

ken, rekening houdend met oorzaak en omstandigheden van het geval.

Zolang men met optimale inzet van personeel en apparatuur het „vegetatief” levensniveau van de patiënt in stand kan houden, zelfs indien vérgaand ondersteund of overgenomen door apparatuur en medicamenten, is er nog sprake van een (eventueel irreversibele) comateuze patiënt; niet van een dode. Men mag niet tot het ingetreden zijn van de cerebrale dood concluderen dan na het progressief falen van *alle* (dus inclusief de autonome) functies van het centrale zenuwstelsel *ondanks* alle gespecialiseerde bijstand, dan wel na het bewijs geleverd te hebben van een dusdanige structuurverandering van het hersenweefsel dat al zijn voor het leven noodzakelijke functies blijvend en met zekerheid onherstelbaar verloren zijn gegaan.

Uit een en ander blijkt dat de gedecerebreerde zwangere vrouw niet dood is; zij dient niet beschouwd te worden als een schijn- of kunstbaarmoeder, zoals collega SCHUURMANS STEKHOVEN stelt in punt 1. Zij is een door kunstmatige ondersteuning in leven gehouden patiënte, zoals iedere ademingspatiënt; alleen is zij bovendien comateus en zwanger. Eveneens is het inzicht onjuist (punt 3) dat men zich bij dit soort patiënten moet afvragen of een dode nog een kind kan baren.

De gehele problematiek, opgeworpen in de bijdrage van collega SCHUURMANS STEKHOVEN, is hiermede gereduceerd tot irrelevante schijn-problematiek. Tenslotte is in dit verband de term „dode lichaam van de potentiële moeder” onjuist; de gedecerebreerde a.s. moeder is niet dood en ook haar lichaam is niet dood. Bij comateuze patiënten, ook bij permanent comateuze patiënten, is er nog een — mede door eigen integratie — functionerende totaliteit van systemen en organen; een levend, zij het zeer ernstig ziek mens. Men zou, populair gesproken, de toestand van een permanent comateuze patiënt enigermate kunnen vergelijken met die van een vliegtuig dat zijn point-of-no-return voorbij is; de onmogelijkheid van terugkeer tot het vertrekpunt betekent niet dat het toestel reeds is aangekomen; het is nog onderweg. Zo is het sterfproces van die patiënt nog aan de gang.

Literatuur: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie en Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung (1968) *Z. prakt. Anästh. Wiederbelebung* 3, 255. — MAEIJER, J. M. M. (1969) *T. Privaatrecht* 6, 153; (1969) *Med. Contact (Amst.)* 24, 1325. — *Der Hirntod. Todeszeitbestimmung bei irreversiblen Funktionsverlust des Gehirns.* PENIN en KAUFER (1969) Symposium te Bonn, 1968. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. — Richtlijnen voor definitie en diagnose van de dood. (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften) (1969) *Med. Contact (Amst.)* 24, 600. — SCHILLEBEECKX, E. F. C. A. (1968) *Kath. Artsenbl.* 47, 361. — SPORKEN, C. P. (1970) in *Voorlopige diagnose*. 2e druk, bl. 246. Ambo, Utrecht.

Utrecht, november 1970
's-Gravenhage,

G. W. BRUYN
A. VAN TILL-D'AULNIS
DE BOUROUILL

Uiteraard ben ik de inzenders zeer erkennelijk voor hun kritisch commentaar bij mijn medisch-juridische bijdrage over de „gedecerebreerde zwangere”. Zonder meer hebben zij mij overtuigd van de juistheid van hun neuropathologische visie. Mijn „talk-taak” tussen medici en juristen is er alleen nog moeilijker door geworden. Anders geformuleerd: het gaat mij om twee begrippen, die elkaar niet

(kunnen) dekken: „overlijden” in medische zin en „overlijden” in juridische zin (of als men wil medische en juridische „dood”, medisch en juridisch „lijk”). Het gaat om de toepassing van artikel 5 van de wet op de uitoefening van de geneeskunst en om o.a. de artikelen 29j, 29k en 29l van de wet op de lijkbezorging. Wel beschouwd verklaren collega BRUYN en Mevr. VAN TILL bij de huidige stand van de wetenschap het „grens-probleem” tussen leven en dood voor onoplosbaar. Immers hun vergelijking met „the point of no return” gaat in zoverre niet op, dat zij blijkbaar geen kans zien de irreversibiliteit van het coma, resp. hersendood in neurologische zin, aannemelijk te maken alvorens objectief het bestaan van een ischemisch-necrotische encefalopathie is gebleken. Zij schieten naar mijn wijze van zien hun doel voorbij door pas bij „uitvallen van alle hersenfunctie” (dus bij gebleken ischemisch necrotische encefalopathie) niet meer van een „(mede) door eigen integratie levend wezen” te durven spreken. Daargelaten dat dat „mede” mij niet duidelijk is, zou ik hun de pertinente vraag willen stellen: „hoe kunt gij bij die enkele tientallen (schatting mijnerzijds) in diverse inrichtingen verpleegde reeds langer dan een jaar bewustelozen nog het bestaan van een door eigen integratie levend wezen ook maar veronderstellen?” Behoort bewustzijn niet tot het meest essentiële van het integratie-begrip?

