

INGEZONDEN

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

NETELIGE KINDER-PILRECEPTDWANG-PROBLEMEN

Collega SCHUURMANS STEKHOVEN (1971) maakt zich zorgen over een „nog neteliger probleem (dat) reeds in het verschiet is”.

Mijns inziens behoeft hij zich daarover niet ongerust te maken. In de praktijk is al gebleken, dat het bijzonder vaak de conservatieve ouders zijn die hun progressieve dochters hebben belet de pil te nemen, die het eerst en het sterkst aandringen bij de arts op een abortus wanneer hun houding resulteerde in een ongewenste zwangerschap van het meisje.

Literatuur: SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 204.

Amsterdam, februari 1971

C. VAN EMDE BOAS

DE PIL EN HET 15-JARIG MEISJE

Ik ben collega SCHUURMANS STEKHOVEN (1971) bijzonder dankbaar dat hij het probleem van het verstrekken van pil-recepten aan minderjarige meisjes zo duidelijk heeft gesteld in dit tijdschrift. Zijn betoeg geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen:

1. Het moge juridisch juist zijn dat de arts niet bevoegd is een rechtsgeldige „behandelingsovereenkomst” te sluiten met minderjarigen zonder medeweten van ouders of voogden. In het medisch denkmodel betekent dit, dat de arts wordt gedwongen tot een onzedelijke handeling, nl. het zo tere vertrouwen van de adolescent te beschamen. Iedereen die met adolescenten omgaat weet welk een bijzonder blijk van vertrouwen verpakt zit in het verzoek om de pil aan de gezinsarts. Iedere arts die dit vertrouwen schendt door de ouders te waarschuwen is in het juridisch denkmodel tucht-rechtelijk juist, in het medisch denkmodel helemaal fout. De medicus dient te beseffen dat hoe jonger het meisje is hoe dwingender de indicatie tot actief ingrijpen met een adequate contraceptie geïndiceerd is. Het weigeren van de pil zou wel eens een „handeling kunnen zijn die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnt”.

2. In het juridisch denkmodel is geslachtsgemeenschap beneden de 16 jaar een ontuchtige handeling en een misdrijf tegen de zeden. In het medisch denkmodel is een dergelijke relatie een alarmsignaal, dat er iets mis zou kunnen zijn in de gevoelsrelatie tussen het kind en de ouders. Deze uitspraak bezit slechts geldigheid binnen een cultuurpatroon waarin coïteren onder de 16 jaar ongewoon is. En elke medicus zal gaarne al het mogelijke doen om te voorkomen dat een 15-jarig coïterend meisje bij de politie wordt aangegeven. Hiermee wordt nog eens de conflictsituatie tussen de verschillende denkmodellen geaccentueerd. Het lijkt mij van een gezonde werkelijkheidszin getuigen indien men uitgaat van de bestaande seksuele relatie en dan tracht de schadelijkheid hiervan tot een minimum te beperken.

3. Als meisjes van 15 of 16 jaar op het spreekuur komen met de vraag om hulp bij vruchtverwijdering, gelden de genoemde opmerkingen a fortiori. Collega STEKHOVEN schrijft: „Wie de contraceptie accepteert, accepteert de vruchtverwijdering bij mislukte contraceptie ook, temeer aangezien bij 15- en 16-jarige meisjes nooit sprake kan zijn van ge-

wenste zwangerschap.” Ik meen dat men dichter bij de werkelijkheid is, wanneer men stelt dat men de vruchtverwijdering accepteert als men de contraceptie *niet* accepteert. Want de ervaring leert dat de zwangere adolescent bijna steeds verzuimd heeft een goede contraceptie toe te passen (MUSAPH, 1968 1971). De beste preventie van een ongewenste zwangerschap is een goede contraceptie en niet een verbod tot coïteren, in welke vorm ook gegeven.

4. Ik kan het alleen maar hardgrondig eens zijn met collega SCHUURMANS STEKHOVEN als hij schrijft dat bij zwangerschap van dergelijke kinderen altijd een psycho-sociale indicatie of existentiële nood bestaat. Ik zou er aan willen toevoegen dat iedere arts die zich beroept op de onbevoegdheid om een rechtsgeldige „behandelingsovereenkomst” aan te gaan met een minderjarige en dus een 15-jarige de pil weigert, mede verantwoordelijk gesteld kan worden voor een mogelijke ongewenste zwangerschap van dit kind.

Literatuur: MUSAPH, H. (1968) *Medisch-psychologische beschouwingen over de pil*. NVSH, Den Haag; (1971) *Sex in wording*. Bosch en Keuning, Baarn. — SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 204.

