

de titel van het boek correspondeert met de inhoud, welke terreinen de schrijver in hoofdzaak heeft betreden, welke de hoofdlijnen zijn van het betoog, hoe de literatuur is verwerkt en eventueel of de uitvoering van het werk redelijk is. Voorts is ook de stijl van de schrijver van belang.

Wordt in het boek een onderzoek beschreven dan is het soms gewenst de belangrijkste resultaten hiervan in het kort te vermelden. Het heeft naar het inzicht van de redactiecommissie weinig zin, wanneer een recensent zich in den brede in een wetenschap-

pelijke discussie begeeft met de auteur of zich in zijn bespreking richt op een bepaald onderdeel van het boek. Een algemene, waar nodig ten opzichte van de inhoud kritische, informatie aan de lezer, zo mogelijk gehouden binnen veertig tot vijftig regels druks, heeft haar voorkeur."

Wij vertrouwen dat met medewerking van velen de rubriek „Boekbesprekingen” het lezen waard zal worden.

Groen, J. J. (1958) huisarts en wetenschap 1, 81.

G. J. Bremer

De techniek van de geboorteregeling (1)*

DOOR P. J. F. DUPUIS, HUISARTS TE ROTTERDAM

Algemene inleiding. Sprekend over geboorteregeling moet men onderscheid maken tussen „populationplanning” en „familyplanning”: de eerste is een zaak van de overheid, de laatste van het echtpaar. Voor de overheid is in hoofdzaak het totale aantal geboorten van belang; het laat haar min of meer onverschillig hoe de situatie in elk gezin afzonderlijk is, zij streeft, al naar de omstandigheden, hetzij naar een algemene verhoging van het geboorteniveau, hetzij, zoals nu in vele ontwikkelingsgebieden, naar een drastische verlaging daarvan. Het is mogelijk, dat de overheid daarbij een beroep doet op de (huis)artsen, voorzover die er zijn; het is ook denkbaar, dat zij algemene maatregelen neemt, niet alleen in de sociaal-economische sfeer, maar bijvoorbeeld ook door een hypothetische stof aan het voedsel toe te voegen, of door het organiseren van — soms mobiele — poliklinieken voor contraceptieve hulp. De genoemde mogelijkheid van het toevoegen van een stof aan het voedsel is overigens niet zo denkbeeldig: zo is men er in geslaagd uit de gewone erwten een stof te isoleren, die bij gebruik door de vrouw de kans op zwangerschap met 50 procent zou dalen, een in bepaalde situaties voor een regering beslist aanlokkelijk resultaat. Overigens moge ik volstaan met hierover op te merken, dat een theoretische vermindering van de kans met 50 procent beslist niet tot halvering van het aantal zwangerschappen zou behoeven te leiden, aangezien voor elke ovulatie de kans opnieuw 50 procent zou zijn. Met andere woorden: een in een bepaalde maand niet zwanger geworden vrouw heeft dan in de volgende maanden telkens weer 50 procent kans het te worden.

Ik wil hier niet op doorgaan, omdat de huisarts, voor wie ik schrijf, niet tot degenen behoort, die zich in eerste instantie met bevolkings-politieke vraagstukken heeft bezig te houden. Om die reden kan ik er mij van ontslagen achten de vraag te behandelen of, waar en in hoeverre de bevolkingsdruk

* Het tweede en derde deel, waarbij ook de literatuurlijst, zullen in de volgende nummers verschijnen.

zodanige vormen aanneemt, dat, naast andere ingrepen, maatregelen ter beteugeling van het aantal geboorten onontkoombaar zijn.

De huisarts heeft vrijwel uitsluitend te maken met „familyplanning”, met de wensen en verlangens van de echtgenoten inzake de uiteindelijke grootte van hun gezin en de spatiëring van de geboorten. Indirect kan de bevolkingsdruk zich natuurlijk weerspiegelen in de wensen en behoeften van het echtpaar en er bestaan ongetwijfeld idealisten, die bij de „planning” van het aantal kinderen niet slechts hun eigen situatie beschouwen, maar rekening willen houden met de stand van zaken in de wereld.

