

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

STUDIEBEURZEN WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE

De directeur-generaal van de Volksgezondheid verzocht ons het volgende bekend te maken:

Evenals in voorgaande jaren stelt de Wereldgezondheidsorganisatie in 1959 een beperkt aantal studiebeurzen beschikbaar voor Nederlanders, werkzaam op het terrein van de volksgezondheid, ten einde hen in de gelegenheid te stellen een aanvullende studie in het buitenland te volbrengen. Het voor dit doel bestemde bedrag is van dien aard dat hieruit 28 fellowshipsmaanden in Europa of 12 fellowshipsmaanden in de Verenigde Staten en 3 in Europa kunnen worden gefinancierd. Daarbij zij opgemerkt, dat studiereizen naar de Verenigde Staten met het oog op de daarmee gemoeide reiskosten ten minste zes maanden moeten duren.

Een van de voorwaarden, waaraan kandidaten voor deze beurzen moeten voldoen is, dat zij zich verbinden om na de beëindiging van hun studie naar Nederland terug te keren en hun werk ten behoeve van de volksgezondheid gedurende drie jaar voort te zetten. Zij moeten voorts de taal, waarvan zij zich tijdens hun studie zullen moeten bedienen, goed beheersen.

Zij die voor een dergelijke beurs in aanmerking willen komen en bereid zijn aan bovenstaande voorwaarde te voldoen, worden uitgenodigd zich vóór 1 juni 1958 te wenden tot de Afdeling Internationale Volksgezondheidszaken van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73, 's-Gravenhage.

Amsterdam, 1 mei 1958

REDACTIE

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.)

DE ARTS EN DE WET OP DE LIJKBEZORGING

Onlangs heeft men in de dagbladen kunnen lezen, dat vier aan een Rotterdams ziekenhuis verbonden artsen door de Kantonrechter wegens overtreding van de wet op de lijkbezorging zijn veroordeeld tot f 150,— boete subsidiair 60 dagen hechtenis.

Hoewel dergelijke overtredingen tot de uitzonderingen behoren, wordt toch de laatste tijd in de kringen van de ambtenaren van de burgerlijke stand geconstateerd, dat de artsen bij de afgifte van de verklaringen van overlijden niet die nauwkeurigheid betrachten, welke voor een goede uitvoering der wettelijke bepalingen noodzakelijk is, en waardoor de artsen in aanraking met de strafrechter kunnen komen.

Het is daarom wellicht nuttig, na te gaan, welke vergissingen bij herhaling worden gemaakt en waarover in de kringen van diegenen, die de wet dagelijks hanteren, ernstige ongerustheid bestaat.

De partiële wijziging van de wet van 10 april 1869, *Staatsblad* 65, bij de wet van 7 juli 1955 (thans Wet op de Lijkbezorging) bevat voor de arts in zoverre een belangrijke wijziging, dat de verklaringen van overlijden meer differentiatie tonen dan daarvoor het geval was. Al behoren de aanpassingsmoeilijkheden nu in hoofdzaak tot het verleden, toch wordt nog herhaaldelijk opgemerkt, dat verklaringen als bedoeld in artikel 29, j der wet worden afgegeven van overledenen, die

door de arts, die de verklaring ondertekende, nimmer behandeld zijn. De ambtenaar van de burgerlijke stand wordt met dit feit veelal in kennis gesteld door de begrafenisondernemer. De daardoor ontstane moeilijkheid is de volgende. Op grond van artikel 4 der wet moet de ambtenaar van de burgerlijke stand een verlof tot begraving afgeven naar aanleiding van een onbevoegdlijk afgegeven verklaring, hoewel in een zodanig geval de gemeentelijke lijkschouwer zou moeten worden ingeschakeld. Deze laatste weigert echter te handelen indien reeds een verklaring 29, j is afgegeven, terwijl ook de Justitie in dit geval van mening is, dat de ambtenaar van de burgerlijke stand in een zodanig geval maar op grond van artikel 162 W. v. Sv. aangifte moet doen van de overtreding van 29, i der wet, welke overtreding bij artikel 41 met hechtenis van ten hoogste een jaar of een geldboete van ten hoogste duizend gulden wordt gestraft. De ambtenaar van de burgerlijke stand, die zeer wel begrijpt, dat van opzet geen sprake is, accepteert dan maar in arren moede de verkeerdlijk afgegeven verklaring en overtreedt daarmee eveneens de wet. Het is duidelijk, dat in deze gevallen de ambtenaar van de burgerlijke stand op de duur niet kan volstaan met de arts in een vriendelijk briefje op zijn vergissing te wijzen, te meer daar gebleken is, dat deze kwestie de aandacht heeft van de Hoofddirectie van de Volksgezondheid. De arts dient derhalve in een dergelijk geval te weigeren een verklaring van overlijden af te geven, waarop automatisch de lijkschouwer wordt ingeschakeld.

