

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

sociaal en biologisch moederschap en sociaal vaderschap. Bij deze pre-adoptie zijn er niet de lasten van langdurige en ingewikkelde adoptie-procedures. Bovendien: er is een groot tekort aan adoptief-pleegkinderen.

Op een belangrijk aspect van k.i.d. werd nog niet gewezen, nl. het eugenetisch aspect. Men mag verbetering in de erfelijke aanleg van het toepassen van k.i.d. verwachten, omdat men donores kan selecteren op erfelijke kwaliteiten. De bezwaren, die men op genetische gronden wel tegen k.i.d. aanvoert, blijken weinig steekhoudend te zijn. Ik zal op deze bezwaren hier niet ingaan; ik deed dat elders (1970b). Ik deel de visie van de bekende geneticus J. H. MULLER, die sterk aandringt op e.i. (eugenic insemination).

Aan het eugenetisch aspect wordt bij k.i. helaas weinig aandacht besteed. Dat blijkt m.i. al uit het feit, dat, terwijl volgens genoemde enquête slechts 5,3% bereid was k.i.d. toe te passen, de meerderheid der gynaecologen, nl. 59,3% niet afwijzend stond t.o.v. homologe kunstmatige inseminatie. Maar juist homologe k.i. kan dysgenetische gevolgen hebben. Zoals bekend is, wordt k.i.e. toegepast, indien bv. het sperma van de man deficiënt is, maar ook in geval van lichamelijke invaliditeit van man en (of) vrouw en bij cohabitatie-stoornissen van psychogene aard. In het laatste geval gaat het dan om bv. libido-, potentie- en orgasme-stoornissen; de geslaagde k.i.'s zijn vaak op deze indicatie uitgevoerd. Maar bij deze indicatie is het echt de vraag of wij niet te doen hebben met een ernstig genetisch gebrek, waarbij de erfprognose voor het te verweken kind ongunstig is. Wellicht geldt voor deze psychogene stoornissen, wat EYSENCK en PRELL (1951) stelden t.a.v. „the neurotic personality factor”, nl. dat genetische factoren aansprakelijk zijn voor „80% of the variance in neurotic unit predisposition”. Nu wil ik niet stellen, dat iedere inseminatie op psychogene indicatie onjuist is, maar wel, dat zo'n indicatie aanleiding moet zijn tot het instellen of laten instellen (bv. op een antropogenetisch instituut) van een grondig onderzoek naar de erfelijke constitutie van de betrokken man en vrouw, waarbij tevens gelet moet worden op eventuele compenserende gunstige erfactoren. Ik verwijs in dit verband naar het door mij (1970a) voorgestelde eugenetisch programma in het boek: *Genetica, eugenetica en raciologie*. De medicus, die een inseminatie uitvoert, heeft een verantwoordelijkheid t.o.v. het nageslacht.

Terwijl er bij k.i.e. waarschijnlijk ontoelaatbare concessies gedaan worden op eugenetisch en ander gebied ter wille van een bepaalde afstamming (het nageslacht moet er komen voor het huwelijk), hanteren de weinige gynaecologen/artsen, die k.i.d. toepassen, m.i. daarbij te strenge normen. Men hanteert twee indicaties:

1. volledige onvruchtbaarheid of zeer sterk verminderde vruchtbaarheid van de man;
2. zeer ongunstige levens- en gezondheidskansen bij het kind, indien de vrouw bevrucht wordt door haar echtgenoot.

Bij laatstgenoemde indicatie denkt men dan aan bv. een sterk Rhesusantagonisme; een combinatie van ernstig defecte recessieve erfactoren (zowel man als vrouw zijn bv. drager van het recessieve gen voor amaurotische idiotie) of ernstig defecte genetische factoren bij de man (de man is bv. drager van het geslachtsgebonden gen voor hemofilie of het dominante gen voor chorea van Huntington). Steeds valt in de literatuur weer op, dat men k.i.d. slechts wenst toe te passen bij zeer ongunstige gezondheidskansen voor het kind in geval van bevruchting door de echtgenoot. Men vraagt zich af, waarom ongunstige gezondheidskansen, die niet tot de categorie „zeer ernstig” behoren, niet voldoende aanleiding zouden kunnen zijn voor k.i.d.? Waarom zou men k.i.d.