Het is echter niet anders te verwachten, dan dat het slechts een heel kleine minderheid is, die zo reageert: in de regel laat men zich beïnvloeden door omstandigheden dichter bij huis, ja in huis, door zuiver persoonlijke omstandigheden dus (*Straver*). Daarbij is dan ook niets te beginnen met een middel als de erwten: geen echtpaar zal bereid zijn genoegen te nemen met een middel, dat de kans op zwangerschap slechts tot de helft reduceert. De eerste vereiste, waaraan een goed contraceptivum moet voldoen, is dan ook betrouwbaarheid, veiligheid. Daarnaast moet het het echtelijk samenzijn zo weinig mogelijk hinderen en esthetisch verantwoord zijn, terwijl het des te geschikter is, naarmate het eenvoudiger is toe te passen, hetgeen immers de kans op fouten vermindert; ook de prijs van het contraceptivum kan van invloed zijn. Bij de bespreking van de afzonderlijke methoden en middelen zullen wij deze aan de genoemde criteria toetsen.

Nog een ander belangrijk criterium verdient alle aandacht, namelijk de aanvaardbaarheid vanuit geloofsstandpunt. In tegenstelling tot nog maar enkele tientallen jaren geleden, om ons tot ons eigen land te bepalen, toen de contraceptie als zodanig een heftig omstreden en voor vele christenen speciaal onverteerbare zaak was, is de noodzaak en het nut van geboorteregeling nu algemeen aanvaard, door vrijwel alle kerken en zeker ook de rooms-katholieke. Men spreekt nu zelfs van de plicht tot verant-

woorde gezinsvorming en staat afkeurend tegenover de houding van afwachten, van alles op zijn beloop laten. Een mens moet zich ook in dezen van zijn verantwoordelijkheid bewust zijn, tegenover elkaar als echtgenoten, tegenover de kinderen, de maatschappij en God. Natuurlijk ontmoet men nog wel een echtpaar, dat aan deze ontwikkeling niet toe is — geen wonder eigenlijk als men nagaat, hoe kort geleden het nog is dat deze ontwikkeling in vele kringen volstrekt uit den boze werd geacht — maar in het algemeen is de noodzaak van en de plicht tot geboorteregeling allerwegen aanvaard. Mede onder de druk der omstandigheden wellicht erkent men, dat onder meer de enorme daling van de sterfte, door menselijk vernuft tot stand gebracht, een zeker herstel van evenwicht nodig maakt, althans een inperking van de explosieve bevolkingstoename door beteugeling van het aantal geboorten anderzijds. Dit geldt eveneens voor het afzonderlijke gezin: ongeveer een eeuw geleden mocht een ouderpaar heel blij zijn, als het de helft van het aantal kinderen, hun geboren, zag opgroeien; alleen al de zuigelingensterfte beliep in die tijd tussen de 300 en 400 pro mille. Tegenwoordig dient men er ernstig rekening mee te houden dat vrijwel ieder kind, dat wordt verwekt, ook wordt geboren en opgroeit en tussen de 15 en 30 jaar lang een veelzijdige verzorging en begeleiding zal behoeven, lichamelijk en geestelijk.

Het is daarom ook echt niet nodig, met „bijzondere” omstandigheden als woningnood, gebrek aan huishoudelijke hulp en dergelijke te gaan argumenteren om de noodzaak van geboorteregeling aan te tonen. Het komt er op aan slechts zoveel kinderen te krijgen als men lichamelijk en geestelijk aan kan, als men in staat is behoorlijk groot te brengen en op te voeden. Uitzonderingen daargelaten, blijkt dit aantal aanzienlijk beneden het bij een vruchtbaar huwelijk van normale lengte fysiologisch mogelijke van 8 tot 16 te liggen. In de regel houdt verantwoorde gezinsvorming dan ook het nemen van beperkende maatregelen in, maar toch mag niet onvermeld blijven, dat ook het omgekeerde denkbaar is en vóórkomt. Dit is echter een geheel aparte materie en in dit artikel zal ik mij dan ook beperken tot de verschillende aspecten van geboorteregeling in de gangbare betekenissen van „geboortebeperving”. Ik vat daarbij met toestemming en instemming van de redactiecommissie, het begrip „techniek” in een zeer ruime zin op; ik bedoel hiermede dat ik het onjuist acht mij te beperken tot het bespreken van de technische toepassing in engere zin van de verschillende middelen en methoden.

