

geen oplossing te bieden heeft aangezien ze niet met statistische, overtuigende resultaten van psychotherapie komt, te moeten weerleggen." Dit heb ik niet geschreven, integendeel. Enige citaten (bl. 46-47) spreken voor zich zelf: „De psychotherapie heeft in de behandeling van enuresis een belangrijke plaats verworven”. „Bij vrijwel alle behandelingsmethoden speelt het element psychotherapie een rol”. „Een indicatie voor intensieve psychotherapie en psychoanalyse is enuresis op zich zeker niet. Wordt bij iemand met enuresis een dergelijke behandeling toegepast, dan is het doel daarvan het algemeen welzijn van de patiënt, terwijl een eventueel verdwijnen van de enuresis als aangenaam neven-effect wordt gewaardeerd. Een beschrijving van de exacte resultaten van intensieve psychotherapie voor wat betreft de enuresis is dan ook niet te verwachten. Bij bepaalde patiënten met enuresis kan deze zeker geïndiceerd zijn”.

Het zou spijtig zijn wanneer door tekortkomingen in de exactheid van het artikel van collega GROEN-PRAKKEN de goede relaties tussen kinderpsychiater en kinderarts geschaad zou worden.

Literatuur: GROEN-PRAKKEN, J. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1723. — JONGE, G. A. DE (1969) *Kinderen met enuresis*. Van Gorcum, Assen. — TANAGHO, E. A. en D. R. SMITH (1966) *Brit. J. Urol.* **38**, 54.

Eindhoven, 28 oktober 1970

G. A. DE JONGE

Naar aanleiding van de op- en aanmerkingen van collega DE JONGE wilde ik de volgende toelichting geven:

Ad 1. Een definitie van enuresis heb ik achterwege gelaten aangezien dit een starheid van begrip geeft die in de kinderpsychiatrie slecht hanteerbaar is.

Een leeftijdsgrens blijft een kunstmatige indeling; het is moeilijk uit te maken wanneer men spreekt van nog niet zindelijk, laat zindelijk of enuresis. De grens van 3 jaar vind ik gemotiveerd door de volgende overwegingen: bij een normale ontwikkeling kan een 3-jarige op grond van zijn somatische en psychische ontwikkeling droog zijn. Hij is dan zover in de oedipale fase dat de lichaamsproducten een minder belangrijke gevoelsmatige betekenis beginnen te krijgen en hij kan zo goed praten dat uitdrukken in woorden de plaats in kan nemen van uitdrukking geven aan emoties door ophouden of laten lopen van faeces en urine. Een 3-jarige die nog $1 \times$ per week 's nachts nat is in de overgangsfase van geheel onzindelijk tot geheel droog, lijdt echter niet aan enuresis. Alleen als een 3-jarige nog geen vorderingen maakt in het zindelijk worden zou ik van enuresis willen spreken en dit willen beschouwen als een waarschuwing dat er iets met het kind of in de relatie tussen moeder en kind niet in orde zou kunnen zijn.

Het $1 \times$ per week nat zijn heeft bij een 5-jarige meer betekenis en wijst dan op een stoornis. Bij een 8-jarige is dit nog veel ernstiger.

Ad 2. Inderdaad is dit niet juist; men zou moeten spreken van „afsluitingsmechanisme van blaas en urethra” in het licht van de recent verworven inzichten.

Ad 3. Met de door DE JONGE geciteerde zinsnede uit mijn artikel heb ik willen aangeven dat hij stelt, dat er voor een inzicht in het symptoom enuresis niets van de kinderpsychiatrie is te verwachten. Dit standpunt meen ik uit de volgende citaten uit zijn proefschrift te mogen afleiden:

Op bl. 34-35 schrijft DE JONGE over de etiologie van enuresis onder de paragraaf „Emotionaliteit” (ten onrechte gebruikt als synoniem voor „emotionele stoornissen”): „Het

gros van de publicaties over de psychogenese van enuresis geeft slechts speculatieve interpretaties en is gespeend van een vergelijking met gelijkwaardige controle-kinderen en van een statistische bewerking van de gegevens...” Na enige opmerkingen en citaten om aan te tonen dat de psychische problematiek dikwijls secundair is aan de enuresis en dat samengaan van emotionele stoornissen en enuresis allerminst de psychogenese van enuresis bewijst, besluit hij de paragraaf met de volgende zin: „Samenvattend stelt GAIRDNER (1965) dat enuresis zeker het gevolg kan zijn van psychische moeilijkheden van het kind, maar dat paediaters en kinderpsychiaters het er nu wel eens zijn dat deze gevallen slechts een minderheid vormen.”

De stellige indruk wordt gewekt dat de mening van GAIRDNER overeenkomt met de mening van DE JONGE.

Wat betreft de mogelijkheden en beperkingen van de psychotherapie ben ik het geheel met DE JONGE eens; daarentegen heb ik willen aantonen dat bij de ontstaanswijze van enuresis stoornissen in de emotionele ontwikkeling bijna altijd mede een rol spelen.

