

Euthanasie als medisch probleem

In het betoog van Prof. Dr. G. DEN OTTER (1975) wordt gesteld dat de mens het recht om te sterven voor zich opeist. Dit „recht” valt zeker niet onder de medische problemen. Dit recht is beslist niet van positief juridische aard, want in geen enkele wetgeving zal het zijn vastgelegd. Is het dan recht in zuiver ethische zin en behoort het in het geheel der zedelijke orde thuis? Is het dan een onderdeel der gerechtigheid? Ik ben overtuigd dat bij de wijsgeren die de natuurlijke zedenwetten hebben behandeld, van een dergelijk recht niets te vinden is. Ik wil hier slechts SUAREZ aanhalen: „At vita non cadit sub humanum dominium, unde nullus potest illa privari, nisi propter culpam propriam.” Het recht om te sterven is dus een fictie en wordt kennelijk naar voren geschoven om euthanasie te kunnen motiveren.

Meer dan vijftig jaren oefen ik als huisarts de medische praktijk uit. Geen enkele patiënt van mij heeft zich ooit beroepen op het recht om te sterven. Zij waren bijna allen gehecht aan het leven en slechts weinigen kunnen de dood aanvaarden. Dat is volkomen begrijpelijk, want het is een fundamentele eigenschap van het leven om te leven en te blijven leven. Het is de dagelijkse ervaring van de arts.

Omdat in het betoog van Prof. DEN OTTER het zogenaamde recht om te sterven een zo belangrijke plaats inneemt, meen ik daartegenover mijn inzicht en zeker ook dat van vele anderen te mogen stellen.

Literatuur: OTTER, G. DEN (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 107.

Nijmegen, januari 1975

R. BAHLMANN

Inderdaad is het recht om te sterven niet vastgelegd in enige wetgeving. De klassieke filosofie en ethica spreken er niet over in de zin waarin ik de uitdrukking eenmaal in mijn artikel bezigde, daargelaten of het in mijn betoog een zo belangrijke plaats inneemt. Enige moeite heb ik met de fundamentele eigenschap die collega BAHLMANN aan het leven toeschrijft. Ik dacht dat de dagelijkse ervaring van de arts en van ieder ander is, dat het leven niet-blijvend is, maar dat het eindigt in het sterven.

Nu zijn er in de geneeskunde van de laatste twintig jaar nogal wat ontwikkelingen geweest — men denke aan anti-conceptie, orgaantransplantatie, intensieve behandeling, reanimatie, om er slechts enkelen te noemen — waardoor het leven en sterven in aanzienlijke mate sub humanum dominium zijn geraakt. Dank zij de nu ter beschikking staande kennis en technologie kunnen artsen het leven vaak op indrukwekkende wijze als van voor de dood weghalen en het verlengen in een mate en met een kwaliteit die tot voor kort ondenkbaar waren. Die zelfde verworvenheden op onjuiste indicaties en zonder zicht op contra-indicaties, gehanteerd door artsen die wat al te eenzijdig gebrand zijn op „leven om te leven en te blijven leven”, maken het ook mogelijk dat heel wat leven blijft leven omdat het blijft sterven. Merkwaardigerwijze hebben de leken, hetzij als patiënt, hetzij als naaststaande, daar eerder oog voor gehad dan de medische professie. In een zelfde situatie wordt hun aandacht vaak

vooral getrokken door het geprotraheerde sterven, terwijl die van de medicus allereerst uitgaat naar de verkregen verlenging van het leven. De mens van vandaag eist als het ware het recht om te sterven voor zich op, omdat hij vreest dat de moderne geneeskunde hem daarvan zou kunnen beroven in haar drift om het „leven” te verlengen. In die zin en tegen die achtergrond heb ik de uitdrukking gebruikt.

Wanneer een begrip niet voorkomt in gangbare jurisprudentie of ethiek betekent dat nog niet dat het „dus een fictie” is. Het recht om te sterven wordt ook niet naar voren geschoven om euthanasie zedelijk te kunnen motiveren, in tegendeel, de vraag naar euthanasie wordt naar voren geschoven omdat velen zich terecht of ten onrechte bedreigd achten door inderdaad nog veel te vaak voorkomende medische agressiviteit die de indruk wekt zich te laten leiden door de opvatting „zolang machines, infuus en zuigdrainage lopen is er hoop en zolang er hoop is, is er leven”.

