

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 ongenuanceerde 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.

Een verdere overweging tot het zo spoedig mogelijk geven van heparine was hier de aanwezigheid van nog slechts één functionerende nier, waarvoor de schade zoveel mogelijk beperkt moest worden (BRENTJENS 1967; CORRIGAN 1970).

Ondergetekenden zijn het gezamenlijk over de volgende punten eens: Een grote peroperatieve bloeding kan uiteraard velerlei oorzaken hebben. Soms kan men — op klinische gronden — vermoeden dat er een intravasale stolling met verbruikscoagulopathie bestaat (bv. wanneer veel septisch of tromboplastisch materiaal in de bloedbaan kan zijn geraakt, wanneer er een flinke hemolyse mogelijk is of er een uitgebreide endotheelbeschadiging zou kunnen bestaan). Klinisch vallen de „oizing” en de eventuele petechiën op.

Bepaling van trombocytenaantal, protrombinetijd (of trombotest), fibrinogeen en trombinetijd zijn dan voor de diagnose noodzakelijk. Ter differentiëring van de zeldzame primair sterk verhoogde fibrinolyse kan de eenvoudige uit te voeren ethanol-gelationtest een aanwinst zijn (GODAL en ABILDGAARD 1966).

Bij de behandeling moet men in de allereerste plaats de primaire oorzaak — intravasale stolling is *altijd* een gevolg van iets — behandelen. Behandeling van de bijkomende shock is zeer belangrijk omdat door aanwezigheid van shock het deraillement van de bloedstolling wordt bevorderd. Zo mogelijk wordt het stollingsonderzoek op korte termijn herhaald. Neemt het defect in het stollingsmechanisme toe dan komt heparinisering in aanmerking. Indien het proces zeer stormachtig verloopt en men geen tijd te verliezen heeft, komt onmiddellijke heparinetoediening in aanmerking. De primaire toediening van E-ACA bij intravasale stolling dient als een kunstfout beschouwd te worden; een indicatie hiertoe bij de secundaire fibrinolyse die zich bij intravasale stolling voordoet, bestaat slechts in uitzonderingsgevallen.

Literatuur: BRENTJENS, J. H. R. (1967) *De relatie tussen intravasale stolling en nierafwijkingen*. Proefschrift Amsterdam. — CATE, J. W. TEN en W. STORTENBEEK (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 16. — CORRIGAN, J. J. (1970) *Thrombos. Diathes. haemorrh. (Stuttg.)* **24**, 136. — GODAL, H. C. en U. ABILDGAARD (1966) *Scand. J. Haemat.* **3**, 342.

Amsterdam, februari 1971

W. G. VAN AKEN
J. W. TEN CATE
W. STORTENBEEK
S. I. DE VRIES
J. VREEKEN

BERICHTEN

BUITENLAND

Wereldberichten

Dalende puerperale sterfte. — Uit een statistisch onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie, dat zich over de periode van 15 jaar heeft uitgestrekt en in 36 landen is uitgevoerd, blijkt dat de sterfte van vrouwen in het kraambed overal sterk verminderd is. Er zijn landelijke verschillen: Zweden staat aan de top met een sterfte van slechts 11,3 per 100.000 bevallingen (zwangerschappen) per jaar. In 1951-53 was dit getal nog 69. In West-Duitsland is de sterfte verminderd van 179,9 in de jaren 1951-53 tot 65,1 in 1966. In alle landen is de sterfte het laagst bij vrouwen onder de 30 jaar en het hoogst bij vrouwen van 45 jaar. (*Med. Klin.*, 19 febr. bl. 289.)