Maar zij maken door hun ongenueanceerd overlidens-criterium ook onoplosbaar de toelaatbaarheids grens van de orgaan-extirpatie bij „stervenden”. Trouwens ook het actuele probleem van de toelaatbaarheid van tegen uitdrukkelijke schriftelijke verklaring (die een verkeersslachtoffer bij zich draagt) in voortgaan met kunstmatig in „leven” houden bij *naar het zich laat aanzien* onherstelbaar verlies van het bewustzijn.

Als ik de inzenders goed begrijp komen er gevallen voor van „irreversibel coma” — dus duurzaam bewustzijnsverlies — waarin wat ik maar het „vegetatieve leven” zal noemen (hartwerking en ademhaling) kunstmatig met behulp van de vereiste apparatuur vrijwel onbeperkt in stand kan worden gehouden. Moet ik dat zien als een tussenstation tussen decortiecatie of decerebratie en wat zij „hersendood” noemen? Mijn vraag spitst zich dus toe tot: welke inhoud heeft voor U het „integratie-begrip” bij werkelijk duurzaam blijvend bewustzijnsverlies?

Knegsel, december 1970

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

DE PRAKTISCHE WAARDE VAN DE MAMMOGRAFIE VOOR DE CHIRURG

Collega MARX (1971) danken wij voor zijn reactie op ons artikel en wij zien belangstellend uit naar zijn volledige publicatie. De collegae VAN DER SPEK (1971) en OP DEN ORTH en SCHÜTTE (1971) zien ons als een gevaar op de weg naar de donkere kamer van de röntgenoloog. Ons artikel is niet meer en niet minder dan een rapport van de ervaring met het röntgenologische onderzoek van de mammae van 172 patiënten die achtereenvolgens het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit bezochten. De resultaten van dit onderzoek worden aan de hand van een paar eenvoudige, bruikbare criteria weergegeven en tenslotte worden hieruit een aantal voor ons voor de hand liggende conclusies getrokken. Dit hebben wij ter publicatie aan de redactie van het tijdschrift aangeboden (1970).

Collega VAN DER SPEK vindt dit niet nuttig, maar zelfs

schadelijk. Een van de stellingen behorende bij het proefschrift van collega VAN DER SPEK (1969) *De tomografische localisering en de lineaire tomografie van de ductus hepato-choledochus* luidt: Mammografie als aanvullend onderzoek bij de diagnostiek van mammatumoren is waardevol, maar is als mogelijkheid voor screening van vrouwen boven de leeftijd van 40 jaar weinig zinvol. De inhoud van deze stelling verschilt niet veel van onze laatste conclusie, namelijk dat het verichten van röntgenologisch onderzoek van de mamma als routinemaatregel bij elke patiënt die wegens reële of vermeende aandoeningen de polikliniek bezoekt, niet nuttig is. In een recent artikel beschouwen FURNIVAL e.a. (1970) mammografie zelfs gecombineerd met thermografie, als screeningsmethode voor mammacarcinoom niet slechts niet nuttig, maar ook gevaarlijk. Zij komen tot deze conclusie na vergelijking van het klinisch onderzoek met het thermografisch en mammografisch onderzoek van 891 patiënten, van wie 414 zich niet en 477 zich zonder symptomen melden in het ziekenhuis. Slechts de combinatie van klinisch onderzoek en thermografisch en mammografisch onderzoek liet verbetering van de diagnostiek zien, doch slechts bij die patiënten, bij wie een palpabele zwelling aanwezig was.

De collegae OP DEN ORTH en SCHÜTTE zijn bang dat de lezers dit tijdschrift „niet kritisch genoeg lezen” waardoor „een methode die alom als waardevol erkend wordt, onrecht aangedaan wordt” (Sic!). Wat betreft de röntgenologische techniek die bij de in ons artikel verwerkte mammogrammen werd gebruikt, deze wordt duidelijk omschreven in het door collega VAN DER SPEK gepubliceerde en door ons vermelde artikel in 1968 (bl. 453). De foto's werden alle beoordeeld door twee ervaren röntgenologen.

Zowel andere als onze eigen resultaten doen ons twijfelen aan de betrouwbaarheid van de mammografie. Men kan ons deze twijfel niet ontnemen door vermelding van een viertal casuïstische mededelingen van dezelfde strekking als de twee voorbeelden in ons artikel. De opmerking dat „alle grote onderzoekers” zoals GERSHON-COHEN van mening zijn dat de typische calcificaties vrijwel bewijzend zijn voor carcinoom, is tentatief. De „typische” calcificaties zijn *dus* niet bewijzend, hetgeen overeenstemt met onze bevindingen (zie tabel II).

Bij een aantal patiënten bij wie geen tumor palpabel is, doch die wegens andere reële of vermeende aandoeningen van de mamma de arts bezoeken, kan een röntgenologisch onderzoek behulpzaam zijn om indicaties voor een gerichte proefbiopsie te verzamelen. In ons artikel wordt een voorbeeld hiervan beschreven.