Amsterdam, februari 1971

H. MUSAPH

Collega MUSAPH accentueert terecht — van zijn medische gezichtshoek uit — de kloof tussen medisch en juridisch „denkmodel”. Mijn doel als tolk tussen artsen- en juristenwereld was bovenal de dialoog tussen beide werelden als urgent te doen erkennen en naar vermogen te helpen voorbereiden. Resultaat van die dialoog zal o.a. moeten zijn, dat de leeftijdsgrens van 16 jaar in de artikelen 245 en 247 wetboek van strafrecht wordt teruggebracht tot 14 jaar. Collega MUSAPH vergist zich als hij meent, dat die artikelen misbruikt kunnen worden om het 15-jarige coïterende meisje bij de politie aan te geven: het is de jongen of man, die bedreigd wordt. Nu men bezig is de meerderjarigheidsgrens drastisch te verlagen, moet dat ook leiden tot „discriminalisering” (straffeloos maken) van de coïteervrijheid van de 15- en 16-jarigen. Paternalisme en maternalisme hebben te dien aanzien hun tijd gehad en bevorderen, wat zij bestrijden willen. Natuurlijk heeft collega MUSAPH gelijk dat men in toenemende mate de vruchtverwijdering accepteert als men de contraceptie verzuimd, verwaarloosd of onjuist toegepast heeft. Dat verzuim, die verwaarlozing of onjuiste toepassing berusten, naar het mij voorkomt, niet in een principieel „niet accepteren” van de contraceptie. Soms wel in het prefereren van het cito, tuto et iucunde (bij jonge meisjes vaak zonder ziekenhuisopname van langer dan één nacht) toepassen van vruchtverwijdering boven de systematische pildisciplie (met veel meer hinderlijke bijverschijnselen dan men aanvankelijk dacht, ongeacht de geleidelijk meer en meer alarmerende degeneratieve veranderingen in diverse organen, vooral bij jarenlang gebruik). Maar dat staat niet tegenover mijn visie, dat de moderne vrouw, die „voortplantingsvrijheid” als emancipatiebekroning tot de rechten van haar vrouw-zijn rekent conceptiemislukking identificeert met vruchtverwijderingsindicatie. Dat past meer in het moderne vrouwelijke denkmodel, dat veel dichter staat bij de natuur met haar ongelooflijke „levensverspilling”. Wij leven nu eenmaal in een zeer snel om zich heengrijpende inflatie van religieus getinte — gedeeltelijk 2000, gedeeltelijk 4000 of meer jaar oude — „heiligheidstaboes”, die noch diep wortelen in het zuivere medische, noch in het zuivere juridische denkmodel. Mijn slotsom is dat het tijd wordt, de normverschuiving

op dit terrein sneller en actiever bij te houden en in de juiste banen te leiden. Daartoe behoort, behalve de discriminalisering van abortus en contraceptie, vastlegging van de „behandelingscontractsvrijheid” van de 15 tot 18-jarigen.

Knegsel, 17 februari 1971

Dr. Mr. Dr. W. SCHUURMANS STEKHOVEN

MONOSTOTISCHE FIBREUZE DYSPLASIE UITGAANDE VAN HET MASTOÏD

Met belangstelling nam ik kennis van de publikatie van VENKER (1971). Terecht vermeldt hij, dat de fibreuse dysplasie in zijn monostotische vorm o.a. de schedel als plaats van voorkeur heeft.

In het afgelopen jaar werden in de afdeling kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit drie patiënten gezien met verschillende vormen van faciale fibreuse dysplasie. Het ging hierbij om drie jeugdige patiënten van het manlijk geslacht van resp. 19, 14 en 12 jaar.

Bij de 19-jarige jongen was de aandoening beperkt tot de mandibula.

De patiënt van 14 jaar werd door de tandarts verwezen wegens een sterk verdikte processus alveolaris superior aan één zijde.

Bij de jongen van 12 jaar was eveneens de bovenkaak aan één zijde sterk verdikt. De fibreuse dysplasie was hier echter niet beperkt tot de maxilla: ook de orbita, de sinus maxillaris aan de desbetreffende zijde en het os sphenoidale waren in het proces betrokken. Bij deze patiënt zou volgens de familie de deformatie in de laatste tijd zijn toegenomen.

Wanneer ik de literatuurlijst van VENKER lees, valt mij op dat de geraadpleegde literatuur uitsluitend van buitenlandse oorsprong is en voor het overgrote gedeelte afkomstig is uit keel-, neus- en oorheelkundige bron. Voor de geïnteresseerde lezer komt het mij daarom nuttig voor erop te wijzen, dat in Nederland in 1957 door HADDERS en MERKX een uitvoerige studie is gewijd aan de fibreuse dysplasie, terwijl zeer onlangs door PANDERS (1970) aan de Groningse universiteit een proefschrift over deze aandoening bewerkt is.