Ook ten aanzien van de verklaring, omschreven in artikel 29, l der wet (doodgeboren kinderen) wordt regelmatig verkeerde toepassing opgemerkt. Vermeld dient te worden dat artikel 1 der wet bepaalt, dat het lijk van een overleden persoon of doodgeboren kind in een gesloten kist begraven zal worden op een begraafplaats. In de praktijk van de burgerlijke stand neemt men in het algemeen aan, dat het tot de competentie van de arts behoort om te bepalen of er in een bepaald geval sprake is van een kind, dan wel van een onvolgdragen vrucht, in welk laatste geval de bepalingen der wet geen toepassing zouden vinden. Dit laatste, dat min of meer uit het systeem der wet is af te leiden, is weinig bevredigend; het wekt bevreemding, dat men de lijkbezorging van volwassen overledenen à outrance in de wet heeft geregeld, doch toelaat, dat kinderen behorende tot de hiervoren vermelde categorie eenvoudig in de tuin worden begraven en zelfs in verwarmingsovens worden verbrand.

In het geval dat een kind levend ter wereld komt, doch kort daarop overlijdt, zal echter een verklaring als bedoeld in artikel 29, j der wet (uiteraard in gewijzigde vorm) moeten worden afgegeven, er is namelijk in dit geval sprake van een overleden persoon. Artikel 3 B.W. spreekt zich hierover duidelijk uit, een dergelijk kind toch is drager van rechten en er is dus alle aanleiding om aan de verklaring 29, j welke op grond van de wet aan de uit kracht van artikel 52 B.W. opgemaakte akte moet worden gehecht, een bijzondere waarde toe te kennen. Op deze wijze toch wordt een sluitend geheel verkregen indien de belangen der ouders zulks uit het oogpunt van erfrecht, belastingwetten enz. behoeven. In het komende B.W. wordt deze moeilijkheid ondervangen door de bepaling in artikel 1.4.2.c. welk artikel de mogelijkheid schept, van een zodanig kind bij beschikking van de rechtbank zowel een geboorte- als een overlijdensakte te doen opmaken.

Ten slotte mag ik nog erop aandringen in die gevallen zoveel mogelijk begraving te bevorderen; in de praktijk blijkt herhaaldelijk dat de ouders op advies van de arts hebben ingestemd met de begraving bv. in de tuin, en dat zij achteraf deze beslissing ernstig betreuen. Het komt mij voor, dat de

kosten van begraving zo gering zijn, dat deze geen beletsel vormen, om begraving op een begraafplaats te doen geschieden.

's-Gravenhage, 25 maart 1958 J. C. VAN DUIJNEN,
referendaris ter Gemeentesecretarie

EEN PATIËNTE MET MENINGITIS

Naar aanleiding van de klinisch-pathologische conferentie in het *Tijdschrift* van 5 april 1958 zij het mij vergund enkele opmerkingen te maken. De conferentie betrof een 58-jarige vrouw die aan pneumokokkenmeningitis leed. Zij werd daarvoor behandeld met 12 miljoen eenheden penicilline intramusculair, 1 miljoen eenheden intraveneus en 10.000 eenheden intraveneus en 10.000 eenheden intrathecaal. Desondanks overleed zij na twee dagen in een status epilepticus. In de klinische bespreking wordt aan deze status epilepticus geen aandacht besteed, hoewel het toch een belangrijk verschijnsel mag worden geacht.

Zelf kon ik een vrouw van 68 jaar en een vrouw van 71 jaar waarnemen, beiden lijdende aan pneumokokkenmeningitis, die behandeld werden met 8 resp. 12 miljoen eenheden penicilline en bij wie na enkele dagen een status epilepticus ontstond.

In de differentiële diagnostiek van deze gevallen moet naar mijn mening de mogelijkheid van een penicilline-intoxicatie ernstig worden overwogen. Wij weten, dat penicilline, op de hersenschors gebracht, epileptische insulden verwekt; intrathecaal toegediend kan het een dodelijk verloopende status epilepticus veroorzaken; bij acute etterige meningitis is de bloed-liquorbarrière doorgankelijk voor penicilline.

Op grond van deze vaststaande feiten is het a priori te verwachten, dat zeer hoge, parenteraal toegediende doses penicilline bij patiënten met etterige meningitis nu en dan aanleiding zullen geven tot een noodlottige penicilline-intoxicatie. Onze eigen gevallen vormen, evenals het Rotterdamse geval, een bevestiging van deze verwachting. Een samenvattend overzicht van het beeld van penicilline-intoxicatie werd in 1956 gegeven door BOHN en KOCH die het beeld ook bij proeven op dieren konden nabootsen.

Het is in dit verband van belang te weten, hoe vaak zich een status epilepticus voordoet in het natuurlijk beloop van etterige meningitis. Op 53 gevallen van acute meningitis purulenta bij volwassenen zag ik dit slechts bij 3 patiënten; dit waren de beide vermelde vrouwen en voorts een man bij wie zich een subduraal empyeem had ontwikkeld.

In de literatuur wordt de frequentie inmiddels zeer verschillend opgegeven. Terwijl BIEMOND schrijft, dat epileptische insulden bij etterige meningitis geregeld voorkomen, zegt RUSSELL BRAIN: „Convulsions are common in children, but rare in adults” en in het *Handbuch der inneren Medizin* van R. JUNG vinden wij onder het hoofdstuk „Symptomatologie der Meningitis” de uitspraak: „Selten sind epileptische Anfälle von allgemeinem oder Jacksonischem Character”.

