

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### CURSUS TOEGEPASTE GENETICA

Het Internationaal Centrum voor het Kind te Parijs organiseert dit najaar een cursus „Toegepaste genetica bij de sociale pediatrie”, waarvoor het een beurs ter beschikking stelt.

De cursus is bedoeld voor kinderartsen en voor artsen van de volksgezondheid met verantwoording voor de formatie van artsen en gezondheidspersoneel, of in de richting van de gezondheidsdiensten voor het kind.

Gegadigden dienen een goede kennis van de Franse taal te bezitten. De cursus duurt van 13 september tot 3 oktober 1971. Degenen die nadere inlichtingen wensen dan wel voor een beurs in aanmerking willen komen, dienen zich vóór 15 april a.s. schriftelijk te wenden tot de Directeur-Generaal voor Internationale Zaken, Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73, Den Haag.

### SUBSIDIE HIPPOCRATES STUDIEFONDS

Het Hippocrates Studiefonds kan voor het jaar 1971 f 5.000,— beschikbaar stellen voor wetenschappelijk werk op medisch gebied. Het College van Regenten, bestaande uit de volgende leden, beslist wie voor 1971 in aanmerking komt voor een subsidie:

Prof. Dr. P. J. KOOREMAN, chirurg te Rotterdam, Dr. P. RUITINGA, internist te Hilversum, Dr. J. M. SOETERS, kinderarts te Bosschenhoofd, Prof. Dr. H. MULLER, chirurg te Rotterdam, Prof. Dr. J. DE GRAEFF, internist te Leiden, T. Y. KINGMA BOLTJES, arts te Menaldum, J. A. E. VAN DER FEEN, arts te Goes, J. A. MAZEL, arts te Borne, Dr. M. W. KALFF, arts te Leiden.

Het geld moet worden besteed voor de financiering van wetenschappelijk werk dat iets te maken heeft met de geneeskunde in de ruimste zin van het woord. Eventueel kan een subsidie ook worden toegekend aan een instelling of persoon die reeds van andere zijde financiële steun ontvangt.

Kandidaten voor een dergelijke subsidie dienen zich vóór 10 april 1971 te richten tot de secretaris-penningmeester van het College van Regenten, Prof. Dr. J. DE GRAEFF, Prins Hendriklaan 3 te Oegstgeest. Een dergelijke aanvraag moet vergezeld gaan van een nauwkeurige omschrijving van het doel waarvoor het geld zal worden besteed. Degenen die een dergelijke subsidie ontvangen, zijn verplicht, na een jaar een verslag van hun werkzaamheden aan het College van Regenten aan te bieden.

Leiden, maart 1971

J. DE GRAEFF,  
secretaris-penningmeester

## INGEZONDEN

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

### DE TOELAATBAARHEID VAN ORGAANEXTIRPATIE BIJ „STERVENDEN”

In zijn ingezonden stuk „interpretiert” collega SCHUURMANS STEKHOVEN (1971) enkele zaken in mijn circulaire aan de Nederlandse artsen „hinein” die door mij juist angstvallig vermeden zijn, met name het begrip „stervende”. SCHUURMANS STEKHOVEN komt dan tot de conclusie dat orgaanextir-

patie bij stervenden volgens de geneeskundig hoofdinspecteur van de volksgezondheid geoorloofd zou zijn. Uiteraard verwerp ik deze evenzeer als collega SCHUURMANS STEKHOVEN.

In mijn circulaire heb ik, om de verantwoordelijkheden van een ieder duidelijk te stellen, naast elkaar gezet de verantwoordelijkheid van de behandelend arts, die het sterven begeleidt en op een bepaald moment de beslissing moet nemen dat de patiënt gestorven is en derhalve de medische behandeling beëindigd moet worden (of daarna tot lijkopening en gedeeltelijke ontleding wordt overgegaan is voor het onderhavige probleem in feite niet relevant); daarnaast en volstrekt gescheiden ervan de verantwoordelijkheid van de arts-lijkschouwer — gemeentelijk lijkschouwer of behandelend arts — die in geval van natuurlijke dood de verklaring van overlijden dient af te geven om de ambtenaar van de burgerlijke stand in staat te stellen verlof tot begraven resp. verbranding te verlenen.

Eerstgenoemde verantwoordelijkheid is van zuiver medische aard: de arts acht zich van zijn taak, de patiënt nog verder te behandelen ontheven, omdat deze is overleden. De verantwoordelijkheid van de arts-lijkschouwer is van administratieve aard. Zijn beslissing maakt het de administratie mogelijk, de in de wet op de lijkbezorging vastgelegde bepalingen ten uitvoer te brengen.

