

WMA-declaration, welke uitgaat van een „absolute eerbied voor het menselijk leven vanaf de bevruchting” zoals in *Med. Contact* (1969, bl. 22) nog werd geciteerd, maar slechts aangeven dat deze methodiek niet voor ieder als vanzelfsprekend aanvaardbaar is. Waar wij wel aandacht voor willen vragen is voor het feit, dat vermelding van de wijze waarop de tabel is samengesteld, ontbreekt, evenals de namen van de auteurs. Men kan vele van deze tabel afwijkende getallen in de literatuur vinden. Niettemin is voor een ieder vaststaand, dat de „pil”, voor zover goed gebruikt, tot dusver het meest doeltreffende middel is. Bij het aantal middelen, in de tabel genoemd, missen wij de ritmemethode, tenzij de schrijvers deze onder de „periodieke onthouding” plaatsten. Maar dan hebben wij bezwaren tegen de getallen. Een deskundige zoals DÖRING (1966) geeft voor de ritme-methode op: 1 zwangerschap per 100 vrouwenjaren, terwijl hij zegt: „Die Zuverlässigkeit der Temperaturmethode wird nur von den Ovulationshemmern übertroffen.”

PALMER (1963), een niet minder kritisch auteur, geeft voor de ritmemethode op: 1 zwangerschap per 100 vrouwenjaren voor de „méthode dure”, d.i. wanneer de coitus alleen post-ovulatoor plaats vindt, en 10 zwangerschappen per 100 vrouwenjaren voor de „méthode mixte”, d.i. wanneer ook pre-ovulatoor de coitus is toegestaan.

Voorts willen wij wijzen op het proefschrift van J. TIMMERMANS (1964), het enige Nederlandse onderzoek van omvang over deze methodiek, waarin de bruikbaarheid bij goede toepassing wordt aangegeven.

Recente publikaties zijn die van JOHN MARSHALL (1968). Deze geeft op als „biological failure”: 1,2 zwangerschappen per 100 vrouwenjaren, indien alleen post-ovulatoor de coitus plaatsvindt, en 5 per 100 vrouwenjaren, indien ook pre-ovulatoor de coitus is toegestaan.

J. ROTZER (1968) stelde bij 180 fertiele vrouwen met 3542 cycli vast dat de ritme-methode door foute toepassing 2 ongewilde zwangerschappen had opgeleverd, hetgeen 0,68 per 100 vrouwenjaren is.

Wij kunnen de conclusie van HASPELS en KLOOSTERMAN, dat „uit de boven weergegeven patiëntenverslagen (cursivering van ons) blijkt, dat periodieke onthouding na het staken van pilgebruik een geheel ontoereikende methode van contraceptie is”, niet delen. Immers patiënte D kreeg in het geheel geen advies en begeleiding. Patiënte F is, naar de aangifte van de data, ruim een jaar later zwanger geworden en zal dus meerdere (ovulaire?) cycli hebben gehad. Over een begeleiding bestaat geen enkele mededeling. Van een begeleiding met goede controle van de BTC (basale temperatuurcurve) blijkt bij patiënte G niets, en is uit de weergave van de geschiedenis zelfs onwaarschijnlijk. De andere patiënten, die zwanger werden, pasten de methode niet toe.

Vanzelfsprekend eisen alle methoden voldoende kennis, aandacht en, wat vooral belangrijk is, de tijd en de persoonlijke inzet van de arts, die de patiënten begeleidt. Dat niet altijd deze methode doeltreffend gebruikt kan worden, evenmin als andere methoden, en de pil of andere wetenschappelijk onvolwaardige middelen gebruikt zullen moeten worden behoeft geen betoog. Naar te hopen en te verwachten is, zal de wetenschap van de voortplanting binnen niet al te lange tijd ons wapens in de hand geven om de voortplanting op een doeltreffende, volmaakt fysiologisch en psychologisch verantwoorde wijze te beheersen. Tot zolang zullen we ons met wetenschappelijk minderwaardige middelen moeten redden.