Op grond van bovenstaande uiteenzetting meen ik de behandeling van acute purulente meningitis met zeer hoge doses penicilline te moeten ontraden, te meer, omdat het niet vaststaat, dat hoge dosering van penicilline tot betere resultaten leidt dan een gematigde dosering.

Wanneer wij afzien van de gevallen van meningokokkenmeningitis die alle gunstig reageerden op sulfonamide, omvat onze eigen ervaring 14 lijdende aan pneumokokkenmeningitis en 16 lijdende aan andere etterige meningitides die langer dan 36 uur in het ziekenhuis hebben geleefd en die met penicilline werden behandeld. 15 patiënten kregen 1 miljoen eenheden of minder, de andere 15 patiënten kregen hoeveel-

heden die varieerden van 4 tot 12 miljoen. In beide groepen werd soms bovendien sulfonamide en streptomycine of een ander antibioticum toegediend.

Van de eerste groep (4 pneumokokken en 11 „andere”) die met matige doses werd behandeld, overleed 1 patiënt. Bij obductie bleek zijn meningitis vrijwel genezen; de doodsoorzaak was etterige bronchopneumonie, veroorzaakt door penicilline-resistente stafylokokken.

Van de tweede groep (10 pneumokokken en 5 „andere”) die met zeer hoge doses penicilline werd behandeld, overleden 7 patiënten (4 pneumokokken en 3 „andere”).

Hoewel deze getallen niet groot zijn, valt er toch uit af te lezen, dat de resultaten van de behandeling met een matige dosis penicilline waarschijnlijk niet ten achter staan bij die van de behandeling met zeer hoge doses.

Samenvattend zou ik willen stellen: 1. Het is niet bewezen, dat etterige meningitis, in het bijzonder pneumokokkenmeningitis, eerder of beter geneest met vele miljoenen eenheden penicilline dan met doses van $1\frac{1}{2}$ à 1 miljoen eenheden. 2. Indien acute, etterige meningitis wordt behandeld met meer dan 8 miljoen eenheden penicilline per dag, kan na enkele dagen penicilline-intoxicatie ontstaan, gekenmerkt door coma, status epilepticus; bij voortzetten van de behandeling volgt onvermijdelijk de dood.

Literatuur: BIEMOND, A. (1950) *Diagnostiek van hersenziekten*. — BOHN, H. en E. KOCH (1956) *Münch. med. Wschr.* 98, 1589. — BRAIN, R. (1940) *Diseases of the nervous system*. — JUNG, R., *Handbuch der inneren Medizin*. Dl. V, 3, bl. 175.

's-Gravenhage, 14 april 1958

A. VERJAAL

Inderdaad is het hier niet uit te sluiten, dat de status epilepticus bij de patiënte verband zou kunnen houden met de hoge penicilline-dosering. De ervaring van collega VERJAAL bij de door hem genoemde twee patiënten is in dit opzicht ongetwijfeld suggestief en het zou van groot belang zijn, indien deze waarneming algemeen werd bevestigd. Terecht merkt VERJAAL op, dat pneumokokkenmeningitis waarschijnlijk even goed met $1\frac{1}{2}$ à 1 miljoen eenheden penicilline geneest als met vele miljoenen. Een dosering van $1\frac{1}{2}$ à 1 miljoen E lijkt echter aan de lage kant, wanneer men pneumokokkenmeningitis als (late) complicatie van pneumokokkenendocarditis en -sepsis zou willen voorkómen. Voor de behandeling van pneumokokken-endocarditis acht men vrijwel eenstemmig (FINLAND 1958; FRIEDBERG 1956) doseringen van 2 tot 2,4 miljoen E penicilline noodzakelijk. Geeft men minder, dan lijkt, zeker wanneer reeds naast de pneumokokken-endocarditis en -sepsis een pneumokokkenmeningitis bestaat, het gevaar niet denkbeeldig, dat de patiënt (zij het zonder epileptische insulden) toch overlijdt aan zijn verergerende hartaandoening, resp. etterige pericarditis, etterige emboli, mycotische aneurysma's of nierinsufficiëntie.

Literatuur: FINLAND, M. (1958) *J. Amer. med. Ass.* 166, 364. — FRIEDBERG, C. K. (1956) *Diseases of the heart*, 2e druk. Saunders, Philadelphia.

Rotterdam, 23 april 1958

C. FRANCKE

BERICHTEN

BUITENLAND

DUITSLAND. — GENEZINGSKOSTEN ALS BEDRIJFSKOSTEN. Het „Bundes Finanzhof” heeft beslist, dat infectieuze hepatitis van de chirurg „eine unzweifelhaft im Beruf erworbene Krankheit” is. Daaruit volgt, dat het Finanzamt „jetzt die Krankheitskosten zur Heilung der Gelbsucht des Chirurgen bei dessen Einkommensteuer-Veranlagung als Betriebsausgaben muss anerkennen”. Deze beslissing is van verre strek-