

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Stichting Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek*

Het bestuur van de Stichting Fonds Doctor Catharina van Tussenbroek waarin is opgenomen het Steunfonds van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding maakt bekend, dat in 1979 wederom een beurs van maximaal f 2500,— beschikbaar zal worden gesteld.

Deze studiebeurs is bestemd voor een Nederlandse vrouw, die haar studie geheel of vrijwel geheel heeft voltooid en gespecialiseerd wetenschappelijk onderzoek wil verrichten in of buiten Nederland.

Sollicitaties in 12-voud met uitvoerige levensbeschrijving (personalia, studieverloop, enz.) en een duidelijk studieplan met opgave van de geraamde kosten van uitvoering en onder vermelding van referenties (met adressen) worden vóór 1 mei 1979 ingewacht bij de secretaris drs. A. D. DE STIGTER-HUISING, Mozartlaan 7, Naarden.

### *Stipendium van de Dr. Saal van Zwanenbergstichting*

De Dr. Saal van Zwanenbergstichting brengt ter kennis van belanghebbenden dat tot 1 maart 1979 gelegenheid

bestaat aanvragen voor subsidies in te dienen voor activiteiten die ten doel hebben de creatie van nieuwe geneesmiddelen op enigerlei wijze te bevorderen. Aanvragen kunnen betreffen het financieren van een conferentie of „workshop” in Nederland of een bijdrage in de kosten van een verblijf in een ander instituut en tevens een eenmalige bijdrage in de kosten van onderzoek op experimenteel of klinisch gebied dat gericht is op of van waarde is voor de farmacotherapie in de breedste zin. Bezoek aan congressen en symposia in het algemeen komt niet in aanmerking voor steun.

Voor het verkrijgen van een subsidie moet men een schriftelijk verzoek richten, door het hoofd van de afdeling waar gegadigde werkzaam is mede-ondertekend, aan de voorzitter van de jury, prof. dr. D. DE WIED, Rudolf Magnus Instituut voor Farmacologie, Vondellaan 6, Utrecht, onder vermelding:

- a. zijn (haar) persoonlijke gegevens, het programma van de conferentie of „workshop” en een begrotingsvoorstel;
- b. een omschrijving van het onderzoek, dat hij (zij) wil verrichten en de methodes die hij (zij) daarbij wil toepassen, alsmede de benodigde financiële middelen;
- c. in hoeverre het gestelde doel direct of indirect zal kunnen leiden tot resultaten op het gebied van de farmacotherapie.

## INGEZONDEN

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

### *Euthanasie*

Naar aanleiding van de klinische les door prof. MUNTENDAM (1978) wil ik gaarne enkele opmerkingen maken.

De moeilijkheid met dit mode-onderwerp (voor sommige journalisten misschien ook juist het voordeel) is mijns inziens, dat er nog steeds geen algemeen aanvaarde definitie voor euthanasie bestaat. Ook in de bedoelde klinische les komen reeds duidelijk twee verschillende definities naar voren. Prof. MUNTENDAM begint immers met euthanasie te definiëren als „datgene wat kan dienen om iemand een goede dood te doen sterven”. Vervolgens vermeldt hij een onderverdeling in actieve, passieve en indirecte actieve euthanasie, waarbij hij zegt „persoonlijk tussen de beweegredenen tot actieve of tot passieve euthanasie geen onderscheid” te maken. Even later echter citeert hij het zgn. levenstestament, dat uitgegeven wordt door de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Daarin wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen middelen of technieken, die bedoelen een (zinloos) leven te verlengen enerzijds en euthanasie anderzijds. Derhalve verstaat die Vereniging onder „euthanasie” datgene wat prof. MUNTENDAM verstaat onder „actieve euthanasie”.

Nu geloof ik, dat de definitie van de Vereniging (euthanasie = actief doden in een noodsituatie) overeenkomt met wat „het grote publiek” eronder verstaat. Het lijkt mij dan ook zeer de vraag of in het geval van het door prof. MUNTENDAM besproken al te zwaar misvormde patiëntje D de daar genoemde medische staf (die geen antibiotica meer gaf toen het patiëntje hoge koorts kreeg) akkoord zal gaan met prof. MUNTENDAMS uitroep: „dus toch passieve eutha-

nasie”. Indien die staf immers de tweede definitie hanteert zal hij verontwaardigd antwoorden, dat er van euthanasie in het geheel geen sprake was, maar dat alleen geen eventueel levenverlengende behandeling meer werd toegepast toen de prognose volledig infaust werd geacht. Die staf zal daar wellicht nog aan toevoegen: „dat is geen euthanasie maar dat is handelen volgens de eeuwenoude regels van de geneeskunst”. En daar zou ik het mee eens zijn.

