

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 „veiligheids-marge" 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

mg fluor in één liter niet gefluorideerd leidingwater op; een litermaat biedt de één-liter-melkfles, die in elk huis wel aanwezig is. Zo krijg je een liter gefluorideerd drink- en kookwater, waarmee je al het eten en drinken kan bereiden."

De huisarts geeft recepten af voor veel gevaarlijker tabletten en vreest niet, dat de huisvrouw haar kinderen zal vergifigen door te veel tabletten tegelijk te geven. Zij zal ook niet meer dan het voorgeschreven aantal slaaptabletten gebruiken, tenzij zij zelfmoord wil begaan. Overigens merkt de redactie van het *Ned. T. Geneesk.* (1954) 98, 571 op: „De bedoelde tabletten bevatten meestal  $\frac{1}{4}$  of  $\frac{1}{2}$  mg fluor. Daar de acute toxiciteit pas bij 500 mg à 1 g begint en voor een chronische vergiftiging langdurige opname van 10-20 mg per dag nodig zou zijn, is het gevaar voor overdosering niet zeer groot."

Het bereiden van gefluorideerd drinkwater op de beschreven wijze lijkt mij het ei van Columbus.

*Literatuur:* WINKLER, K. C. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 1342.

Naarden, 15 augustus 1968

L. BLOCH

De preventieve werking van gefluorideerd leidingwater t.a.v. tandcariës berust op het permanent gebruik van fluoridehoudend water. Bedenkt men dat een volwassene 2,5 l water per dag opneemt, dan is in een gezin van 4 personen voor thee, koffie, aardappelen, groenten, soep enz. in de keuken toch gauw 5 à 10 liter gefluorideerd water nodig. Volgens de voorgestelde methode moet de huisvrouw dus elke avond en morgen 5 flessen klaarmaken. Niet gedurende een paar weken, maar altijd. Voor preventie op ruimere schaal is de methode daarom onuitvoerbaar.

Ook theoretisch blijft de methode achterstaan bij het gebruik van gefluorideerd leidingwater, omdat alle van buitenshuis in fles of blik aangevoerde vloeistoffen e.d. niet meedoen. Compensatie hiervan door verhoogde dosering zou per gezin en per dag moeten geschieden.

Tijdelijk of voor incidentele gevallen is de methode bruikbaar. Zelfs dan vrees ik dat vele huisvrouwen het voorgestelde procédé minder lang volhouden dan het uitdelen van tabletjes.

Utrecht, 23 augustus

K. C. WINKLER

## BERICHTEN BUITENLAND

### Wereldberichten

**Jaarvergadering van de WMA te Sydney.** — Van 4 tot 10 augustus is te Sydney, Australië, de 22e jaarvergadering van de World Medical Association gehouden, in het pas gebouwde Wentworth Hotel. Daar werd Sir LEONARD MALLEN (Australië) geïnstalleerd als voorzitter van de WMA. Hij volgde in deze functie Prof. ALFONSO DE LA FUENTE (Spanje) op. Sir LEONARD meende dat de WMA na 21 jaar bestaan als meerderjarig mocht worden beschouwd. De bij de WMA aangesloten landelijke artsenorganisaties vertegenwoordigen in totaal ruim 800.000 artsen. (*Dtsch. Ärztebl.*, 24 aug., bl. 1811).

### Duitsland

**Bijna alle (West-)Duitsers hebben een ziekteverzekering.** — Volgens een bericht in *Ärztliche Praxis* (17 aug., bl. 2899) is vrijwel de gehele bevolking op de een of andere manier verzekerd tegen de financiële gevolgen van ziekte. Het Statistisches Bundesamt heeft vastgesteld dat 98,4 pct van de bevolking (militairen niet meegerekend) in het bezit van een ziekteverzekering zijn. Tien jaar geleden bedroeg het

percentage reeds 95,3. Door wettelijk verplichte verzekering zijn 87,8 pct van de inwoners gedekt (50,4 als aangeslotenen; 37,4 als gezinsleden). Bij particuliere verzekeringsmaatschappijen zijn 10,6 pct gedekt. Tenslotte hebben 4,5 pct een aanvullende verzekering, naast de verplichte.

**Bestrijding van overgewicht.** — Sinds enige jaren wordt bij de Amerikaanse troepen in Duitsland systematisch opgetreden tegen overmatig lichaamsgewicht. Thans wordt dit voorbeeld nagevolgd door de Deutsche Bundeswehr. Te dikke militairen ondergaan er vermageringskuren van 6 à 8 weken. (*Dtsch. Ärztebl.*, 24 aug., bl. 1863).

### Groot-Brittannië

**Hoofdpijn door de pil.** — Een betrekkelijk onschuldige bijwerking van de „pil” is hoofdpijn. Deze komt vooral veel voor bij gebruiksters van sommige combinaties van progestageen en oestrogeen; meer dan 50 pct van de gebruiksters klagen over hoofdpijn. Uit een artikel van ELLEN C. G. GRANT (*Brit. med. J.*, 17 aug., bl. 402) blijkt dat het vooral gaat om progestagenen van de 19-nor-17 $\alpha$ -ethynyl-configuratie. Veneuze trombose is een veel ernstiger complicatie, maar ze treft gelukkig slechts een relatief klein aantal pilgebruiksters. Er is een merkwaardige correlatie geconstateerd tussen de incidentie van hoofdpijn en die van rijk doorbloede endometria. Een Editorial (bl. 388) geeft als oplossing van het hoofdpijnprobleem in overweging het (continue) gebruik van zeer kleine hoeveelheden progestageen zoals chloormadinon, zonder progestageen. Overigens ziet het Editorial in het feit dat zo vele vrouwen de hoofdpijn bij de pil op de koop toe nemen „a tribute to the effectiveness of oral contraceptives and an indication of the wide spread need for such agents”.

**Nieuw tijdschrift over laboratoriumdieren.** — Door de Laboratory Animal Science Association wordt sinds vorig jaar een tijdschrift uitgegeven, getiteld *Laboratory Animals*. Het eerste nummer is in april 1967 verschenen, het tweede in oktober. Het is de bedoeling dat het tijdschrift twee maal per jaar uitkomt. Het abonnement kost sh. 50/- (of US \$ 7,50) per jaargang. Subscription Manager: Dr. F. C. CHESTERMAN, Imperial Cancer Research Fund, Burtonhole Lane, Mill Hill, London N.W. 7.

### Verenigde Staten

**Vrijwillige sterilisatie van de man.** — In Connecticut en Utah is sterilisatie van de man alleen geoorloofd indien er een medische noodzaak daartoe aanwezig is. In alle andere staten is vrijwillige sterilisatie van de man toegestaan. Er is echter een weerstand waarneembaar bij artsen tot wie de man in kwestie een verzoek daartoe richt. De operatie (vasectomie) is eenvoudig en kan in de spreekkamer worden uitgevoerd. Ze wordt aanbevolen voor huisvaders die reeds een aantal kinderen hebben en zich tot dit aantal willen beperken. Een Editorial in het *Journal of the American Medical Association* (27 mei, bl. 825) geeft een duidelijk advies: „if a man can reconcile the operation with his religion; if he has several children; if he lacks observable psychiatric sex-oriented stigmata; and if his wife agrees to the operation — surely, then, he should be able to obtain a vasectomy for reasons of contraception alone”. Overigens behoeft de man niet het gevoel te hebben dat er iets onherroepelijks staat te gebeuren: FERBER en medewerkers hebben bij 73 mannen een vroeger uitgevoerde vasectomie ongedaan gemaakt. Slechts bij drie werd het beoogde doel niet bereikt.