

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

FORMULARIUM DER NEDERLANDSE APOTHEKERS

Half februari 1967 is de eerste serie voorschriften verschenen van het *Formularium der Nederlandse Apothekers (F.N.A.)*. Aanleiding tot deze uitgave is de zeer verwarde toestand die in Nederland op receptuurgebied bestaat: soms zijn tientallen voorschriften in gebruik voor een zelfde preparaat, die zelfs binnen een zelfde plaats van elkaar kunnen afwijken. Noch door middel van de Nederlandse Farmacopee — waarvan het accent veel meer op monografieën voor grondstoffen ligt dan op bereidingsvoorschriften — noch door middel van de *Codex Medicamentorum Neerlandicus* — waarvan de laatste uitgave uit 1941 dateert — wordt voldoende eenheid op receptuur- en voorschriftengebied bereikt. Ook blijkt er een duidelijke behoefte te bestaan aan voorschriften van meer rationele samenstelling wat bereiding en houdbaarheid betreft en die bovendien zijn aangepast aan de hedendaagse opvattingen.

In de loop der jaren is reeds een aantal bereidingsvoorschriften gepubliceerd door het Laboratorium der Nederlandse Apothekers (L.N.A.) en daarnaast ook door de Documentatiecommissie voor Praktische Farmacie. De beide instanties hebben thans in deze hun krachten gebundeld en in de eerste plaats een inventaris opgemaakt van de bestaande toestand, door uit het gehele land een groot aantal voorschriften te verzamelen. Deze zijn kritisch bekeken en uitvoerig besproken, en van de tenslotte geselecteerde of nieuw uitgewerkte voorschriften is de bereiding in de praktijk beproefd, zodat mag worden verwacht dat de uiteindelijke, complete verzameling, het *Formularium der Nederlandse Apothekers*, zeer bruikbaar zal blijken te zijn.

Tijdens de opbouw van dit *Formularium*, waarvan de hoofdstukken met onregelmatige tussenpozen zullen verschijnen, worden de volledig uitgewerkte voorschriften uitsluitend aan de apotheekhoudende apothekers toegezonden. Intekening hierop staat echter ook voor anderen open en dit zou in het bijzonder voor apotheekhoudende huisartsen van belang kunnen zijn. Ten einde de voorschriften beter tot hun recht te doen komen worden deze, telkens van elk verschenen hoofdstuk, in verkorte vorm toegezonden aan alle huisartsen en specialisten, daarbij voorzien van een index. Zodra het gehele *Formularium* compleet is, zullen de verkorte voorschriften in een boekje gebundeld en voorzien van een cumulatieve index worden uitgegeven.

Bij het voorschrijven op recept kan worden volstaan met achter de naam van het voorschrift toe te voegen F.N.A., bv. Ungt. hydrocortisoni F.N.A., Cremor neomycini F.N.A. In elke Nederlandse apotheek zal dan een preparaat van dezelfde samenstelling worden afgeleverd.

's-Gravenhage, 17 februari 1967 M. VAN DER VLERK,
secretaris-penningmeester

PROF. DR. D. A. DE JONG-STICHTING

De beheerders van de Prof. Dr. D. A. de Jong-Stichting delen mede, dat zij een subsidie beschikbaar zullen stellen aan een arts, dierenarts, bioloog of farmacoloog om de uitvoering mogelijk te maken van een onderzoek op het gebied van de Vergelijkende Ziektekunde in de meest uitgebreide zin.

Zij, die hiervoor in aanmerking wensen te komen, worden uitgenodigd zich vóór 15 april 1967 schriftelijk aan te melden

bij de secretaris. Hierbij dient opgave te worden verstrekt van de aard en de doelstelling van het te verrichten onderzoek en tevens een beknopt werkschema en een globale begroting der kosten te worden overlegd.

24 februari 1967

Namens de Beheerders,
de voorzitter,
Prof. Dr. J. D. VERLINDE;
de secretaris-penningmeester,
Prof. A. VAN DER SCHAAF,
(Leijenseweg 34, Bilthoven)

INGEZONDEN

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

DECUBITUS IN HET VERPLEEGTEHUIS

In zijn artikel roert collega JONKER (1967) het probleem aan van de incontinente bedlegerige patiënt.