Niettemin blijven wij zolang de mening toegedaan, die TRIMBOS (1961) neerschreef: „Ook op het gebied van de geboorteregeling, een zo bij uitstek belangrijk menselijk ge-

bied, bepaalt de eigen geestes-instelling, de persoonlijke houding, het samen willen accepteren, de waarde van de methode, die men kiest. Zo gezien, betekent de p.o. (bedoeld de ritme-methode met BTC?) als onthouding, als periodieke onthouding dan ook een der meest zinvolle wijzen van bewuste geboorteregeling, die wij kennen.”

*Literatuur:* DÖRING, G. K. (1966) *Empfängnisverhütung*. Georg Thieme Verlag. — HASPELS, A. A. en G. J. KLOOSTERMAN (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 11. — MARSHALL, J. (1968) *Lancet* **II**, 8. — PALMER, R. (1963) *La contraception*. Masson et Cie. — ROTZER, J. (1968) *Arch. Gynäk.* **206**, 195. — TIMMERMANS, J. (1964) Proefschrift Nijmegen. — TRIMBOS, C. J. B. J. (1961) *Gehuwd en ongehuwd*. Paul Brand.

Amsterdam, 14 januari 1969

H. ROTTINGHUIS

De bedoeling van onze publikatie was, erop te wijzen dat na het staken van orale anticonceptie de eerste ovulatie intreedt op een niet te voorspellen tijdstip, en dat er dus een situatie bestaat die vergelijkbaar is met de situatie na een bevalling.

Daarom kan men na het staken van orale anticonceptie pas tot periodieke onthouding als methode van anticonceptie overgaan wanneer de mens weer enige tijd regelmatig zijn teruggekeerd. Onbekendheid met dit verschijnsel heeft veel leed teweeggebracht en daar wilden wij voor waarschuwen.

Onder periodieke onthouding (in het Engels rhythm-method) verstaan wij, zoals algemeen gebruikelijk is, het achterwege laten van de coitus op dagen die via een zo goed mogelijke berekening als de „vruchtbare” dagen beschouwd moeten worden. Dat deze methode Ogino-Knaus-Smulders om bovenvermelde redenen tot mislukken gedoemd is stond na het staken van orale anticonceptie is duidelijk.

Heel anders ligt het met de periodieke onthouding + basale temperatuurscontrole. Wanneer die methode (PO + BTC; methode Holt) zo wordt toegepast dat cohabitatie uitsluitend plaats vindt na een onmiskenbare temperatuurstijging die als gevolg van een ovulatie geduid moet worden, dan is de betrouwbaarheid van de zorgvuldig toegepaste methode nagenoeg even groot als van de orale anticonceptie.

Het overgaan, na orale anticonceptie, op PO + BTC betekent echter in eerste instantie overgaan op *onthouding*, totdat de ovulatie zich duidelijk heeft aangekondigd.

Wij constateren met voldoening dat collega ROTTINGHUIS het in hoofdzaak met ons eens is, namelijk dat ten aanzien van geboorteregeling deskundige, zorgvuldige en uitvoerige adviezen gegeven moeten worden die zo goed mogelijk zijn aangepast aan intellect, levensbeschouwing en milieu van de vrouw.

Bovendien is er een communicatiestoornis aan het licht gekomen, veroorzaakt door een verschillende interpretatie van het begrip periodieke onthouding. In Nederland zou het wellicht aanbeveling verdienen, periodieke onthouding op grond van extrapolatie PO (eventueel methode Smulders) te noemen, en periodieke onthouding met temperatuurscontrole PO + BTC (eventueel methode Holt).

Amsterdam, 27 januari 1969

A. A. HASPELS

G. J. KLOOSTERMAN

#### SPONTANE FEMURKOPNECROSE

Collega VAN DER KORST (1968) vraagt in de rubriek „Capita Selecta” aandacht voor een belangwekkende ziekte: de spontane femurkopnecrose. Deze „ischemische infarcering” onderscheidt hij, evenals de meeste auteurs, van de secundaire aseptische necrose, die o.a. na collumfracturen voorkomt. Ik meen te moeten betwijfelen of deze onderscheiding juist is, en wel om de hieronder volgende redenen.