Ik wil wel geloven, hoewel het mij enige moeite kost, dat men meer dan 50 jaar huisartsenpraktijk kan uitoefenen zonder ooit te stuiten op de idee van het recht om te sterven. Maar dat wil niet zeggen dat degenen die op welke wijze dan ook te maken hebben met het werk in oncologische centra, in afdelingen voor intensieve behandeling, in verzorgings- en bejaardentehuizen, zich bezighouden met een fictie wanneer zij denken of spreken over het eenvoudige menselijke recht op een vreedzaam ongestoord sterven. Ik meen dat zij zich dan verdiepen in een belangrijk typisch medisch probleem.

Waarschijnlijk zal mijn reactie collega BAHLMANN niet erg bevredigen. Aan het geven van bevredigende antwoorden zijn wij in wezen ook nog helemaal niet toe. Destemmer klemt de noodzaak om euthanasie en het recht om te sterven te bestuderen als medische vraagstelling, gebruikmakend van methoden en criteria uit de geneeskunde zelf. Daartoe poogde ik in mijn artikel een bijdrage te leveren.

Amsterdam, februari 1975

G. DEN OTTER

De betekenis van colposcopisch onderzoek van de portio uteri bij patiënten met een verdachte of positieve portio-uitstrijk

Een pleidooi voor colposcopie bij de vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom is in Nederland nog steeds gewenst. Het pleidooi van VERSCHOOF (1975) legt echter een grote nadruk op de mogelijkheid om met de colposcoop exconisaties te vermijden. In sommige gevallen zoals bij bestaande graviditeit kan dit inderdaad een groot voordeel zijn, doch meestal is de exconisatie niet alleen een diagnostische, maar ook een therapeutische ingreep. Het gehele ontstekingsgebied met z'n op zijn minst dysplastische velden wordt verwijderd, zodat de dreiging vanuit deze portio sterk wordt verminderd.

VERSCHOOF meldt dat in zijn groep van 107 patiënten bij 62 geen exconisatie behoefde te worden gedaan, doch 10 onttrokken zich aan de controle. Er wordt niet vermeld hoe lang de controle duurde en hoe spoedig deze patiënten reeds uit de controle waren verdwenen, doch bij toename van de controletijd zal dit aantal zeker groter worden. Ook na een exconisatie verdwijnen patiënten uit de follow-up, doch

hierover zal men zich minder zorgen maken dan wanneer slechts volstaan werd met een gerichte biopsie. Het vermijden van een exconisatie zal dan ook niet altijd „grote medische, sociale en economische voordelen bieden”. Uit het materiaal van VERSCHOOF komt overigens wel duidelijk naar voren dat colposcopisch onderzoek bij patiënten met een positieve portio-uitstrijk vooral ook zin heeft, doordat men met een gerichte biopsie de kans kan verkleinen dat men een exconisatie verricht bij een reeds infiltrerend cervixcarcinoom.

Literatuur: VERSCHOOF, K. J. H. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 140.

Rotterdam, februari 1975

F. B. LAMMES

Het doel van het artikel was erop te wijzen, dat door colposcopisch onderzoek overbodige exconisaties kunnen worden vermeden. Dit geldt niet alleen voor de reeds infiltrerende carcinomen, maar tevens voor de onschuldige portio-afwijkingen, die op conservatieve wijze poliklinisch kunnen worden genezen zonder dat daardoor de kans ontstaat op bijvoorbeeld ongewilde steriliteit.

Uit de reactie van LAMMES begrijp ik dat hij bij iedere verdachte of positieve uitstrijk een exconisatie wil verrichten, tenzij er bij proefexcisie een infiltrerend carcinoom is gevonden. Alleen het voorkomen van fout-positieve cytologische bevindingen maakt deze handelwijze te agressief. Bovendien zullen de pathologen zuchten onder het grote aantal coupes dat zij te verwerken krijgen.

De patiënten die zich aan de controle onttrokken, hadden allen een verdachte uitstrijk. De uitstrijk wordt in de regel herhaald; blijkt deze dan onschuldig te zijn en is er colposcopisch niets verdachts te vinden, dan wordt afgewacht. Na een jaar wordt de patiënte wederom onderzocht.

Vijf van de tien wegblijfsters hadden een trichomonas-infectie. Slechts één patiënte had bij colposcopie verdachte afwijkingen; zij onttrok zich aan de behandeling nadat ik een abortusverzoek had afgewezen.

