

mastitides niet verminderde, en wel, doordat andere streptokokken de plaats van eerstgenoemde innamen. Men kan hieruit de conclusie trekken, dat bepaalde koeien gemakkelijk mastitis krijgen. Of er daartoe een erfelijke dispositie bestaat, moet nog worden onderzocht. De bestrijding van mastitis kan dus niet volstaan met toediening van penicilline, maar moet ook aandacht schenken aan algemeen-hygiënische maatregelen.

Volgens schatting van Prof. WAGENAAR ligt de grote-huisdierenpraktijk thans voor de helft op het gebied der preventieve diergeneeskunde. Deze verlegging van de curatieve naar de preventieve diergeneeskunde heeft de praktijk voor de dierenartsen vaak minder aantrekkelijk gemaakt. Vroeger was de dierenarts iemand die de veehouders terzijde stond als er zieke dieren op zijn bedrijf waren, en er ontstond vaak een hechte band tussen veehouder en dierenarts. Tegenwoordig is deze verhouding meer ambtelijk geworden; vaak moet de dierenarts tegenover zijn cliënt maatregelen verdedigen, die de laatste niet als zijn direct voordeel beschouwt.

*Literatuur:* WAGENAAR G. (1957) *T. Diergeneesk.* **82**, 329.  
M. M. HILFMAN

## VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens door deskundigen verstrekt; de verantwoordelijkheid der Redactie bepaalt zich tot de keuze der raadgevers.)

### VROEGTIJDIGE HERKENNING VAN HET SYNDROOM VAN SHEEHAN

*Vraag No. 61.* Een primipara van 28 jaar beviel spontaan na 7½ maand van een meisje van 2430 gram. De placenta kwam vanzelf na tien minuten. Vijf minuten daarna verloor de vrouw plotseling 1½ liter bloed. Hiervoor werden oxytocine en methyleergometrinetartraat (Methergine) ingespoten, terwijl terstond met intraveneuze vochttoediening werd begonnen. In totaal werd 2½ liter vocht gegeven in twee dagen (1½ liter in de eerste drie uur). Op de tweede dag was het hemoglobinegehalte 56 pct. IJzer werd per os toegediend. Het kraambed verliep ongestoord. De vrouw had in het geheel geen zog. Dit laatste deed bij mij de vrees rijzen, dat zich bij de vrouw het syndroom van Sheehan zou kunnen ontwikkelen. Hoe kan men deze afwijking in het beginstadium herkennen? Is de kans erop te verminderen door hormonale substitutie-therapie of op andere wijze?

*Antwoord:* Hoewel bij het zeldzame syndroom van Sheehan inderdaad de lactatie achterwege blijft, moet men wel bedenken dat onvoldoende of ontbrekende melkvorming als alleenstaand verschijnsel betrekkelijk dikwijls voorkomt, zeker na een groot bloedverlies en na de geboorte van een prematuur kind dat weinig krachtig drinkt. Bovendien is de kans op het syndroom van Sheehan eerder afhankelijk van de diepte en de duur van de shocktoestand dan van de absolute hoeveelheid bloed die verloren gaat.

Wanneer er bij de beschreven patiënte geen ernstige shock heeft bestaan, is de vrees voor irreversibele beschadiging van de hypofyse-voorkwab niet zeer

gegrond. Overigens zal alleen een langdurige observatie en nacontrole hieromtrent zekerheid kunnen geven omdat de klinische beginsymptomen (snelle vermoeibaarheid, apathie, anorexie, frigiditeit, versterkte haaruitval, amenorroe) weinig specifiek zijn en bij zeer veel kraamvrouwen gedurende enkele weken tot maanden bestaan. Pas wanneer genoemde symptomen zich in sterke en toenemende graad voordoen, is een uitgebreid onderzoek naar de functie van de hypofysevoorkwab op zijn plaats, waarna een substitutietherapie kan worden ingesteld. Substitutietherapie heeft geen zin zolang de diagnose nog onzeker is, omdat van een dergelijke therapie geen stimulerende werking op de nog intact gebleven voorkwabcellen kan worden verwacht, eer het tegendeel. Hiertoe zou alleen een volgende zwangerschap kunnen bijdragen, die dus in geen geval moet worden ont-raden.

### DE RHESUS-FACTOR BIJ MANNEN EN VROUWEN

*Vraag No. 62.* Hoeveel procent van de mannen, en hoeveel procent van de vrouwen zijn rhesus-positief?

*Antwoord:* Er is geen verschil in de verdeling van bloedgroepen tussen het mannelijke en vrouwelijke geslacht, zomin wat de rhesusfactoren betreft als ten aanzien van de andere bloedgroepen. Dit betekent dus dat 84 pct van de mannen en 84 pct van de vrouwen rhesus-positief (D-positief) zijn. Deze percentages hebben betrekking op de Nederlandse bevolking.

