

# INGEZONDEN

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

## Euthanasie

Het is jammer dat Prof. MEYLER (1973) zich in zijn artikel over euthanasie genuanceerd opstelt en niet een keihard neen laat horen. Hij heeft gelijk als hij van de arts zegt: „nooit mogen misdadige oogmerken van een overheid zijn handelen beïnvloeden”. Maar de werkelijkheid is anders; reeds in 1952 heb ik uiteengezet hoe Duitse artsen onschuldige gevangenen in de Duitse concentratiekampen voor medische experimenten hebben misbruikt. Ook dat de resultaten hiervan op medische congressen werden besproken zonder dat een arts zijn stem hiertegen verhief. Verder heb ik toen meegedeeld dat Duitse artsen op grond van een „Führerbefehl” geesteszieken, zg. „nutzlose Fresser” met CO in (schijnbare) douches lieten vergassen. En meent u niet dat deze artsen tot het schuim van de Duitse artsenstand behoorden; het waren hoogleraren, soms met medische faam, directeuren-geneesheer, psychiaters, kinderartsen. Zij gingen zelfs zover dat zij deze euthanasie met valse overlidsverklaringen dekten. Deze euthanasie, uitgevoerd onder de codenaam „Aktion T 4” is eind 1941 gestaakt, niet door een weigering van de artsen, maar wel door protesten van kerkelijke zijde. Het is een absoluut onjuiste mening dat artsen zich naar karakter, moreel, normatief anders zouden gedragen dan hun medeburgers. Zo liet de Duitse arts zich evenals het overgrote deel van het Duitse volk met de nazitheorieën volgielen, en hij gedroeg zich navenant. Ik heb het ervaren, ik heb er onder geleden en ik draag er nog de gevolgen van dat de Duitse artsen met de euthanasie hebben gemanipuleerd. Met een simpele duimbeweging wees een Duitse arts uit de jodentransporten de ouderen, moeders met kinderen, zwak en ziek uitziende joden naar de gaskamer. En meer dan een jaar heb ik Duitse artsen nonchalant joden wier arbeidskracht was opgebruikt als „nutzlose Fresser” naar de gaskamer zien verwijzen. Zo gaven Duitse artsen hun medewerking bij het vermoorden van miljoenen joden. En er is m.i. geen reden om te veronderstellen dat de Nederlandse arts zich anders zou gedragen dan de Duitse; ook vermag ik niet in te zien dat er een manier zou bestaan die bescherming zou kunnen geven tegen het misbruik maken van artsen in een dictatoriaal bestuurd Nederland.

Het is gemakkelijk om thans in dit vredige, verdraagzame Nederland aan de arts die „tot actieve euthanasie wil overgaan” de raad te geven „het geval te bespreken met een ervaren collega om op deze wijze zijn geweten te toetsen aan dat van een ander...”. Welnu, dat heb ik gedaan. Elders heb ik uitvoeriger beschreven hoe ik in 1944 in het concentratiekamp Auschwitz de opdracht kreeg er voor te zorgen dat een psychotische patiënt niet meer in de nacht zou uitbreken, want anders... Daar stond ik, met onvoldoende narcotica in een zaal met twintig geesteszieken, voor het onverholven uitgesproken dreigement: óf deze patiënt liquideren, óf de rest van de blokbewoners het gevaar van de gaskamer laten lopen. Ik ging om advies naar een oudere collega, een Berlijnse chirurg die veel achting genoot. Nadat ik hem het probleem had voorgelegd en hij mij „dumme Holländer” had genoemd, bracht ik hem de patiënt, en samen spoten wij 200 E insuline in. Maar nu komt het ergste; enkele weken later deed zich een zelfde probleem voor en nu kostte het mij veel minder moeite in de „Ambulanz”, terwijl de Berlijnse collega toekeek, wederom een geesteszieke te vermoorden.

Nu moogt gij die dit leest de staf over mij breken, maar

als u nog nooit in dergelijke omstandigheden hebt verkeerd, mag u niet oordelen. Ik heb ervaren waartoe een mens kan komen; ik deel u dit mee omdat ik u wil waarschuwen tegen het aanvaarden van een soepeler houding jegens het vraagstuk van de euthanasie. Door mijn ervaringen ben ik dan ook een absoluut tegenstander van elke vorm van euthanasie.

*Literatuur:* COHEN, E. A. (1952) *Het Duitse concentratiekamp. Een medische en psychologische studie.* H. J. Paris, Amsterdam; *De afgrond.* Paris Manteau, Amsterdam. — MEYLER, L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 553.