Tenslotte wil ik er nogmaals op wijzen dat alle diagnostiek op onze polikliniek tot stand komt in samenwerking met kinderarts, neuroloog en psycholoog, en dat m.i. de preventie van enuresis ligt op het terrein van ieder die moeders bij de opvoeding van kinderen adviseert. Wat mij betreft is er geen reden te twijfelen aan de noodzaak van samenwerken tussen kinderarts en kinderpsychiater.

Amsterdam, november 1970

J. GROEN-PRAKKEN

FRACTUREN VAN DE MANDIBULA

Het artikel over het voorkomen en de behandeling van mandibulafracturen is een belangrijke bijdrage aan de vele facetten van de traumatologie. De Nijmeegse afdeling mondheelkunde heeft grote ervaring op dit gebied. Wij kunnen in Nederland blij zijn dat vooral door de intensieve bemoeiingen van de tandartsen-specialist voor mondheelkunde en chirurgische prothetiek, de kaakfracturen zowel wat betreft de diagnostiek als de behandeling zoveel aandacht krijgen. Ook het artikel van VAN HOOFF en MERKX (1970) getuigt van deze grondigheid.

Helaas wordt er op enkele plaatsen in het stuk minder grondig geformuleerd. Zo wordt op bl. 1824 even terloops opgemerkt dat in Groot-Brittannië, de Westduitse Bondsrepubliek en ook in andere landen zelfstandige klinieken bestaan voor de behandeling van patiënten met aangezichtsfracturen. Gezien de bijkomende letsels genoemd in tabel XIII stellen de schrijvers deze organisatievorm discutabel. Waarom? Dat hangt niet zozeer af van de zelfstandigheid van de klinieken als wel van de stafbezetting van zulke inrichtingen. Medische en tandheelkundige specialisten van verschillende disciplines zullen de zorg voor de patiënt als totaliteit op zich moeten nemen, zoals de schrijvers zelf vermelden. Het gaat nooit alleen om de fracturen, maar altijd om de patiënt al dan niet met bijkomende letsels en eventueel met stoornissen van zijn algemene toestand.

Dat brengt mij tot de volgende vraag: wat verstaan VAN HOOFF en MERKX onder kaakchirurgie? Betreft dat belangstelling voor bepaalde groepen afwijkingen aan kaken (bv. fracturen van het aangezichtsskelet alleen) of moet men daaronder verstaan de verzorging van alle patiënten die één van de zeer vele mogelijkheden van afwijkingen in dit gebied hebben. Om maar enkele te noemen: de congenitale anomalieën (bv. schisis, dysostosis e.a.), de benigne en ma-

ligne tumoren, de verkregen afwijkingen (o.m. fracturen). Al deze afwijkingen vormen hoofdstukken uit de kaakchirurgie.

Voelt de consulent kaakchirurgie zich als tandarts-specialist in staat de volledige verantwoording voor al deze patiënten op zich te nemen? Zelfs bij de mandibulafracturen speelt dit een rol. Wie verzorgde de 15 tracheotomiepatiënten van bl. 1823 en wie voorkwam de dreigende shock door transfusietherapie met tijdelijke lokale wondbehandeling op dezelfde bladzijde?

Ik ben van oordeel dat het woord kaakchirurgie zoals gebruikt door VAN HOOF en MERKX de lading niet dekt en als zodanig verwarring kan wekken. Op bl. 1817 worden de kaakchirurgische afdeling en de consulent kaakchirurgie genoemd. Dit komt niet overeen met wat de auteurs op bl. 1824 als oordeel uitspreken. Daar wordt over de mondheelkundige afdeling gesproken die geïncorporeerd dient te zijn in een ziekenhuis met een volledige stafbezetting.

Wil men het woord kaakchirurgie toch gebruiken, dan zal men moeten uitgaan van een multidisciplinaire staf waarin zowel plaats is voor de medische specialismen als voor de tandheelkundige specialismen. Wanneer zo'n groep geïntegreerd samenwerkt, zullen alle patiënten met afwijkingen in het maxillo-faciale gebied een optimale behandeling krijgen.

In het Academisch Ziekenhuis te Groningen leidt een dergelijke groep een actief functioneel bestaan. Geen van de deelnemers heeft echter de behoefte zijn afdeling De Kaakchirurgische Afdeling te noemen. Hiermede wordt veel verwarring bij patiënten, huisartsen en specialisten vermeden.

Literatuur: HOOF, R. F. VAN en C. A. MERKX (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 1817.

Groningen, november 1970

A. J. C. HUFFSTADT,
plastisch chirurg

Op de ingezonden opmerkingen van collega A. J. C. HUFFSTADT zouden wij het volgende willen antwoorden:

1. De vele problemen die onze opponent naar voren brengt zijn te uiteenlopend van aard en kunnen niet in het kort worden beantwoord.

2. De kanttekeningen hebben slechts zijdelings betrekking op ons artikel en liggen meer in het vlak van de ethymologie, de wetgeving en de organisatie.