Wanneer de oorzaak van de necrose primair in de bloedvaten moet worden gezocht, dan kan dit zijn door: *a.* embolieën; *b.* veneuze obstructie; *c.* ziekten van de arteriën.

Ad *a.* Afgezien van ziekte zoals de caissonziekte, de ziekte van Gaucher en de sikkelcellenanemie vindt men in de literatuur geen aanknopingspunten voor een bron van embolieën. Deze ziekten veroorzaken bovendien gedissemineerde vormen van botnecrose. Dat vetembolieën een geïsoleerde femurkopnecrose zouden kunnen veroorzaken is zeer onwaarschijnlijk. Theoretisch is het mogelijk, dat bij een overigens gezond persoon toevalligerwijs door een embolie versterf van een deel van een femurkop ontstaat. De aandoening komt echter te vaak voor om een toevallige embolus als oorzaak aannemelijk te maken. (Zie de grote series in de literatuur; DETMAR (1968) vond dat bij 1 pct van 1000 patiënten met coxartrose — een veelvuldig voorkomende ziekte — de oorzaak in een primaire necrose moest worden gezocht.) Wanneer men bovendien in aanmerking neemt, dat de necrose in een derde van de gevallen bilateraal voorkomt, kan men een embolie als oorzaak wel uitsluiten.

Ad *b.* Hoewel SERRE en SIMON (1959) bij patiënten met femurkopnecrose veneuze stasis aantoonde met behulp van pertrochantere flebografie, lijkt het ver gezocht een primaire veneuze obstructie als oorzaak van de botnecrose aan te nemen.

Ad *c.* Wanneer ziekten van de arteriën tot de aandoening zouden predisponeren, dan zou men bij de patiënten een hoog percentage arteriosclerose verwachten. Het tegendeel is waar: MERLE d'AUBIGNÉ c.s. (1965) vond bij 150 patiënten met ideopathische femurkopnecrose geen enkele met arteriosclerose.

De laatste tijd hoort men steeds meer de mening verkondigen, dat toestanden, aangeduid met namen als aseptische botnecrose en osteochondrose, ontstaan op basis van chronische overbelasting en dus in wezen een traumatische genese hebben (zie o.a. EHRENBORG 1962). In analogie hiermee meen ik, dat de „spontane femurkopnecrose” ongedwongen kan worden verklaard, door aan te nemen dat de afwijking ontstaat op basis van een vermoeidheidsfractuur. Hiervoor pleiten de volgende punten:

1. De aandoening ontstaat ter plaatse van dat deel van de femurkop, dat de grootste druk van het lichaam draagt. HIRSCH (1964) toonde dit experimenteel aan.

2. De aandoening is dikwijls bilateraal, evenals vermoeidheidsfracturen.

3. Ontlasting van het aangetaste gewricht heeft een gunstige invloed.

4. De aanvankelijke röntgenologische kenmerken doen sterk denken aan die van een vermoeidheidsfractuur van het compressietype, zoals die o.a. in de calcaneus, de tibia en het femur voorkomt (zie o.a. DEVAS 1961; SWIERSTRA 1964; MORRIS en BLICKENSTAFF 1967). DEVAS (1965) heeft een corticosteroiden gebruikende reumapatiënte beschreven, met een afwijking, die röntgenologisch identiek is met de spontane femurkopnecrose. Hij beschouwde de aandoening als een vermoeidheidsfractuur.

5. Ongeveer 20 pct van de patiënten met spontane femurkopnecrose heeft een te hoog gewicht.

6. Meer dan een derde van de patiënten gebruikt corticosteroiden. Het is bekend, dat deze geneesmiddelen osteoporose veroorzaken. De compressiefracturen van de wervels en de vermoeidheidsfracturen van het collum femoris bij corticosteroidengebruikers verklaart men door deze ontkalking. Dat de inzinking van de femurkop tengevolge van het gebruik van corticosteroiden verklaard zou moeten worden door obliteratieve endarteriitis of verhoogde stolbaarheid van het bloed, doet erg gezocht aan.