Juist omdat het hier gaat om middelen, waarvan de toepassing ten nauwste allerlei psychische en levensbeschouwelijke aspecten van het mens-zijn raakt, is het volstrekt onvoldoende de indicatie voor een bepaald middel uitsluitend van organische factoren te laten afhangen. Wij moeten ons afvragen, hoe de betrokkenen alles verwerken. Zo kan een pessarium occlusivum „volmaakt” passen, maar als

de vrouw een onverwerkte innerlijke afkeer ertegen behoudt, zal dat de kans dat zij het, eenmaal aan zichzelf overgelaten, niet op de goede wijze inbrengt, belangrijk vergroten en daarmee de betrouwbaarheid ervan aanzienlijk reduceren. De hulpbiedende arts, wil hij werkelijk hulp bieden, moet proberen deze bestaande afweer te ontdekken. Relatief grote stunteligheid bij het passen en oefenen kan hem op de goede weg brengen, maar vóór alles lijkt een rustig gesprek ter inleiding op de hulp nodig, speciaal als de vrouw alleen op het spreekuur komt. Komen man en vrouw samen en blijkt de man duidelijk bereid tot alle mogelijke samenwerking, blijken zij samen en eventueel met hun geestelijke raadsman of met goede vrienden, alles te hebben doorgespraakt, dan is de situatie bij voorbaat al gunstiger dan wanneer een vrouw alleen komt, slechts oppervlakkig of in het geheel niet met haar man heeft gesproken, doch in een opwelling is komen binnenstappen, of gezwicht voor de sterke druk en aandrang van een familielid of vriendin; dan is een langer durend gesprek noodzakelijk teneinde te kunnen vaststellen, of zij de situatie zelf voldoende heeft verwerkt en aanvaard.

Blijft de arts hier in gebreke en verschaft hij slechts de beste technische hulp, dan komt het niet zelden tot een neurosevorming, die zich onder meer kan uiten in stoornissen als frigiditeit en anorgasmie, terwijl, zoals reeds opgemerkt, dan ook de kans op mislukkingen groter is. Dit laatste is niet moeilijk in te zien: een sterke geremdheid, weerstand bij het gebruik, een wél en tegelijk niet willen, leidt tot onzorgvuldigheid bij het toepassen en soms zelfs tot „vergeten” van de toepassing.

Het zou te ver gaan te beweren, dat dit soort gevolgen altijd is te voorkómen, maar wel is aannemelijk dat zij vaker optreden naarmate het contact met de behandelend arts korter en onpersoonlijker is geweest. Niet de zuiver technische kant van het advies is het belangrijkste, maar het aanvoelen van de psychische instelling van de patiënten. De arts moet duidelijk maken dat een zekere tegenzin, tegen welke methode ook, volkomen begrijpelijk is; worden deze barrières echter erkend, van beide zijden, door patiënt en arts, dan zijn zij in de regel wel te overkomen. Alleen: dit uitpraten vraagt tijd. Toont de arts haast te hebben, te willen opschieten, dan bestaat er een grote kans dat de patiënt niet met alle vragen en problemen op dit gebied voor de dag komt en dan misschien met een advies naar huis gaat, dat niet helemaal op zijn of haar situatie is afgestemd, dat zo goed als zeker organisch-technisch in orde is, maar niet aangepast aan de psyche van de patiënt.

Het is daarom ook van het grootste belang dat de arts zoveel zelfinzicht heeft, dat hij weet te voorkomen, dat hij zijn eigen visie en voorkeur aan de patiënt opdringt. Juist vanuit hun onzekerheid, vanuit de moeite die zij hebben tot praten te komen, zijn de patiënten niet zelden maar al te graag be-

reid de mening van de arts over te nemen: „als de dokter dat een goede methode vindt”. Natuurlijk mag een arts een persoonlijke voorkeur hebben en daar ook wel voor uitkomen, maar dan toch met een duidelijke reserve en onder de pertinente vaststelling, dat het voor iedereen een heel persoonlijke zaak is. Hij moet goed kunnen luisteren en proberen er achter te komen of de door de patiënt naar voren gebrachte redenen voor zijn komst de echte zijn, of dat er diepere motieven zijn, die helemaal niet identiek hiermee zijn. Dit peilen van de innerlijke instelling van de echtgenoten is lang niet altijd eenvoudig, maar wil men de best mogelijke hulp verlenen dan moet men hier toch wel zoveel mogelijk naar streven.

