolge een steen zal lozen; waarschijnlijk is die kans evenwel groter voor degenen, die al eerder blijk gaven van een neiging tot steenvorming. Zulke mensen kan men wellicht beter geen triamtereen voorschrijven.

*Literatuur:* ETTINGER, B., N. O. OLDROYD en F. SÖRGEL (1980) *J. Amer. med. Ass.* 244, 2443.

J. GEERLING

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Financiële steun van de Stichting „De Drie Lichten”*

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 12 mei 1981 hun vragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen, in verband met het voorgenomen onderzoek, voor te maken onkosten. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen. Het is thans eveneens mogelijk

financiële steun te verlenen aan a.s. artsen die participeren in een onderzoek. De aanvraag dient te geschieden door degenen die de primaire verantwoordelijkheid draagt voor het onderzoek.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en vergezeld te gaan van een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae.

April 1981

Prof. dr. A. SCHABERG,  
*secretaris*  
Pathologisch Laboratorium,  
Wassenaarseweg 62,  
2333 AL Leiden

## INGEZONDEN

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

### *Algemene verdoving bij kleine heilkundige ingrepen*

Het Commentaar van prof. JONGKEES (1981) heeft grote onrust veroorzaakt bij de leden van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Collega Jongkees hield een pleidooi voor het toedienen van algehele anesthesie door heilkundigen zélf, zonder dat daarbij gebruik gemaakt werd van de diensten van een anesthesioloog. Het ging daarbij vooral om de zogenaamde „kleine” ingrepen. Er werd bij dit pleidooi een groot aantal hoogst aanvechtbare argumenten gehanteerd die doen vermoeden dat collega Jongkees niet duidelijk ziet waar het om gaat. Zelfs als de schrijver van het „Commentaar” een compliment wil maken, getuigt hij van een diepgaand gebrek aan inzicht. Zo wordt door hem reeds in de eerste zin van zijn artikel gesteld, dat de anesthesiologie het mogelijk maakt grote ingrepen succesvol te verrichten „doordat de chirurg zich geheel kan concentreren op het operatieve handelen”.

Dit is juist het verkeerde argument. De prognose van de patiënt is niet verbeterd doordat de chirurg zich beter kan concentreren, doch doordat de moderne anesthesiologische techniek het mogelijk heeft gemaakt de vitale systemen van de patiënt op minutieuze wijze te bewaken, te beschermen, of tijdelijk kunstmatig over te nemen. Kennelijk ziet collega Jongkees, evenals vele andere snijdende specialisten van

een oudere generatie, de anesthesioloog nog als iemand, die hen tijdens de operatie ontlast van enige minder aange- name, bijkomende werkzaamheden, zoals bijvoorbeeld de controle van de patiënt.

Jongkees betreurt, dat zelfs de overheid de anesthesiologen steunt in hun eis, dat alle vormen van narcose door daartoe opgeleide anesthesiologen moeten worden toegediend. Hij spreekt in dit verband over een „nieuwe trend” die bedreigend is voor vele chirurgen. Daarbij komt hij met het voorbeeld van een heilkundig specialist, wiens werkzaamheden hierdoor „ontwricht” worden. Het advies van de Gezondheidsraad betreffende anesthesiologie kan zelfs, volgens Jongkees, een „ongezonde situatie” doen ontstaan, waarbij het gevaar dreigt dat aan de anesthesiologen onbeperkte macht gegeven wordt. De essentie van het betoog lijkt te worden verwoord in de door Jongkees geciteerde inspecteur van de Volksgezondheid: „Bij het verzorgen van de algemene anesthesie onder verantwoordelijkheid van de anesthesioloog is men bang, dat deze *niet altijd direct klaar kan staan voor de zogenaamde kleine ingrepen*”. Hier komt duidelijk de aap uit de mouw. Natuurlijk kan in geen enkel ziekenhuis de anesthesioloog altijd direct klaar kan staan voor iedere kleine ingreep. Wat dat betreft is er geen verschil met de snijdende collegae. Welke operateur kan ieder moment van de dag klaar staan voor een abcesincisie, een fractuurtje, een curettage, een wondtoiletje of de be-

handeling van een panaritium? Iedere anesthesioloog kent uit zijn dagelijkse praktijk patiënten, die na vele uren wachten pas aan het eind van het operatie-programma, of aan het eind van een polikliniekdag voor een kleine ingreep ter tafel komen, omdat de operateur niet eerder kon of wilde. Veel essentiëler is, of de anesthesioloog bereid is direct te komen voor een werkelijk spoedeisende ingreep. Aangenomen mag worden, dat iedere anesthesioloog met gevoel voor verantwoordelijkheid één of meer geplande anesthesieën zal uitstellen ten einde een spoedingreep mogelijk te maken. Pas als de anesthesioloog dat niet zou willen, heeft Jongkees recht van klagen.