Voor mannen is hiervoor een eenvoudige oplossing, namelijk de „condoomcatheter”. Een condoom wordt door middel van een kleine opening verbonden met een plastic slangetje dat naar een receptaculum voert, dat aan het bed kan worden opgehangen. De verbinding wordt met kleefpleister vastgeplakt, evenals het condoom dat over de penis wordt geschoven.

Naar een hoofdverpleegster mij mededeelde, is dit systeem op diverse afdelingen van het Dijkzigtziekenhuis te Rotterdam reeds jaren in gebruik, en het voldoet goed.

Literatuur: JONKER, A. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 79.

Rotterdam, 2 februari 1967

W. J. FEIKEMA

Ziekenhuis Dijkzigt

De door collega FEIKEMA meegedeelde methode van urine opvangen bij incontinente mannen is mij onbekend. Ik wil deze suggestie gaarne overnemen. Een bezwaar lijkt mij deze oplossing voor de patiënt na mobilisatie, waar wij toch altijd naar moeten streven.

Voor dit doel wordt thans bij ons beproefd de „Abdobag” — een plastic opvang-eenheid rondom de penis, die op de buikhuid wordt bevestigd met een klevende ring (zoals bij de coloplast). Dit geheel kan verbonden worden met de „Dispoz. a. bag”, een receptaculum, dat met een paar rubberbandjes aan het bovenbeen wordt bevestigd. Het systeem lijkt plezierig en kan niet lekken. Het is veel gemakkelijker en uiteraard veel hygiënischer dan de vroegere rubber receptacula. Hoewel het wel de bedoeling is, dat het tot de wegwerpmaterialen wordt gerekend (ze worden ook steriel afgeleverd) zijn de kosten ervoor toch nog wel iets te hoog.

Hengelo, 13 februari 1967

A. JONKER

(MEDISCHE) ETHIEK EN SOCIALE (VERZEKERINGS)GENEESKUNDE

De ongetwijfeld belangwekkende beschouwingen van Prof. DROGENDIJK (1967) riepen bij mij herinneringen op aan lang vervlogen dagen, toen de toenmalige Huisartsen-Commissie geconfronteerd werd met de „moraal-clausule” in de mantelovereenkomst met het toenmalige RKWV (Rooms-Katholieke Werklieden-Verbond) en de bekende moraaltheoloog Prof. KORS het r.k. standpunt in een bestuursvergadering van de H.C. kwam toelichten. Nooit heb ik vergeten de woorden, die DEELEN Sr. — die de „edele Delen” genoemd werd — op de in aansluiting daaraan gehouden buitengewone algemene vergadering van de Maatschappij kort en bondig uitsprak ter toelichting van zijn stem tegen

het sluiten van de genoemde overeenkomst. „Wij r.k. artsen zijn tegen deze overeenkomst: meneer pastoor heeft al veel te veel te vertellen”.

Het wil mij voorkomen, dat Prof. DROGENDIJK reeds in de titel van zijn opstel het probleem verkeerd stelt: „gebruikmaking” (het innemen) van anticonceptiva heeft wel iets met ethiek, maar niets met medische ethiek te maken. Immers de medisch-ethische kant van het probleem is beperkt tot de toelaatbaarheid van het „voorschrijven”. En als hij dan stelt, dat de medicus practicus door zijn patiënten naar zijn mening gevraagd wordt inzake de „zedelijke toelaatbaarheid” van de gebruikmaking, dan schijnt het mij duidelijk, dat de schrijver de grens tussen ethiek en medische ethiek miskent.

Ik zou hem willen tegenwerpen, wat wij Prof. KORS tegenwierpen: de arts (de behandelend geneesheer) is geen censor morum; ik zou bovendien willen accentueren: de arts is geen deskundige op het terrein van de ethiek (zedeleer wordt tijdens de artsenopleiding niet onderwezen). Aan patiënten, die de behandelend arts om zijn mening vragen inzake de zedelijke toelaatbaarheid van enige vorm van geboortenregeling moet hij antwoorden: met die vraag bent U bij mij aan het verkeerde adres, ik ben geen deskundige en geen autoriteit op dit terrein, daarvoor moet U bij de dominee of pastoor zijn.

Pastoralmedicin is heel interessant en zelfs heel belangrijk voor de medicus practicus om zich te bezinnen op de zedelijke toelaatbaarheid van het voorschrijven van bepaalde middelen aan patiënten, die tegen de gebruikmaking geen zedelijke bezwaren hebben.

