

De hier weergegeven ervaringen hebben mij de overtuiging gegeven, dat aminozuurmengsels en vetemulsies een vaste plaats in de therapie verdienen. Naar mijn gevoel wordt er in Nederland vaak nog te laat aan deze mogelijkheid van volledige intraveneuze voeding gedacht. Het gerefereerde experimentele onderzoek toont aan, dat het lichaam de in de vetemulsies aangeboden vetten snel en doeltreffend weet te verwerken.

*Literatuur:* ABBOTT, W. E., H. KRÜGER en S. LEVEY (1959) *N. Y. Med.* **59**, 2911. — ALEXANDER, C. S. en L. BIEVE (1961) *Arch. intern. Med.* **107**, 514. — AMRIS, C. J., J. BROCHNER en V. LARSEN (1964) *Acta chir. scand.* suppl. 325, bl. 70. — CARLSON, L. A. en D. HALLBERG (1963) *Acta physiol. scand.* **59**, 52. — EMMET HOLT, L. en S. E. SNIJDERMAN (1965) *Nutr. Abstr. Rev.* **35**, 1. — GIGON, J. P., F. ENDERLIN en S. SCHEIDEGGER (1966) *Schweiz. med. Wschr.* **96**, 71. — HALLBERG, D. (1965) *Acta physiol. scand.* suppl. 254, bl. 5. — HALLBERG, D. en J. WERSÄLL (1964) *Acta chir. scand.* suppl. 325, bl. 23. — LEHR, H. B., J. E. RHOADS, O. ROSENTHAL en W. S. BLAKMORE (1962) *J. Amer. med. Ass.* **181**, 745. — SALTER, J. M. (1964) in: G. DUNCAN, *Diseases of metabolism*. 5e druk. W. B. Saunders, Philadelphia en Londen. — SCHETTLER, G. en W. SCHWARTZKOPF (1962) *Dtsch. med. Wschr.* **87**, 2667. — SODEMAN, W. A. (1961) *Physiology*. 3e druk. W. B. Saunders, Philadelphia. — VLAARDINGERBROEK, W. M. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2306. — WADDELL, W. R., R. P. GEYER, E. CLARK en F. J. STARE (1953) *Amer. J. Physiol.* **175**, 299. — WICK, A. (1961) *Praxis* **50**, 25.

Oudewater, april 1966

St. Jacobziekenhuis

W. M. VLAARDINGERBROEK

#### POST AUT PROPTER? CORONARIA-TROMBOSE EN VENEUZE TROMBO-EMBOLIE NA LANGDURIG GEBRUIK VAN ORALE ANTICONCEPTIVA

Prof. LINDEBOOM (1967) neemt aan, dat er voor het ontstaan van een hartinfarct (en wel ook op steeds vroegere leeftijd) multicondionele oorzaken zijn. Hij denkt, dat Lyndiol tenslotte de doorslaggevende factor is geweest voor het ontstaan van het hartspierinfarct.

Boven wordt zelfs een voorbeeld gegeven: Ik herinner mij nog steeds het geval van een jonge vrouw . . . die op 28-jarige leeftijd, plotseling, durante coitu, overleed. Mogelijk was hier het „durante coitu” de doorslaggevende factor?

Er kan zeker durante coitu een stress zijn, een spanning, nervositeit, en vooral angst. Als men dagelijks anti-conceptiepillen aan jonge vrouwen moet afgeven, weet men, dat vele vrouwen angst hebben. Angst om toch zwanger te worden, angst om hun gezondheid, angst dat de pil niet werkt, of dat men toch een keer vergeet ze in te nemen.

Bovendien zullen de meeste vrouwen, ten minste in mijn praktijk, veel frequenter coitus uitoefenen, wanneer ze de pil gaan innemen. Dus zullen zij, vooral de eerste maanden, in een grotere spanning en nervositeit leven. Zij kunnen ook vermoeider geraken dan wanneer zij niet cohabiteren.

