

nen" van mijn artikel gepubliceerd — echter ná het schrijven ervan, zoals uit de datering van het *Caput Selectum* blijkt (april 1968). Uit de meest recente publikaties blijkt dus, dat er wél verband gezocht dient te worden tussen „pil"-gebruik en trombo-embolische processen. Fervente tegenstanders van „de pil", die dit als argument zouden willen gebruiken om tegen orale contraceptiva te ageren, dienen echter goed te beseffen, dat het op deze grond onthouden van deze contraceptiewijze aan overigens gezonde vrouwen tot een stijging van morbiditeit en mortaliteit bij deze vrouwen zal leiden, veroorzaakt door de dan tot stand komende (ongewenste) zwangerschappen; een stijging, die de frequentietoename door trombo-embolische processen vele malen overtreft.

Amsterdam, 22 augustus 1968

A. M. COHEN

Gaarne zou ik een vraag willen stellen naar aanleiding van het artikel van collega A. M. COHEN (1968). Bij alle problemen met betrekking tot de bijwerkingen van de „pil" is het lichaamsgewicht van de betrokkenen eigenlijk nooit mee in het geding gebracht. Aangenomen, dat de hoeveelheid werkzame bestanddelen van de diverse „pil"-soorten kwantitatief voldoende zijn voor een bv. 75 kg wegende lange en forsgebouwde gebruikster, dan moet dit toch wel wat veel zijn voor een kleine en tengere vrouw, die nog geen 55 kg weegt. Dit zijn natuurlijk wel uitersten, maar is deze factor dan nooit een zeer wel mogelijke (mede)oorzaak van bijwerkingen gebleken? Eventueel uit vergelijkingen van streken waar de vrouwen een duidelijk verschillend gemiddeld lichaamsgewicht hebben?

Natuurlijk zou het ook nog rekening moeten houden met het gewicht (misschien beter nog het bloedvolume (?)) van de gebruiksters, vele praktische problemen meebrengen, maar deze problemen zou ik even buiten beschouwing willen laten.

*Literatuur:* COHEN, A. M. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1214.

Amsterdam, 11 juli 1968

J. M. DALDERUP

Naar aanleiding van de opmerking van collega DALDERUP het volgende: Een vergelijkend onderzoek naar de betrekking tussen hoeveelheden werkzame stoffen en het lichaamsgewicht van de vrouwen die de pil gebruiken, is voorzover mij bekend nimmer uitgevoerd. Uit de verlaging van de hoeveelheid hormonale componenten van de verschillende soorten orale contraceptiva, welke de laatste jaren is doorgevoerd (Lyndiol 5 - Lyndiol 2,5, Anovlar - Gynovlar, Ovulen 2 - Ovulen 1, enz.) blijkt, dat gezocht wordt naar de laagst mogelijke dosering welke voor alle gebruiksters een zo groot mogelijke zekerheid biedt, waarbij een zekere „veiligheidsmarge" in acht wordt genomen. Het onderzoek naar de laagst mogelijke effectieve dosis wordt echter bemoeilijkt, doordat de proefnemingen moeten worden gedaan met medewerking van een groep vrouwen die bereid zijn het risico van een zwangerschap te nemen — en die groep is niet groot. Bovendien wordt — zeker bij de combinatiepreparaten — de effectiviteit niet uitsluitend bepaald door ovulatiemremming, doch ook door veranderingen in het cervixslijm, in de motiliteit van de tubae, enz. Ook van een onderzoek naar het verband tussen lichaamsgewicht en het ontstaan van bijwerkingen is mij niets bekend; de collegae die ik ernaar vroeg, hadden evenmin als ik de indruk, dat bijwerkingen méer zouden voorkomen bij kleine, magere vrouwen dan bij zware. Tenslotte heeft collega DALDERUP inderdaad gelijk, wanneer zij stelt, dat — zó er al een verband zou bestaan tussen effectiviteit van de pil en lichaamsgewicht van de vrouw — het invoeren van verschillende soorten orale contraceptiva voor vrouwen van verschillende „gewichtsklasse" op grote praktische bezwaren zou stuiten. Het zou ongetwijfeld tot mislukkingen aanleidingen geven, bv. wanneer een vrouw verzuimde bij gewichtstoename van een „licht-gewicht-pil" op een „zwaar-gewicht-pil" over te gaan.