Arnhem, april 1973

E. A. COHEN

Collega E. A. COHEN spaart zichzelf in zijn geschriften niet. Ook zijn opmerkingen naar aanleiding van mijn artikel over euthanasie worden gekenmerkt door grote eerlijkheid. Echter, ik behandelde de vrijwillige euthanasie in omstandigheden waarin normale fatsoensnormen gelden. Wat HITLER euthanasie noemde, was moord die hij artsen afdwong.

Wat COHEN beschrijft van zichzelf was ook geen euthanasie. De gedwongen omstandigheden waren van dien aard, dat het slechts past het hoofd te buigen bij de gedachten wat mensen als hij in een concentratiekamp hebben door-gemaakt.

Groningen, april 1973

L. MEYLER

Ik heb met grote belangstelling kennis genomen van het hoofdartikel *Euthanasie* van collega MEYLER (1973). Het is voorzichtig geschreven en met besef van de veelal tragische omstandigheden waarin dit onderwerp aan de orde kan komen. Uitgaande van de eed van Hippocrates betoogt MEYLER dat algemeen aanvaard wordt door artsen en door leken, dat bestrijding van angst en pijn met medicamenten vaak noodzakelijk is als begeleiding van het „stervensproces”, maar dat niet onder alle omstandigheden het leven in stand moet worden gehouden; eventueel dus een passieve houding door de arts, passieve euthanasie, waarover een communis opinio bestaat. Geheel anders is het evenwel gesteld met actieve euthanasie, behandeling door actief ingrijpen en beëindiging van het leven.

MEYLER stelt de vraag: „Waarom spreken wij niet van langzame en snelle euthanasie?” Dat zou m.i. te betreuren zijn wegens het grote verschil in ethisch en moreel opzicht tussen passieve en actieve euthanasie. Dit verschil zou door een onderscheid in tijd en in tempo niet voldoende worden weergegeven. Dat zou de verwarring die er toch al op dit terrein bestaat, nog vergroten. De door MEYLER ter zake gestelde oratorische vraag zou ik dus ontkennend willen beantwoorden. De bepalingen „langzaam” en „snel” zijn niet in staat, de tegenstelling tussen passieve en actieve euthanasie op aanvaardbare wijze aan te geven. Er is principieel verschil.

MEYLER heeft nooit behoefte gehad aan toepassing van actieve euthanasie en er is hem ook nooit het verlangen daarnaar kenbaar gemaakt. Niettemin acht hij actieve beëindiging van het leven toelaatbaar, althans in de „laatste fase van het stervensproces”. Dit lijkt met het voorafgaande in tegenspraak te zijn. Doch eerst nog de opmerking of het

eigenlijke sterven wel een proces is, een geprotraheerd gebeuren. Het antwoord op die vraag hangt ervan af of men onder „sterven” ook al het eventuele verval, de algehele aftakeling verstaat, dus sterven in ruime zin. Naar ik meen, en daarvoor pleit ook veelal de ervaring, geschiedt het eigenlijke sterven in een zeer kort tijdsbestek, momenteel, al is het niet steeds eenvoudig dat moment vast te stellen, d.w.z. door klinisch onderzoek. Nu de vraag of MEYLER door zijn concessie ten opzichte van actieve euthanasie met zichzelf in tegenspraak komt. Dat is blijkbaar niet het geval. Hij wil zijn ervaring niet voor anderen tot norm stellen.

MEYLER gaat zelfs verder. Hij acht het de mens onwaardig, door verlenging van het leven het lijden te vergroten. Hij noemt daarbij als methode kunstmatige voeding, waarbij de patiënt aan het ledikant wordt vastgebonden. Ik vraag mij af of dat in onze tijd van „no-restraint” nog wel voorkomt. Ik heb ervaring kunnen opdoen in dat opzicht, maar ik heb nooit meegemaakt dat een zieke aan het bed werd vastgebonden, ontoelaatbaar uiteraard, zoals ook MEYLER vindt.

Hij acht verlenging van het leven alleen aanvaardbaar „als het leven in de ogen van de patiënt zin heeft”. Deze opmerking van MEYLER heeft mij getroffen. Daarbij wordt blijkbaar verondersteld dat de zin van het leven door het lijden vernietigd wordt. Dit wordt evenwel doorgaans door het christendom afgewezen en tevens door het humanisme, aldus H. J. HEERING in het onlangs verschenen deel van de *Grote Winkler Prins* onder het trefwoord: „euthanasie”.

