

komende oorzaken werd schriftelijk om hulp in dezen gevraagd. Omstreeks 10% schreef een vriendelijk antwoord om voor de eer te bedanken. Ongeveer twee procent wil wel eens een co-assistent aannemen, het merendeel wil eerst de co-assistent zien en spreken alvorens hem evt. aan te nemen. Slechts met één hebben wij een vaste afspraak.

Het voorstel van de inzender om de opleiding in de oorkunde in de huispraktijk te doen plaatsvinden past niet erg bij de slechte indruk die hij heeft over de opleidingsresultaten in dit vak. Misschien zou een onderzoek van de heer ROELINK in deze materie klaarheid kunnen brengen over de bereidwilligheid van huisartsen hun opvolgers in de geheimen van oorziekten, doofheid, hoortoestellen, preventie in te wijden.

Het is overigens jammer dat de secretaris van de KNMG zo weinig begrip heeft voor de grote problemen waarvoor de opleiders staan: toeneming van het aantal studenten waartegenover geen toeneming van het aantal medewerkers staat, ja zelfs de laatste tijd soms absolute teruggang, vermindering van de financiële mogelijkheden en inkrimping van hun beddental tegenover een buitenmatige toeneming van het beddental van niet-academische ziekenhuizen. Waarom heeft de KNMG nooit eens een discussienota over al deze zaken uitgegeven?

De uitspraak van oud-minister DIEPENHORST die collega ROELINK met instemming aanhaalt, vraagt evenzeer om vermelding van het hieraan ten grondslag liggende onderzoek. Dat in de klinische vakken er te weinig „de erkenning was dat iemand met gemeenschapsgeld zuinig diende om te gaan” heb ik in de 25 jaar dat ik in het WG gewerkt heb nooit gemerkt. Van enige verspilling heb ik nooit kennis genomen, wel van zuinige bedeling gegeven al de taken van klinische academische afdelingen. Ik beschouw de uitgesproken woorden voor wat betreft de klinische afdelingen dan ook zolang als *niet* van toepassing.

Een tenslotte de roep van de schrijver om blijvende bereidheid tot veranderen. Alle verandering is geen verbetering en bovendien te veel veranderen zonder consolidatie werkt neurotiserend en verlamdend (Pavlov). De hoop dat de wal het schip zal keren, is alleen geldig als er straks nog een wal is.

Ik heb inderdaad kennis genomen van het 1e-jaarscurriculum in Maastricht. Zou het niet van wijsheid getuigen, eerst eens te kijken of het goed werkt? Is het zo gewenst de pogingen tot samenwerking tussen academische en niet-academische ziekenhuizen, die hier en daar van de grond schijnt te (zijn ge)komen, nu al weer op de helling te halen?

Ik geloof niet dat ik collega ROELINK het snoeien van mijn bomen zou toevertrouwen. Het lijkt me niet prettig zijn gebroken botten te moeten repareren als hij al dan niet nog net op tijd naar beneden springt en dan wellicht nog de tak op zijn hoofd krijgt.

Amsterdam, april 1975

L. B. W. JONGKEES

### *Euthanasie als medisch probleem*

„De mens eist het recht te sterven voor zich op, maar bovenal verlangt hij menswaardig en zelfbewust te kunnen sterven; hij eist een goede dood, te rechter tijd”, zo schrijft Prof. Dr. G. DEN OTTER (1975), die wil bijdragen tot een zinvolle discussie over indicaties en contra-indicaties van euthanasie.

Het vervelende van dit soort uitspraken is, dat ze een

waarde-oordeel inhouden over het leven van de patiënt, verborgen achter een waarde-oordeel over zijn dood en gekleed in de vorm van een recht dat de patiënt zou opeisen. Immers, wie spreekt van een menswaardige dood doet een uitspraak over de waarde van het leven dat de zieke nog te wachten heeft. Niet een uitspraak over de levenskansen en de te verwachten levensduur maar over kwaliteiten van het leven, die een strikt persoonlijke aangelegenheid zijn van de zieke zelf. En het is ook niet het recht van de patiënt om zijn leven te beëindigen dat aan de orde is, maar het recht van de arts om dit te doen en op grond van zo'n waarde-oordeel!

Het lijkt me goed, als bijdrage in een zinnige discussie, dat dit duidelijk zo gesteld wordt.

Ik constateer verder, dat dit recht dat de arts voor zich opeist, flagrant in strijd is met het hoogste beginsel van de traditionele medische ethiek. Een zinvolle discussie over indicaties en contra-indicaties van euthanasie moet beginnen met de vraag of artsen zich dit recht op beëindigen van het leven wel mogen toeëigenen, en, zo ja, op welke gronden. Hierbij moet ook de vraag aan de orde komen, wat de consequenties zouden zijn van een weigering om dit recht te erkennen. Dat heb ik in het stuk van Prof. DEN OTTER gemist.

