

hier tot aan de gedachte aan zwangerschapsvoorbehoeding uiteraard slechts een kwestie van tijd. Sindsdien zijn vele proeven op grote en kleine schaal begonnen. Het proefdier was min of meer vrijwillig de vrouw. Vast staat nu wel dat zij haar tijdelijke onvruchtbaarheid in 5 à 6 pct van de gevallen moet bekopen met meer of minder heftige misselijkheid, dat wil zeggen met een zich voortdurend onwel-voelen, en dat in een nog niet nader bepaald percentage der gevallen de vrouw in gewicht toeneemt. Onze mannelijke collegae spreken hier van een vrijwel ideaal middel.

Reeds in onze studententijd werd ons bij de bespreking van de spermatogenese uitvoerig uiteengezet hoe kwetsbaar en door allerlei invloeden van binnen en van buiten aan te tasten de laatste fase van de spermatogenese was.

Het is vrijwel niet denkbaar dat er geen hormonen bestaan die door regelmatige toediening deze laatste fase tijdelijk aantasten. Laten wij aannemen dat de research — ware zij hierin geïnteresseerd — het ontwikkelen van een dergelijk preparaat niet meer moeite zou kosten dan tot nu toe aan de ontwikkeling van de gestagene preparaten ten koste is gelegd. Zou dan niet de emancipatie werkelijk voltooid zijn? Ieder echtpaar had zijn eigen bijdrage tot de onvruchtbaarheid. Het ene jaar de vrouw, het volgende jaar de man. Voor hem als onderbreking van het gestage innemen wellicht de luttele dagen van haar gelukkig normale menstruatie. Wat een wilde storm zou er echter opsteken onder de onaantastbare heren der schepping. De gedachte aan een kunstmatige verstoring van een van de exponenten van hun mannelijkheid: hun vruchtbaarheid, doordringt alle lagen van ego, super-ego en onderbewustzijn. En zou wellicht dan de tot nu toe zo zelden uitgesproken gedachte kunnen rijzen dat „de pil” met al zijn werkingen en bijwerkingen voor een normale vrouw ook een psychische belasting betekent? Zeker, vruchtbaarheid is niet een absoluut genoegen. Maar de pil doet toch beslist meer dan alleen maar vrouwen kalmeren en geruststellen. Hij ontnemt ze, zij het slechts tijdelijk volgens de meeste schrijvers, hun vruchtbaarheid, hij doorbreekt een cyclus die het meest essentieel vrouwelijke vertegenwoordigt. Omdat ook de pil bijzonder veel angst wegneemt, gaat in de meeste betogingen de bevrijdende waarde van de pil verre vooraan. Bij vele vrouwen die ik sprak, ontstaat, als de angst eenmaal verdwenen is, een gevoel van onvoldaanheid, van niet meer geheel vrouw zijn, een gevoel dat naar ik meen door onze mannelijke collegae alleen dan op zijn juiste waarde kan worden geschat en worden geïnterpreteerd als zij zich meer dan tot nu toe zouden willen inleven in de voor hen denkbare situatie, die verkregen zou worden met behulp van het nog niet — en wellicht nooit — ontwikkelde medicament anti-Y.

's-Gravenhage, 29 november 1963

N. A. O. VAN DER HOEVEN-WEGENER SLEESWIJK

DE ETIOLOGIE VAN FLUOR VAGINALIS BIJ 400 PATIËNTEN

Het onderzoek van collega VERSCHOOF (1963) heeft terecht de aandacht gevestigd op de betekenis van het onderzoek van de cervix bij dit symptoom. Helaas zijn tegen de opzet en conclusies van dit onderzoek verschillende bezwaren aan te voeren.

In de eerste plaats zijn bij dit onderzoek betrokken alle patiënten die fluor hadden, ook als dit niet de hoofdklacht was en zonder dat vermeld is wat onder fluor wordt verstaan. Door „nadrukkelijk informeren” naar dit moeilijk te waarden symptoom wordt het materiaal een selectie van die patiënten, die het meest voor suggestie vatbaar zijn.