Het oordeel van MEYLER over de angst, „onafscheidelijk verbonden met het sterven”, geeft ook aanleiding tot bedenkingen. Er zijn ook mensen, die zonder angst, geheel overgegeven aan hun lot, het sterven tegemoetgaan. Het moment zelf is uiteraard voor een buitenstaander moeilijk te beoordelen. Al te stellig is MEYLER ook ten opzichte van bejaarden, Van die zijde wordt inderdaad, en ook door nog niet bejaarden, de vrees kenbaar gemaakt een arts te raadplegen en hem de geneeskundige hulpverlening toe te vertrouwen, indien zij omtrent hem weten dat hij voorstander is van actieve euthanasie. Die vraag is niet gerechtvaardigd, zegt MEYLER terecht. Maar wij weten allen dat de mens zijn houding niet alleen op rationele motieven baseert; het emotionele leven is vaak veel krachtiger en werkt meer na in het leven.

Coincidentie: Met dezelfde postbestelling werd mij een artikel bezorgd over hetzelfde onderwerp, namelijk het artikel van collega REGENBRECHT (1973) te Regensburg. Hij gaat wel ietwat anders te werk, en terecht. Want is euthanasie eigenlijk wel een medisch vraagstuk? REGENBRECHT gaat ook te rade bij moraaltheologen, bij wie hij vrijwel unanieme afwijzing aantreft van actieve euthanasie, evenals bij artsen, naar hij zegt, met name de levensverkorting uit mededogen wegens onduldbaar lijden van de patiënt, waarvan ook MEYLER gewag maakt. Begeleiding van de zieke met het oogmerk, eventueel het leven actief te doen eindigen, wordt niet slechts door de wet, maar ook door de theologen en door de artsen „geschlossen abgelehnt”, aldus REGENBRECHT.

Dat standpunt lijkt mij consequenter en logischer dan de zienswijze van MEYLER, ofschoon hij er eigenlijk dichtbij komt. Volgens hem immers zal actieve euthanasie bij goede begeleiding van de patiënt „een grote uitzondering” blijven. Men zou kunnen zeggen, vandaar tot algeheel afwijzen „il n'y a qu'un seul pas”, maar die schrede zet MEYLER niet. Praktisch weinig verschil, zou men ook kunnen zeggen, maar het gaat om meer dan het praktische resultaat.

MEYLER begint zijn artikel met de taak van de arts en de eed van Hippocrates en is daarbij ietwat onvolledig en on-

juist. Hij noemt enige malen de „gelofte”, afgelegd door de arts; onze wet-Thorbecke spreekt echter van „de eed of de belofte” (een gelofte wordt door anderen afgelegd). En wat de eed van Hippocrates betreft, deze is ten opzichte van actieve euthanasie zeer duidelijk, men zou kunnen zeggen: actueel, nog voor onze tijd. De arts neemt immers op zich, géén dodelijk gift te zullen geven aan iemand, ook niet als daarom wordt gevraagd: „Ὁδ δώσω δὲ δυνδὲ φάρμακον οὐδὲν αἰτήθεισ θανάτουον”. Daaruit blijkt wel dat afwijzing voor de „vader der geneeskunde” geen zaak was van de decaloog, die hem onbekend is gebleven, voor zover is na te gaan en alleen aan het „uitverkoren volk” was toebedeeld. Hij stond uiteraard ook niet onder invloed van het christendom, dat pas eeuwen later opkwam en dat steeds, tot in onze dagen toe, het doden van een onschuldige, en dus actieve euthanasie, heeft afgewezen. Dat hebben de aan ons voorgesane geslachten van artsen steeds geëerbiedigd wegens hun eerbied voor het menselijke leven. Zij beschouwden zich beschiedden als „ministri non magistri naturae”. De geneeskunde heeft later grote vorderingen gemaakt, ook in de bestrijding van de pijn. Maar gaat die vooruitgang ook op ten opzichte van de beginselen van ons medisch handelen en voor de arts als mens? Helaas niet. Vandaar het grote belang van de opleiding in de geschiedenis der geneeskunde, een m.i. verwaarloosd gebied.

De arts heeft niet het recht, door in te grijpen het leven van een patiënt te beëindigen, ook niet als deze in arren moede daarom vraagt en daarop aandringt. Hoe vaak komt later trouwens aan het licht dat de patiënt verheugd is over de afwijzende houding, „tenax”, van zijn arts. Zijn houding was niet doordacht, wel begrijpelijk. Afwijzing van actieve euthanasie is een meer harmonisch en evenwichtig standpunt, niet alleen historisch, dan het verdedigen ervan, zij het dan als grote uitzondering, gelijk MEYLER voorstaat.