zelfs niet toepassen op iedere eugenetische indicatie, indien een echtpaar daarom vraagt en er geen belangrijke contra-indicaties zijn? Waarom zo veel concessies gedaan aan tradities en het narcistisch-Ik van de mens? Dat is niet in het belang van onze biologische verheffing. Nu is het zo, dat in de moderne tijd door allerlei sociale maatregelen en medische therapieën contra-selecties plaats vinden. Neem bv. de insuline-therapie. Het is zo goed als zeker, dat deze therapie geleid heeft tot een toename van het aantal diabetici en het is waarschijnlijk, dat door haar op de duur in plaats van weinig mensen met een ernstige ziekte veel mensen (hun aantal zal toenemen door mutaties) met een minder ernstige ziekte voorkomen. Door de therapie neemt, individueel gezien, de schadelijkheid van het desbetreffende gen af, maar door toename van de frequentie van het gen zou op de duur, collectief gezien, de schadelijkheid van het gen aanzienlijk kunnen worden en de gesommeerde schadelijkheid zelfs kunnen toenemen. Vanzelfsprekend beschouwt ieder de insuline-therapie als een zegen, maar men mag zijn ogen niet sluiten voor de dysgenetische effecten ervan. In het bijzonder mag men medici verzoeken hun bijdrage te verlenen aan compenserende acties, bv. door mede te werken aan k.i.d. op een ruime eugenetische indicatie en zonder hantering van een aantal twijfelachtige contra-indicaties.

Wat genoemde contra-indicaties betreft: het spreekt haast vanzelf, dat men k.i.d. slechts mag toepassen bij een gehuwde vrouw met toestemming van haar echtgenoot. Natuurlijk moet ook een redelijk goede opvoeding van het k.i.d.-kind verzekerd zijn. Maar het gaat m.i. te ver, indien men de strenge criteria wil aanleggen, die men hanteert bij de selectie van aspirant-pleegouders en die men daar kan aanleggen, omdat er zo'n grote vraag is naar pleegkinderen. Men wijst bv. aspirant-pleegouders af, indien de man ouder is dan 50 jaar of invalide of zelfs maar lichamenlijk zwak of in geval zijn beroep eist, dat hij langdurig afwezig is. Ook wijst men aspirant-pleegouders af, indien man en vrouw niet dezelfde godsdienst belijden en zelfs indien zij niet opvallend zijn door een bijzondere geschiktheid. Dergelijke abnormaal strenge eisen dient men bij k.i.d. op eugenetische indicatie niet te stellen.

Als absolute eis stelt men bij k.i. vaak, dat de oorzaken van de kinderloosheid aan derden onbekend zijn gebleven. De seksuoloog L. H. LEVIE (1965) (één van de pioniers op het gebied van k.i.d. in Nederland) beschouwt medeweten van derden, ook van naaste bloedverwanten, van de oorzaken der kinderloosheid als een absolute contra-indicatie. Reden: die derden zouden bij zwangerschap kunnen denken aan donorinseminatie en als een k.i.d.-kind daarmee geconfronteerd zou worden zou dat voor hem een psychisch trauma van de eerste grootte zijn. Op welke empirische gronden is dit laatste gebaseerd, vraagt men zich af. De Commissie Kunstmatige Inseminatie, die in 1962 door de regering werd ingesteld, schrijft in haar rapport, dat een soortgelijke situatie als voor k.i.d.-kinderen ook bestaat voor kinderen, die langs natuurlijke weg buiten echt zijn verwekt en dat men niet over gegevens beschikt, die aantonen, dat een onbekende afstamming in den regel tot grote moeilijkheden moet leiden. Veel zal er in deze kwestie van afhangen of k.i.d. algemeen aanvaard zal worden. Het is mijn overtuiging, dat men ook in deze zaak zijn handelen niet zal moeten laten voorschrijven door de vooroordelen van mensen.