7. Dat de aandoening niet bij arteriosclerotici voorkomt, klopt met de vermoeidheidsbreuktheorie: deze patiënten staken hun inspanningen in verband met ischemische pijnen van hart- of skeletspieren vóór er vermoeidheidsbreuken kunnen ontstaan.

8. Ioniserende stralen predisponeren tot het ontstaan van vermoeidheidsfracturen o.a. van de ribben en van het collum femoris (KRANEPUHL 1959; JEFFERY 1962). De door VAN DER KORST gesignaleerde uitzonderingspositie van de ioniserende straling als oorzaak van de spontane femurkopnecrose, behoeft dus niet te bestaan.

9. Er is een duidelijke overeenkomst tussen de spontane femurkopnecrose en de juveniele kopnecrose, „de morbus Legg-Calvé-Perthes”. BEEKER (1965) meent dat deze laatste afwijking als een vermoeidheidsbreuk moet worden opgevat, die zou ontstaan op basis van een valgusheup. Belangwekkend in dit verband is, dat MERLE d'AUBIGNÉ c.s. (1965) ook bij de patiënten met ideopathische femurkopnecrose als meest voorkomende congenitale afwijking valgusheupen vond, en dat hij goede resultaten zag van een gecombineerde varus- en rotatie-osteotomie, teneinde een andere belasting van de kop te verkrijgen.

Het feit, dat histologisch onderzoek necrose aantoonde, behoeft niet in tegenspraak te zijn met de vermoeidheidsbreuktheorie. Dit onderzoek wordt immers altijd gedaan in een laat stadium van de ziekte, meestal pas wanneer de kop dusdanig gedestruëerd is, dat een prothese moet worden ingebracht.

Als conclusie meen ik te mogen stellen, dat er onvoldoende argumenten zijn om de spontane femurkopnecrose te verklaren door primaire vaatafsluiting en dat het beeld veel lijkt op een secundaire necrose, ontstaan op basis van een vermoeidheidsfractuur van het compressietype.

*Literatuur:* BEEKER, TH. W. (1965) *Osteochondritis deformans juvenilis coxae, de ziekte van Legg, Calvé en Perthes*. Proefschrift Groningen. — DETMAR, S. J. (1968) *Over de aetiologie van coxarthrose*. Proefschrift Groningen. — DEVAS, M. B. (1961) Compression stress fractures in man and the greyhound. *J. Bone Jt Surg.* **43B**, 540; (1965) Stress fractures of the femoral neck. *J. Bone Jt Surg.* **47B**, 728. — EHRENBORG, G. (1962) Osgood-Schlatter lesion. *Acta chir. scand.* **124**, 89. — HIRSCH, C. (1964) Geciteerd door MERLE d'AUBIGNÉ c.s. (1965). — JEFFERY, C. C. (1962) Spontaneous fractures of the femoral neck. *J. Bone Jt Surg.* **44B**, 543. — KORST, J. K. VAN DER (1968) Spontane femurkopnecrose. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 2229. — KRANEPUHL, F. (1959) Röntgenshaden nach gynäkologischer Strahlenbehandlung in chirurgischer Sicht. *Zbl. Chir.* **84**, 104. — MERLE d'AUBIGNÉ, R., M. POSTEL, A. MAZABRAUD, P. MASSIAS en J. GUEGUEN (1965) Ideopathic necrosis of the femoral head in adults. *J. Bone Jt Surg.* **47B**, 612. — MORRIS, J. M. en L. D. BLICKENSTAFF (1967) *Fatigue fractures, a clinical study*. Thomas, Springfield III. — SERRE, H. en L. SIMON (1959) Aspects cliniques des nécroses parcellaires aseptiques primitives de la tête fémorales chez l'adulte. *Montpellier méd.* **56**, 193. — SWIERSTRA, J. C. C. (1964) Vermoeidheidsfracturen. *Ned. milit. geneesk. T.* **17**, 244 en 383.