Zolang dominees en pastoors (resp. hun Kerken en Kerkelijke autoriteiten) eigenlijk geen raad weten met het door Prof. DROGENDIJK aangesneden probleem en meest letterlijk met hun handen in hun haar zitten, doen de medici verstandig van dit hete hangijzer der moraaltheologie af te blijven. De hoop dat „Roma locuta causa finita” zal blijken, zou wel eens heel spoedig in rook kunnen vervliegen; de ernstige controversen die te dien aanzien tijdens en na het Concilium Vaticanum aan de dag getreden zijn, voorspellen niet veel goeds voor een bevredigende oplossing op korte termijn van dit wereldprobleem. Van het komende Pastoraal Concilie in ons land is evenmin een oplossing te verwachten. Gezwegen van de Oecumene.

Intussen zou ik van deze gelegenheid gebruik willen maken om Prof. DROGENDIJK als hoogleraar in de sociale geneeskunde te interpellieren over de sociale (verzekerings)geneeskundige kant van het probleem. Die culmineert in twee wel zeer actuele vragen:

1. Is een zuiver „geboortenregelingsmiddel” wel een „geneesmiddel”?
2. Verdient het aanbeveling deze middelen niet alleen op de U.A.-lijst maar ook op de U.R.-lijst, bedoeld resp. in art. 4(1) en art. 4(4) van de nieuwe wet op de geneesmiddelenvoorziening te plaatsen?

Bij de eerste vraag teken ik het volgende aan:

a. Het *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal* van VAN DALE verstaat onder geneesmiddel in ruimere zin ieder middel om ziekten tegen te werken en genezing te bevorderen of te bewerken;

b. De ter zake dienende algemene definitie van art. 1 sub e van de wet op de geneesmiddelenvoorziening spreekt van „zelfstandigheden, welke worden gebruikt voor genezing, leniging of voorkoming van enige aandoening, ziekte, ziekteverschijnsel, pijn, verwonding of gebrek bij de mens” (met dien verstande, dat de Minister ook alle mogelijke andere zelfstandigheden tot „geneesmiddelen” door wetsduiding kan promoveren).

Aangezien 90-99 pct van de geboortenregelingsmiddelen niet worden voorgeschreven of op strenge medische indicatie gebruikt (gesteld in verband met voor de hand liggende of met min of meer goed recht veronderstelde gevaren aan graviditeit voor moeder en kind verbonden) heeft mijn vraag, resp. hebben mijn beide vragen uitsluitend betrekking op het karakter van het middel als middel voor gezinsplanning (resp. ter voorkoming van gezinsvorming o.a. bij ongehuwden en uit economische of sociale overwegingen bij jonggehuwden, gehuwde studerende, inwonende, één-kamergehuwden), enz.

Mijn belangstelling voor het antwoord op beide vragen draagt een overwegend verzekeringsgeneeskundig karakter; als medisch adviseur van diverse ziektekostenassuradeuren kom ik dagelijks op de overgelegde apothekersrekeningen deze middelen tegen, op verzoek — omdat zij anders geen recht hebben — eenmaal op onbeperkt herhaalbaar recept voorgeschreven (terwijl zij bij de specialist niet behoeven terug te komen). Het is allerminst gewaagd te voorspellen, dat binnen enkele generaties een groot percentage van de vrouwenwereld van menarche tot menopauze continu op basis van deze middelen zal leven, zodat men ze tot de „levensbehoeften” zal kunnen rekenen. Een utopie? Neen! Bij een zo algemeen gebruik — nu reeds — is dit middel (onverschillig of het nu, en in welke zin het een „geneesmiddel” mag heten) geen verzekeraar risico meer, te minder daar vele vrouwen en meisjes het reeds voor de aanvang van de verzekering regelmatig gebruiken. Men zal dus in de toekomst in de particuliere ziektekostenverzekering zeker tot algemene uitsluiting van dit middel moeten overgaan. Maar het probleem blijft bestaan voor de sociale ziekenverzorgingsverzekering (ziekenfondswet, wet op de zware geneeskundige verzorgingsrisico’s in een nabije toekomst) waar men er ook hoe langer hoe minder raad mee zal weten. Immers naarmate de bevolking toeneemt, is bevolkingsbeperking een algemeen volksbelang van zo dringende urgentie (kijk maar naar de ontwikkelingsgebieden), dat levensmiddelen pas na geboortenregelingsmiddelen aan de orde komen. Ja, dat men, om te zorgen dat de verstrekte geboortenregelingsmiddelen gebruikt worden, die in toenemende mate in levensmiddelen zal incorporeren.

