

fictie, met terugwerkende kracht nog wel). Er zijn trouwens meer wetsteksten waarin de werkwoorden „leven” (of in leven zijn) en „bestaan” volkomen identiek zijn. Zo spreekt art. 545 (Burgerlijk wetboek) van een afwezige wiens bestaan onzeker is geworden; goed begrepen heeft men toch bij een decerebratietoestand te maken met een aanwezige, wiens bestaan onzeker is geworden. De gehele regeling van de administratie van overlijden en wat ik maar de „beschikking” over stoffelijke overschotten (lijken) zal noemen (begrafenis- en crematie-wetgeving), is door het wegvallen van de scherpe grens tussen leven en dood — voor wat dat al vrij breed geworden „grensgebied” betreft — „unheimisch” geworden. En dat dubbel, nu de snelle vorderingen van de „transplantatie-techniek” dringt, zo niet dwingt, ten behoeve van de instandhouding van veler wegebbend *redbaar* leven te beschikken over de nog levende organen van veler wegebbend *onredbaar* leven. In beginsel is er uit dien hoofde een tegenstrijdigheid tussen het streven van de resuscitatie-specialisten, die vooralsnog geen kans zien „onredbaar” leven aan te nemen in gedecerebreerde toestand en de transplantatiespecialisten, die de onredbaarheid al in een veel vroeger stadium van het „stervensproces” willen aannemen.

Juister inzicht in deze in toenemende mate voor de beoefenaren van geneeskunst onhoudbare constellatie zal hen ertoe moeten brengen onvoorwaardelijk de verantwoordelijkheid af te wijzen voor het op medische gronden nemen van de beslissing *a.* op welk tijdstip resuscitatiepogingen gestaakt mogen, resp. moeten worden; *b.* op welk ogenblik levende organen bij een stervende verwijderd mogen worden.

Als men er zich rekenschap van geeft, dat de „decerebratiegrens” waaroverheen resuscitatiepogingen geen herstel van een menswaardig bestaan kunnen opleveren, ongeveer ligt bij 4 minuten na „ogenblik zero” (nul = hartstilstand), terwijl de „orgaantransplantatiegrens” na de hartstilstand eerder bereikt wordt, wordt de pijnlijkheid van de constellatie voor de artsenwereld wel extra duidelijk.

Voorgeslachten hebben lang — in verband met overlijden, dood en lijk — het min of meer te kwaad gehad met een niet geheel ongemotiveerde „nachtmerrie”: de *schijndood*, die uiterst zeldzaam was, maar toch voorkwam. Van die nachtmerrie is voor de huidige artsgeneratie niet veel over gebleven, maar ze is helaas vervangen door een veel ernstiger nachtmerrie, het *schijnleven*, dat veel vaker voorkomt. Het aantal in decerebratietoestand in Nederlandse inrichtingen verpleegde schijnlevenden is niet bekend, maar zal toch wel reeds enkele tientallen bedragen.

Moge de openhartige gedachtenwisseling van belanghebbers, op zo meesterlijke wijze door het Commentaar ingeleid, ertoe bijdragen, dat de Nederlandse artsenwereld de overheid overtuigt, dat niet de arts, maar de wetgever de taak heeft grenzen te trekken en maatstaven daarvoor vast te stellen, willen zowel de resuscitatie-specialisten als de orgaantransplantatiespecialisten hun redelijk doel niet uit het oog verliezen en zodoende voorbijschieten.

Knegsel, 22 november 1968

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

Collega VAN DIJK verwondert zich erover dat de vraag opengelaten wordt of men bij een onder narcose plaatsvindende circulatiestilstand al dan niet van een „onverwachte gebeurtenis” moet spreken. Men mag de gemiddelde frequentie op 1 op 5000 stellen. Daar van uitgaande zal men in een ziekenhuis waar per jaar 1500 routine-operaties worden verricht, misschien drie jaar of langer moeten wachten om de situatie mee te maken, zeker indien het een ogenschijnlijk overigens gezonde patiënt betreft, en voor hen die hiervan

getuige zijn, zal dit ongetwijfeld een onverwachte gebeurtenis zijn. In een grote kliniek echter, waar geregeld cardiale ingrepen plaatsvinden, zal het veel meer voorkomen en zeker géén onverwachte gebeurtenis zijn. Ondanks het feit dat de resuscitatie-techniek zoveel verbeterd is en in de operatiekamer onder optimale condities kan worden uitgevoerd, is de algemene opinie dat ook daar de beschikbare tijd zeer krap is.