3. Van de vragen die de inzender formuleert mag verondersteld worden dat hij het antwoord weet.

4. Collega HUFFSTADT stelt dat een dergelijke multidisciplinaire groep in Groningen actief functioneert. Dit is ook in Nijmegen reeds 11½ jaar het geval. Wij wilden deze uitspraak echter niet doen zonder deze te funderen op een meer wetenschappelijke benadering d.m.v. een klinisch na-onderzoek.

5. De verwarring rondom het woord kaakchirurgie werd reeds vóór collega HUFFSTADT door ondergetekende gesignaleert in 1965 bij zijn oratie, waar gezegd wordt: „Een benaming overigens waarop een belastend heden en verleden drukt.” Niet werd toen genoemd „toekomst” en voorbijgegaan aan de wijze woorden van de dichter:

„In 't voorleden ligt het heden,

In het nu, wat worden zal.”

Literatuur: BILDERDIJK, W. (1810) *Afscheid en andere verzen.*
— MERKX, C. A. (1965) *Fracturen van de aangezichtsschedel.*
Inaugurale rede.

Nijmegen, november 1970

C. A. MERKX

KUNSTMATIGE INSEMINATIE DONOR, EEN PLEIDOOI VOOR EEN RUIMERE INDICATIE- STELLING

Dit is een tijd, waarin sex-taboe's worden aangevallen en nieuwe seksuele gebruiken ontstaan. Soms is dat nuttig. Men hoeft slechts te denken aan family-planning door toepassing van anti-conceptionele middelen. Thans is abortus provocatus „in the picture”. Het is begrijpelijk, dat veel artsen betwijfelen of een ruime hantering van de sociale indicatie op dit gebied wel zo nuttig is. Een arts is er om het leven te dienen en te beschermen.

Als men dit laatste in aanmerking neemt, is het eigenlijk verwonderlijk, dat zo veel artsen nog afwijzend staan t.o.v. kunstmatige inseminatie donor. K.i.d. biedt immers de mogelijkheid, het ontstaan van gezond leven te bevorderen. Toch waren, volgens een in 1959 gehouden enquête, van de 214 gynaecologen er slechts 5,3% toe bereid, sperma van een ander dan de echtgenoot langs instrumentale weg in te brengen in de vagina of het cervixkanaal van een vrouw. Nu mag men aannemen, dat sindsdien dit aantal gestegen is, maar het lijkt waarschijnlijk, dat de overgrote meerderheid der Nederlandse gynaecologen-artsen hun medewerking aan k.i.d. nog niet willen verlenen.

De gemaakte bezwaren tegen k.i.d. zijn bekend. Heterologe inseminatie zou de exclusiviteit van de huwelijksgemeenschap aantasten. De man is niet de vader van het verwekte kind, dat een vreemd element zou zijn in het gezin. In een tijd, waarin men poogt het huwelijk te ondermijnen door bv. partnerruil als een acceptabel verschijnsel voor te stellen, moet dit argument serieus genomen worden. Maar toch moet er op gewezen worden, dat het huwelijk er is voor het nageslacht en niet het nageslacht voor het huwelijk. De exclusiviteit van de huwelijksgemeenschap is toch geen doel op zichzelf. Waarom haar dan zo absoluut stellen? Als k.i.d. geen ontbindende factor voor de huwelijksgemeenschap blijkt te zijn en een k.i.d.-kind in de praktijk psychologisch geheel aanvaard wordt in het gezin, hebben genoemde bezwaren slechts formele betekenis. Men voert tegen k.i.d. ook aan, dat men het langs deze weg verwekte kind tekort doet, omdat men het berooft van zijn eigenlijke vader. Een kind zou recht hebben, op te groeien in levensgemeenschap met hen aan wie het ontsproten is. Maar gaat het hier nu werkelijk om een belangrijk gemis voor een k.i.d.-kind? Bovenstaande argumenten probeert men vaak nog te versterken door te wijzen op de mogelijkheid van allerlei psychische trauma's: een gevoel van vernedering bij de echtgenoot van de vrouw; afkeer van de vrouw t.o.v. de echtgenoot en verlangen naar de man met wiens sperma zij bevrucht is; een gevoel van beroofd te zijn van zijn ware vader bij het kind, als dat het geheim van zijn conceptie ontdekt.

De argumenten tegen k.i.d. blijken veelal formeel en theoretisch te zijn. Het monogame huwelijk blijkt niet door k.i.d. te worden ondermijnd. Uit een follow-up door M. H. JACKSON uitgevoerd bij 232 echtparen, waarvan de vrouwen door haar met donor-sperma geïnsemineerd waren, bleek, dat „with one exception, the marriages have been consolidated and improved”. Die ene uitzondering betrof een echtpaar, waarvan de vrouw leed aan een psychogene depressie en die daarom niet geïnsemineerd had mogen worden. JACKSON schrijft over „haar” k.i.d.-kinderen: „The children are rather above the average mentally and physically” en over de „vaders”: „I have not encountered the psychiatric tangles we were told would probably ensue.”

Er zijn veel voordelen aan k.i.d. verbonden. Bij kinderloze echtparen is er de bevrediging van het verlangen naar