Een groot gevaar schuilt verder in het gemak, waarmee wordt gesproken over „lichte narcoses” of „roesjes”. Dit laatste is een woord, dat kennelijk bij Jongkees nostalgische gevoelens oproept. Het is in de anesthesiologie reeds lang bekend, dat het juist bij de zogenaamde kleine ingrepen en de daarbij toegepaste „lichte narcoses” is dat de meeste ongevallen gebeuren. Kortdurende anesthesieën kunnen soms moeilijker zijn dan langdurende. Een treurige reeks van anesthesie-accidenten heeft dit in het verleden bewezen. Het zijn juist de tonsillectomieën, de neusfractuur-tjes, de panaritita, de curettages, de episiotomieën, het knobbeltje aan de voet, het fisteltje in de rug, die door onderschatting van de anesthesiologische implicaties aanleiding hebben gegeven tot een fatale afloop.

Het is een zeer ernstige zaak, dat juist collega Jongkees als gezaghebbend hoogleraar en als hoofdredacteur van het door alle Nederlandse artsen gelezen Tijdschrift op deze wijze de risico's die de patiënt loopt miskent en met name betoogt dat chirurgen, gynaecologen en K.N.O.-artsen in de anesthesie „ten minste zo goed geoefend zijn” als officieel opgeleide anesthesiologen. Deze uitspraak is net zo ongegrond en even weinig zinvol als te stellen, dat anesthesiologen voor het verrichten van kleine gynaecologische, chirurgische of K.N.O.-heelkundige ingrepen even goed geoefend zouden zijn als de officieel daartoe aangewezen specialisten. En zijn bovendien deze chirurgen, gynaecologen en K.N.O.-artsen ook zo goed in het herkennen van dreigende of manifeste complicaties en de preventie c.q. behandeling van deze complicaties? Te vrezen valt dat het gewraakte commentaar de in sommige ziekenhuizen reeds bestaande spanningen tussen anesthesiologen en de snijdende specialisten vergroot, hetgeen zeker niet bijdraagt tot het ook door Jongkees zo gewenste goede intercollegiale overleg.

Het moet betreurd worden, dat de grote invloed van prof. Jongkees niet is gebruikt om zowel de patiënt als ook de Nederlandse anesthesiologie een betere dienst te bewijzen.

*Literatuur:* JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237.

April 1981

Bestuur van de Nederlandse  
Vereniging voor Anesthesiologie

Dat individuele inzenders zich gekwetst en gefrustreerd voelen op gronden die meer emotioneel zijn dan redelijk en dat zij aan dergelijke emoties uiting geven door aanhalingen die niet geheel kloppen of uit hun verband zijn gerukt, door zich te keren tegen gedachten die hun tegenspeler ten onrechte worden aangewreven en hun pijlen te richten op franjes en buitenkanten van de eigenlijke zaak, dit alles is begrijpelijk en vergeeflijk. Als echter een Bestuur van een wetenschappelijke vereniging daar aan ten prooi valt, is dat

betreurenswaardig. Ik ben dan ook niet van plan in te gaan op de opmerkingen van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie omtrent complimenten of wie nu eigenlijk voor de ontlasting van wie zorgt. Evenmin zal ik nog eens antwoorden op mij in de mond gelegde uitspraken. Dat heb ik bij vorige gelegenheden al gedaan. Ik wil slechts enkele opmerkingen maken:

Ik zal het zeker betreuren als de overheid de „eis” van de anesthesiologen honoreert om alle vormen van verdoving aan hen en aan hen alleen toe te wijzen. Ik verwijs hiervoor overigens graag naar het ingezonden van collega SMALHOUT (1981). De aap die het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie uit de mouw heeft getoverd, wil ik graag eens de andere kant op laten lopen. Hij lijkt mij een uitermate gezellige speelgenoot voor de patiëntjes (maar ook patiënten) die „. . . na vele uren wachten pas aan het eind van het operatie-programma, of aan het eind van een polikliniekdag voor een kleine ingreep ter tafel komen, omdat . . .” de anesthesist „. . . niet eerder kon of wilde”, ofschoon een heelkundige met ervaring, een uitstekend toestel voor het toedienen van lachgas en zuurstof en een opgeleide anesthesieverpleegkundige klaar stonden, maar niet mochten worden ingezet in afwezigheid van de anesthesist. Is dit geen monopolie voor zich opeisen? Nogmaals, daar waar in goed overleg tussen heelkundige en anesthesist een harmonische regeling is getroffen, zal dit monopolie geen kwaad doen: het zegel van de overheid wordt achteraf gehecht aan een toestand die door betrokkenen als gewenst wordt beschouwd. Maar in ziekenhuizen waar dit nog niet het geval is, wordt dit overleg doorkruist want een der partijen weet zich bij voorbaat verzekerd van zijn officiële gelijk als hij „gij zult” zou zeggen. Ik ben blij dat het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie er rond voor uitkomt dat in sommige ziekenhuizen „spanningen tussen anesthesiologen en snijdende specialisten” bestaan. Veel verheugender zou het mij stemmen als het zich aan mijn zijde zou scharen door met mij te proberen een oplossing voor deze spanningen te zoeken. De weg daarvoor heb ik in mijn Commentaar willen aanwijzen: goed intercollegiaal overleg dat geen stok achter de deur van node heeft.

Het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie brengt een inderdaad doorslaggevend argument in het geding als het schrijft: „Het is in de anesthesiologie reeds lang bekend, dat het juist bij de zogenaamde kleine ingrepen en de daarbij toegepaste „lichte narcoses” is dat de meeste ongevallen gebeuren. (. . .) Een treurige reeks van anesthesie-accidenten heeft dit in het verleden bewezen.” Zouden de discussie en het overleg er werkelijk niet beter mee gediend zijn, als het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie het niet bij een zo algemeen geformuleerde uitspraak liet, maar met de bewijzen kwam dat in Nederland onder deze omstandigheden meer doden zijn gevallen of ongelukken zijn gebeurd zonder dan met bijstand van opgeleide anesthesisten? Wat is er bevorderlijker voor overleg dan de overtuigingskracht van het feit? In de anesthesiologie mag deze wetenschap gemeengoed zijn, ook zij die daar buiten staan, zullen er voor hun oordeelvorming profijt uit kunnen trekken. Het bestuur van een specialistenvereniging dat met de overheid in overleg is en zijn eisen stelt, zal zich daarbij toch allicht niet alleen op casuïstiek baseren, zodat de uitnodiging die ik nu tot u richt om relevante statistiek te produceren geen moeilijkheid kan betekenen. Geen deelnemer aan welk overleg dan ook zal zich immers bloot willen stellen aan het verwijt van tendentieuze voorstelling van zaken.

Ten slotte een punt van geringer gewicht, dat mij toch

van het hart moet: het roesje, waar ik het voortdurend over heb en waar ik even voortdurend mee om de oren word geslagen, nu weer met een wenk naar mijn heimwee naar het verleden. Al eerder heb ik noodgedwongen aan een inzender de „Grote Van Dale” voorgehouden om toe te lichten wat ik als Nederlander onder dit woord versta: (1) (lichte) bedwelming door sterke drank, (2) toestand van bedwelming der zinnen of van het denkvermogen door opwinding, vreugde, overspanning enz. Kortom de toestand die ik voor sommige kleine ingrepen heb bepleit, en waar een vooraanstaande anesthesioloog als collega Vermeulen-Cranch van heeft gezegd dat het oproepen aan tandartsen kan worden toegestaan.

*Literatuur:* SMALHOUT, B. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 638.

Amsterdam, april 1981

L. B. W. JONGKEES

## *Maldescensus testis*

Op de gezamenlijke stafvergadering van de schoolartsendiensten Bergen op Zoom en district Steenberg en zijn de artikelen over cryptorchismus (LELIEFELD en LUTZEYER 1980; MOLENAAR en SCHOLTMEIJER 1980) besproken. Uit deze artikelen is begrepen dat een glijtestis en een retentio testis het beste in de eerste twee levensjaren behandeld kunnen worden met humane choriongonadotrofine en dat, als dat niet voldoende succes heeft, in het derde jaar een orchidopexie dient te gebeuren. Daarmee wordt cryptorchismus volgens Lelifeld en Lutzeyer tot een probleem voor de zuigelingen- en kleuterbureau-arts en huisarts, in plaats van een probleem voor de schoolarts en huisarts.