### INGEZONDEN

#### HET OPENEN VAN EEN SLAGADER NA DE DOOD

Het antwoord op vraag 37 (1957), heeft enige aanvulling en commentaar nodig, daar de juridische kant van het probleem niet geheel tot zijn recht komt en de achtergrond evenmin.

De in 1955 herziene wet van 1869 op de lijkbezorging kent het woord „sectie” niet, wel de begrippen lijkopening, gedeeltelijke ontleding en voor ontleding bestemmen. Het burgerlijk wetboek kent niet het woord „testament”, maar spreekt van uiterste wil (BW. 977 e.v.). Behalve de verschillende vormen van „uiterste willen” in de zin van testamenten wordt uitdrukkelijk in artikel 982 BW. verklaard, dat bij een enkele „onderhandsch, door den erfflater geheel geschreven, gedagteekend en onderteekend stuk, zonder verdere formaliteiten beschikkingen na doode” kunnen worden gemaakt „doch alleen en bij uitsluiting, ter aanstelling van executeuren, ter bestelling van lijkbezorging, tot het maken van legaten”, enz. Een dergelijk „codicil” is ingevolge art. 1 van de wet op de lijkbezorging voldoende — al kan men het bij „uiterste wil” ook doen — om rechtsgeldig de wens te kennen te geven, dat het stoffelijk overschot te zijner tijd zal worden verbrand, resp. om de wens te kennen te geven, dat het stoffelijk overschot „voor ontleding bestemd worde” (wat de volksmond „vermaken aan de snijkamer” placht te noemen). Voor het geven van deze laatste „bestemming aan het lijk” is echter verlof van de burgemeester nodig.

Maar dan volgt nog een slotlid: „Voor lijkopening of gedeeltelijke ontleding, door of onder toezicht van een geneeskundige, waardoor de begraving of verbranding binnen de na te melden termijn niet wordt verhinderd, is verlof des

burgemeesters niet nodig. Voor onderzoek van lijken op rechterlijk gezag wordt noch dat verlot, noch de toestemming der personen, in het tweede lid van dit artikel genoemd, vereist".

Het is duidelijk, dat men behalve met „een laatste wilsbeschikking, vastgelegd in het testament" — zoals de „permanente commissie medische ethiek" eist — ook met een verklaring, bedoeld in art. 982 BW. genoegen behoort te nemen.

Bij „sectie op grond van didactische overwegingen" mis ik node — speciaal uit didactische en medisch-ethische overwegingen — de bepaling, dat „de niet gescheiden echtgenoot, of, bij ontstentenis of niet aanwezigheid van echtgenoot, de naaste ter plaatse van het sterfgeval aanwezige meerderjarige bloed- of aanverwanten tot den derden graad ingesloten en, ook deze niet tegenwoordig zijnde, de aanwezige meerderjarige erfgenamen of diegenen, die anderszins het lijk te bezorgen hebben, *verlangen of vergunnen*" kunnen dat lijkopening zal geschieden. Dat wordt wel eens verzuimd en dat is zeker onwettig en onethisch.

Het is duidelijk, dat — gezien het feit, dat volgens de wet zelfs „bestemming voor ontleding" ook op verzoek van de nabestaanden geoorloofd is en voor lijkopening (mits tijdig voor de begraving of verbranding) geen toestemming van de burgemeester nodig is — redelijkerwijs de huisarts aan de nabestaanden niet kan weigeren, wat hij niet zou weigeren te doen op verzoek van de overledene.

De onderhavige huisarts had dus niet behoeven te twijfelen aan de juistheid van de mededeling van de dochter en op zijn hoogst zich met eventuele verdere meerderjarige nabestaanden in verbinding kunnen stellen. De juiste weg is hier artikel 1 van de wet op de lijkbezorging als richtsnoer te nemen, behalve testament ook met een codicil genoegen te nemen en aan de nabestaanden niet te weigeren, wat men op verzoek van de overledene zou hebben gedaan. Indien de commissie zou hebben gesteld, dat een controle van het werkelijk overleden zijn door arteriosectie als *algemene regel* overbodig is, zou dat wetenschappelijk verantwoord geweest zijn. Op die regel bestaan echter (hoge) uitzonderingen.

De toch heus vrij algemene angst voor levend begraven (of verbrand) worden is mede de grondslag van het wetsvoorschrift, dat begraving of verbranding binnen 36 uur na het overlijden verbiedt (art. 6 van de wet op de lijkbezorging), welke termijn de burgemeester — na een geneeskundige te hebben gehoord — slechts met verlot van de officier van justitie mag verkorten. Ter illustratie van het feit, hoe groot niettemin de bedoelde angst kan zijn, zij vermeld, dat in de Verenigde Staten bestaat (althans heeft bestaan) een „American Society for the Prevention of Premature Burial" (*Lancet*, 1900, II, 782). Over schijndode overleden-gewaanden bestaat dan ook nog al wat literatuur: zie o.a. *Lehrbuch der gerichtliche Medizin* van F. REUTER en TAYLER, *Principles and Practice of medical Jurisprudence* (1948, deel I, bl. 227 en 228). TAYLER (l. c. bl. 172) geeft trouwens als „additional test, to be resorted to in extreme cases" „opening of a small artery" in overweging.