De criteria gehanteerd bij beide genoemde beslissingen kunnen dan ook verschillend zijn. Voor de beslissing tot lijkbezorging zijn deze thans niet anders dan vóór het reanimatie- en transplantatietijdperk. De criteria voor het nemen van de beslissing of bij de stervende patiënt de dood is ingetreden daarentegen zijn thans zowel bij de medici als bij de juristen in discussie. In het proefschrift van Mr. VAN TILLD'AULNIS DE BOURROUILL (1970) *Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven*, wordt terecht een duidelijk verschil gemaakt tussen de stervende patiënt en de overledene, en worden ook criteria aangegeven die de artsen zouden kunnen hanteren ter bepaling van het moment van het intreden van de dood. Voorshands ben ik — anders dan SCHUURMANS STEKHOVEN — niet overtuigd dat het de taak van de wetgever zou zijn, een medische definitie van de dood te geven. Wel kan het de taak van de wetgever zijn, voldoende waarborgen te scheppen ter bescherming van de patiënt-aspirant-donor, bijvoorbeeld door voor te schrijven dat in geval van gedeeltelijke ontleding ten behoeve van orgaanextirpatie de beslissing ten aanzien van het ingetreden zijn van de dood door een team van artsen genomen dient te worden en de gronden waarop deze beslissing berust schriftelijk vastgelegd dienen te worden, eventueel met een plicht tot melding aan het Staatstoezicht, zoals dit ook wordt voorgesteld in het interimrapport van de Gezondheidsraad in zake nierdialyse en -transplantatie.

Literatuur: SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 340.

Scheveningen, 21 februari 1971

R. DRION,  
geneeskundig hoofdinspecteur  
van de volksgezondheid

Du choc des opinions jaillit la vérité! Reeds daarom waardeer ik bijzonder de poging van DRION om zijn circulaire te rehabiliteren, die door mij min of meer in discrediet is gebracht.

Of hij daarin geslaagd is, betwijfel ik, al was het alleen maar wegens zijn erkenning angstvallig het begrip „ster-

venden" te hebben vermeden. Maar bovenal omdat hij een medische verantwoordelijkheid van de behandelende arts en een administratieve verantwoordelijkheid van de „overlijdensverklaring-schrijver" wil onderscheiden, ja „volstrekt" wil scheiden. Dat kan natuurlijk in theorie als beide verantwoordelijkheden over twee artsen verdeeld zijn (behandelend arts en gemeentelijke lijkschouwer), maar niet in de praktijk als de behandelend arts de overlijdensverklaring afgeeft. De behandelend-arts-overlijdensverklaringschrijver kan toch niet met twee monden spreken?

Om volkomen klare wijn te schenken: de orgaanextirpatieproblematiek draait niet om door hersenstamdood bewijsbare (juridisch) overledenen, maar om de medische en juridische positie van irreversibel comateuze patiënten. De rasjuriste Mr. VAN TILL wil met de rasneurologen (die ik gaarne „computerologen" noem) bij irreversibel coma geen medisch en juridisch overlijden — voor mijn part overlijdensfictie — aanvaarden. Zij verfoeit als juriste „genuanceerd" (= volgens haar „manipuleerbaar") denken. Zij aanvaardt wel dat de arts zich dan van zijn taak, de patiënt nog verder te behandelen ontheven mag achten maar niet — ik bezig de formulering van DRION — „omdat deze is overleden". Waarom wel is duidelijk en zal ik nu maar in eigen woorden weergeven: omdat laten voortvegeteren van een irreversibel comateuze patiënt zinloos is en geen leven mag heten. Ik zou, indien behandelende artsen en lijkschouwende artsen bereid waren bij irreversibel coma staking van de behandeling vergezeld te doen gaan van afgifte van een overlijdensverklaring, daartegen geen medisch-administratief-rechtelijke bezwaren zien, en dan dus zeker orgaanextirpatie in beginsel geoorloofd achten; uiteraard met toestemming van de nagelaten betrekkingen en natuurlijk, indien de „overleden-geachte" van te voren (bij voorbaat) voor het geval van irreversibel coma uitdrukkelijk toestemming tot orgaanextirpatie gegeven had.

DRION zal nu beter mijn bezwaren tegen zijn circulaire verstaan en ook begrijpen, dat hij mij — wat de quintessens van mijn betoog betreft — allermint van ongelijk overtuigd heeft, in tegendeel. Immers het van een administratief-geneeskundige als DRION voor mij volkomen begrijpelijke standpunt, dat de (overlijdens)criteriën gehanteerd door behandelend geneesheer en overlijdensverklaring-schrijvende arts verschillend kunnen zijn en dit ook gerust voorlopig mogen blijven, deel ik allermint. Het juridisch voortreffelijke proefschrift van Mr. VAN TILL heeft de onzekerheid „for the medical man in the street" eerder vergroot dan verkleind. Want, daargelaten of de „gemiddelde arts" (op een enkele neuroloog, patholoog-anatoom, radioloog, laboratorium-arts, e.d. na) „ongenuanceerd", d.w.z. bewijsrechtelijk kan denken, hem staat dat ongenueanceerde denken over levende, stervende en dode patiënten tegen.