In de praktijk blijkt namelijk dat het merendeel van de patiënten de moderne methoden of helemaal niet gebruikt of met het gebruik hiervan niet geregeld voortgaat, zonder dat dit laatste op het verlangen naar een nieuwe zwangerschap berust. Vragen wij ons af wat hiervan de oorzaken kunnen zijn, dan ligt het voor de hand eerst te denken aan de anti-seksuele opvoeding welke vele nu gehuwden nog hebben ontvangen. Niet weinig vrouwen zijn dan ook bang voor het aanraken van de eigen geslachtsorganen, speciaal maar niet alleen uit andere dan hygiënische overwegingen; zij beleven dit als een soort masturbatie, die hun in de jeugd zo absoluut is verboden. De arts dient er bijzonder voor op te passen, bij de vrouw acute angsttoestanden op te roepen, door haar als het ware te dwingen dit aanrakingstaboe te overtreden.

Een andere oorzaak kan zijn dat vele patiënten tot de arts komen, gedreven door de angst voor „weer een kind”, maar zonder het ingrijpen „tegen de natuur” echt te hebben verwerkt. Men moet niet te gering denken over de gevolgen van de sinds generaties aangekweekte angst voor de „lusten zonder lasten” en voor de erin gehamerde mening, dat het zonde is geslachtsgemeenschap en bevruchtungskans opzettelijk van elkaar te scheiden. Het komt daarbij niet in hoofdzaak op het verstandelijk inzien aan; dat is bij wijze van spreken na een enigszins diepgaand gesprek of na het lezen van een boek gemakkelijk en snel te corrigeren. Maar het menselijk gevoelsleven reageert veel langzamer, heeft veel meer tijd nodig om zich te wijzigen, vooral de dieper liggende lagen ervan.

Voorts zij men er op bedacht dat ook de arts maar een mens is, die op dezelfde wijze als zijn patiënten anti-seksueel is opgevoed en, mede omdat de aard van zijn opleiding in genen dele een tegenwicht vormt, dus evenmin vrij is van affectieve weerstanden en remmingen. Hoe meer hij zich daarvan bewust is, hoe verder hij zich heeft weten te onworstelen aan de taboes en inzicht heeft in zijn eigen nog bestaande tekorten, des te beter zal hij in staat zijn patiënten in deze kiese kwesties adequaat te adviseren. Dit laatste is alleen mogelijk als hij in

staat en bereid is de diverse methoden zo objectief mogelijk onderling te vergelijken.

In dit verband meen ik er goed aan te doen reeds thans te wijzen op het gevaar, dat eraan verbonden is wanneer, zoals wel gebeurt, huisartsen, die zich nooit met contraceptie hebben ingelaten, nu ineens wel ertoe overgaan de orale middelen voor te schrijven. Zij zijn immers niet in staat de voor- en nadelen van deze laatste af te wegen tegen die van andere methoden. Tenslotte is het wel zeer gewenst dat de behandelende arts zelf getrouwd is en niet slechts met de theorie, maar ook met de praktijk bekend is. Vooral vrouwen vinden het prettiger met een getrouwde man te kunnen praten. Dit dan voor zover men niet, zoals bijvoorbeeld in Engeland bij de daar functionerende bureaus van de Family Planning Association, de voorkeur geeft aan — liefst toch ook getrouwde — vrouwelijke artsen.

Samengevat komt het er op neer dat de hele persoonlijke instelling van de arts van overwegend belang is. Bij het aanbevelen van een methode zal hij zijn aanbeveling in hoge mate laten bepalen door de subjectieve houding van het echtpaar, zal hij hun gevoelens en reacties zeer zwaar laten wegen. Dit kan echter nooit betekenen dat een arts op die gronden een volstrekt onbetrouwbare of schadelijke methode zou mogen aanbevelen, maar wel, dat bij de keus tussen de objectief inderdaad betrouwbare en bij dit echtpaar toepasbare methoden, de subjectieve beleving de beslissende factor moet zijn. Daarom is het van zo groot belang, dat het echtpaar het spreekuur bezoekt en dat de arts met hen beiden kan spreken, zowel tezamen als ook afzonderlijk, speciaal de vrouw. Het komt namelijk nogal eens voor dat de vrouw niet echt uit vrije wil komt, hetgeen een, psychologisch gezien, hoogst ongelukkig begin is. Met name als zij alléén het spreekuur komt bezoeken dient voorzichtig naar de reden daarvan te worden geïnformeerd; voorzichtig, om niet al te gauw de vinger op een wonde plek te leggen. De informatie is echter nodig om te weten te komen of de man tot medewerking bereid is of dat de vrouw in zekere zin zichzelf tegen haar man moet beschermen. Dat laatste levert een psychisch ongunstige situatie op; het maakt groot verschil of de vrouw een pessarium occlusivum gebruikt, omdat haar man zelf niets wil doen, of omdat man en vrouw in onderling overleg tot de conclusie zijn gekomen, dat hun huwelijk en hun omgang het best tot zijn recht komen bij het gebruiken van een pessarium door de vrouw.