*Literatuur:* OTTER, G. DEN (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 108.

Amsterdam, maart 1975

I. VAN DER SLUIS

In de gewraakte zin wordt beschreven wat de mens — en dat kan in de gegeven context niet anders betekenen dan de niet-medicus, zo men wil de (a.s.) patiënt — eist van de hedendaagse geneeskunde en haar beoefenaren.

Collega VAN DER SLUIS wil nu wel duidelijk gesteld zien dat hier „verborgen achter een waarde-oordeel” en „gekleed in de vorm van”, dus kennelijk op een misleidende wijze, „niet het recht van de patiënt... aan de orde is”, maar „het recht van de arts” wordt opgeëist om euthanasie te bedrijven naar willekeur. Daar zit ik wel even van te kijken, want over het recht van de arts wordt in de aangehaalde zin, noch elders in het artikel ook maar één woord gezegd of gesuggereerd. Het lijkt mij toe dat mijn opponent en ik slachtoffer van een soort taalbarrière zijn, die men binnen het Nederlands wellicht niet zo zou verwachten.

Blijkens zijn laatste opmerking heeft Dr. VAN DER SLUIS iets gemist in mijn stuk. Ik vrees dat hij ongeveer alles gemist heeft, behalve dat wat er niet in stond.

G. DEN OTTER

### *Alanine-amino-peptidase en pancreascarcinoom*

Iets vertraagd door de onregelmatige verbinding Nederland-Tanzania haast ik mij een antwoord te formuleren op de bemerkingen van SZAKALY e.a. (1974) in dit tijdschrift, gericht tegen onze voorlopige conclusies over de waarde van gefractioneerde AAP in de screening voor pancreasaandoeningen. Deze „Brief aan de Redactie” (OOMEN e.a. 1971) was inderdaad bedoeld als een „aangever” om kritischer onderzoek naar de betekenis van deze laboratoriummethode te stimuleren. De systematische klinisch-chemische benadering van SZAKALY e.m. is een logische tegenwerping tegen de hypothese van pancreas-specificiteit, des-

tijds door BEIER (1969) als uitgangspunt voor de bepaling gekozen. Ik ben in mijn verwachtingen eveneens zeer teleurgesteld. Sinds genoemde publikatie ben ik in het Gemeente Ziekenhuis te Arnhem een serie patiënten blijven volgen bij wie de bepaling was verricht ten behoeve van de differentiële diagnostiek van pancreas-aandoeningen. In deze groep van meer dan 200 patiënten bleek de aanwezigheid of afwezigheid van een tweede fractie („pancreas-isoënzym”) van de AAP niet in overeenstemming te zijn met de gegevens van follow-up- en histologie-onderzoek. Deze desillusie moet gezien worden als fase in de groeiende rij van pogingen tot pancreas-serumijzerdiagnostiek (lipase, lecithinase, amylase, leucine-amino-peptidase). Gelet op het

grote klinische belang van vervroeging van de klinische pancreas-diagnostiek en de fundamenteel-gezonde benadering van een enzymdiagnostiek, blijf ik hopen dat onderzoekers zoals SZAKALY e.m. zullen voortgaan een toegang tot dit probleem te openen.

*Literatuur:* BEIER, L. e.a. (1969) *Clin. chim. Acta* 24, 405. — OOMEN, H. A. P. C., H. VERLEUR en A. LÜTJENS (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1905. — SZAKALY, M., L. G. RIJKS en A. D. KLOOSTERMAN (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1658.

Mwanza (Tanzania), maart 1975

H. A. P. C. OOMEN

## BERICHTEN

### Buitenland

#### CANADA

*Het is niet altijd botulisme.* Een aandoening die zich als botulisme voordoet, blijkt soms op iets heel anders te berusten, aldus citeert de Amerikaanse Public Health Service een rapport uit Canada. Een man in Brits Columbia, 58 jaar oud, ondervond moeilijkheden bij het slikken en spreken, en schreef dat toe aan het voedsel dat hij een uur tevoren had genuttigd. 's Nachts werden zijn armen en benen krachteloos en zijn voeten gevoelloos. Na twee dagen werd in een ziekenhuis de voorlopige diagnose botulisme gesteld, en de patiënt werd naar de „intensive care unit” van een ander medisch centrum overgebracht. Daar kwam bij onderzoek de ware oorzaak aan het licht: er bevond zich een hout-teeke in de thorax van de patiënt. Na verwijdering van de indringer verdween de „teken-paralyse” en de patiënt werd ontslagen, „completely recovered from his neurological symptoms and signs”. (*J. Amer. med. Ass.*, 3 maart bl. 904.)