Misschien is Prof. DROGENDIJK van oordeel dat deze beschouwingen bedenkelijk de grens van het medisch-ethisch-toelaatbare naderen. Indien dat het geval mocht zijn, zou mijn repliek luiden: „primum vivere, deinde philosophari”.

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

Knegsel (N. Br.), 3 februari 1967

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

De verhouding ethiek - medische ethiek en in dit geheel de plaats van de arts en de patiënt zie ik, in navolging van vele andere auteurs, bepaald anders dan collega SCHUURMANS STEKHOVEN. Als volgt moge ik dit toelichten.

Er zijn twee redenen waarom de arts zich niet afzijdig kan houden van de ethiek inzake geboortenregeling. De eerste is deze, dat de patiënt in bepaalde gevallen het oordeel van zijn huisarts hieromtrent wil weten, hetgeen tussen haakjes in het geheel niet uitsluit dat ook nog het advies van anderen wordt ingewonnen (bv. van een seksuoloog, gynaecoloog, psychiater, psycholoog, een pastor of een jurist). In de tweede plaats ontsnapt geen enkel aspect van het menselijk handelen en derhalve ook van het medisch handelen, aan de ethische normering, aan een fundamentele beoordeling in het licht van wat de mens in diepste wezen is en behoort te zijn. Evenals de man van wetenschap zich bij elk nieuw experiment heeft af te vragen of het ethisch geoorloofd is,

zo heeft de medicus practicus zich bij de toediening van een nieuw middel af te vragen of het voorschrijven en gebruik daarvan zedelijk toelaatbaar is.

Medische ethiek nu is meer dan de dusgenaamde medische etiquette, w.o. te verstaan de gebruikelijke omgangsvormen tussen artsen onderling en hun optreden naar buiten, afspraken omtrent tarieven e.d. (ook wel aangeduid als medische fatsoensleer). Medische ethiek is een verbijzondering van ethiek en moraal, waarbij dan onder ethiek te verstaan is de zedenleer, een wetenschap niet van feiten maar van normen die de menselijke waardigheid in de gemeenschap ten opzichte van zijn medemens bepalen en onder moraal het in plaats en tijd gebonden stelsel van aanvaarde opvattingen en voorschriften betreffende goed en kwaad. Of gelijk LINDEBOOM (1957) het uitdrukt: „Onder medische ethiek verstaat men de bezinning op, of de leer van, de normen, waaronder de arts de geneeskunst dient uit te oefenen, en die zijn richtsnoer moet zijn in situaties, waarin in zijn geweten twijfel kan opkomen over de te volgen gedragslijn. Deze situaties zijn gekenmerkt door een problematiek, welke inhaerent is aan de uitoefening der geneeskunst.”

Medische ethiek onderscheidt zich van de ethiek in het algemeen door het feit dat ze toegepast wordt op een bijzondere relatie, te weten de relatie arts-patiënt. De patiënt toch wendt zich in een noodsituatie tot de arts, de deskundige, om hulp en wordt zodoende in hoge mate afhankelijk, een afhankelijkheid waarmee niet zelden het leven gemoeid is. Tot de pijlers van de medische ethiek wordt dan ook terecht gerekend de eerbied voor het leven en de eerbied voor de menselijke persoonlijkheid. En van dit laatste is de verhouding arts-patiënt zeker niet het minst belangrijke aspect (JONGSMA 1966).

Gezien het feit dat er langzaam maar zeker een grote openheid in sexualibus is ontstaan, wordt de huisarts vaker dan voorheen geraadpleegd over middelen en methoden tot geboortenregeling, en dit niet alleen t.a.v. de doeltreffendheid, maar ook inzake de zedelijke toelaatbaarheid van een en ander.

