

en daarbij voorwaardelijk (na commissoriaal onderzoek, zoals VAN DEN BERG dat zich simplistisch voorstelt) actieve medewerking van de arts aan de levensverkorting te bepleiten... tegenover collegae, tegenover de juristenwereld, tegenover de wetgever.

Maar ik zou de vraag of het ethisch juist, of zelfs maar verdedigbaar is, dit in een boekje te bespreken, dat zich uitdrukkelijk over de hoofden van de behandelende artsen heen ook tot de patiënten richt, ja zich speciaal tot hen richt met de aanmoediging zelf te bepalen of zij waardig of onwaardig willen sterven, niet anders dan ontkenkend willen beantwoorden. Zulks te meer daar in die epiloog min of meer gesuggereerd wordt, dat de beslissing van de patiënt, waardig te sterven, kan meebrengen het verzoek aan de arts om een „dodende injectie”, ja zelfs dat hij, bij volharding, zijn arts (de gemiddelde Nederlandse arts) daartoe wel bereid zou vinden. Zolang de strafwetgeving niet gewijzigd is, bestaat daarop geen schijn van kans en zelfs daarna niet veel.

Daarom is het te betreuren, dat VAN DEN BERG de actieve euthanasie zelfs maar in zijn beschouwingen betrokken heeft, op gevaar af, dat daardoor de strijd tegen de onrechtmatige, kunstmatige, zinloze en geen redelijk doel dienende voortzetting van de resuscitatie geschaad wordt en de inderdaad urgente oplossing van dit zowel medisch-ethische, medisch-technische als medisch-juridische probleem vertraagd wordt.

Nog daargelaten dat het normale verloop van wat ik inleidend het medisch-ethische gistingsproces noemde door een en ander dreigt verstoord te worden. In wezen toch is het „resuscitatie-beëindigingsprobleem” in de eerste plaats een administratiefrechtelijk „overlijdensregistratie-vraagstuk”, waarbij het niet om eerbied voor het leven, maar om eerbied voor de dood gaat. Waar geen sprake (meer) is van „leven”, van „persoonlijkheid” van „bestaan als mens”, van „twee-eenheid van geest en biologisch substraat”, heeft het geen zin (meer) er „salus aegroti suprema lex” bij te halen. Het recht is bij de bepaling van de grens tussen leven en dood veel belangrijker dan de ethiek. Medische macht heeft bij het bereiken van die grens geen betekenis meer, tenzij de arts misbruik van die macht meent te moeten en te mogen maken, wat én ethisch, én juridisch ongeoorloofd moet worden geacht.

Literatuur: BERG, J. H. VAN DEN (1969) *Medische macht en medische ethiek*. G. F. Callenbach N.V., Nijmegen.

Knegsel, mei 1969

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

INGEZONDEN

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

NIERTRANSPLANTATIES IN DE DAGBLADPERS

In het door de redactie aangehaalde artikel uit de *N.R.C.* (1969) staan helaas enkele opmerkelijke onjuistheden.

De desbetreffende persconferentie was bedoeld om de nijpende economisch-organisatorische problemen onder aandacht van het lekenpubliek te brengen, en werd gegeven op verzoek van de Nierstichting Nederland. Ten onrechte werd in het verslag vermeld dat in Utrecht niertransplantaties bij mensen zijn verricht. De eerste, en verreweg de meeste, zijn in Leiden gedaan.

De resultaten zijn zeer goed, maar werden voor Nederland als geheel toch te optimistisch weergegeven. Er zijn verscheidene patiënten overleden, bij anderen deden zich moeilijkheden voor die soms noodzaakten tot hernieuwde kunstnierbehandeling.

Ik acht het niet op mijn weg liggen hierover op deze plaats exacte mededelingen te doen. De statistiek verandert immers

met de dag, en kan beter worden verzorgd door collegae die op dit moment actief bij dit werk zijn betrokken.

Literatuur: Binnenland (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1072.

Utrecht, 15 juli 1969

E. J. DORHOUT MEES

M.C.T.-DIEET

Met belangstelling hebben wij de boeiende klinische les van collega HAEX (1969) gelezen. Graag geven wij hierop enig commentaar.

Wat is een M.C.T.-dieet precies? Een dieet waaruit de vetten met lange ketens zoveel mogelijk zijn weggelaten, al bevat het altijd nog 10 tot 15 gram L.C.T. („invisible fat”) per dag; een in conventionele zin uiterst vetarm dieet dus, waaraan M.C.T. worden toegevoegd.

Is nu de L.C.T.-onthouding of de M.C.T.-toevoeging het cardinale punt bij de vermindering van klachten en verschijnselen, waarvan twee voorbeelden worden besproken? Wij menen, zoals hieronder wordt toegelicht, dat L.C.T.-beperking de belangrijkste factor is. Door M.C.T. toe te voegen kan men — met behulp van een ervaren diëtiste! — een gevarieerder menu bieden en calorieën suppleren. In het voorbijgaan moge worden opgemerkt, dat de meeste patiënten niet meer dan 30 tot 40 gram M.C.T. per dag verdragen, overeenkomend met 255-380 calorieën. Dit geldt speciaal voor personen met neiging tot gistingsdyspepsie (vaak berustend op intolerantie voor melksuiker, die juist bij patiënten met de ziekte van Crohn nog al eens wordt aangetroffen). Bij gebruik van grotere hoeveelheden M.C.T. krijgen deze patiënten weer meer last van hun gistingsdiarree.

L.C.T.-beperking vermindert de lymfestroom door de dunne darm. Hierdoor wordt ook lymfe-lekkage (intestinaal eiwitverlies), indien aanwezig, verminderd. Over het algemeen zien wij helaas een minder gunstig effect op een gelokaliseerd eiwitverlies door bijvoorbeeld een Crohn'se ontsteking dan op diffuse eiwitlekkage. Het eerste daarentegen wordt vaak duidelijk beïnvloed door salazopyrine.

Ofschoon ook wij bij de ziekte van Crohn de L.C.T. beperken, gaan wij meestal niet verder dan tot een dieet met 35 à 40 gram vet (L.C.T., inclusief „invisible fat”) per etmaal, bij voorkeur in de vorm van vetten met onverzadigde vetzuren. M.C.T.-additie is dan niet nodig. Graag ondersteunen wij tenslotte de waarschuwing van collega HAEX tegen dreigend misbruik van M.C.T.-diëten. Zij mogen een nauwgezette analyse van pathogenetische factoren niet in de weg staan en bij hun gebruik moet zorgvuldig tegen deficiënties worden gewaakt.

Literatuur: HAEX, A. J. CH. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 965.

Utrecht, 6 juni 1969

H. POEN

O. J. TEN THIJE

TROMBOPATHIE NA GEBRUIK VAN ACETOSAL

Naar aanleiding van de „ingezonden” van de collegae WESDORP (1969) en DE VRIES en TEN CATE (1969) wilde ik gaarne opmerken dat van acetosal eveneens enteric-coated tabletten in de handel zijn. Zelfs bestaan deze in spécialité-vorm, maar daar is geen enkele behoefte aan. De arts kan volstaan met de vermelding:

R/ Acetosal 0,5

Enteric-coated tabl. No. . . .

Literatuur: WESDORP, J. C. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1218. — VRIES, S. I. DE en J. W. TEN CATE (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1218.

Enschede, 10 juli 1969

F. Z. BARKHUIS,
apotheker