

Collega BAHLMANN heeft twee bezwaren tegen mijn klinische les: 1. indien het motief van de „zelfstandige betekenis” der geslachtsgemeenschap niet dieper ontleed kan worden dan door mij gedaan, is het een dergelijk vaag en onduidelijk begrip, dat het niet kan dienen als een argument in een ethische beoordeling; 2. niet alleen het motief maar ook het middel tot geboortenregeling dient ethisch gezien te worden, want het doel heiligt niet de middelen. Op beide bezwaren zou ik het volgende willen antwoorden.

Ad 1. Naar mijn bescheiden mening heb ik de zelfstandige betekenis van de geslachtsgemeenschap in de liefdesgemeenschap tussen man en vrouw in mijn klinische les wel kort, maar allerminst vaag en onduidelijk beschreven (bovendien is in een noot er nog op gewezen, dat ik elders een en ander meer in den brede heb uitgewerkt). Wel ben ik het met collega BAHLMANN eens, dat sociologie en psychologie in dezen waardevol kunnen zijn. Daarom heb ik juist vrij uitvoerig de psycholoog WIJNGAARDEN (1950) geciteerd. Overigens wordt het door mij gestelde door vrijwel alle seksuologen onderschreven. Uit de zee van literatuur hieromtrent moge slechts gewezen worden op TRIMBOS (1964), die in zijn huwelijksboek o.a. betoogt, dat de seksuele gemeenschap niet uitsluitend gericht is op de voortplanting en evenmin enkel en alleen dient voor de bevrediging, het genot, maar evenzo een integrerend element uitmaakt van de relatie man-vrouw: „Seksualiteit vormt zo geen doel meer op zich zelf, zij is slechts het kit van een unieke verhouding tussen man en vrouw, die wél een doel op zich zelf is of volgens een poëtisch woord van LEIST: „De seksualiteit is de taal van de liefde”.

Ad 2. Inderdaad, het doel heiligt de middelen niet. Om deze reden moeten én de motieven én de middelen ethisch gezien worden. Welnu, mijn klinische les is één doorlopend bewijs van deze stelling. Waren immers mijn ideeën hieromtrent anders geweest, om welke reden zou ik dan de pil als middel tot geboortenregeling uitvoerig aan een beschouwing hebben onderworpen?

Collega BAHLMANN heeft echter niet alleen de gewraakte zin uit zijn verband gerukt, maar ook verminkt, door weg te laten de in dit verband zeer belangrijke bijzin: „vanuit deze gezichtshoek gezien”. Na immers vastgesteld te hebben dat het eerste tegen de pil ingebrachte bezwaar, t.w. de kunstmatige scheiding van coïtus en conceptie *niet houdbaar* is, betoog ik dat *zo gezien* alleen nog maar beslissend is het motief van voorkóming van zwangerschap. En daarna trek ik de conclusie, dat terzake van het eerstgenoemde bezwaar er geen verschil in ethisch opzicht is of men nu de geboortenregeling effectueert door middel van de periodieke onthouding of met gebruikmaking van voorbehoedmiddelen of door het innemen van de pil, bij al de genoemde methoden coïtus en conceptie kunstmatig worden gescheiden.

De slotzin van het ingezonden stuk van collega BAHLMANN zou tot meer dan één opmerking aanleiding kunnen geven. Laat ik er slechts dit van zeggen. De snelle vlucht van de geneeskunde en de overstelpende hoeveelheid literatuur maken het vrijwel onmogelijk een onderwerp „afdoende” te behandelen. Maar ook al zou dit wel mogelijk zijn, dan nog geldt dit niet voor een klinische les, waaraan wel bepaalde eisen worden gesteld, maar niet de eis dat het aangesneden onderwerp uitputtend behandeld moet worden. Zou deze eis gesteld worden, dan zou daarmee tevens iedere klinische les tot een complete monografie uitgroeien.