De huisarts dient zich nu bij zijn advies voortdurend te realiseren dat er een nauw verband bestaat tussen enerzijds de mate waarin de seksualiteit door zijn patiënt is geaccepteerd en in zijn leven is geïntegreerd en anderzijds het effect van zijn adviezen. Hierdoor komt de huisarts naast medische ook voor ethische, c.q. theologische aspecten van de anticonceptie te staan. Elk middel ter effectuering van de geboortenregeling heeft voor- en nadelen, welke niet beperkt blijven tot de somatische sfeer, maar evenzeer liggen op psychisch-somatisch terrein. Vaak liggen de moeilijkheden hier juist op belevingsmodi der seksualiteit. Dat hierbij vaak de hulp van anderen nodig is — adequate hulpverlening in moeilijke gevallen op seksueel gebied eist inderdaad een multidisciplinaire aanpak — heft nog niet zijn eigen verantwoordelijkheid in dezen op. Niet alleen de vrouw, niet alleen de echtgenoot, ook de arts heeft inzake anticonceptie een verantwoordelijkheid waaraan hij zich niet kan onttrekken.

Toekomend aan de twee door collega SCHUURMANS STEKHOVEN gestelde actuele vragen, zou ik allereerst willen opmerken dat de eerste vraag m.i. minder gelukkig geformuleerd is. Niemand zal toch het condoom of het pessarium occlusivum tot de geneesmiddelen verklaren (in de zin zoals collega SCHUURMANS STEKHOVEN in zijn ingezonden stuk aanduidt). De moeilijkheid bij de pil is echter dat de ovulatiëremmende middelen zowel voor de regeling van de geboorten als voor therapeutische doeleinden kunnen worden aangewend. Hieruit volgt onmiddellijk dat de pil geen *zuiver*

geboortenregelingsmiddel is. Bovendien verlieze men niet uit het oog dat de werking, het effect, de gevolgen van het gebruik van dit middel bij alle doeleinden precies hetzelfde zijn.

Terecht heeft dan ook de Minister in de Beschikking Nr. 170756 van 22 juli 1966 de pil onder de geneesmiddelen gerangschikt. Het moge dan waar zijn dat bij het voorschrijven van dit middel in den regel niet van genezing in de gewone zin van het woord sprake is, het moge dan juist zijn dat wij doorgaans met een „gezonde” vrouw te maken hebben, het toedienen van de pil is en blijft een medicamenteus ingrijpen met ingrijpende gevolgen. Controle zal daarom nodig blijven, en dat te meer, omdat niet iedere vrouw op dezelfde wijze op dit middel reageert en bovendien nog niet met zekerheid is vastgesteld dat langdurig gebruik geen schadelijke gevolgen heeft (zie o.a. LINDEBOOM 1967). Het is daarom dringend geboden dat de beschikbaarstelling van de pil voorbehouden blijft aan artsen en andere daartoe bevoegde instanties.

Gezien bovenstaande uiteenzettingen zou ik de tweede door collega SCHUURMANS STEKHOVEN gestelde vraag volmondig bevestigend willen beantwoorden. In zekere zin is echter de vraag overbodig, gezien het feit dat de pil sinds juni 1966 op de U.R.-lijst geplaatst is. „Zelfstandigheden”, aldus staat te lezen in art. 1, lid 1 van bovengenoemde Beschikking, „welke worden gebruikt ter onderdrukking van de ovulatie bij de mens, mogen gedurende een tijdperk van 12 maanden, te rekenen van de datum van het in werking treden van deze beschikking, slechts worden afgeleverd op recept.”

De laatste door collega SCHUURMANS STEKHOVEN te berde gebrachte kwestie is even interessant en belangrijk als moeilijk. Aangezien een en ander momenteel in studie is bij een commissie van de Ziekenfondsraad, wil ik mij tot een enkele opmerking beperken.

Voor het toepassen van een anticonceptivum gelden grofweg gezegd drie indicaties: zuiver medische, medisch-sociale en sociale indicaties (een restgroep, waarin allerlei andere indicaties en motieven onder te brengen zijn). Met collega SCHUURMANS STEKHOVEN ben ik het eens, dat het probleem van het hanteren van deze indicaties voor de ziektekostenverzekeraars anders ligt dan voor bestuurders van ziekenfondsen. Immers de beide laatstgenoemde indicaties zijn in wezen een niet-verzekeraar risico. Het ligt dan ook voor de hand dat de particuliere ziektekostenverzekering zich beperkt tot de zuiver medische indicatie.