Daar komt dan nog bij het letterlijk met de dag stijgende, steeds wanhopiger tekort aan transplantabele organen in verhouding tot de schare onherroepelijk ten dode opgeschrevenen, die door orgaanimplantatie gered kunnen worden als men maar tijdig transplantabele organen extirpeert. Ik zal nu niet meer van „stervenden" spreken, maar (met MAEYERS) van tussen dood en leven zwevende, niet tot zinvol leven (met VAN DEN BERG) weder op te wekken ongevals-slachtoffers.

In dit stadium van de discussie wil ik volstaan met de opmerking, dat ik DRIONS „team-suggestie" voor beslechting van orgaanextirpatie-indicatie-controversen evenzeer verwerp als de overeenkomstige teamsuggestie voor de beslechting van vruchtverwijderings-indicatiegeschillen. Bij een uniform — zowel voor de behandelende als voor de over-

lijdensverklaring-schrijvende artsen geldend — verruimd, genuanceerd overlijdenscriterium zal men in 9 van de 10 gevallen met samenspraak van behandelend en „administratief" arts kunnen volstaan. Het enige probleem is dan wat er in het 10e geval moet geschieden? Dat zou geen probleem zijn, indien aan elke Arrondissementsrechtbank een medicus-jurist als „gerechts-arts" verbonden was; wat voorlopig wel een vrome wens zal blijven.

Knegsel, 23 februari 1971

Dr. Mr. Dr. W. SCHURMANS STEKHOVEN

## EEN GEVAL VAN POSTOPERATIEVE MASSALE INTRAVASALE STOLLING

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling door J. W. TEN CATE en W. STORTENBEEK (1971) is tussen ondergetekenden een discussie gerezen, waarbij een hunner (v. A.) de volgende vragen heeft gesteld:

a. Is er een indicatie tot het geven van E-ACA bij het syndroom van de intravasale stolling, en zo ja, hoe moet die dan precies gespecificeerd worden?

b. Uit dierexperimenten is bekend (BRENTJENS 1967) dat bij konijnen met een trombine-infuus fraaie intravasale stolling is op te wekken, doch dat nierbeschadiging bij deze dieren alleen ontstaat wanneer tevens E-ACA wordt gegeven. Kan de bij de patiënte beschreven nierbeschadiging hebben samengehangen met de toediening van E-ACA?

c. De heparinetoediening aan de patiënte geschiedde op grond van de beschreven coagulopathie, die echter het gevolg zou hebben kunnen zijn van een intravasale stollingsproces, dat inmiddels mogelijk reeds spontaan tot stilstand zou zijn gekomen.

Het lijkt te adviseren, de heparinetoediening te laten geschieden op grond van herhaalde stollingsonderzoekingen, waarbij uit een verdergaande consumptie van stollingsfactoren en trombocyten de activiteit van de intravasale stolling aangetoond wordt.

De hier gestelde vragen zouden naar mening van de auteurs als volgt beantwoord moeten worden:

Ad a: De toediening van E-ACA bij deze patiënte geschiedde routinematig door de chirurgen zonder overleg met de stollingsfysioloog.

Wij zijn van mening dat bij het syndroom van de intravasale stolling met secundaire fibrinolyse in de regel geen indicatie aanwezig is voor het geven van E-ACA, het uitzonderlijke geval daargelaten dat een extreem hoge spiegel van fibrinogeen-afbraakproducten de hemostase in het wondgebied in de weg zou staan.

Ad b: Dat de toediening van E-ACA bij deze patiënte een ongunstige invloed op de nieren zou hebben gehad wordt door ons niet uitgesloten geacht. Overigens was de dosering van het anti-fibrinolyticum laag en bestonden er bij de patiënte verschillende andere factoren (shock, infectie) die de nieren zeker mede beschadigd hebben.

De situatie bij de proefdieren van BRENTJENS is voorts niet goed vergelijkbaar met de toestand zoals die bij onze patiënte bestond, waarbij naar onze mening door operatie in een septisch gebied de endotoxemie verantwoordelijk is voor het syndroom van de intravasale stolling.

Ad c: Het stormachtig beloop bij onze patiënte (diepe shock, abundante bloedingen, noodzaak tot zo spoedig mogelijk therapeutisch ingrijpen) maakte in dit geval het verrichten van een herhaald stollingsonderzoek vóór de toediening van heparine onmogelijk.