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1964) *Man en vrouw vóór en in het huwelijk*. Kampen. — TRIMBOS, C. J. B. J. (1964) *Man en vrouw, de relatie der seksen in een veranderde wereld*. Hilversum.

— WIJNGAARDEN, H. R. (1950) *Hoofdproblemen der volwassenheid*. Utrecht.

Amsterdam, 14 februari 1967

A. C. DROGENDIJK

DE UNIVERSITAIRE OPLEIDING IN VERLOSKUNDE EN GYNAECOLOGIE

Met belangstelling las ik de reactie van collega KLOOSTERMAN (1967) op de „Nota over de artsopleiding” van de Utrechtse Conventscommissie. Het antwoord van deze Commissie heeft m.i. veel misverstand opgelost. Ook mij heeft de betiteling van de verloskunde en gynaecologie als keuzevak (d.i. bijvak) onaangenaam getroffen. Aan het plan van de Commissie voor het onderwijs in de praktische verloskunde zijn, zoals ook collega KLOOSTERMAN schrijft, ongetwijfeld voordelen verbonden. De laatste jaren merk ik steeds meer, dat slechts een aantal semi-artsen belangstelling heeft voor de verloskunde. Het werk als praktkant in de „buitendienst” wordt door de anderen beschouwd als een noodzakelijk kwaad. Men moet immers 10 bevallingen gedaan hebben, voordat het artsexamen kan worden afgelegd. Het is begrijpelijk, dat studenten die oogarts, dermatoloog, bedrijfsarts, enz. worden, zich afvragen, waarom zij de praktische verloskunde moeten leren. In Utrecht wordt het aantal medische studenten steeds groter, en het aantal in de buitendienst beschikbare bevallingen steeds kleiner. Het zou daarom juist zijn, als deze bevallingen zouden kunnen worden gereserveerd voor de semi-artsen, die later de verloskunde wél willen bedrijven. Het plan van de Commissie maakt dit mogelijk.

Ik ben het met collega KLOOSTERMAN eens — en de Commissie is dat ook — dat de theoretische verloskunde voor elke arts van belang is en daarom ook aan iedere medische student dient te worden onderwezen. Wat collega KLOOSTERMAN bedoelt met een co-assistentenschap algemene verloskunde, is mij echter niet duidelijk.

Intussen zal het plan van de Commissie voorlopig geen kans van slagen hebben. De besprekingen over gelijkschakeling van de studie in de geneeskunde in de EEG-landen hebben aangetoond, dat dit plan niet kan worden aanvaard. In het nieuwe curriculum van de medische studie in Utrecht heeft de verloskunde dan ook haar oude plaats als hoofdvak behouden!

Literatuur: KLOOSTERMAN, G. J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 232.

Utrecht, 4 februari 1967

W. P. PLATE

In mijn reactie op de „Nota over de artsopleiding” van de Utrechtse Conventscommissie heb ik niet gesproken over theoretische en praktische verloskunde, maar over algemene en speciële verloskunde.

Onder algemene verloskunde (en een co-assistentenschap in dat onderdeel lijkt mij noodzakelijk voor een ieder die zich arts wil noemen) zou ik al die aspecten van de verloskunde willen verstaan, die als raakvlakken opgevat kunnen worden tussen de verloskunde en de andere specialismen. De veranderende fysiologie tijdens de graviditeit, waardoor alle mogelijke normen uit de interne geneeskunde en de chirurgie van maand tot maand verschuiven, de wederzijdse beïnvloeding van zwangerschap en talrijke interne, chirurgische, neurologische en psychiatrische aandoeningen, de mate waarin zwangerschap verschillende organen en orgaanfuncties beïnvloedt en belast, zijn studieobjecten, die ik tot de algemene verloskunde zou willen rekenen.