Karl Barth heeft geschreven, dat, aangezien de vrouw alle lasten van het wél zwanger worden heeft te dragen, de man nu maar eens de zorg voor het niet zwanger worden van zijn vrouw op zich moet nemen. Hoe plausibel dit standpunt ook klinkt, het is mijns inziens onjuist omdat het man en vrouw te veel tegenover elkaar plaatst en op dit punt niet meer als twee-eenheid beschouwt. Het echtpaar be-

hoort als paar te beslissen tot welk middel of methode het overgaat, welke ingreep naar zijn gevoelens zijn liefdesgemeenschap het minst hindert.

Deze laatste formulering „het minst hindert” is met opzet gekozen, omdat er nog geen enkele methode bekend is, die in geen enkel opzicht hinderlijk is. De ervaringen van de laatste tijd lijken er op te wijzen, dat sinds het op de markt komen van orale middelen, steeds meer echtparen bezwaren gaan opwerpen tegen het gebruik van mechanische middelen.

Zolang zij de keus hadden tussen „gewoon” omgaan met elkaar met het daaraan verbonden risico van zwangerschap, coïtus interruptus, algehele of periodieke onthouding en de mechanische middelen, viel hun de keus niet moeilijk en namen zij de bezwaren van de mechanische middelen min of meer gewillig op de koop toe. Dit laatste is moeilijker geworden, nu zij weten, dat als de vrouw maar eenvoudig 's avonds een tabletje neemt, dat „gedoe” achterwege kan blijven. Waar van de echtgenoten niet kan worden gevegd dat zij voldoende inzicht in de medische consequenties van de orale middelen kunnen opbrengen, is het de verantwoordelijke taak van de arts, hun te helpen de mogelijke riskante gevolgen van de laatste af te wegen tegen het spontaner met elkaar kunnen omgaan van de echtgenoten.

De moeilijkheid daarbij is, dat de arts niet over directe feiten beschikt, die tegen orale contraceptie pleiten, maar voor zichzelf tot een waardering moet komen van de kans op complicaties bij langer gebruik, zowel voor de vrouw als voor een eventueel later nog geboren kind. Een onbetwiste voorman op dit gebied, de Engelse arts Parkes, heeft het in de zomer van 1964 nog zó uitgedrukt toen hij juist terugkwam van een conferentie in de Verenigde Staten met vooraanstaande onderzoekers als Pincus en Rock: „Wij kennen, ondanks het reeds enorme gebruik, nog geen enkele werkelijk schadelijke werking van de pil, maar het zal nog tien tot twintig jaar duren, vóór wij met volstrekte zekerheid kunnen zeggen dat er geen schadelijke werking mogelijk is.”

Ook bij de bespreking van de verschillende methodieken zal ik niet uitvoerig op deze kwesties kunnen ingaan, aangezien dat minstens één groot apart artikel zou vergen. Vast staat wel dat de indicatiestelling voor de arts sinds de introductie van de orale middelen niet eenvoudiger is geworden, behalve misschien in één opzicht, dat van het rekening houden met de geloofsovertuiging van de patiënt. Uit eigen ervaring weet ik hoe moeilijk het kan vallen een r.k. echtpaar weer opnieuw met de periodieke onthouding te moeten helpen, als deze al ettelijke malen is mislukt. In de protestants-christelijke sector was het de laatste jaren in dit opzicht steeds minder gecompliceerd geworden: hoe langer hoe duidelijker en in steeds groter aantal hebben de protestantse kerken zich uitgesproken in die zin, dat voor het ethisch gehalte van de geboorteregeling de motieven beslissend zijn en niet de middelen. Dit

laatste in scherpe tegenstelling tot de leer van de r.k. kerk, waarin nog steeds de befaamde uitspraak van Pius XI in zijn encycliek *Casti Canubi* (1930) geldt: „Elk gebruik van het huwelijk, waarbij aan de handeling door de willekeur van de mensen, zijn natuurlijke kracht tot het wekken van nieuw leven wordt ontnomen, handelt tegen de wet Gods en de natuur en die dat toch doen, bevleken hun geweten met een ernstige schuld.”