Voor de ziekenfondsen daarentegen ligt dit probleem veel moeilijker en gecompliceerder. De ziekenfondsverzekering toch heeft een wijdere doelstelling, nl. de volksgezondheid, waarbij de sociale zekerheid een belangrijke betekenis heeft. Een andere moeilijkheid is, dat in het ziekenfondswezen niet alleen het begrip medische, maar ook het begrip medisch-sociale indicatie wordt gehanteerd. Een en ander wordt nog gecompliceerd door de omstandigheid dat er allerlei overgangen zijn tussen de drie genoemde categorieën van indicaties, of anders gezegd, de resp. indicaties zijn niet zo gemakkelijk van elkaar af te grenzen. Weer een andere moeilijkheid — en hier heeft SEELEN (1965) terecht op gewezen — dat de kwalificatie van de bijwerkingen, wanneer een pharmacum als geneesmiddel wordt gebruikt, een geheel andere is dan wanneer men dit zelfde geneesmiddel toedient aan „niet-patiënten” ter bereiking van een doel dat ook op andere wijze acceptabel te verwezenlijken is.

En tenslotte verlieze men niet uit het oog, dat de pil als zuiver geneesmiddel een vrij klein toepassingsgebied heeft, maar als anticonceptivum een bijzonder groot terrein be-

strijkt. Met meer dan gewone belangstelling zie ik dan ook het resultaat van de besprekingen hieromtrent in de Ziekenfondsraad tegemoet.

Literatuur: JONGSMA, M. W. (1966) *Medische Ethiek. Med. Contact* 21, 311. — LINDEBOOM, G. A. (1957) *Ethiek in de medische wetenschap. Universiteit en Hogeschool* 3, 131. — *Medische Ethiek en Gedragsleer* (1959) Uitgave Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst. Amsterdam. — SEELEN, J. C. (1965) Toepassing van oraal werkzame progestatieve stoffen in de gynecologie. In: *Ovulatieremmende middelen*, Dl. 7 van De Ned. Bibl. der Geneeskunde, bl. 74. Leiden.

Amsterdam, 17 februari 1967

A. C. DROGENDIJK

MEDISCH-ETHISCHE BESCHOUWINGEN OVER DE „PIL”

De klinische les van Prof. DROGENDIJK (1967) geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen:

1. Blijkens zijn in 1936 gepubliceerde boek *Geboortebeperving door oginoïsme?* keurde Prof. DROGENDIJK 30 jaar geleden op godsdienstig-ethische gronden iedere vorm van anticonceptie (behalve de absolute onthouding) ten scherpste af. Ook de periodieke onthouding was te enen male onaanvaardbaar, zelfs als het leven van de vrouw door een nieuwe zwangerschap ernstig in gevaar zou komen.

2. Uit de klinische les van Prof. DROGENDIJK valt af te leiden dat zijn denken op dit gebied binnen de tijd van één generatie wel ongeveer een wending van 180 graden heeft gemaakt. In 1936 schreef hij: „Altijd moet de samenleving waartoe de gehuwden telken male als vanzelf komen gericht zijn op mogelijke bevruchting”. Thans lees ik: „...dat men nimmer de bevruchting als uitgangspunt kan en mag nemen voor de vraag of de beleving van de seksualiteit in het huwelijk al dan niet geoorloofd is”.

3. Prof. DROGENDIJK geeft een aantal beschouwingen over de ethische toelaatbaarheid van „de pil” en geeft daarbij een aantal bezwaren aan, die weliswaar niet absoluut zijn, maar die toch tot een aanzienlijke beperking in het gebruik aanleiding zouden moeten geven. De vraag komt bij mij op, wat nu eigenlijk de waarde van dergelijke ethische beschouwingen is, anders dan dat ze de neerslag zijn van de wat aarzelende houding van een bepaalde groep mensen ten opzichte van een ingrijpende verandering. Wil Prof. DROGENDIJK aan zijn beschouwingen van 1967 meer absolute geldigheid toekennen dan aan die uit 1936? Of is hij ook van mening dat vermoedelijk in zijn kring over enige jaren over dit onderwerp weer geheel anders gedacht zal worden? Natuurlijk heeft ieder het volste recht van mening te veranderen; dit recht wil ik allerm minst betwisten. Mijn vraag is slechts: wat is de waarde van zijn huidige standpunt, gezien tegen de achtergrond van deze ethische salto mortale?