M.i. zijn er vele factoren van psychische en fysieke aard, die kunnen bijdragen tot het opvoeren van de multicondionele oorzaken. (Zo zijn er o.a. nog religieuze conflicten die vaak moeten overwonnen worden, en vooral voor de vrouw is het vaak niet alleen een vereenvoudiging van het huwelijksleven, maar in tegenstelling een meer gecompliceerd maken ervan).

Ik meen dat Lyndiol en andere orale anticonceptiva dergelijke „bijwerkingen” hebben. Zijn er hieromtrent studies gemaakt? (Overigens dacht ik, dat oestrogenen de vrouw voor een hartinfarct juist beschermen).

*Literatuur:* LINDEBOOM, G. A. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 161. Sevelen (Zwitserland), 5 februari 1967 N. BALZER

Mij zijn geen speciale studies bekend over de psychische repercussies welke het gebruik van de anticonceptie-pil bij de vrouw kan hebben. De pil moge alleen hormonale gevolgen hebben, het gebruik van de pil heeft er meer. Mevrouw E. A. MEYLINK-HYLKEMA gaf op 29 januari 1965 voor de afdeling Utrecht van de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een „beschouwing van de kant van de vrouwelijke psychiater”\*, waarin zij hierover belangwekkende dingen heeft gezegd, bv. dat de vrouw „van een gezond persoon wordt tot een patiënte, die door schijnzwangerschap een graviditeit moet voorkomen, regelmatige controle behoeft, steeds tabletten moet slikken, soms gepreoccupeerd wordt door allerlei „neurasthenische” verschijnselen en worstelt met een gewichtstoename”. En verder: „Het lijkt alsof de vrouw meer geëmancipeerd zal leven door het gebruik van de tabletten . . . Maar ze wordt nu gebonden door ‘een pil’.”

Deze vrouwelijke psychiater pleitte voor een intensiever onderzoek naar nevenverschijnselen uit de hoek van de „petite psychiatrie”.

Amsterdam, 13 februari 1967

G. A. LINDEBOOM

Gelukkig heeft Prof. LINDEBOOM (1967) zowel in de titel als in de bespreking van twee dramatische ziektegevallen in zijn klinische les zelf twijfel uitgesproken ten aanzien van het verband tussen het gebruik van orale anticonceptiva en trombo-embolische processen. Zijn voorlaatste alinea („Hoe wel wij het niet met zekerheid kunnen aantonen, menen wij toch, dat Lyndiol aan de totstandkoming van de levensgevaarlijke processen bij onze beide patiënten bepaaldelijk heeft meegewerkt.”) bevat dan ook m.i. een ongerijmdheid als hij dit verband toch met stelligheid wil suggereren. Eerder in zijn betoog geeft hij zelf toe dat alleen een groots opgezet statistisch onderzoek ons zekerheid in deze netelige materie kan verschaffen. Het is natuurlijk vrijwel onmogelijk de twee beschreven patiënten „af te zetten” tegen een verantwoord aantal niet-gebruiksters, omdat de afgrenzing van het aantal, de aard en de hoedanigheid van de bij een dergelijk onderzoek betrokkenen alsmede de praktische uitvoerbaarheid grote moeilijkheden opleveren. Toch zou zo’n onderzoek de enige methode zijn om ons zekerheid te verschaffen.

Het lijkt mij bovendien dat in deze individuele gevallen een vrijwel niet-belastend onderzoek naar de door Prof. LINDEBOOM genoemde stollingsfactoren wellicht wat meer opheldering had kunnen geven, al zou ook dan nog voorzichtigheid moeten worden betracht met de conclusies.

Haast ironisch bedoeld komt ons de keerzijde van het reclameblad voor, ingevoegd aan het eind van de klinische les, waarop een farmaceutische industrie het preparaat Lyndiol 2,5 mg aanprijst. Het is mij overigens een raadsel dat vele collega’s voortgaan met het voorschrijven van Lyndiol 5 mg, terwijl het niet minder effectieve, maar wel minder bijwerkingen veroorzakende preparaat met de helft van de dosering aan progestagene stof al sinds 1964 in de handel verkrijgbaar is. Het onlangs geïntroduceerde Ovulen (1 mg progestagene per tablet) zou, wanneer meer bekend is van dit preparaat, opnieuw een belangrijke aanwinst kunnen zijn. Maar ook met de laagst-mogelijke dosis van „de pil” zullen alleen grote retrospectieve en mogelijk ook prospectieve onderzoekingen in deze kwestie het laatste woord bieden. Het aannemen van een verband, zoals be-

\*Vrij uitvoerig verslag hiervan in: J. A. PUTTO (1965) De anovulatie-pil. *Geneesk. Gids* **43**, 239.

doeld door Prof. LINDEBOOM, lijkt mij dan ook niet gemotiveerd.

