

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.

Literatuur: HOITSMA, H. F. W. en G. DEN OTTER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1648.

Meppel, november 1978

J. J. DOEVEN

Het artikel van de collegae HOITSMA en DEN OTTER (1978) heeft mij als radioloog zeer aangesproken, met name het feit dat zij zo'n overzichtelijke „decision tree” publiceren in figuur 3. De radioloog zal zijn plaats gaarne daarin terugvinden en het is verheugend te constateren dat de moderne chirurg aldus pas na zo optimaal mogelijk geïnformeerd te zijn, overgaat tot een operatieve ingreep. De tijd zal nog moeten leren wat de plaats van de computertomografie in dit geheel zal worden.

De beschouwing aan het slot laat de vrijheid over, te wijzen op een radiodiagnostisch-therapeutische mogelijkheid, die in het buitenland steeds meer veld wint bij de behandeling van sommige vormen van obstructie-icterus: de percutane transhepatische galwegdrainage.

Summier beschreven is de methode als volgt: De gedilateerde galwegen worden percutaan transhepatisch gepuncteerd met behulp van een naald, waaromheen een dunne catheter zit met een doorsnee van 1 mm. Na terugtrekken van de mandrijn blijft de catheter achter en kunnen de galwegen met contrast worden gevuld voor eventuele verdere diagnostiek. Vervolgens wordt — naar analogie van de techniek volgens Seldinger — een J-vormige voerdraad ingevoerd, zo mogelijk tot aan de (sub)totale stop in de ductus choledochus. Daaroverheen wordt dan een catheter met zijgaatjes gevoerd. LUNDERQUIST (persoonlijke mededeling) adviseert zelfs om in gevallen van partiële stenose de catheter „door te drukken” tot in het duodenum, zodat de drainage inwendig kan plaatsvinden. Kan dit niet, dan vindt de drainage naar buiten plaats en kan de catheter worden aangesloten op een opvangsysteem.

Het voordeel is dat sommige patiënten van de categorie met verhoogd risico een operatie — vooralsnog — bespaard kan blijven. HOEVELS e.a. (1978) beschrijven gunstige resultaten bij 15 patiënten en NAKAYAMA e.a. (1978) zelfs in 104 gevallen, naar welke publikaties ter verdere oriëntatie zij verwezen. In ons ziekenhuis mochten wij dit (tijdelijk) van de klinische collegae doen bij 2 patiënten.

De meest voorkomende complicatie is het terugslippen van de catheter. Infectie wordt altijd gevreesd, maar wordt, evenmin als bij de T-drainage na cholecystectomie, niet beschreven.

Literatuur: HOEVELS, J., A. LUNDERQUIST en I. IHSE (1978) *Gastrointest. Radiol.* 3, 23. — HOITSMA, H. F. W. en G. DEN OTTER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1648. — NAKAYAMA, T., A. IKEDA en K. OKUDA (1978) *Gastroenterology* 74, 554.

Utrecht, november 1978

J. H. J. RUIJS

Collega DOEVEN heeft zeker gelijk wanneer hij stelt dat een T-drain in de ductus hepatocholedochus de definitieve ingreep kan bemoeilijken. Anderzijds zal men de choledoch-enterostomie toch altijd zo hoog mogelijk op de ductus choledochus aanbrengen. Daarbij blijven de effectiviteit en de veiligheid van een decompressie door middel van een cholecystostomie voor ons wat twijfelachtig.

De anastomose tussen pancreas en jejunum bij de klassieke operatie volgens Whipple heeft ons tot op heden geen moeilijkheden opgeleverd, maar deze is inderdaad in zekere zin berucht. Het gebruik van een metalen cerclage draad om het achterblijvende deel van het pancreas is ons uit eigen ervaring niet bekend. Het gevaar van dislocatie van de draad, maar bovenal het gevaar van een pancreatitis in het achterblijvende deel lijkt ons niet denkbeeldig.

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega RUIJS het volgende: Decompressie van de galwegen door middel van een percutane transhepatische drainage is ons o.a. uit de door de inzender genoemde literatuur bekend. Wij hebben er in onze groep nog geen eigen ervaring mee, maar het zou zeer wel kunnen zijn dat deze methode, juist gezien ook het geringe aantal complicaties dat er tot op heden van beschreven is, de meeste ideale voorbereiding is voor een eventuele latere operatie van deze patiënten.

Amsterdam, november 1978

H. F. W. HOITSMA
G. DEN OTTER

BERICHTEN

Buitenland

DUITSLAND (B.R.)

Oversterfte aan influenza in 1978. — Volgens berekeningen van het statistisch bureau van de Duitse Bondsrepubliek is er ten gevolge van de griepiepidemie in februari 1978 in die maand een oversterfte van 15.000 inwoners ontstaan waardoor het sterftcijfer 20% hoger was dan werd verwacht. Deze hogere sterfte wordt toegeschreven aan influenza door het virustype A/Texas/1977 (H₃N₂). De sterfte trof voornamelijk ouderen en chronisch zieken. Aan het nieuwe „Russische” influenzavirus (A/USSR/1977 (H₁N₁)) wordt geen rol van betekenis toegekend. Dit laatste virus veroorzaakte in Duitsland voornamelijk licht verloopende infecties bij jongeren onder 25 jaar. In de mededeling wordt nog eens gewezen op het belang van een tijdige vaccinatie van de risicogroepen (*Med. Klin.* (1978) 73, 6).

GROOT-BRITANNIË

Luchtwegaandoeningen bij kinderen door RS-virus. — In een rapport aan de Medical Research Council wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de betekenis van het respiratoir syncytiale virus (RS-virus) bij infecties van de luchtwegen bij kinderen tot 5 jaar. In 10 centra werden kinderen die wegens luchtweginfecties werden opgenomen, onderzocht op dit virus. De centra lagen over het gehele rijk verspreid in landelijke, stedelijke of industriële gebieden. Hun gezamenlijke verzorgingsgebied omvatte een bevolking van ongeveer 5 miljoen inwoners. Het RS-virusonderzoek had plaats in de winters 1973-'74 en 1974-'75 en geschiedde bij 4262 kinderen. Het bleek dat infectie met RS-virus de voornaamste oorzaak was van ziekenhuisopneming wegens luchtweginfecties: het virus werd in beide winters bij 41%, resp. 30% van de onderzochte kinderen aangetoond. Van alle 0-jarige kinderen was 78% met RS-virus besmet, het grootste deel van de infecties betrof de