De schoolartsen uit onze dienst rekenen er echter op in de komende jaren nog veelvuldig geconfronteerd te zullen worden met onbehandelde cryptorchismus vooral bij kinderen van 4-10 jaar, maar ook bij oudere kinderen. De vragen die nu opkomen zijn:

1. Wat zal de schoolarts aan de ouders en huisartsen adviseren, in geval van cryptorchismus op: (a) 4-6 jaar en wat mag men verwachten van de spermatogenese en vruchtbaarheid in de toekomst, (b) 7-8 jaar en wat mag men verwachten van de spermatogenese en vruchtbaarheid?

2. Als de cryptorchismusbehandeling bij oudere leerlingen die nog niet in de puberteit zijn, geen effect meer heeft op de spermatogenese en de vruchtbaarheid, heeft

dan gezien de bijwerkingen van de hormonale behandeling de directe orchidopexie, niet de voorkeur als de ouders of de leerlingen iets willen doen?

3. Zal de schoolarts bij leerlingen die in of na de puberteit cryptorchismus hebben, wegens de kans op maligne onttaarding, ook tot orchidopexie adviseren als er geen psychoseksuele problemen zijn of lijken te komen?

*Literatuur:* LELIEFELD, H. H. J. en W. LUTZEYER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2043. — MOLENAAR, J. C. en R. J. SCHOLTMEIJER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2048.

Bergen op Zoom, januari 1981

L. A. NOTSCHAELE

Ad 1. De schoolarts zal de ouders en de huisarts adviseren de leerling met een niet-ingedaalde testikel te verwijzen naar een kinderchirurg of kinderuroloog omdat deze afwijking weinig voorkomt (1 per 100 jongens) en omdat vanaf het tweede levensjaar slechts een zorgvuldig uitgevoerde operatie de onmiskenbaar verminderde kans op fertiliteit kan verbeteren. Naarmate het kind ouder is op het moment dat de orchidopexie wordt uitgevoerd neemt de vruchtbaarheidskans bij beiderzijds niet-ingedaalde testikels sterk af doordat de spermatogenese in toenemende mate en blijvend gestoord raakt. De kinderchirurg of kinderuroloog zal de kinderarts consulteren in verband met de uitgebreide en dikwijls moeilijke differentiële diagnose. Cryptorchisme kan een onderdeel zijn van vele syndromen.

Ad 2. Orchidopexie heeft thans nog steeds de voorkeur boven iedere behandeling; hormonale behandeling met LH-RH wordt momenteel in Nederland nog niet toegepast, doch hiervoor is in klinieken met een kinderendocrinologisch-kinderchirurgisch team zeker een plaats. Wij zijn geen voorstander van het gebruik van humane choriongonadotrofine (HCG), zeker niet op zeer jeugdige leeftijd.

Ad 3. Bij niet-ingedaalde testikels is ook tijdens of na de puberteit orchidopexie aan te bevelen wegens verhoogde kans op maligne degeneratie en zekere infertiliteit als beiderzijds de testes niet zijn ingedaald. De kans op maligniteit daalt door de orchidopexie niet, maar de kans op vroegtijdige ontdekking ervan is na een geslaagde orchidopexie groter.

Rotterdam, maart 1981

J. C. MOLENAAR  
R. J. SCHOLTMEIJER  
H. K. A. VISSER

## BERICHTEN

### *Binnenland*

*Gezondheidsraad voorstander van vergunningsstelsel voor hartcatheterisatiekamers.* — Een commissie uit de Gezondheidsraad heeft onlangs advies uitgebracht over hartcatheterisatiekamers. In Nederland waren in 1979 ca. 45 kamers, waarin in dat jaar ca. 15.000 catheterisaties plaatsvonden, afgezien van het inbrengen van pacemakers. Het aantal catheterisaties is in de laatste jaren sterk gestegen; voor 1990 wordt het op 24.000 per jaar geschat. Om doelmatige benutting en evenwichtige spreiding van deze kostbare kamers te verzekeren, heeft de Gezondheidsraadcommissie de staatssecretaris geadviseerd het plannings- en

vergunningstelsel van art. 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen op hartcatheterisatiekamers van toepassing te verklaren. Een ziekenhuis dat daarvoor in aanmerking wil komen, zal aan menige voorwaarden moeten voldoen, wil het de in het advies optimaal genoemde 500 verrichtingen per catheterisatiekamer per jaar halen: voldoende deskundig personeel, voldoende patiëntenaanbod, goede samenwerking tussen de cardiologen in de regio en tussen de catheteriserende cardiologen en de cardio-chirurgen.

*Over gedetailleerde overheidsrichtlijnen.* — De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft een dezer dagen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne advies uitgebracht over de concept-richtlijnen ex art. 3 van