Een tweede bezwaar geldt de conclusie, dat de ectopie al

dan niet gecombineerd met een regeneratiezone een etiologische betekenis zou hebben bij de fluor vaginalis. Interessant is hierbij de vergelijking met een vorig onderzoek van de schrijver (1962). Bij 500 patiënten vond hij toen 295 maal een ectopie of regeneratiezone of beide, d.i. 59 pct. Ik kan dan ook niet onder de indruk komen van het percentage van 60,8 in de huidige studie.

De conclusie dringt zich op, dat deze afwijkingen met fluor geen enkel verband hebben. SCHNEPPENHEIM e.a. (1958) hebben aangetoond, dat de ectopie in de geslachtsrijpe leeftijd als een fysiologische toestand moet worden beschouwd, en dat de plaats van de overgang van cilinder- in plaat-epitheel, die dus overeenkomt met de regeneratiezone, varieert met de leeftijd. In ieder ongeselecteerd gynaecologisch materiaal vindt men bij 70-80 pct van de patiënten kolposcopisch een ectopie of regeneratiezone op de portio (CRAMER 1956; FINKBEINER 1957). Dat deze afwijking op zichzelf de oorzaak is van een pathologische fluor, is dan ook zeer onwaarschijnlijk. Jammer is, dat over de laceraties van de cervix en de toestand van het cervixslijm niets is vermeld (endocervicitis, endometritis?).

Een derde bezwaar is, dat de leeftijdsverdeling van de patiënten — die dus gezien het voorgaande van betekenis kan zijn — slechts vergeleken is met de leeftijdsverdeling van de patiënten uit de vorige publikatie (1962), waarvan niet blijkt dat het ongeselecteerd materiaal betreft. De conclusie, dat de fluor vaginalis in alle leeftijdsgroepen blijkbaar evenveel voorkomt is dan ook wel bijzonder weinig gefundeerd.

Tenslotte zou het goed zijn eens te bewijzen, dat asthenie, verlegenheidsdiagnose bij uitstek, inderdaad betekenis heeft als etiologie van fluor vaginalis.

Literatuur: CRAMER, H. (1956) *Die Kolposkopie in der Praxis*. Georg Thieme, Stuttgart. — FINKBEINER, H. (1957) in: *Früherkennung und Behandlung des weiblichen Genitalcarcinoms*. Ferd. Enke, Stuttgart. — SCHNEPPENHEIM, P. c.s. (1958) *Arch. Gynäk.* **190**, 303. — VERSCHOOF, K. J. H. (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2576; (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 2219.

Nijmegen, 30 november 1963

F. ENGEL

EEN SNELLE KWANTITATIEVE MICRO-BEPALING VAN FIBRINOGEEN IN PLASMA

Aan de toepassing van de eenvoudige kwantitatieve bepaling van fibrinogeen, zoals deze door Dr. STRENGERS en Mej. ASBERG (1963) wordt beschreven, kleven naar mijn mening enige ernstige bezwaren. Deze test berust, evenals de reeds veel gebruikte methode van Clauss en de kwantitatieve weegmethode, op het toevoegen van trombine aan een fibrinogeen-houdende vloeistof, i.c. plasma. Bij patiënten met een hoge fibrinolytische activiteit in het bloed, zoals deze bestaat bv. na inspanning, tijdens operaties en na het toedienen van stoffen zoals nicotinezuur, wordt het aanwezige fibrinogeen niet afgebroken, maar zodra er fibrine ontstaat, wordt deze wel gelyseerd. Het gevolg is dan ook dat tijdens de vorming van het fibrinestolseltje bij de toevoeging van de trombine in de test, fibrine afgebroken wordt. In enkele minuten kan zo zelfs een groot stolsel volledig vervloeien. Om deze reden wordt daarom ook altijd bij de weegmethode tevoren een fibrinolyse-remmende stof aan het plasma toegevoegd (E-aminocapronzuur of trasylool) voordat de trombine erbij wordt gedaan. Verzuimt men dit, dan vindt men bij bovengenoemde patiënten ten onrechte een laag fibrinogeen gehalte. Vooral in obstetrische klinieken zou men op deze wijze ten onrechte a- of hypofibrinogenemieën diagnosticeren. Dit zou zelfs niet ongevaarlijk zijn, als men op