Ik kies dus voor de tweede definitie van euthanasie en wel omdat het tot voor kort nimmer gangbaar was om het terugtreden van de dokter (althans in curatieve zin) bij infauste prognose als euthanasie aan te duiden, maar ook kies ik voor de tweede definitie omdat ik meen, dat de duidelijkheid gediend is met onderscheid te maken tussen geneeskunst en euthanasie.

Iemand „opgeven” is immers heel iets anders dan iemand doodspuiten. Het verschil komt o.a. daarin tot uitdrukking, dat het af en toe voorkomt, dat iemand zienderogen fysiek en psychisch vooruitgaat vanaf het moment dat hij of zij door „de doktoren” is opgegeven, terwijl daar bij euthanasie (in de zin van doden) uiteraard geen kans op is. Een arts, die een patiënt opgeeft en „de natuur zijn gang laat gaan” erkent de beperktheid van zijn kennen en kunnen. Hij heeft de prognose infaust gesteld, maar zal als eerste juichen als blijkt, dat hij zich vergiste. Een arts, die iemand opgeeft kan zelfs denken: „ik geef het op, maar als God het wil . . .”. Daarentegen zal de euthanasist (zo stel ik mij voor, ik weet het niet) eerder komen uit de hoek van degenen, die min of meer bij zichzelf denken: „er is geen God”.

Als men geen principieel onderscheid wil maken tussen

actieve en passieve euthanasie wanneer in beide gevallen de uitdrukkelijke bedoeling tot doden voorop staat, dan ga ik gaarne akkoord, maar laat men wel inzien, dat er een wereld van verschil is tussen geneeskunst (waarbij nooit de bedoeling om te doden aanwezig mag zijn, ook niet wanneer een analgeticum gegeven wordt in een kennelijk eindstadium) en euthanasie. Wanneer ik nu aan de hand van deze begripsbepaling nog even de klinische les van prof. MUNTENDAM naloop, dan blijkt het volgende.

Bij patiënte A (80-jarige vrouw in coma overleden nadat geen levenverlengende behandeling was ingesteld) is waarschijnlijk van euthanasie geen sprake geweest, maar alleen van handelen volgens de regels der geneeskunst. In dat verband is het merkwaardig, dat prof. MUNTENDAM kennelijk denkt, dat „de arts grootgebracht zwerend op de eed van Hippocrates” moeite zou hebben met terugtreden op het juiste moment. Het tegendeel is het geval, zoals jaren geleden reeds collega J. H. VAN DEN BERG uiteenzette in zijn boek *Het menselijk lichaam*. Wanneer ik spreek over regels der geneeskunst dan bedoel ik in dit verband nu juist de boventijdelijke normen zoals die in de 5e eeuw voor Christus door of in de geest van Hippocrates zijn opgesteld. In de oorspronkelijke eed van Hippocrates staat o.a.: „Ik zal aan niemand, ook niet op zijn verzoek, enig dodelijk geneesmiddel toedienen”. Daar hoeft dus verder geen discussie over te zijn. Maar ook staat er: „De geneeskundige behandeling zal ik aanwenden ten nutte der zieken naar mijn vermogen en oordeel” en voorts: „Waar ik een woning (of een ziekenkamer; d.w.) binnentreed zal ik dat doen in het belang der zieken”.

Wat nu onder „het belang van de zieken” verstaan moet worden, heeft HIPPOCRATES elders uitgewerkt, waar hij een definitie van de geneeskunst geeft en daar met name ook onder blijkt te verstaan „het nalaten van pogingen die zieken te genezen wier kwaal oppermachtig, waardoor ongeneeslijk is” (zie nog steeds VAN DEN BERG).

Bij patiënte B wordt niet duidelijk of hier, na transport naar een ander ziekenhuis, euthanasie is toegepast.

Bij patiënte C (89-jarige vrouw die dood wil voor zij op sterven ligt) is duidelijk geen euthanasie toegepast en bij patiënt D evenmin. (Overigens vind ik het wel wat vreemd, dat in het ziekenhuis waar geval D zich afspeelt, kennelijk per stafbesluit geneeskunst wordt uitgeoefend; zelfs de ontslagbrief gaat daar, naar ik begrijp, uit van „de medische staf”. Een dergelijke situatie lijkt mij verre van ideaal.)