Ik kwam reeds tot de conclusie, dat men de indicatiestelling voor k.i.d. moet verruimen. Het laatste gedeelte van dit artikel kan men opvatten als een indicatie voor een meer beperkte contra-indicatiestelling in geval van k.i.d.

Ik vraag mij af of thans ook niet de tijd is aangebroken

voor de oprichting van een instituut voor de toepassing van k.i.d., dat bv. de volgende functies zou kunnen vervullen:

1. het contact leggen tussen donor en arts en tussen recipiënt en arts;
2. geheime registratie van de toepassingen van k.i.d. en follow-up-onderzoeken onder k.i.d.-kinderen en -ouders;
3. coördinatie van de betrokken specialisten;
4. aanleg van een sperma-bank. In dit verband verwijzen wij naar een nieuwe efficiënte methode van invriezen en opslag van menselijk semen (MATHESON e.a. 1969).

Literatuur: LEVIE, L. H. (1965) *Inseminatio artificialis*, bl. 75. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V., Leiden. — MATHESON, G. W., L. CARLBORG en C. GEMZELL (1969) Frozen human semen for artificial insemination. *Amer. J. Obstet. Gynec.* **104**, 495. — UNEN, H. J. VAN (1970a) *Genetica, eugenetica en raciologie*. Pro Deo Pers, Amsterdam. — UNEN, H. J. VAN en A. J. H. THIADENS (1970b) *Geloof en Wetenschap*. **68**, 167.

Amsterdam, oktober 1970

H. J. VAN UNEN

BERICHTEN

BUITENLAND

Wereldberichten

Vaccinatie-certificaten. — Met ingang van januari 1971 behoort de arts die een vaccinatie-certificaat invult, de naam van het vaccin te vermelden en het certificaat eigenhandig te ondertekenen, aldus een resolutie van de Wereldgezondheidsorganisatie, in haar nieuwe uitgave *International Health Regulations*. Het gaat om de vaccinaties tegen pokken, cholera en gele koorts. Er zijn nieuwe modellen voor de certificaten opgesteld en de oude zijn voortaan ongeldig. De vóór 31 december 1970 afgegeven certificaten blijven normaal geldig, zoals is uiteengezet in de *Notice to travellers*; maar bij revaccinaties na 1 januari 1971 moet het nieuwe model worden gebruikt. (*Brit. med. J.*, 2 nov. 1970 bl. 505.)

Tropical doctor. — In januari 1971 gaat een nieuw (drie-maandelijks) tijdschrift verschijnen, getiteld *Tropical Doctor*, dat bestemd is voor de vele artsen die in de tropen op moeilijk toegankelijke plaatsen werken en derhalve weinig contact met de rest van de medische wereld hebben. De uitgave is tot stand gekomen door het streven van Dr. HUGH CLEGG, de vroegere editor van het *British Medical Journal* en thans directeur van het International Relations Office of the Royal Society of Medicine. Het tijdschrift zal praktische artikelen bevatten in de geest van een postgraduate training en de inhoud zal niet alleen de tropische geneeskunde betreffen, maar het gehele gebied der geneeskunde. Advertenties zullen worden geweerd. Het tijdschrift wordt financieel gesteund door de Commonwealth Foundation. Men kan zich abonneren voor £ 3 (\$ 8) per jaar, inclusief porto, bij het International Relations Office, Royal Society of Medicine, Chandos House, 2 Queen Anne Street, London W1R 0BR, Engeland. (*Brit. med. J.*, 28 nov. 1970 bl. 510.)

Europa

Europese vereniging voor teratologie. — Op 1 oktober 1970 is opgericht de European Teratology Society met als doelstelling „to stimulate interest in and promote the exchange of ideas and information about etiology, prevention and treatment of congenital malformations”. Inlichtingen omtrent het lidmaatschap verstrekt de Acting Secretary, Dr. K. S. LARSSON, Laboratory of Teratology, Karo-

linska sjukhuttet, S-104 01 Stockholm 60, Zweden. De aankondiging van de eerste bijeenkomst vindt men aan het eind van deze rubriek.