Een toekomstig internist moet weten dat, wanneer hij een zwangere met diabetes behandelt volgens richtlijnen die gelden voor de niet-zwangere, in vele gevallen het kind verloren gaat; de a.s. psychiater moet weten dat de ambivalente instelling van vele vrouwen ten aanzien van zwangerschap dikwijls oorzaak is van het feit dat vrouwen, die aanvankelijk op het afbreken van zwangerschap hebben aangedrongen, enkele maanden later vergeten kunnen zijn erom gevraagd te hebben; uit eigen aanschouwing moet zowel de a.s. neuroloog als ook de toekomstige cardioloog weten, dat over het algemeen een vlotte spontane bevalling minder eisen stelt aan vaatstelsel, hart en circulatie dan een sectio caesarea.

Een co-assistentie algemene verloskunde zou dus moeten omvatten: het werkzaam zijn op de polikliniek voor prenatale zorg, het bijwonen van een aantal normale en gecompliceerde baringen, het werkzaam zijn op kraamzalen en het bijwonen van een polikliniek voor revisie post partum, waarbij dan tevens kennismaking met problemen omtrent geboortenregeling opgedaan zou kunnen worden.

Onder praktische verloskunde zou ik willen verstaan: het dragen van verantwoordelijkheid tijdens een baring. Dat vele studenten hier geen enkele aanleg voor hebben, ervan terugschrikken en door alle mogelijke emotionele weerstanden deze taak slecht vervullen, ben ik geheel met collega PLATE eens.

Hoe eerder dan ook de wettelijke bepaling, dat een arts tijdens zijn opleiding ten minste 12 bevallingen geleid moet hebben, zal verdwijnen, des te beter.

Wanneer dan in de plaats daarvan een bepaling zou worden opgenomen dat alleen die artsen verloskundige bijstand mogen verlenen, die daarvoor een extra opleiding in de praktische verloskunde gehad hebben blijkt een aantekening op hun artsdiploma, zou dit én voor de organisatie van de medische studie én voor de verloskundige voorziening van ons volk een grote stap vooruit betekenen.

Dat in sommige universiteiten daardoor tevens de numerus fixus (een onverbidde logische consequentie van het feit dat de medische wetenschap voor een belangrijk deel een ervaringswetenschap is) verhoogd zou kunnen worden, zal, naar ik hoop, voor de geprangde wetgever een extra aansporing zijn om deze richting uit te gaan.

Amsterdam, 11 februari 1967

G. J. KLOOSTERMAN

EEN ONDERZOEK BIJ 125 KINDEREN MET HET SYNDROOM VAN LANGDON DOWN

De artikelen van collega SWAAK (1967) heb ik met belangstelling gelezen. De schrijver heeft met zorg de veelheid van gegevens die hem ter beschikking stonden over deze kinderen met mongoloïde idiotie bewerkt en geordend tot een geheel waarvan het zeker de moeite waard is kennis te nemen. Zijn bijdrage is daarom ook belangwekkend, omdat er in Nederland slechts weinig recente gegevens over patiënten met het syndroom van Down bekend zijn. Toch zou ik gaarne enkele kanttekeningen willen maken.

Collega SWAAK leidt uit de door hem aangehaalde gegevens af, dat bij patiënten met het syndroom van Down steeds het aantal jongens het aantal meisjes overtreft. Hij baseert dit op gegevens uit voornamelijk oudere literatuur en op grond van zijn eigen onderzoek. Wanneer men echter deze gegevens kritisch beschouwt, blijken deze, uitgaande van een normale verhouding jongens:meisjes als 106:100, statistisch niet significant af te wijken. Bovendien hebben de geciteerde auteurs hun gegevens voornamelijk verkregen uit

inrichtingen voor geesteszieken. Men mag aannemen dat vooral enkele decennia geleden — de aangehaalde literatuur stamt uit deze tijd — meer jongens dan meisjes in dergelijke inrichtingen werden verpleegd, omdat jongens sociaal moeilijker thuis te handhaven zijn. Vele auteurs konden dit verschil in geslachtsverhouding niet aantonen (ØSTER 1953; PENROSE 1954; COLLMANN en STOLLER 1962; GUSTAVSON 1964). Bij een onderzoek (KIRKELS 1966) betreffende 354 patiënten met mongoloïde idiotie, van wie de gegevens waren verkregen van inrichtingen van geestesgestoorden, vond ik geen verschil in geslacht (173 jongens en 181 meisjes).