Hongarije

Meer legale abortus dan geboorten. — Geheel in de lijn met het bericht over vergrijzing van de Hongaarse bevolking (zie vorig nummer bl. 484) is een artikel dat in augustus vorig jaar verschenen is in het maandblad *Kortárs* („tijdgenoot”) en aangehaald is in het *Deutsches Ärzteblatt* (20 fe-

bruari bl. 568). Uit het artikel in het Hongaarse maandblad blijkt dat er op elke 100 geboorten het formidabele aantal van 130 à 140 wettelijk geoorloofde abortus wordt uitgevoerd. Volgens de auteur van het artikel doen slechts 63 pct van de Hongaarse vrouwen iets aan contraceptie; slechts 90.000 gebruiken orale ovulatierepressoren. Er doen zich bij de abortus nogal wat complicaties voor; in het bijzonder is het de baarmoedermond die te lijden heeft. Als gevolg hiervan wordt het kind dat als eerste volgend op een kunstmatige abortus geboren wordt, te vroeg uitgestoten, en komt het dus niet geheel voldragen ter wereld. Dat betekent dat de zwangerschapsonderbreking haar tol eist niet zozeer van de moeders die de onderbreking ondergaan, als wel van de kinderen die erna geboren worden. Dit blijkt uit de zuigelingensterfte. Van de 100 overleden kinderen onder de zes maanden sterven 67 in de eerste levensweek, en daarvan 38 in het eerste etmaal. In dit opzicht slaat Hongarije een slecht figuur onder de Europese landen. Het aantal vroeggeboorten bedroeg in het jaar 1967 in Hongarije 10,8 pct van het aantal levendgeboorten (in Oostenrijk 5,9 en in Tsjechoslowakije 6,2 pct) en draagt bij tot de hoge zuigelingensterfte. Opmerkelijk is voorts dat de sterfte onder de kinderen die als tweede geboren worden, nog hoger is dan onder de eerstgeborenen, zulks in tegenstelling tot alle andere landen. Bij het derde kind is vervolgens de sterftekans opnieuw hoger dan bij het tweede. Jaarlijks laten in Hongarije 150.000 vrouwen, die later nog wel kinderen wensen, een abortus opwekken. Van de 1200 gynaecologen die het land telt, moet ieder jaarlijks 160 à 200 maal deze ingreep uitvoeren. Zij ontvangen geen honorarium, maar een op de drie à vier vrouwen betaalt als „drinkgeld” ongeveer 100 forint (ongeveer 20 DM). Een bijna ongelooflijke omstandigheid in Hongarije is, dat een vrouw gemakkelijker een abortus verkrijgt dan een recept voor orale contraceptiva.

Verenigde Staten

Geboortegewicht en mycoplasma's. — In de „prenatal clinic” van het Boston City Hospital hebben PETER BRAUN en medewerkers een prospectief onderzoek verricht om vast te stellen of er een samenhang bestaat tussen het geboortegewicht van kinderen en het voorkomen van *Mycoplasma hominis* in de genitalia en de urine van de moeder. Aanleiding tot dit onderzoek was de ervaring dat uit de eivliezen van voortijdig en dood geboren foetus herhaaldelijk T-strain-mycoplasma's konden worden geïsoleerd. Het onderzoek omvatte 485 zwangeren. Zij kwamen hoofdzakelijk uit de minder gesitueerde volkswagen; 46 pct waren negerinnen, 32 pct blanken, 22 pct „anderen” (Spaanssprekenden afkomstig uit Puerto Rico en Cuba). Uit 384 vrouwen bij wie T-strains werden geïsoleerd, werden kinderen geboren met een gemiddeld geboortegewicht van 3099 ± 595 gram; van 100 vrouwen zonder T-strain wogen de kinderen 3287 ± 510 gram, dat is 202 gram méér. Tussen aanwezigheid van *Mycoplasma hominis* en het geboortegewicht werd eveneens een samenhang gevonden, maar de verschillen in gewicht waren minder significant dan bij de aanwezigheid van T-strains. Uit het onderzoek is niet gebleken of er ook een etiologisch verband bestond tussen de aanwezigheid van T-strain-mycoplasma's bij de moeder enerzijds, en het lagere geboortegewicht van de kinderen anderzijds. (*New Engl. J. Med.*, 28 jan. bl. 167.)

West-Duitsland

Centrum voor kankeronderzoek te Heidelberg. — Het Duitse kankeronderzoekcentrum te Heidelberg, dat 25 afzonderlijke instituten met de modernste apparatuur zal omvatten, is thans afgebouwd. De geneeskundige instituten van de Universiteit Heidelberg zullen in 1971 worden betrokken.