Bij alle overige patiënten bij wie een tumor palpabel is, heeft de chirurg de röntgenoloog niet nodig. Hier is zondermeer een indicatie aanwezig voor exstirpatie van de tumor, en de patholoog-anatoom is de enige die een uitspraak kan doen over de aard van het gezwel. Het voorkomen van maligne tumoren in de contra-laterale mamma is bij vrouwen met een maligne mammatumor groter dan bij vrouwen bij wie geen maligne proces in de mamma bekend is. Dit is een ervaringsfeit, vastgesteld door nauwkeurige klinische controle van de contra-laterale mamma en dit is niet de vrucht van het röntgenologische onderzoek van de mamma. Hieruit kan natuurlijk niet de betekenis van mammografie als röntgenologische techniek worden afgeleid.

Er zullen wel meer voor de patiënt weinig belastende röntgenologische technieken bestaan waarbij de kwaliteit van het onderzoek verbetert naarmate de ervaring er mee toeneemt. Dit is nog geen reden om iedere patiënt aan een dergelijk onderzoek te onderwerpen. Mammografie heeft dus slechts waarde als aanvullend onderzoek en dus behoeft iedere palpabele mammatumor niet door de röntgenoloog

te worden beoordeeld, maar de tumor moet door de chirurg worden verwijderd en door de patholoog-anatoom worden onderzocht.

Indien mammografie als routine-maatregel en als screeningsmethode in zwang zou komen, ontstaat het gevaar dat men uitsluitend op de resultaten van dit onderzoek gaat vertrouwen. De kans bestaat dan dat palpabele mammatumoren die röntgenologisch schijnbaar benigne zijn, doch later in werkelijkheid maligne blijken te zijn, niet direct chirurgisch worden verwijderd en pathologisch-anatomisch onderzocht. Hiertegen hebben wij willen waarschuwen.

Als deze waarschuwing bij de kritische en niet-kritische lezer is overgekomen, is het doel van ons artikel bereikt.

Literatuur: FURNIVAL, I. G., H. J. STEWART, J. M. WEDDELL, P. DOVEY, I. H. GRAVELLE, K. T. EVANS en A. P. M. FORREST (1970) Accuracy of screening methods for the diagnosis of breast disease. *Brit. med. J.* IV, 461. — MARX, W. L. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 166. — MOLENAAR, J. C. en B. DEN HERDER-KROON (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1688. — OP DEN ORTH, J. O. en H. E. SCHÜTTE (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 167. — SPEK, A. VAN DER (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 453; (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 166.

Amsterdam, januari 1971

J. C. MOLENAAR
B. DEN HERDER-KROON

WAT VERSLAVING!

Collega GUNNING (1970) probeert het begrip verslaving op een geheel nieuwe wijze te omlijnen als een „vrij snel intredende karakterverandering”. Dat zou dan bij cannabisgebruikers (veel?) voorkomen. Andere factoren voor de verwording noemt hij in dit stuk niet. In zijn interview met *Het Parool* van 14 november geeft hij toe, dat in zijn Casablanca-tijd het probleem hem niet bijster interesseerde; maar ook, dat slechte sociale omstandigheden en ondervoeding factoren zouden kunnen zijn bij de door hem beschreven verwording, die hij verslaving belijft te noemen. Nu is er in Marokko niet genoeg werk en wel veel ziekte, zoals tuberculose en verder veel analfabetisme. Wie zich iets van de geschiedenis van Marokko herinnert, bv. de dood van BEN BARKA, beseft hoe instabiel, weinig verlicht, weinig autonoom en weinig democratisch Marokko als staat functioneert. Cannabis is daar trouwens pas in 1953 verboden. Amerika zat er met ANSLINGER in 1937 al bovenop. Door of ondanks het krachtige beleid in Amerika snoept volgens een recent Reuter-bericht de helft van het Amerikaanse leger in Vietnam haschisch of andere drugs.

Natuurlijk is een sterke en alleszins ongecontroleerde uitbreiding van het gebruik van niet geheel ongevaarlijke middelen zoals haschisch — zoals wij die hier nu beleven — sociaal niet gewenst. Herhaaldelijk is echter al de vraag gesteld, door verschillende auteurs, of het drugprobleem niet door het harde en ongenueerde beleid wordt vergroot. Zo zou het kunnen zijn, dat het „langharig werkschuw tuig” gepushed wordt naar de hard-drugs en zo extra in de vernieling geholpen wordt. Maar dat is een sociologische vraag en die valt buiten het denkkader van collega GUNNING, vrees ik.

Het rustige adequate betoog van collega FROMBERG (1970) wordt door GUNNING wel wat pedant en autoritair afgedaan, zonder dat hij op de door FROMBERG gebruikte argumenten ingaat. De rancuneuze toon, waarop bepaalde slachtoffers van . . . ja van wat? — als parasieten worden weggeveegd maakt GUNNING „nil humanum a me alienum puto” zinloos.