

midden gelaten of deze levensgang uitsluitend het gevolg zou zijn van het druggebruik, of dat ook andere factoren daarbij een rol gespeeld hebben. „Deze genuanceerde multicausale overweging” heb ik, naar het oordeel van de genoemde collegae, niet meer laten gelden bij het ontstaan van de psychische storingen bij de drie beschreven patiënten. Deze storingen heb ik aan het gebruik van marihuana toegeschreven. Ik dacht dat mijn opponenten niet nauwkeurig hebben gelezen. Ik heb namelijk over twee groepen van mensen gesproken; de ene groep wordt gevormd door leerlingen van de middelbare school, de andere door patiënten.

De leerlingen van de middelbare school kunnen deze om verschillende redenen hebben verlaten. Het zou mogelijk zijn dat de drugs daartoe aanleiding hebben gegeven. Misschien ten gevolge van de farmacologische werking van de drugs, maar dan zijn het patiënten geworden en komen zij in de andere groep terecht. Het zou echter ook kunnen zijn dat bedoelde leerlingen al „voorbested” waren, de school ontijdig vaarwel te zeggen omdat ze bijvoorbeeld de leerstof niet aan kunnen. Wellicht uit vervalg zijn ze nu drugs gaan gebruiken, maar dat druggebruik heeft op zichzelf geen invloed gehad op het verlaten van de school. Ook is het mogelijk dat er thuis moeilijkheden waren, waardoor ze geremd werden in hun studie; ter compensatie zijn ze nu gaan roken. Zo zouden er nog meer redenen te vinden zijn die ertoe hebben geleid dat de leerling de school heeft verlaten.

Maar nu onze groep van patiënten. De eerste patiënt toonde het „amotivational syndrome” (Mc.GLOTHLIN e.a.), de tweede een acute „marihuana-psychose” die, nadat deze was verbleekt, opnieuw tot bloei kwam na het gebruik van marihuana. De derde werd een polytoxicomane patiënt, die daardoor maatschappelijk aan de zelfkant kwam te staan. Deze patiënten toonden dus ziektebeelden zoals die bekend zijn na marihuana-gebruik. Dat behalve marihuana nog andere factoren van invloed zijn geweest bij het ontstaan van deze ziektebeelden is wel duidelijk. Waarom bijvoorbeeld de ene gebruiker van marihuana gestoord raakt, de ander niet, is een probleem op zichzelf, dat in mijn klinische les niet aan de orde werd gesteld. Had ik dit willen doen, dan zou de klinische les uitgedroefd zijn tot een kleine monografie. Ter wille van de beschikbare ruimte had ik, op verzoek van de redactie, in deze klinische les al besnoeiingen aangebracht. Elders ben ik wel ingegaan speciaal op de vraag waarom niet alle rokers verslaafd raken. Ik heb in mijn antwoord aan collega Vos daarop reeds de aandacht gevestigd en moge thans daarnaar verwijzen (1972).

Wat de andere opmerkingen van mijn opponenten betreft, daarover het volgende.

Allereerst de dementering bij patiënten ten gevolge van marihuana-gebruik: Met CHRISTOZOV heb ik vele patiënten in de psychiatrische inrichting te Berrechid, niet ver van Casablanca, bestudeerd. Daar waren verschillende demente patiënten onder; in de ziektegeschiedenissen werd vaak vermeld dat de dementie het gevolg was van marihuana-misbruik. CHRISTOZOV, een Roemeen — hij werkt thans weer in Boekarest — en ik waren daarvan niet zo overtuigd. Om zekerheid te krijgen over de oorzaak van het dementeringsproces, zal dus nader onderzoek, speciaal ook pathologisch-anatomisch onderzoek, nodig zijn. Daar zullen de collegae van paviljoen III geen bezwaar tegen hebben, dunkt mij.

Waarom ik voor het onderscheid tussen „soft” en „hard” drugs geen nader onderzoek heb aanbevolen, vindt zijn oorzaak hierin dat ik niet weet wat „soft” drugs zijn. Ik heb er in de klinische les reeds op gewezen dat de onderscheiding „soft” en „hard” drugs in de wetenschappelijke literatuur niet wordt gevonden. We hebben hier te doen met een po-

pulaire onderscheiding, die in de wetenschappelijke wereld niet aanvaard is.

Indien de collegae van paviljoen III een nauwkeurige omschrijving kunnen geven van „hard” en „soft” drugs, ben ik zeer gaarne bereid met hen daarover zo nodig in discussie te treden.

Literatuur: BAKKER, P., J. VAN DER MEULEN, H. VAN DER VEEN, G. J. HOLTZER, K. HOETMER en F. POLAK (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 535. — BOOIJ, J. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 650.

Tenslotte nog een opmerking over het schrijven van de heer PORCELIJN (1972). Het is noch mij, noch de Redactie van ons Tijdschrift bekend of hij medicus is. Voor de beantwoording van de vraag van de heer PORCELIJN doet dit er ook niet zo veel toe.