Wat de aanwezigheid van getuigen bij deze ingreep aangaat, vindt de eis van de commissie, dat de getuigen in het bezit van het artsdiploma zijn, geen steun in de opgegeven grond, dat alleen een arts in staat is een volwaardige getuigenis af te leggen. Het gaat immers slechts om het tegenwoordig zijn bij de ingreep en niet om de vraag of de arts er in slaagt de polslagader te vinden en te openen. Indien het daarop aankomt, zal de gemiddelde huisarts-1957 — voor zover hij geen routine in de „petite chirurgie" meer mocht hebben — verstandig doen de ingreep aan een chirurg

over te laten (dan kan hij zelf getuige zijn van het lege artis uitvoeren). De suggestie van de commissie de voorkeur te geven aan een patholoog-anatoom komt mij (psycho-)logisch aanvechtbaar voor. Immers de ratio van de ingreep is de mogelijkheid, dat men niet met een dode, maar met een levende te maken heeft en voor een ingreep op een verondersteld levende geve men aan een chirurg de voorkeur. Zou het geen aanbeveling verdienen aan het advies toe te voegen, dat men bij voorkeur de ingreep niet verricht binnen 24 uur na het veronderstelde overlijden en zo mogelijk wacht tot 24 uur vóór de begraving of crematie?

Er is intussen nog een ander punt, dat aan het antwoord ontbreekt: de huisarts, ook indien bij het testament of codicil daartoe aangewezen en in beginsel bereid tot de gevraagde ingreep, trekke onvoorwaardelijk zijn bereidverklaring in en weigere de ingreep te verrichten, indien hij geen verklaring van overlijden kan afgeven, omdat hij niet overtuigd is, dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden (zie artikel 29 i nieuw van de wet op de lijkbezorging).

Argument: bij verondersteld gewelddadige dood het lijk niet aanraken en zeker daarop geen ingreep verrichten, alvorens de gerechtelijke schouw heeft plaats gevonden.

Zo kom ik op een ander punt, dat zeker ook vermelding verdient: indien de „huisarts" langer dan 2 jaar niet „over de vloer" is geweest, wordt het twijfelachtig of hij zich nog „behandelend geneesheer" mag noemen en de verklaring van overlijden mag afgeven.

In de tweede plaats is het mogelijk, dat de overledene bij testament of codicil de ingreep heeft gevraagd aan een ander dan de „behandelende geneesheer" (dat zou zelfs wel eens de „lijkschouwer der gemeente" in de zin van de wet op de lijkbezorging kunnen zijn).

In de derde plaats moet men de mogelijkheid onder ogen zien, dat betrokkene bij testament of codicil tevens het verlangen te kennen heeft gegeven gecremeerd te worden (in welk geval immers de verzegeling van de kist in tegenwoordigheid van de gemeentelijke lijkschouwer moet geschieden).

In al deze gevallen komt de gemeentelijke lijkschouwer aan de lijkbezorging te pas en heeft het zin, dat de voor de bedoelde ingreep aangewezen arts tot die ingreep niet zonder overleg met de gemeentelijke lijkschouwer en bij voorkeur in zijn tegenwoordigheid overgaat. Dan is ook het probleem van de deskundige getuige opgelost.

Scheveningen, 15 juni 1957 W. SCHUURMANS STEKHOVEN

## BOEKAANKONDIGINGEN

J. VERBRUGGE, *Beginselen van orthopaedische geneeskunde en fysiotherapie*. 404 bl., 105 fig. Uitgeverij Ontwikkeling, Antwerpen 1957. Prijs: geb. f 55,08.

In zijn aan A. LAMBOTTE opgedragen en door Sir WATSON-JONES ingeleid boekwerk stelt VERBRUGGE zich de taak, een beknopt overzicht van de orthopedie te geven. De fysische therapie is als een integrerend onderdeel der orthopedie uitvoerig erin behandeld.

Het boek is volgens een anatomisch principe gerangschikt en door overzichtelijkheid gekenmerkt. De tekst is rijk en goed geïllustreerd en is door de uitgever uitstekend verzorgd. Het verschaft ongetwijfeld een goed overzicht van het gebied, dat de orthopeed bestrijkt. Het voldoet als leerboek, maar ook als handleiding van de orthopedische diagnostiek, ziekteleer en therapie voor de medicus practicus. Het is een belangrijke orthopedische bijdrage voor het Vlaamse taalgebied, waar tot op heden een dergelijk modern boekwerk ontbrak. Zonder enige twijfel zal het ook te onzent worden gebruikt.

G. CHAPCHAL