Echter gaan ook in de r.k. kerk steeds meer stemmen op, waaronder die van vooraanstaande kardinalen, die stellen dat hiermede de zaak niet is afgedaan en die mogelijkheden zien van een nieuwe interpretatie van deze uitspraak in het licht van een antropologische visie op de mens (Nijmegen!). En op het ogenblik is de situatie reeds zo, dat wanneer een r.k. echtpaar zich in geweten genoopt voelt in het belang van hun huwelijk en gezin voorbehoedmiddelen te gebruiken, het de sacramenten niet meer wordt onthouden. Wanneer daarom de adviserend arts van mening is, dat het gebruik van een mechanisch middel geïndiceerd is, behoeft hij hier niet zonder meer van af te zien als het echtpaar praktiserend katholiek is.

Werd in het voorgaande gezegd dat betrouwbaarheid de eerste eis is, welke men aan een methodiek moet stellen, dan moet hier nu nog aan worden toegevoegd, dat dit wel in het algemeen geldt maar, afgezien van geloofsaspecten, ook in strikt medische zin niet altijd. Men dient namelijk onderscheid te maken tussen vrijwel absolute en meer relatieve indicaties voor voorkóming van zwangerschap. Is er een zeer ernstig, overwegend bezwaar tegen een nieuwe zwangerschap of is het meer een kwestie van: „het zou niet prettig zijn, als . . .”? In het laatste geval kan men bijvoorbeeld bij gebleken tegenzin tegen het gebruik van condooms nog wel een pessarium occlusivum aanbevelen, ook al is de ligging daarvan, bijvoorbeeld door een lichte prolaps, niet helemaal ideaal. Ook kan men dan eerder tegemoetkomen aan de eventuele wens zich uitsluitend aan de methode van de periodieke onthouding te houden. En bij een zeer lichte indicatie kan zelfs het uitsluitend gebruik van een „spermacide pasta” (het is meer een gelei) in aanmerking komen. Het komt er dus op neer dat men de eis van de betrouwbaarheid minder zwaar kan laten wegen ten opzichte van andere gewichtige factoren, naarmate de indicatie minder stringent is.

Op grond van opgedane ervaringen meen ik voorts nog de vraag aan de orde te moeten stellen, of de arts ieder echtpaar, dat hem om anticonceptioneel advies verzoekt, dient te helpen. Mijns inziens beslist wel: het past de arts geenszins de moralist uit te hangen. Dat betekent uiteraard niet dat hij niet het recht zou hebben, misschien zelfs de plicht, een poging te doen — als hij, om welke reden dan ook, deze wens van het echtpaar onjuist acht — zijn gevoelens op het echtpaar over te dragen, hetgeen natuurlijk iets anders is dan opdringen;

integendeel, als hij meent tegen het voornemen te moeten waarschuwen, behoort hij dat ook te doen. Slaagt hij er echter niet in zijn mening te laten overnemen, dan is het zijn taak deskundig advies te geven of desnoods, als hem dat in geweten onmogelijk is, de patiënt zelf te verwijzen naar een instantie, die wel zou kunnen en willen helpen. Het advies „probeer maar ergens anders.” doet in zijn vaagheid tekort aan de verantwoordelijkheid van de arts voor zijn patiënten. In dit verband zou ik aanstaande echtparen gelijk willen stellen met echtparen. Moeilijker wordt het als minderjarigen om advies komen: het lijkt aangewezen dan in elk geval niet buiten de ouders om te helpen.