Onder de 2 à 3 procent van de regelmatige gebruikers van marihuana die psychisch uit hun evenwicht raken, zullen waarschijnlijk wel personen zijn, die zonder marihuana-gebruik ook psychisch gestoord zouden zijn geworden. Zoals ik in mijn klinische les reeds heb vermeld, beschikken we over ongeveer 28.000 bedden voor psychiatrische patiënten. Op een bevolking van 13 miljoen mensen betekent dit, dat ongeveer 1/4 procent van de bevolking in psychiatrische ziekenhuizen wordt opgenomen. Van de geschatte 60.000 patiënten die na marihuana-gebruik moeten worden opgenomen, zouden er dan ongeveer 150 ook zonder de marihuana gestoord zijn geraakt. Het wezenlijke van mijn betoog wordt daarmee dan ook niet aangetast.

Literatuur: PORCELIJN, T. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 534.

Amsterdam, maart 1972

J. BOOIJ

Een patiënt met een stoornis van de erectie

De door de collegae VAN DANTZIG en DE GROOT (1972) beschreven patiënt met partiële erectie is te verhelpen met de operatie van Bohayri. Oorspronkelijk bestond deze uit het aanbrengen van een stukje been of kraakbeen in de penis, een operatie die in het Nabije Oosten op grote schaal wordt toegepast bij patiënten met volledige impotentie door welke oorzaak dan ook. Sinds vele jaren maakt men daarbij gebruik van polyethyleen staafjes, die in de corpora cavernosa worden geschoven. Voor de beschreven patiënt lijkt mij dit een goede oplossing.

Literatuur: BEHERI, G. E. (1966) *Plast. reconstr. Surg.* 38, 92. — DANTZIG, A. VAN en W. P. DE GROOT (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 187. — EL-MASRI, D. (1965) *J. méd. liban.* 18, 365.

Amsterdam, maart 1972

G. HELLINGA

Abortus-provocatus-meldingsplicht

Bij de vele discussies de laatste tijd over de wettelijke regeling van het abortusvraagstuk treffen telkens weer de protesten tegen de voorgestelde meldingsplicht. Wij hebben het verzet daartegen kunnen zien en beluisteren op de televisie en kunnen lezen in de krant; verzet, afkomstig van politici en vrouwenbewegingen zoals de Dolle Mina's. Maar ook in de medische tijdschriften komt men uitlatingen tegen

die wijzen op ernstige bedenkingen tegen een wettelijk verplichte aangifte van zwangerschapsonderbrekingen.

In zijn levenswaardige „princiële aantekeningen” bij het in de *Staatscourant* verschenen regeerakkoord inzake de abortus provocatus, laat de jurist SCHUURMANS STEKHOVEN (1972) enkele kritische geluiden horen met betrekking tot de voorgenomen wetwijziging. Het gaat daarbij in hoofdzaak om bepaalde moeilijkheden die collega SCHUURMANS STEKHOVEN voorziet als gevolg van diverse door hem geïndiceerde legislatieve tekortkomingen.

In zijn beschouwing laat hij ook een waarschuwing horen tegen invoering van een meldingsplicht, waarin hij een bedreiging ziet van de vertrouwensrelatie arts-patiënt. Het is tegen dit punt van zijn betoog dat ik bezwaar aanteken. Ik meen nl. dat zijn ter zake weinig genuanceerde beschouwing onrecht doet aan de feitelijke situatie, en dat zijn standpunt — als dit algemeen ingang mocht vinden — de volksgezondheid eerder zal schaden dan goed doen. Juist omdat bekend is hoezeer collega SCHUURMANS STEKHOVEN voor dit laatste op de bres staat, heb ik gemeend hier op zijn lapsus te moeten wijzen.

Al in de inleiding tot zijn betoog, op bl. 203, stelt hij dat een verplichte aangifte onvermijdelijk — er staat immers „dus” — tot schending van het beroepsgeheim moet leiden. Voor angst voor de Big Brother is hier evenwel geen reden. Daartoe zou men immers, zo nodig, de gewenste garanties kunnen inbouwen, zoals bijvoorbeeld het geval is bij de procedure der B-formulieren voor de doodsoorzakenstatistiek. Als oud-chef van de Hoofdafdeling Gezondheidsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (1961-1969) kan ik er voor instaan dat de opgaven bij het CBS volledig veilig zijn. Naar mijn ervaring is ook de Nederlandse artsenwereld daarvan doordrongen. Ik zou dit dan ook niet nóg eens benadrukt hebben, als niet de kans bestond, dat de uitspraak van een zo ervaren en gezaghebbende jurist en medicus blijft hangen en gevoels van wantrouwen achterlaat; een totaal ongemotiveerde achterdocht uiteraard, omdat juist in ons land bijzonder zwaar aan het beroepsgeheim wordt getild.