*Literatuur:* LINDEBOOM, G. A. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 161.

Amsterdam, 6 februari 1967

F. BIJLSMA

Helaas kan ik niet inzien mij aan een ongerijmdheid, d.i. een innerlijke tegenstrijdigheid, te hebben schuldig gemaakt. Op de zekerheid in de geneeskunde heb ik een ietwat andere visie dan collega BIJLSMA. Het onderzoek, dat hij als de enige methode beschouwt om zekerheid te verschaffen, kan alleen een statistische „zekerheid” bieden en in het enkele geval slechts een kleinere of grotere mate van waarschijnlijkheid.

Amsterdam, 13 februari 1967

G. A. LINDEBOOM

Het getuigt van een goede medische moraal als wij onze collegae (en door hen de mensheid) waarschuwen tegen het gebruik van gevaarlijke geneesmiddelen. Het is nuttig, de schadelijke bijwerkingen te kennen van overigens goede geneesmiddelen. Het is echter niet nuttig en het getuigt van een ongenueanceerde moraal als wij slechts op onbewezen vermoedens waarschuwingen menen te moeten uiten tegen een middel, vooral als dit middel er een is dat nog steeds met zoveel taboe en twijfel is omgeven als „de pil”. Voortdurend bereiken ons, naast een aantal wetenschappelijk gefundeerde, en statistisch gezien reële contra-indicaties, een serie alarmberichten die, hoewel vooralsnog ongegrond, voor velen zijn om aansluitend op hun ethische twijfel een „fysieke” en dus „echt geldende” reden te vinden om hun patiënten de pil te onthouden, ja zelfs te verbieden. Nu er eindelijk een middel is, dat de massale psychische nood kan ondervangen, die voortkomt uit het ongewenst-kind-zijn, ongewenste-kinderen-krijgen, en seksuele spanningen in het huwelijk, blijkt dat allerlei ethische en morele twijfels blijven bestaan. Dat is heel begrijpelijk: het is moeilijk, ons toe te staan dat wij mogelijk een kind niet wensen, nog moeilijker, ons te moeten realiseren dat wij zelf mogelijk wel eens een ongewenst kind geweest zouden kunnen zijn, en het is „te-gennatuurlijk” (althans zo krijgt men de indruk) dat de mooie band van het huwelijk wel eens scheuren zou kunnen gaan vertonen door seksuele spanningen.

Het is óók heel begrijpelijk dat Prof. LINDEBOOM in zijn klinische les schrijft dat hem „slechts de mogelijke bijwerkingen” interesseren, en dat hij „niet in wenst te gaan op de psychologische zijde” van het vraagstuk.

Het is echter ónbegrijpelijk, dat hij met professorale autoriteit onbewezen vermoedens uitsprekt zonder zich de consequenties te realiseren (ook al laat hij de twijfels aan eigen vermoedens blijken). Juist omdat het probleem (zoals Prof. LINDEBOOM zelf schrijft) uitgaat boven de betekenis van enkele gevallen, dienen wij de zekerheid te hebben van grote, vergelijkende statistieken, want alleen die kunnen ons leren wat de juiste benadering is voor het individu dat onze aandacht vraagt. (Uiteraard dient men de kennis die men van de statistieken heeft, aan te passen bij het individu!).