*Literatuur:* MEYLER, L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 553.  
— REGENBRECHT, J. (1973) *Zum Problem der Sterbehilfe. Münch. med. Wschr.* 115, 601.

Maastricht, april 1973

J. E. SCHULTE

In mijn artikel heb ik juist geen verschil willen maken tussen actieve en passieve euthanasie aangezien ik bv. het „dichtdraaien van de kraan” als een actieve handeling beschouw. Onder snelle euthanasie wil ik verstaan het leven snel beëindigen door het dichtdraaien van de kraan of door het toedienen van een dodelijke dosis van een pharmacon. Onder langzame euthanasie wil ik verstaan de gefractioneerde toediening van (eventueel hetzelfde) pharmacon met het doel klachten te bestrijden maar waarin de mogelijkheid van een bekorting van het leven ligt opgesloten.

Collega SCHULTE en ik verschillen in levensbeschouwing, hetgeen tot uiting komt in de vraag of het lijden zin heeft of niet. Daarover te polemiseren heeft geen zin. Inderdaad, ook ik heb mensen, zonder angst en overgegeven, zien sterven, zowel gelovigen als humanisten. Maar ik moet er bij zeggen, het waren grote uitzonderingen.

Het afwijzen van elke vorm van actieve euthanasie is zeker consequent, maar deze consequentie komt voor rekening van theologen die rechtlijnig denken. Ik ken ook theologen die dichter bij mijn standpunt staan. Ik wil liever geval voor geval bekijken, zoals de arts dat behoort te doen bij iedere handeling aan zijn patiënt. Collega SCHULTE zegt dat er weinig verschil is tussen het standpunt van de door hem geciteerde collega REGENBRECHT en mij. Op dat verschil komt het nu juist aan. „Il n'y a qu'un seul pas.” Maar MEYLER zal die schrede niet zetten.

De patiënt voor wie ik bij grote uitzondering een snelle, actieve euthanasie zou willen aanvaarden, zal later niet verheugd zijn over een afwijzende houding, want hij zal in de laatste fase van het stervensproces zijn. Euthanasie in een te vroeg stadium heb ik met de grootste klem afgewezen. En ten slotte, ik kan collega SCHULTE twee voorbeelden

noemen uit het laatste jaar waarbij in een verpleegtehuis de bejaarden werden vastgebonden ter voorbereiding van een sondevoeding.

Groningen, april 1973

L. MEYLER

## BERICHTEN

### Buitenland

#### FRANKRIJK

*Open deur.* De Parijse „Assistance publique” heeft 8 april haar poorten geopend voor het publiek. Iets dergelijks was al eerder in enkele ziekenhuizen gebeurd, maar dit was de eerste keer dat men leken in de gelegenheid stelde om het ziekenhuisbedrijf in volle omvang van nabij te beschouwen. Er werden wel enkele beperkingen aan het publiek opgelegd om verstoringen te voorkomen. In totaal hebben 70.000 Parijzenaars van de gelegenheid gebruik gemaakt om het functioneren van de ziekenhuizen gade te slaan. Op deze bezokedag kon het publiek over allerlei onderwerpen inlichtingen krijgen: in het „Henri Mondor”-ziekenhuis over de economische aspecten, in „Cochin” over algemene geneeskunde, in „Fernand Widal” over toxicomanie, in de „Pitié-Salpêtrière” over hospitalisering, in „Bichat” en „Lariboisière” over ziekenhuis-architectuur, in het „Hôpital Franco-Musulman” over de roeping van het ziekenhuis, enz. De amfiteaters liepen vol en er werd veel gediscussieerd. Aan het slot van de dag werden vragenlijsten uitgereikt, waarop de bezoekers hun mening konden kenbaar maken. Het bleek dat 44 pct van de bezoekers een gunstiger mening dan vroeger over het ziekenhuis hadden gekregen, 3 pct een slechtere; aan 53 pct was het bezoek noch mee- noch tegen-gevallen. (*Nouv. Presse méd.*, 28 april bl. 1166.)

#### GROOT-BRITANNIË

*Kindersterfte en jeugdige moeders.* In Teesside County Borough (369.000 inwoners) heeft Dr. R. J. DONALDSON, medical officer of health, de oorzaken van de kindersterfte geanalyseerd. Hij vond daarbij dat de neonatale sterfte en de zuigelingensterfte per 1000 levendgeborenen van jonge moeders (< 20 jaar) 21,61 resp. 35,53 bedroegen, dat is aanmerkelijk hoger dan de overeenkomende sterfte gerekend over alle geboorten (12,51 resp. 19,61/1000). Ook andere onderzoekers, in Glasgow, zijn tot dergelijke verhoudingen gekomen. Daarbij werd tevens opgemerkt dat de hogere sterfte vooral voorkwam bij jongere moeders in armelijke omstandigheden en bij „minder-begaafde” jonge moeders. In vele gevallen was de doodsoorzaak opgegeven als „sudden death”. Bij 65 pct van alle gestorven kinderen waren geen organische afwijkingen gevonden. Het was juist deze groep waarin veel kinderen van jeugdige moeders voorkwamen. (*Lancet*, 28 april bl. 924.)