Literatuur: HADDERS, H. N. en MERKX, C. A. (1957) *Dysplasia fibrosa monostotica Ned. T. Tandheelk.* 64, 643. — PANDERS, A. K. (1970) *Fibro-osseuze en fibro-osseuze-cementeuze dysplasie van de kaken.* Academisch proefschrift, Groningen. — VENKER, H. (1971) *Monostotische fibreuse dysplasie uitgaande van het mastoïd. Ned. T. Geneesk.* 115, 327.

Amsterdam, 22 februari 1971

W. A. M. VAN DER KWAST

METHADONE

Prof. TRIMBOS behandelt in een klinische les (1971) de behandeling van verslaving aan heroïne met methadone. Methadone is in Nederland verkrijgbaar onder de naam Symoron (Brocades). Het handboek van GOODMAN en GILMAN (1967) vermeldt voor methadone onder meer de naam Amidone. Het Nederlandse *Repertorium verpakte geneesmiddelen* vermeldt deze laatste naam niet. Voorts is amidon een Frans woord voor zetmeel. Franse spécialités dragen soms de vermelding dat zij amidon bevatten; dat is dan een excipiëns. Het gebruik van het woord amidon voor pharmaca is alleen al hierom ongewenst. Indien Amidone als spécialité in de handel is, dient deze naam onveranderd te worden weergegeven.

Literatuur: GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1967) *The pharmacological basis of therapeutics.* New York. — *Reper-*

torium verpakte geneesmiddelen (1971) Haarlem. — TRIMBOS, C. J. B. J. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 261.

Drunen, 14 februari 1971

A. A. HARTMAN

MEDISCHE REGISTRATIE VAN COLLUMFRACTUREN

Uit de ondertitel van de mededelingen van de Stichting Medische Registratie (HOOGENDOORN 1971) zou men verwachten een verslag te krijgen over fracturen van het collum femoris. Omdat het ziekenhuis waarin ik werk, aangesloten is bij de Stichting kon ik opmerken dat de mededeling gedaan is over samengevoegde gegevens van pertrochantere, intertrochantere en collumfracturen. Helaas is daardoor deze statistiek van gering belang en door de titel zelfs misleidend. De verschillen tussen trochantere en collumfracturen zijn zo groot en essentieel, dat het mengen van deze twee groepen het onderzoek nutteloos maakt. Men zou met evenveel zin dan ook de femurschacht- en condylfracturen in de groep kunnen opnemen.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 391.

Amsterdam, 26 februari 1971

J. W. SWAAN

De publikatie van de stichting Medische Registratie over collumfracturen (HOOGENDOORN 1971) behoeft enig commentaar van chirurgische zijde.

De schrijver stelt: „naar het schijnt bestaat geen eenstemmigheid over de vraag welke methode van behandeling de voorkeur verdient: de operatieve dan wel de conservatieve”. Dit geldt m.i. alleen voor de groep „laterale” = extracapsulaire fracturen. Bij de groep collumfracturen in engere zin zal men bij voorkeur opereren, tenzij de algemene toestand zo slecht is, dat operatie niet verantwoord is, dan wel bij de (kleine) groep fissuren.

Het verschil in behandeling in de verschillende ziekenhuizen hangt samen met de operabiliteit in de groep mediale collumfracturen, terwijl bij de groep laterale collumfracturen de therapie afhangt van het aantal beschikbare bedden en of het technisch mogelijk is de fractuur door osteosynthese voldoende te stabiliseren, zodat na wondgenezing ziekenhuisbehandeling niet meer nodig is.

Ik heb de indruk, dat men in het buitenland frequenter operatief stabiliseert dan momenteel in ons land en dat deze tendens ook hier zichtbaar zal worden, hoewel er altijd een percentage patiënten inoperabel zal blijven door slechte algemene toestand.

Bij geruchte heb ik vernomen, dat de Stichting Medische Registratie dit jaar afzonderlijke codenummers gaat invoeren voor mediale en laterale collumfracturen. Latere statistieken zullen dus naar ik hoop meer informatie kunnen geven.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 391.

Assen, 28 februari 1971

H. VAN DER HOUWEN

Naar internationaal voorbeeld vatte de „Classificatie van ziekten voor de registratie van medische gegevens in ziekenhuizen” tot voor kort de mediale en de meer laterale fracturen van het bovenste uiteinde van het femur samen onder de niet ongebruikelijke naam „fracturen van het collum femoris”. Het zal de collegae SWAAN en VAN DER HOUWEN, die ik dank zeg voor hun reactie, goed doen te vernemen, dat het desbetreffende codenummer (nr. 820) na de revisie