#### VERENIGDE STATEN

*Kwikbesmetting behandelkamer van een tandarts.* Herhaaldelijk hebben hygiënisten gewezen op het gevaar van kwikbesmetting waaraan tandheelkundig personeel blootgesteld staat. In het *New England Journal of Medicine* (13 febr. bl. 369) wordt een gebeurtenis beschreven die men als een experiment zou kunnen beschouwen. Inbrekers die zich toegang hadden verschaft tot een tandartsenpraktijkkamer, hadden uit vandalisme 9 kg kwik over de wanden en vloeren van de behandelkamer, het laboratorium, de badkamer en de wachtkamer uitgegoten. Bij onderzoek bleek dat de lucht in de vertrekken veel kwikdamp bevatte en dat ook in de urine van het personeel kwik aanwezig was. De lokalen werden vele malen gereinigd, de tapijten werden herhaaldelijk met de stofzuiger bewerkt. Zoals te verwachten was, werden de vertrekken met harde wanden en vloeren (tegels) vrij spoedig van kwikresten ontdaan, maar overal waar zich behang en tapijten bevonden, bleef er kwik in de lucht lekken. Vooral na het stofzuigen was er een verhoging van het kwikgehalte zowel in de lucht van de vertrekken als in de urine van het personeel aantoonbaar. Zelfs het lopen op een tapijt had verspreiding van kwikdamp ten gevolge. Op de 30e dag na de kwikbesmetting was het kwikgehalte van de lucht overal in de inrichting 0,08-0,09 mg/m<sup>3</sup>, maar na geschuifel van voeten over de tapijten steeg het gehalte tot

0,4 mg/m<sup>3</sup>. In het rapport dat over dit geval door de hygiënische dienst werd uitgebracht, geeft men het advies, tapijten en wandkleden die met kwik in contact zijn geweest, te verwijderen, en vooral niet met de stofzuiger te bewerken.

*Schadelijke werking van fluorocarbonen.* Enkele jaren geleden heeft men verband gelegd tussen het gebruik van fluorocarbonen als drijfgas („propellant”) in aërosolen, en een verhoogde sterfte o.a. bij astmatische kinderen en jonge volwassenen in Engeland en Wales. Sinds 1967 zijn ook in de Verenigde Staten sterfgevallen waargenomen als gevolg van „aerosol sniffing”, het insnuiven van aërosolen die door fluorocarbonen worden aangedreven. Zulke aërosolen zijn er in allerlei variaties: „frying-pan lubricants, hair sprays, deodorant sprays”, enz.

In het *New England Journal of Medicine* (20 maart bl. 624) beschrijven FRANK E. SPEIZER en medewerkers een ervaring die de schadelijke werking van fluorocarbonen bevestigt. In een ziekenhuis te Boston klaagden sommige „pathology residents” sinds enige tijd over hartkloppingen, die hen noodzaakten, medisch advies te vragen. Bij onderzoek bleek dat van de eerstejaarsresidents niemand last van hartkloppingen had, maar dat alle tweede- en derdejaars er wél over klaagden. Bij vier hunner werden electrocardiogrammen gemaakt. Op drie daarvan waren premature contracties te zien, bij één zowel van de boezems als van de kamers; bij een tweede waren er episoden van snelle atriumfibrillatie, gevolgd door premature boezemcontracties. De derde had een episode van atriumfibrillatie en daarna af en toe premature kamercontracties.

Na uitgebreid onderzoek kon een verband worden vastgesteld met het gebruik van fluorocarbonen. In het tweede en derde jaar — en niet in het eerste jaar — werkten de residents bij toerbeurten op de afdeling chirurgische pathologie, waar zij behulpzaam waren bij het prepareren van vriescoupes. Daarbij werd, om het proces te bespoedigen, naast de cryostaat ook een aërosol gebruikt die op het preparaat werd verneveld. De aërosol bestond uit 100 pct monochloor-difluormethaan (fluorocarbon 22).

*Lichamelijke activiteit en sterfte aan coronaria-aandoeningen.* PAFFENBARGER en HALE (*New Engl. J. Med.*, 13 maart bl. 545) hebben aangetoond dat een leefwijze met grote lichamelijke inspanning gecorreleerd is met lagere sterfte aan hart-aandoeningen. De auteurs hebben een prospectief onderzoek gedaan bij 6351 dokwerkers van 35-74 jaar, die zij bleven