Groningen, januari 1969

J. C. C. SWIERSTRA

Collega SWIERSTRA heeft door middel van zijn mededeling nog eens de nadruk gelegd op het feit, dat de pathogenese van de spontane femurkopnecrose nog verre van opgehelderd is. Het lijkt zeer wel mogelijk dat andere factoren dan verstoring van de bloetoevoer of -afvoer van invloed kunnen zijn bij het ontstaan van botnecrose. Met name ten aanzien van het — moeilijk te verklaren — voorkomen van femurkopnecrose tijdens het gebruik van corticosteroiden zijn niet-

vasculaire factoren geponereerd, zoals osteoporose, intraossale bloeding en onderdrukking van de normale reparatieve osteoblasten-activiteit.

Aan deze lijst van veronderstelde factoren zou — op grond van de door collega SWIERSTRA genoemde indirecte argumenten — de vermoeidheidsfractuur kunnen worden toegevoegd. Zolang evenwel directe argumenten in andere richting ontbreken, dient men op grond van experimentele gegevens en van de overeenkomstige afwijkingen bij de caissonziekte, ziekte van Gaucher, enz. (zie literatuur bij: VAN DER KORST, 1968), aan te nemen, dat aan de spontane aseptische botnecrose van de femurkop verstoring van de circulatie — van welke aard dan ook — ten grondslag ligt.

Etiologische beschouwingen tasten overigens gezinszins het onderscheid aan tussen secundaire en primaire femurkopnecrose. Deze indeling berust immers geheel en al op klinische gronden, nl. of de afwijking ontstaat in aansluiting aan een traumatische heuplesie of „spontaan” optreedt.

*Literatuur:* KORST, J. K. VAN DER (1968) Spontane femurkopnecrose. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 2229.

Nijmegen, 23 januari 1969 J. K. VAN DER KORST

## BERICHTEN BUITENLAND

### Duitsland

**Waarschuwing betreffende chlooramfenicol.** — In het *Deutsches Ärzteblatt* (25 jan. bl. 185) wordt aan de Duitse artsen een waarschuwing gericht omtrent de toepassing van chlooramfenicol. Eerst wordt gewezen op een onderzoek in de Verenigde Staten, waar in mei 1968 de FDA (Food and Drug Administration) een waarschuwing aan alle artsen deed uitgaan omtrent de risico's die het gebruik van chlooramfenicol met zich meebrengt. De stof is in bepaalde gevallen onmisbaar, maar er is altijd kans op ontwikkeling van ernstige, zelfs dodelijke bloed-dyscrasie (aplastische anemie, soms overgaand in leukemie; trombocytopenie; granulocytopenie). In Californië werd voor de sterfte aan deze verwickelingen een getal genoemd van 1 op 24.200 à 40.500. Men heeft er geen verband met de dosering kunnen vaststellen. De FDA drong aan op strenge indicatiestelling, en vooral op voorzichtigheid en bloedcontrole bij herhaling van de toediening. — De Arzneimittelkommission heeft in een aantal grote Duitse ziekenhuizen een enquête gehouden over de ervaringen met chlooramfenicol. Het bleek dat in Duitsland een minder hoog sterftecijfer is waargenomen, nl. 1 op 300.000 à 600.000. Wegens het desondanks niet te onderschatten gevaar van beenmergbeschadiging worden aanbevolen: 1. strenge indicatiestelling; 2. zuinige dosering (dagdosis voor volwassenen 1,5 à 2 gram); 3. toediening gedurende beperkte tijd.

### Groot-Brittannië

**Artsen afkomstig uit India en Pakistan.** — Op een in het Lagerhuis gestelde vraag naar het aantal artsen uit India en Pakistan die bij de National Health Service werkzaam zijn, antwoordde staatssecretaris ENNALS dat er volgens de opgaven op 30 september 1967 in de ziekenhuizen van de NHS en in de algemene praktijkdienst in Engeland en Wales 3.450 Indiase en 670 Pakistaanse artsen aangesteld waren, dat is een toeneming gedurende de jaren 1965-66 met 270 Indiase en 130 Pakistaanse artsen. (*Med. Offr.*, 10 jan. bl. 23.)