Het is dan ook duidelijk dat collega SCHUURMANS STEKHOVEN aan geheel andere lekken moet hebben gedacht toen hij neerschreef dat de invoering van de meldingsplicht „stellig een storm van verontwaardiging zal ontmoeten in artsen- en vrouwenkringen”. Als reden voor de door hem verwachte verontwaardiging noemt hij trouwens zelf dat de aanmeldingen in handen komen van het kantoorpersoneel van de inspecteur, waardoor volstreekte geheimhouding zijns inziens nooit kan worden gegarandeerd. Dat laatste is evenwel een misvatting, omdat de opgaven uiteraard anoniem zullen zijn.

Niet anoniem daarentegen is de binnenkomst van de vrouw en het meisje in de abortuskliniek. Terecht kan men zich dan ook afvragen hoeveel groter de kansen op kletspraatjes en lekkages zijn onder het administratieve en verplegende personeel in de ziekenhuizen en abortusklinieken, waar men gezichten ziet — wellicht herkent — namen en adressen noteert, en waar — vooral dit laatste! — het vrouwelijk personeel veel directer en veel emotioneler bij deze noodsituaties en ingrepen is betrokken dan het kantoorpersoneel van de Geneeskundige Inspectie en het Centraal Bureau voor de Statistiek. En aan deze kansen op lekkages verandert men niets door een niet-invoeren van de registratie. Staat men werkelijk op een zo absoluut mogelijke geheimhouding dan kome men niet met even onwaarachtige als irrelevante bedenkingen tegen de voorgenomen registratie. Het enige is dan in het geheel niet over te gaan tot een wetwijziging, doch alles bij het oude te laten: in de obscure

wereld van de criminele vruchtafdrijving heeft men — om welke reden dan ook — nu eenmaal meer garanties dat er niet wordt gepraat!

Is er aldus niets zinnigs in te brengen tegen een verplichte abortusregistratie, van niet minder belang is dat men beseffe dat er veel vóór is. Ik doel hier niet op een eventuele wetenschappelijke benutting van de gegevens. Maar wel is duidelijk dat de registratie met het verschaffen van gegevens over omvang en verdeling van de legale zwangerschapsonderbrekingen en de zich daarin voordoende ontwikkelingen een waardevolle bijdrage kan leveren tot de voorbereiding en bepaling van het overheidsbeleid in deze sector van gezondheidszorg, en — in een latere fase — een toetssteen kan zijn bij de evaluatie ervan. Voorts behoeft het geen betoog dat het Staatstoezicht op de Volksgezondheid over een instrument moet kunnen beschikken waarmee het de vinger aan de pols kan houden bij de verdere ontwikkelingen. Dit vooral ook, omdat het hier een probleem betreft waarbij — zoals de ervaring leert — gemakkelijk ontsparingen voorkomen.

Om voor dit „toezicht” de gemakkelijk tot rebellie leidende term „bevoogding” te gebruiken lijkt mij minder juist. Meer getuigend van verantwoordelijkheidsbesef jegens volk en maatschappij is het naar mijn mening, in deze abortusregistratie een waardevol instrument te zien om te kunnen waken over dit speciale aspect van de volksgezondheid; een onmisbaar hulpmiddel bij de vervulling van een heilzame overheidstaak.

Als later mocht blijken dat sommige vrouwen — het zullen er vermoedelijk geen „ontelbare” zijn zoals collega SCHUURMANS STEKHOVEN verwacht — zich tot de onbevoegde aborteurs blijven wenden in plaats van gebruik te maken van medisch-deskundige hulp in erkende ziekenhuizen en abortusklinieken, dan zal wel niemand met hem geloven dat dat komt uit „verontwaardiging over de verplichte aangifte”. De voorkeur voor de heimelijke weg zal bij sommigen wel blijven bestaan. Ook in andere landen is men er met een legalisatie niet in geslaagd het kwaad van de criminele vruchtafdrijving uit te roeien. Dat ligt ook voor de hand zolang er meisjes en vrouwen zijn, die — voor thuis of voor de bureaus — de betreffende openbaarheid die de behandeling in een kliniek nu eenmaal meebrengt, blijven schuwen. Maar daarmee hebben anonieme opgaven en tellingen in een waterdicht statistisch bureau hoegenaamd niets te maken.

Literatuur: SCHUURMANS STEKHOVEN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 203.

Leidschendam, 21 februari 1972 MEINDERT J. W. DE GROOT

Collega DE GROOT vergeet in zijn door mij zeer gewaardeerde commentaar dat de bedoeling van de meldingsplicht zou zijn, artsen die de voorgenomen reglementering overtreden te kunnen vervolgen en dat de inspecteur van de volksgezondheid opsporingsambtenaar is, zowel met doorgifteverplichting van strafbare feiten aan de officier van justitie als met tuchtcollege-klachtrecht. Indien de inspecteur van dat recht gebruik maakt of die plicht nakomt wordt de geaborteerde vrouw lastig gevallen als kroongetuige, die door rechter-commissaris gehoord zal moeten worden en op de zitting zal kunnen worden opgeroepen.

Tegen anonieme registratie zoals bij het Centraal Bureau voor de Statistiek bestaan deze bezwaren niet.

Knegsel, 15 maart 1972

Dr. Mr. Dr. W. SCHUURMANS STEKHOVEN

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 16, 1972