Al met al meen ik, dat prof. MUNTENDAM zijn eerste neiging had kunnen volgen door zijn klinische les niet „euthanasie” te noemen maar inderdaad „ondraaglijk menselijk leed” of beter nog „zeer moeilijk te dragen menselijk leed”.

*Literatuur:* BERG, J. H. VAN DEN (1962) *Het menselijk lichaam*. Callenbach Nijkerk. — MUNTENDAM, P. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1641.

Utrecht, november 1978

J. A. VAN DER DOES DE WILLEBOIS

Het is het goed recht van collega VAN DER DOES DE WILLEBOIS de gangbare definities over euthanasie te bestrijden. Het is hem zeker bekend, dat ook binnen de kring van hen die de toepassing van euthanasie niet uit de weg gaan, verschil van mening bestaat over de definities, met name over de invoering van het begrip indirecte actieve euthanasie. Ik kan hieraan nog toevoegen, dat ik mij in de toelichting op de brief uit het Congres „Recht op euthanasie” (27 ok-

tober 1978) aan de Verenigde Naties om in het kader van de Algemene Verklaring van de Rechten van de Mens ook aandacht te schenken aan de rechten van de stervende, bediend heb van een definitie uit de *Encyclopaedia medica neerlandica* luidende „de maatregelen om het lijden van de stervende te verlichten en eventueel de dood te bespoedigen”.

Ik vrees dat het weinig nut heeft met mijn opponent de degens te kruisen over de toepassing van euthanasie bij de door mij in de Klinische Les beschreven vier ziektegevallen. In geval A heeft in het tweede ziekenhuis actieve euthanasie plaatsgehad, evenals in geval B. In geval C heeft geen euthanasie plaatsgehad om door mij toegelichte redenen, maar werd erom gevraagd. En in geval D had in mijn begripsbepaling passieve euthanasie plaats, door een chemotherapie achterwege te laten in verband met de medisch-ethische problematiek rondom dit ziektegeval.

Helaas heeft collega VAN DER DOES DE WILLEBOIS gemeend weer eens een tegenstelling te moeten scheppen tussen geneeskunst en euthanasie. Als mijnerzijds gesteld wordt, dat de toepassing van euthanasie uitsluitend een medische handeling in het levenseinde mag zijn, waarbij er in beginsel voor de besluitvorming door de arts in mijn visie geen verschil tussen passieve en actieve euthanasie bestaat, dan is het duidelijk dat ik mij erover verheug, dat in de wereld der geneeskundigen in toenemende mate het vraagstuk „euthanasie als geneeskundige handeling” aandacht vraagt en krijgt.

's-Gravenhage, november 1978

P. MUNTENDAM

### *De chirurgische behandeling van het adenocarcinoom van het duodenopancreasgebied*

Naar aanleiding van het artikel van HOITSMA en DEN OTTER (1970) zou ik graag de volgende opmerkingen willen maken:

Allereerst een compliment met het heldere overzicht van het artikel en met name het alert zijn van de arts op de vage symptomatologie en het uitvoeren van de diagnostische handelingen zoals deze in fig. 3 zijn vervat.

In de tweede plaats zou ik willen opmerken dat ik van mening verschil met de auteurs over het aanleggen van een T-drain via de ductus hepatocholedochus, nadat de galblaas is verwijderd, bij de icterische patiënt indien de operateur onvoldoende of geen ervaring heeft met pancreaschirurgie. Indien de patiënt na bovengenoemde ingreep verwezen wordt naar een chirurg die wel deze ervaring heeft zal voornoemde ingreep de eventuele uiteindelijke operatie kunnen beïnvloeden, in de zin van technische problemen met de choledochojejunostomie. Het lijkt mij daarom ook zinvoller de ductus hepatocholedochus ongegrept te laten en de decompressie van de galwegen door middel van een cholecystostomie met behulp van een Foleycatheter te laten plaatsvinden.

In de derde plaats heeft het uitvoeren van een totale pancreasresectie, behalve de in het artikel genoemde voordelen, ook nog het voordeel het vermijden van de beruchte anastomose tussen pancreas en jejunum. Een andere methode om deze complicatie te voorkomen is het ligeren van het pancreasdeel dat in situ blijft door middel van een metalen cerclagedraad. Men heeft dan tevens het voordeel geen patiënten te moeten behandelen met een moeilijk te reguleren diabetes.