Vermoedelijk heeft Prof. LINDEBOOM nooit op grond van zijn herinnering aan de 28-jarige vrouw met xanthomen die durante coitu overleed, aan andere jonge vrouwen met xanthomen de coitus verboden. In feite is het waarschijnlijk, dat voor grote aantallen gezonde jonge vrouwen op grond van zijn stuk nu een angstvrije coitus onmogelijk wordt gemaakt. Zij zullen nl. óf de pil niet meer krijgen (met de kans ongewenste kinderen te krijgen), óf slechts na een waarschuwing van de collega die voor zijn twijfels op andere gronden

(ethiek, moraal, eigen seksuele instelling)-nu nieuw „rationeel” materiaal heeft gekregen!

Voor alle zekerheid wil ik hierbij stellen dat ik nóch de intelligentie, nóch de lees kwaliteiten onderschat van mijn collegae. Zij zouden nl. allen uit de klinische les de twijfels van de schrijver kunnen bemerken. Wie er echter op let, zal voortdurend verbaasd zijn te constateren hoe verschrikkelijk groot de behoefte van velen is, die eigenlijk door „andere” oorzaken tegen de pil zijn, „lichamelijke, dus rationele” argumenten te gebruiken. Zeker als die argumenten, hoewel onbewezen, door professorale autoriteit gesanctioneerd zijn, en bovendien in het verleden ook al eens beschreven (zij het eveneens onbewezen)!

*Literatuur:* LINDEBOOM, G. J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 161.

Amsterdam, 6 februari 1967

G. R. VAN DEN BERG

Niet gaarne zou ik door een wederwoord, dat wellicht opnieuw van een „ongenuanceerde moraal” zou getuigen, de indruk van het moreel zo gevoelig genuanceerde betoog van de heer VAN DEN BERG willen verzwakken. Ik zie daar dus, sine ira et studio, principieel van af.

Amsterdam, 13 februari 1967

G. A. LINDEBOOM

#### IS GEBRUIKMAKING VAN DE PIL MEDISCH-ETHISCH TOELAATBAAR?

Prof. DROGENDIJK (1967) acht de kunstmatige scheiding tussen coïtus en conceptie zedelijk geoorloofd, omdat tussen coïtus en conceptie niet alleen een temporeel maar ook een essentieel onderscheid bestaat. Op bl. 204 wordt nog eens herhaald „De geslachtelijke ontmoeting behoort tot het wezen van het huwelijk en de geslachtsdaad vervult een eigen zelfstandige rol in de liefdesgemeenschap tussen man en vrouw.”

Inderaad bestaat tussen het begrip coïtus en het begrip conceptie een essentieel onderscheid, maar behalve bij kunstmatige inseminatie vindt conceptie alleen plaats na coïtus, en er bestaat dus een nauw oorzakelijk verband tussen coïtus en conceptie. Al wordt met de geslachtsdaad niet beoogd conceptie tot stand te brengen maar een ander doel nagestreefd, het gaat erom, of dit andere doel een kunstmatige scheiding tussen coïtus en conceptie ethisch wettigt.

Prof. DROGENDIJK acht dit geoorloofd vanwege de eigen zelfstandige betekenis of rol in de liefdesgemeenschap tussen man en vrouw. Ik meen, dat deze eigen zelfstandige betekenis dieper moet worden ontleed om ze te kunnen gebruiken als argument voor de zedelijke geoorloofdheid. Als dat echter niet mogelijk is acht ik een dergelijk vaag en onduidelijk begrip geen argument in een ethische beoordeling. Dat slechts het motief van voorkoming van zwangerschap beslissend is, zal geen moralist onderschrijven, want ook een edel motief, tot welke verboden daad ook, maakt deze niet toelaatbaar. Ik durf dit nauwelijks met voorbeelden te illustreren, omdat het vanzelfsprekend is. Niemand zal stelen geoorloofd achten om medemensen uit geldelijke moeilijkheden te helpen, en zieken uit een afgrijselijk lijden te verlossen maakt doden niet geoorloofd. Hier geldt: het doel heiligt niet de middelen.

Ik meen dan ook, dat Prof. DROGENDIJK de in de titel gestelde vraag niet afdoende heeft beantwoord.

*Literatuur:* DROGENDIJK, A. C. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 201.

Nijmegen, 7 februari 1967

R. BAHLMANN