*HL-A-antigeen en spondylitis ankylosans.* Vele onderzoekers hebben gezocht naar erfelijke factoren bij spondylitis ankylosans. BREWERTON en medewerkers (*Lancet*, 28 april bl. 904) beschrijven thans een correlatie tussen de aandoening en een der lymfocytentigenen, die met de letters HL-A worden aangeduid, in dit geval met HL-A 27. Zij gingen de aanwezigheid van dit antigeen na bij 75 lijdende aan spondylitis ankylosans en troffen het aan bij 72 der patiënten, d.i. 96 pct; bovendien werd het gevonden bij 52 pct van eerste-

graadsverwanten van de patiënten. Van 75 controle-persoon bleken slechts 3 het antigeen te bezitten. De bevinding dat HL-A 27 ongeveer tien maal zo vaak voorkomt bij eerste-graadsverwanten van patiënten als bij controlepersonen kan wellicht de hogere frequentie van de aandoening bij naaste familieleden der patiënten verklaren.

Onderzoek van het rejectie-mechanisme bij huidtransplantaties heeft tot de ontdekking van leukocyten-antigenen geleid, waartoe ook het HL-A-systeem behoort. De letters HL-A staan voor „histocompatibility locus A”. Ze wijzen op de chromosoom-locus die met dit systeem geassocieerd is. Andere associaties zijn gevonden bij lymphoma (HL-A 5 en W18), multipel myeloom (W18), volwassenen-coeliakie (HL-A 13 en W17), lymfoblastische leukemie (HL-A 27), ge-systemiseerde lupus erythematoses (HL-A 13 en W17) en psoriasis (HL-A 13 en W17).

#### ISRAËL

*Gunstige werking van propranolol bij psychiatrische aandoeningen.* Op de in februari te Tel Aviv gehouden First International Health Conference van de American Medical Association heeft Dr. ATSMON meegedeeld hoe hij met een andere psychiater bij toeval heeft ontdekt dat propranolol, een bij hartaandoeningen toegepaste  $\beta$ -adrenerge blokkeerder, bij verschillende psychiatrische patiënten een gunstige invloed uitoefende. Dit leidde tot een systematisch onderzoek bij 42 patiënten, van wie de meesten verbeterden tijdens behandeling met hoge doses propranolol. Bij deze patiënten waren er verscheidene gevallen met acute schizofrenie, manisch-depressieve psychose en kraambed-psychose. Het middel had daarentegen in het geheel geen uitwerking bij chronische schizofrenie en bij psychose ten gevolge van hersenbeschadiging. ATSMON waarschuwde voor te grote verwachtingen en drong aan op voorzichtigheid, want voor de behandeling zijn hoge doses propranolol nodig — vier maal de dosis die aan hartpatiënten worden toegediend — en dit kan tot onaangename bijverschijnselen leiden: hypotensie (maar ook hypertensie!), diarree, braken, ataxie en hallucinaties. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 april bl. 173.)

#### VERENIGDE STATEN

*Ziekten bij verslaafden.* In een artikel, getiteld „Medical disorders in drug addicts” (*J. Amer. med. Ass.*, 26 maart bl. 1469) beschrijft A. G. WHITE de aandoeningen bij 200 achtereenvolgens opgenomen, aan bijkomende ziekten lijdende verslaafden. Van deze 200 patiënten waren 129 mannen en 71 vrouwen; 126 waren jonger dan 30 jaar, de jongste was 15 jaar. Naar afkomst ingedeeld waren 68 blank, 82 zwart, 49 Spaans en één oriëntaals. De reden van opneming luidde in 30,5 pct der gevallen acute hepatitis, in 27,5 pct infecties, 11,5 pct „detoxification”, 7,5 pct diabetes, 6 pct longziekte, 5 pct overdosering, 4 pct hartvaatziekte, 3,5 pct gastro-intestinale aandoening en 3,5 pct geslachtsziekte.

De patiënten werden allen opgenomen in de „Bernstein Institute Medical Inpatient Unit” van het Beth Israel Me-