

B. S. WITTE, *Waarom geen sterilisatie?* Informatie en discussie over een nieuwe vorm van geboortenregeling. 99 bl. Uitgeverij In den Toren, Baarn 1972. Prijs: ingen. f 9,50.

Dit boekje verschaft populaire informatie over sterilisatie zowel bij de man als bij de vrouw en wil tevens voor deze ingreep een pleidooi geven. Ik geloof dat de auteur in deze beide doelstellingen goed geslaagd is. Juist hierom echter misstaat mijns inziens deze negatieve titel, die beter zou kunnen luiden: „Waarom wél sterilisatie?”

De schrijver moge op enkele schoonheidsfoutjes gewezen worden. Zo is de ingreep niet „voor 99,99 pct safe”, want bij 1 pct van de geopereerde mannen treedt later rekanalisa-

tie op. Voorts staat er: „mannen die gecastreerd zijn, zijn vrijwel altijd impotent”; deze bewering zou ik niet willen onderschrijven.

Historisch onjuist is, dat in ons land tijdens de Duitse bezetting de joodse vrouwen gedwongen werden zich „vrijwillig” te laten steriliseren; in werkelijkheid was dit het geval met de gemengd gehuwde joodse mannen.

Dit neemt niet weg dat dit goed gedocumenteerde boekje, dat uitmunt door zijn natuurlijk taalgebruik, verdient in veler handen te komen. Er is behoefte aan goede voorlichting over deze hand-over-hand toenemende methode voor blijvende zwangerschapspreventie.

L. H. LEVIE

INGEZONDEN

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

Euthanasie

Met volkomen instemming (en derhalve met buitengewoon genoegen) heb ik het hoofdartikel van Prof. Dr. L. MEYLER (1973) over Euthanasie gelezen. Ongeveer twee maanden geleden heb ik voor het Klinisch Genootschap te Rotterdam gesproken over „Euthanasie? Riskant; een ervaringsfeit uit 1946 en 1949”.

Op 1 februari 1946 trad ik in functie als hoofd van een interne afdeling van wat toen nog het Ziekenhuis Coolsingel heette. Op één der zalen vond ik een ernstig zieke, nog vrij jonge vrouw; zij was nog geen 40 jaar, wellicht tussen 35 en 40. Zij vertoefde reeds enige tijd in het ziekenhuis. Tweemaal was een proefexcisie uit de schildklier verricht; beide malen luidde de diagnose van de patholoog-anatoom: carcinoom. Patiënte had koorts, meestal hoog; haar eetlust was slecht; zij vermagerde. Zowel bij fysisch onderzoek als röntgenologisch waren er uitgebreide afwijkingen in de longen te vinden. Geen medicament, toegediend om de temperatuur te doen dalen of de eetlust op te wekken, had enig effect. Op zekere dag verzocht zij naar huis te mogen gaan. Het spreekt vanzelf dat dit verzoek werd ingewilligd. Twee dagen later verzocht de hoofdverpleegster mij de ziektegeschiedenis af te tekenen. De zaalassistent had de diagnose reeds ingevuld: longmetastases bij schildkliercarcinoom. Ik heb toen iets onverklaarbaars gedaan: alvorens mijn handtekening erbij te schrijven, plaatste ik achter de diagnose een groot vraagteken. Enige motivering voor deze klinische twijfel had ik niet. Gelukkig ging de status rechtstreeks naar het archief, zonder opdracht mijnerzijds. Ik ontsnapte dus aan vragen van de zeer goede assistent die het vraagteken als kritiek op zijn diagnose zou hebben kunnen opvatten; ik zou niet in staat geweest zijn dit vraagteken te argumenteren.

Drie jaar later ontving ik een verzoek om inlichtingen omtrent mevrouw X, die in 1946 onder mijn behandeling zou zijn geweest. De naam zei mij niets. Ik verzocht de hoofdzuster de ziektegeschiedenis uit het archief te halen maar behoeft ze niet te lezen: het grote vraagteken bracht mij onmiddellijk alle details voor de geest. Het verzoek om inlichtingen was afkomstig van de *obstetrische* afdeling van een ander Rotterdams ziekenhuis, waar de eens zo zieke, jonge vrouw bevallen was van een zoon. Nu was mij ook de juiste diagnose duidelijk: ziekte van Besnier-Boeck. De patholoog-anatoom treft geen blaam: in 1932 noemde SNAPPER in zijn

boek *Pseudotuberculosis in man* als manifestatieplaats van deze ziekte wel de hypofyse, doch niet de schildklier. Indien de patiënte mij niet gevraagd zou hebben naar huis te mogen gaan, maar haar lijden te bekorten, zou ik haar indertijd, toen ik de twijfel aan de juistheid der diagnose nog niet had, tegen mijn overtuiging in, hebben kunnen zeggen dat daarvoor niet de minste reden bestond. Andere antwoorden, meer met de waarheid overeenstemmend, zouden mij, nog niet in het stadium van klinische twijfel gekomen, minder hebben bevredigd. Wie onder dergelijke omstandigheden toegeeft, loopt gevaar (afgezien van proces en vonnis) levenslang wroeging te hebben.

Literatuur: MEYLER, L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 553.

Rotterdam, 20 april 1973

M. ELZAS

Het geval dat collega ELZAS beschrijft, is een goed voorbeeld van de mogelijke foutieve diagnose waarop ik zinspeelde bij mijn waarschuwend aanbeveling euthanasie uitsluitend te overwegen als de laatste fase van het stervensproces is ingetreden en nooit om een patiënt toekomstig lijden te besparen. Zelfs minutieus microscopisch onderzoek vrijwaart niet steeds tegen een verkeerde diagnose en dus een verkeerde prognose.

Ik wil het verhaal van een der patiënten kort vermelden aan wie ik dacht toen ik deze zin neerschreef:

Een oude man is erg benauwd. Ik vind een demping aan één zijde van de thorax en op de foto een sluiering. Bij proefpunctie wordt bloederig vocht verkregen. De microscopie luidt: carcinoom. De man krijgt een demping aan de andere kant. Bij proefpunctie wederom bloederig exsudaat. Ook hierin worden carcinoomcellen gevonden. De man gaat naar huis... en geneest volledig. Jaren lang worden mij zijn groeten, met de mededeling van zijn goede gezondheid, overgebracht. Het is duidelijk dat de man aan bilaterale longembolie heeft geleden. Ik heb later de twee patholoog-anatomen, zeer ervaren in carcinoomdiagnostiek verzocht de preparaten opnieuw te beoordelen. Ik kreeg ten antwoord dat zij hun diagnose op grond van deze preparaten niet konden wijzigen. En toch hebben zij zich vergist.

Groningen, mei 1973

L. MEYLER

Ned. T. Geneesk. 117, nr. 24, 1973

935