Amsterdam, 22 augustus 1968

A. M. COHEN

### REVACCINATIE TEGEN POKKEN

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega SCHOLTEN (1968) zou ik op één punt de nadruk willen leggen. Er zijn nog altijd collega's die nadat zij enkele malen zonder resultaat gevaccineerd hebben (primovaccinaties bedoel ik), eenvoudig ophouden en aannemen dat het desbetreffende kind blijkbaar reeds een „weerstand" heeft.

Zou collega SCHOLTEN nu niet beter kunnen nagaan of die 6 kinderen, die kennelijk op de „revaccinatie" als op een primovaccinatie reageerden, niet als bovenvermeld zijn behandeld? (Dus in wezen een primovaccinatie ondergingen.) Deze opmerking is als opbouwende kritiek bedoeld.

*Literatuur:* SCHOLTEN, H. G. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1305.

Amsterdam, 16 juli 1968

K. MAY

Van revaccinatie mag men alleen spreken, wanneer vaststaat dat de enteling vroeger een succesvolle primovaccinatie heeft ondergaan. Als criterium voor dit succes geldt het verkrijgen van een duidelijke pokpuist. De 249 kinderen, die ik op de leeftijd van ongeveer 6 jaar heb gerevaccineerd, waren als zuigeling op hetzelfde consultatiebureau — merendeels door mijzelf — met goed gevolg gevaccineerd; de 6 kinderen die bij revaccinatie met een „primaire puist" hebben gereageerd, hadden allen zichtbare littekens van de primovaccinatie. Dat ik verzuimde dit te vermelden, doet bij een kritisch lezer zoals collega MAY een begrijpelijke twijfel rijzen. Inderdaad is het fout om een primovaccinatie na enige mislukte pogingen op te geven. De oorzaak van het mislukken kan bij kinderen van recent gevaccineerde moeders in de eerste levensmaanden zijn gelegen in een transplacentair verkregen passieve immuniteit (in ons land een uitzondering); vaker ligt de oorzaak in het gebruik van onvoldoende virulente vaccine, nog vaker in een verkeerde entetechniek.

Evenals NANNING heb ik nooit gezien, dat bij consequent doorenten een zuigeling negatief bleef reageren.

's-Gravenhage, 30 juli 1968

H. G. SCHOLTEN

### WATERFLUORIDERING, FLUORTABLETTEN, MONGOLOÏDE IDIOTIE

Prof. WINKLER (1968) waarschuwt voor het gebruik van fluortabletten als hij opmerkt: „Exacte empirische gegevens over de optimale dosering van fluoride in de vorm van tabletten zijn dan ook niet bekend, terwijl het effect zeker achterstaat bij dat van de waterfluoridering. Voor massale preventie van het tandbederf zijn tabletten dan ook niet geschikt."

Maar wat moet de huisarts doen als een moeder aan hem vraagt of ze fluortabletten kan geven aan haar kinderen? Prof. WINKLER geeft in zijn „Commentaar" regels, uitgaande van de gegevens omtrent de waterfluoridering. Hij verwijst verder naar vragen, die in de jaren 1952, 1954, 1955, 1966 zijn gesteld en door de redactie zijn beantwoord. Ik vraag mij af — en dat doe ik al sedert 21 maart 1967 — waarom een huisarts niet zou kunnen voorschrijven: „Los 4 tabletten à 1/4 mg fluoride (als ion berekend, dus 1 mg fluor, overeenkomende met 2,22 mg natriumfluoride), of 2 tabletten à 1/2