Groot-Brittannië

Pseudomonas in baby-ontlasting. — Bij een onderzoek in een verloskundige kliniek hebben E. MARY COOKE en medewerkers in de ontlasting van de baby's *Pseudomonas aeruginosa* aangetoond. De kinderen bleken te zijn besmet door een detergent dat werd gebruikt om de billetjes te reinigen. Het micro-organisme werd ook aangetoond op de babybadjes. Als het detergent steriel werd gebruikt en als men de kinderen hetzij in het geheel niet of in steriel water baadde, was er geen *Pseudomonas* in hun ontlasting aantoonbaar. Deze ervaring stemt overeen met die van andere onderzoekers, die bij onderzoek naar de oorsprong van *Pseudomonas*-besmettingen in ziekenhuizen hebben aangetoond dat deze afkomstig waren van niet-steriele vloeistoffen of utensiliën. (*Lancet*, 21 nov. 1970 bl. 1045.)

Niet-combineerbare geneesmiddelen. — Een nieuw geval van slecht samengaan van geneesmiddelen wordt gemeld door NEUVONEN en medewerkers (*Brit. med. J.*, 28 nov. 1970 bl. 532). Zij stelden vast dat ferrosulfaat, tegelijkertijd toegediend met tetracycline (alsmede de drie derivaten oxytetracycline, methacycline en doxycycline) de resorptie van het antibioticum tegenwerkte. Na een dosis van 500 tetracycline steeg het serumgehalte in drie uur tijd tot 2,9 µg/ml; bij combinatie met 200 mg ferrosulfaat bereikte het gehalte slechts ongeveer de helft daarvan (bij combinatie met methacycline en doxycycline steeg het gehalte slechts tot 10 à 20 pct!). Dit betekent dat gelijktijdige toediening van ijzerpreparaten het reële risico meebrengt dat er geen werkzame concentratie van het antibioticum wordt bereikt. De auteurs brengen in herinnering dat er al enige stoffen bekend zijn die de resorptie van tetracyclines tegengaan: melk, antacida en twee- en driewaardige kationen.

Verenigde Staten

Dodelijke verkeersongevallen. — Gedurende vijf jaren, van 1964 tot en met 1968, overleden in Baltimore city 328 autobestuurders bij of ten gevolge van een botsing in het verkeer. Van deze 328 slachtoffers waren 227 blanke mannen, 38 blanke vrouwen, 58 mannelijke negers, 5 vrouwelijke negers. Er was geen verschil tussen de rassen ten aanzien van dronkenschap, maar wel groot verschil tussen de seksen: 52 pct van de mannen hadden een bloedalcoholgehalte van 0,10 pct of meer, tegenover slechts 24 pct van de vrouwen. Ook wat de „schuld” betreft lag het gewicht voornamelijk op de mannen; van hen waren slechts 16 pct „niet schuldig”, van de vrouwen 26 pct. Het alcoholgehalte was duidelijk gecorreleerd met de leeftijd. Een gehalte van 0,15 pct of meer werd bij de helft van de slachtoffers in de leeftijdsgroep van 25-39 jaar aangetroffen, en slechts bij 15 pct in de groep onder de 20 jaar, en bij 12 pct in de groep boven de 60 jaar. Bij vergelijking tussen bestuurders die een botsing overleefden, bleken de ouderen in het nadeel. Weliswaar bleven zij gemiddeld iets langer in leven dan de jongeren, maar het totale aantal doden was procentsgewijs veel hoger bij de ouderen (>60 jaar) dan bij de jongeren. Hieruit mag niet de conclusie worden getrokken dat hogere leeftijd een oorzakelijke factor is bij dodelijke ongelukken. Het lijkt eerder een bevestiging van kennis die reeds lang gemeengoed is en derhalve als vanzelfsprekend wordt beschouwd, nl. dat jongeren een betere kans dan ouderen hebben, een ernstig letsel te overleven. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 nov. 1970 bl. 1079.)