4. De bovenstaande vragen komen bij mij op, omdat ik met de beschouwingen van Prof. DROGENDIJK over „aantasting van de fysieke integriteit” van de vrouw in het geheel niet kan meevoelen, hoewel ik bepaald wél affiniteit gevoel tot het christelijk-ethisch denken. De vraag die mij beklemt, is deze: is er een vorm van (medisch-)ethisch denken mogelijk die meer is dan de neerslag van een bepaalde sociaal-culturele situatie, of is iedere beschouwing op dit gebied gedoemd, onjuist en verwerpelijk te worden na verloop van een bepaald aantal jaren? Met name klemt deze vraag, dunkt mij, voor een reeks van problemen waarmee de medicus in aanraking komt: abortus provocatus, infanticide, euthanasie. Dit zijn allemaal zaken die in sommige culturen wel, in andere niet tolerabel worden geacht.

De discussie hierover komt ook in Nederland op gang. Ik ben zo bang, dat deze discussie verzandt in een wederzijds totaal onbegrip, wanneer van christelijke zijde de argumentatie gevoerd wordt op de wijze zoals Prof. DROGENDIJK dat doet aangaande de orale anticonceptie. Deze argumentatie kan ik namelijk niet anders zien dan als een achterhoedegevecht voor een overigens verloren zaak.

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1936) *Geboortebeperving door oginoïsme?* bl. 111. Kampen. — DROGENDIJK, A. C. (1967) Is gebruikmaking van de „pil” medisch-ethisch toelaatbaar? *Ned. T. Geneesk.* 111, 201.

Emmen, 13 februari 1967

P. E. TREFFERS

De eerste twee opmerkingen van collega TREFFERS, betrekking hebbend op een door mij verlaten standpunt uit het jaar 1936, zijn voor het behandelde onderwerp in mijn klinische les van 4 februari 1967 volkomen irrelevant. Overigens is het mij niet duidelijk waarom collega TREFFERS, het recht erkennend van verandering van mening, deze opmerkingen niettemin meende te moeten maken.

De beantwoording van de vraag wat nu eigenlijk de waarde is van de gegeven ethische beschouwingen, staat gedeeltelijk in de klinische les zelf te lezen. „Men hoede zich evenwel voor de gedachte — en dat is de opzet van mijn betoog — dat met de komst van de pil tevens geïntroduceerd wordt het „alleenzaligmakende middel” ter effectivering van de geboortenregeling.” Daarnaast was het de bedoeling te laten zien dat de bezwaren, ingebracht tegen de stelling dat de orale anti-conceptie een vorm van sterilisatie is, weinig of niet steekhoudend zijn.

Inderdaad lopen de meningen over geboortenregeling sterk uiteen in diverse culturen. Een en ander is juist een reden te meer, eigen standpunt kritisch te blijven bezien. Om opportunistische redenen, gezien het enorme gebruik van de pil, medisch-ethische beschouwingen maar te laten rusten, lijkt mij echter niet alleen een onjuist maar ook een onhoudbaar standpunt.

Amsterdam, 23 februari 1967

A. C. DROGENDIJK

NA-ONDERZOEK BIJ LYMFOGRAFISCH ONDERZOCHE PATIËNTEN

Collega DE ROO heeft een nieuw begrip ingevoerd in het lymfologisch jargon: „prikkelingsbeeld” (DE ROO en HUURDEMAN 1967). Het wordt beschreven als „ontstekingsachtige veranderingen met geringe vergroting van de klieren, intacte randsinus en normale inwendige structuur”. Ook zou het kunnen voorkomen dat „de lymfeklieren een wat rommelig en onregelmatig aspect hebben”. Hoewel men hieruit zou opmaken dat het histologische veranderingen in de knopen betreft, blijkt uit het artikel dat veranderingen in het lymfografisch beeld zijn bedoeld, die algemeen worden geïnterpreteerd als specifieke reactie van lymfoïd weefsel. De veranderingen kunnen zelfs het gevolg zijn van lymfografisch onderzoek met contrast-olie (STECKEL en CAMERON 1966).

Van de 100 patiënten met dergelijke beelden vond collega DE ROO in ongeveer 4 pct na enige tijd op maligniteit wijzende veranderingen in de lymfogrammen. Dat zijn 4 patiënten, en van deze zijn twee gevallen afgebeeld. In het eerste geval (A, fig. 3a) zien wij in de langgerekte lymfeknoopschaduw, ter hoogte van de onderrand van de middelste afgebeelde wervel, een randstandige uitsparing die ook in het tomogram is waar te nemen (fig. 3b). Ik verschil met collega DE ROO van mening, dat uit deze opname blijkt dat de knopen niet waren aangetast door een maligne proces. In het