**Synthetische voedingsmiddelen.** — In het Parlement werd aan de eerste minister gevraagd of er geen behoefte was aan gericht onderzoek en ontwikkeling van de kunst-

matige bereiding van voedingsmiddelen, zoals in de Verenigde Staten, waarbij de vrager ook wees op de Sovjetunie, waar men eiwit extraheert uit hout. Minister WILSON antwoordde: „The hon. Gentleman, of whose interest in the matter I am well aware, understates what is going on in this country”. En hij wees erop dat vele ondernemingen, o.a. olie-maatschappijen, zeer actief bezig zijn met pogingen, eiwit te bereiden uit aardolie en aardgas. Door de Agricultural Research Council van het Rothamsted Experimental Station wordt getracht eiwit te extraheren uit plantaardig materiaal. Andere ARC-instituten doen overeenkomstige onderzoeken. De laboratoria van de Marine bestuderen de mogelijkheden van zeewater en ook het Tropical Products Institute is bezig met dergelijk onderzoek. Al dit werk wordt gecoördineerd, maar het is te vroeg om te zeggen of het van commerciële waarde is, en of het kan helpen bij de oplossing van onze „import saving problems” en ter verlichting van armoede en honger in de wereld. (*Med. Offr.*, 17 jan. bl. 36.)

**Meer verslaafden.** — In 1967 hebben de rechtbanken in Engeland 5510 veroordelingen uitgesproken wegens vergrijpen in verband met verdovende middelen, dat is meer dan het dubbele van het aantal in 1966. In laatstgenoemd jaar waren op het ministerie van binnenlandse zaken 1349 verslaafden bekend. In 1967 was dit aantal toegenomen tot 1729. Volgens opgaven van het ministerie zijn in 1967 102 patiënten van hun verslaving genezen. (*Ärztl. Prax.*, 28 jan. bl. 438.)

**Een kiemvrij kind.** — Ernstige hypogammaglobulinemie met lymfopenie leidt door gebrek aan immuniserend vermogen (immunodeficiëntie) bijna altijd tot de dood. De aan-doening doet zich familiaal voor en is waarschijnlijk erfelijk. Toen een vrouw die haar eerste kind aan deze ziekte had verloren, opnieuw zwanger werd, nam men maatregelen om het verwachte kind in de eerste levensperiode geheel kiemvrij te houden, en zo mogelijk en indien nodig, bij het kind normaal foetaal weefsel over te planten, dat wél immunoglobulinen zou kunnen vormen. Het kind werd, toen de vrouw uitgerekend was, met de keizersnede ter wereld gebracht en onmiddellijk steriel in een isolatieruimte geplaatst. BARNES en medewerkers (*Lancet*, 25 jan. bl. 168) beschrijven de gehele gang van zaken. Het kind werd gedurende zes dagen geheel steriel gevoed en verzorgd. Kweken van de in deze dagen geloosde faeces bleven zonder bacteriegroei. Merkwaardig was de afwezigheid van stank aan de ontlasting en urine, vermoedelijk door afwezigheid van eiwitplitsende bacteriën. Aan het kind werd niets bijzonders opgemerkt. Het ondervond geen nadelen van de steriele periode, en toen gelukkig bleek, dat het in immunologisch opzicht normaal was, werd het uit de isolatieruimte gehaald en verder normaal opgevoed, waarbij zich evenmin bijzonderheden voordeden.

**Bouw van nieuwe ziekenhuizen.** — De staatssecretaris van gezondheid DAVID ENNALS heeft te Sanderich op een vergadering van de Labour Party de bouw aangekondigd van nieuwe ziekenhuizen ten bedrage van honderd miljoen pond, dat is tweemaal zo veel als in 1963-64 en meer dan tien maal zo veel als in de eerste tien jaren van de National Health Service. Dit was ook nodig, want „as a country we have inherited a stock of very ancient hospitals”. Maar de plannen tot vernieuwing omvatten veel meer. Tot eind 1964 waren slechts 21 gezondheidscentra gebouwd; sindsdien zijn er 62 nieuwe klaargekomen, terwijl er 70 in aanbouw zijn; verder zijn reeds de plannen goedgekeurd voor de bouw van 68 centra, terwijl de plannen voor 104 in voorbereiding zijn. ENNALS zei dat thans jaarlijks aan 5000 à 6000 be-