Wat de opmerking van collega VAN DIJK over monitoren betreft: Het Commentaar is juist geschreven (onder andere) om de gedachte dat deze bij vrijwel iedere narcose gebruikt zouden kunnen worden, ingang te doen vinden. Wanneer gegevens beschikbaar komen, waaruit blijkt dat in operatiekamers waar zulks geschiedt, minder calamiteiten voorkomen dan waar deze ontbreken, zullen zeker de ziekenhuizen die achterbleven ook tot het gebruik ervan overgaan. Wij zijn ervan overtuigd dat officiële instanties momenteel aandacht aan dit soort problemen schenken.

Vanzelfsprekend kan een ieder het eens zijn met de opvatting van collega TEIJEN dat in iedere operatiekamer een oscilloscoop ten dienste van de anesthesist aanwezig behoort te zijn. Eveneens lijkt het wel zeker dat de voornaamste verantwoordelijkheid voor de circulatie-bewaking bij de anesthesist berust.

De vraag wie bij de hartstilstand-bestrijding betrokken zijn, evenals de vorige, gesteld door collega SCHUURMANS STEKHOVEN, behoort strikt genomen niet tot het in het Commentaar behandelde onderwerp. Wij verwijzen hiervoor naar het proefschrift van P. J. ALEMAN (1967) *Klinische resuscitatie*. Wij danken collega SCHUURMANS STEKHOVEN voor zijn belangwekkende juridische beschouwing.

Amsterdam, 13 december 1968

REDACTIE

#### SPONTANE FEMURKOPNECROSE

Naar aanleiding van het caput selectum van collega J. K. VAN DER KORST (1968) wil ik nog het volgende opmerken:

Hoewel VAN DER KORST de botnecrose ten gevolge van ioniserende straling noemt (met als voorbeelden het opnemen van radium, therapeutische implantaties en industriële omstandigheden), wordt als mogelijke oorzaak de therapeutische toepassing van röntgenstralen niet genoemd. Toch zijn deze zeker niet zonder praktische betekenis. Naar aanleiding van een door mij (DE BLÉCOURT 1956) beschreven geval van beiderzijdse femurkopnecrose met fractuur bij een 70-jarige dame na röntgenbestraling van een geopereerd vulvacarcinoom, wees ik verder op soortgelijke mededelingen van onze landgenoot KOK en voorts van BAENSCH, MC. GORRIE, HEYMAN, e.a. Ook zij beschreven aseptische botnecrosen, gevolgd door spontane fracturen van de femurhals ten gevolge van röntgenbestraling. Deze fracturen ontstaan vaak pas na 1 à 2 jaar na de bestraling.

Na röntgenbestraling van het bekkengebied, vooral bij carcinomen van de vrouwelijke geslachtsorganen, zijn in totaal 2 pct collumfracturen waargenomen.

Wat betreft de therapie: Onze patiënte genas voortreffelijk door rust, extra vitamine D, calcium en hoogtezoon, waarna voorzichtige mobilisatie en oefentherapie de pijn deed verdwijnen, de loopfunctie goeddeels deed terugkeren, terwijl de röntgenfoto's een zeer goede consolidatie toonden.

KOK wees nog op de sterke geneezingstendens van deze fracturen, dit in tegenstelling met andere auteurs die een meer pessimistisch geluid lieten horen.

*Literatuur:* BLÉCOURT, J. J. DE (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 978 en *J. belg. de Rhumat.* 11, 97. — KORST, J. K. VAN DER (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 2229.

Groningen, 9 december 1968

J. J. DE BLÉCOURT