Het is jammer dat de schrijver het zo belangrijke onderzoek van COLLMANN en STOLLER (1962) waarin de gegevens van 1134 mongoloïde kinderen zijn bewerkt, niet heeft vermeld. Dit is tot nu toe het enige volledige onderzoek, dat alle gegevens omvat van patiënten met mongoloïde idiotie die binnen een bepaalde bevolkingsgroep en binnen een bepaalde tijdsperiode zijn geboren. Bij de beoordeling van de geslachtsverhouding bij kinderen met mongoloïde idiotie dient ook nog in aanmerking te worden genomen het door enkele auteurs gesignaleerde verschijnsel, dat de sterfte bij meisjes met deze aandoening groter zou zijn dan bij jongens. De mening van de schrijver lijkt ons derhalve ten deze niet zonder meer onderschreven te kunnen worden.

De stelling dat de frequentie van voorkomen van het syndroom van Down stijgt met het toenemen van de leeftijd van de moeder vraagt enige nadere toelichting. Door PENROSE (1954, 1966) werd een bimodaliteit vastgesteld in de curve die dit verband tussen deze frequentie en de leeftijd van de moeder bij de geboorte van het kind met mongoloïde idiotie weergeeft. De eerste top van de curve zou liggen in de leeftijdsgroep van 25-29 jaar, gevolgd door een minder sterke stijging in de leeftijdsgroep van 30-34 jaar, waarna een tweede top wordt gezien in de leeftijdsgroep van 40-44 jaar en ouder. In de door collega SWAAK weergegeven procentuele verdeling is deze bimodaliteit ook waar te nemen. Men neemt aan, dat de eerste top van de curve moet worden toegeschreven aan een chromosomale afwijking in de zin van een translokatie, terwijl de tweede top zou berusten op een nondisjunction als oorzaak van het syndroom van Down (GUSTAVSON 1964).

Volgens de schrijver waren 61,6 pct van de kinderen met mongoloïde idiotie laatstgeborene in het gezin. Dit percentage lijkt mij erg hoog te zijn. Immers het onderzoek heeft zich beperkt tot kinderen van 0 tot en met 7 jaar. Men mag derhalve aannemen dat een groot gedeelte van de moeders zich nog in de reproductieve periode bevindt en dat dus nog een groot aantal kinderen uit nog niet voltooide gezinnen stamt. Een dergelijk percentage heeft dan ook naar mijn mening weinig waarde. Bij de interpretatie van het abortuspercentage bij moeders van kinderen met mongoloïde idiotie moet rekening gehouden worden met de leeftijd van de moeder ten tijde van de geboorte van dit kind. Volgens COWIE en SLATER (1963) moet, voor wat betreft de abortusfrequentie, onderscheid gemaakt worden tussen moeders die op jongere, en moeders die op oudere leeftijd een kind met het syndroom van Down hebben gehad. Bij de laatste zou op oudere leeftijd het abortuspercentage duidelijk hoger zijn. Bij mijn eigen onderzoek heb ik hiervoor eveneens aanwijzingen gevonden.

Dat het abortuspercentage bij moeders van kinderen met mongoloïde idiotie nog een punt van discussie vormt, blijkt ook uit andere onderzoeken. Zo vond ØSTER (1953) bij de graviditeiten, volgend op de geboorte van een kind met mongoloïde idiotie een hoger abortuspercentage dan bij de voorafgegane zwangerschappen. INGALLS e.a. (1957) zagen