Een laatste algemene kwestie die aan de orde dient te komen, de ethische onzekerheid, hangt samen met enkele nieuwere methoden, die de laatste jaren op de markt zijn geweest respectievelijk gekomen. Het betreft de orale anticonceptiemiddelen en de moderne plastic versie van de obsoleete Graefenberg-spiraal. Men zal zich herinneren dat in de historie van de anticonceptionele middelen deze door de tegenstanders ervan veelal zijn uitgekreten voor abortiva, terwijl de voorstanders de juistheid van deze gelijkstelling steeds met grote verontwaardiging hebben ontkend en juist de nadruk hebben gelegd op het (grote) principiële verschil: bij anticonceptie wordt (mogelijke) bevruchting voorkómen, bij abortus bestaat er echter al een vrucht, die wordt gedood.

Het merkwaardige feit doet zich nu voor, dat deze oude kwestie, die de laatste tien jaren nauwelijks meer leefde, opnieuw aan de orde moet komen, omdat zich stoffen en middelen aandienen die wel degelijk op het grensgebied van anticonceptie en abortus werken. Wat namelijk te denken van stoffen,

die de bevruchting van de eicel niet voorkomen, maar het bevruchte ei tot afsterven doemen door de innesteling ervan in de baarmoederwand te verhinderen? Waarmee heeft men hier te maken? Het is mij bekend, dat beide mogelijke redeneringen een zekere aanhang hebben; ten eerste, het zijn wel degelijk abortiva, want of de vrucht nu groot of klein is, het is een vrucht en verhinderen van de innesteling komt praktisch neer op doden van de vrucht; ten tweede, het zijn nog contraceptiva want de noodzakelijke eenheid tussen moederlichaam en vrucht is nog niet tot stand gekomen, de moeder is daarom nog niet zwanger en dus kan er nog geen sprake van zwangerschapsverstoring zijn.

Hoewel ik geneigd ben, voor de laatste uitleg te kiezen en ook de katholieke moraaltheoloog *Van de Marck* dat heeft gedaan in zijn inmiddels befaamde voordracht op het symposion van de medische faculteit van Nijmeegse studenten op 8 november 1964, zou ik er toch verre de voorkeur aan geven middelen te kunnen toepassen, waarvan de werking minder onduidelijk is, meer specifiek anti-conceptioneel. En niet alleen op ethische gronden. Hoewel de ervaring leert dat tal van vrouwen, die er hoge beginselen op na houden, niettemin rustig komen vragen om een middel, dat „hun weggebleven menstruatie weer op gang helpt” en helemaal niet ont-hutst blijken als de arts dan stelt dat dit neerkomt op het vragen om abortus, dient men ook rekening te houden met de mogelijkheid dat anderen, als hun de toedracht van de werking van anti-nidatie middelen bekend wordt, dit als een psychotrauma zullen ervaren, zoals — naar inmiddels is bewezen — in elk geval niet zelden voorkomt, zelfs bij legale abortus in een wat later stadium.

Eerst thans lijkt het moment gekomen, de voornaamste methoden tegen elkaar af te wegen.

De stethoscoop*

DOOR A. VAN ROTTERDAM

Inleiding. De borstwand beweegt, evenals de rug, ten gevolge van de werking van de inwendige organen. Voor het grootste gedeelte worden deze bewegingen, welke periodiek zijn, veroorzaakt door het hart en de longen. Uitsluitend die bewegingen welke in het audiogebied (ca 30-16.000 Hz) liggen kunnen, mits sterk genoeg, met behulp van een stethoscoop als geluid worden waargenomen (*figuur 1*).

De bijdrage van het hart kan men onderverdelen in twee groepen van componenten: a de beweging van het hart als geheel; b de beweging van hart en grote vaten ten gevolge van de bloedstroming en het openen en sluiten van de kleppen.

De bijdrage van de longen heeft ook twee groe-

pen van componenten: a de langzame beweging bij het vullen en ledigen van de longen; b de beweging door de luchtstroming in de longen.

Afhankelijk van hun frequenties zullen al deze bewegingen meer of minder goed worden voortgeplant naar de borstwand. De voortplanting is ook afhankelijk van specifieke eigenschappen, zoals viscositeit, dichtheid en elasticiteit van de tussen de borstwand en de bron gelegen weefsels.

Wanneer hart of longen niet normaal functioneren zal in vele gevallen een verandering in het bewegingspatroon van borstwand en rugwand optreden, die specifiek is voor de betreffende afwijking. Aan het patroon zal men dus de afwijking meer of minder goed kunnen herkennen. Om de borstwand-beweging te kunnen bestuderen zijn verschillende

* Uit het Medisch-Fysisch Instituut T.N.O. te Utrecht.