De patiënten blijken de laatste tijd veel meer bereid te zijn zich voor controle te melden, zodat het aantal wegblijfsters de laatste tijd te verwaarlozen is.

Enschede, februari 1975

K. J. H. VERSCHOOF

Zuigeling in buikligging

Naar aanleiding van de foto van een zuigeling in buikligging bij het ingezonden stuk in dit tijdschrift (1975) zou ik enkele bezwaren willen noemen die naar mijn ervaring verbonden zijn aan die ligging.

Op de foto is goed te zien dat door de tegendruk van de onderlaag de benen extreem in abductie worden gebracht en de voeten in uiterste exorotatie liggen. Het eerste is ongunstig voor de ontwikkeling van het heupgewricht (KINGMA 1974) en het tweede is nadelig voor de latere stand van de voeten. Immers, wanneer het kind gaat lopen, zal het ook dan de voeten in die exorotatiestand plaatsen, waardoor er een overmatige belasting ontstaat van de toch al zwakke mediale zijde van de voet. Deze wijze van lopen verbetert pas na 6 à 12 maanden. Een ander nadeel is de onmogelijkheid om in deze houding de buikspieren te oefenen, waardoor de buikwand slap blijft. Die oefening heeft wel plaats indien het kind op de rug ligt: door het trappelen en fietsen met de beentjes, het optillen van het hoofd, het grijpen naar de voeten. Bovendien heeft het kind bij buikligging niet de kans om goed met beide handjes te spelen. Het heeft de handen nodig om zich omhoog te drukken.

Als voornaamste nadeel noem ik de aanzienlijke vervorming van het gezicht. Het kind in buikligging ligt in de regel met één van beide ogen min of meer op de matras gedrukt, waarbij de neus en de mond vrij liggen. Hierdoor ontstaat een duidelijke afvlakking van het laterale deel van de oogkas. De welving hiervan gaat verloren en neusrug en voorhoofd gaan prominieren, waarbij men de indruk krijgt dat het kind scheel kijkt. Het eigen uiterlijk gaat verloren, het wordt een cliché-gezichtje. Het verschijnsel is het meest opvallend als het kind in buikligging de benen onder zich optrekt, waardoor de druk op het gezichtje groter wordt. Bij zuigelingen van enkele weken oud is dit al te zien. Aan de moeders raad ik dan ook de continue buikligging in de eerste drie of vier levensmaanden nadrukkelijk af.

Literatuur: KINGMA, M. J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 293. — LIGTHART, F., J. STUTTERHEIM en J. ROELEVINK (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 72.

Nijmegen, januari 1975 P. P. M. VAN WEL-VAN GRINSVEN

BERICHTEN

Buitenland

BELGIË

Poliomyelitis. Gedurende het jaar 1973 is in België slechts één geval van poliomyelitis gerapporteerd. Het betrof de 9 jaar oude zoon van een buitenlandse werknemer die kort tevoren van een in zijn vaderland doorgebrachte vakantie was teruggekeerd. De jongen had nooit een vaccinatie ondergaan. Uit zijn faeces werd poliovirus type I geïsoleerd.

In de voorafgaande jaren zijn in België drie gevallen gerapporteerd (een in 1972 en twee in 1969). In 1958 is men er met massa-vaccinatie begonnen, met het Salkvaccin. Dit had een aanzienlijke daling van de jaarlijkse incidentie ten gevolge. Sinds 1963 wordt het Sabinvaccin toegepast en de

ziekte is nagenoeg verdwenen. Sinds 1967 is in België de poliomyelitisvaccinatie verplicht (!) voor alle kinderen van 3 tot 18 maanden. (*Wkly Epidem. Rec.*, 7 febr. bl. 55.)

DENEMARKEN

Voedselinfectie door stafylokokken. In twee opeenvolgende nummers van het *Weekly Epidemiological Record* (7 en 14 febr. bl. 70 resp. 75) wordt melding gemaakt van een via voedsel teweeggebrachte darminfectie met stafylokokken, waarover in de algemene pers reeds enige berichten zijn verschenen. Een Japans vliegtuig met 344 passagiers en 20 bemanningsleden arriveerde op 3 februari uit Tokio in Kopenhagen. Een uur na de aankomst werden tien passagiers ziek, en 138 patiënten werden in een ziekenhuis opgenomen. Van