

lijk tot een perifeer ziekenhuis en een afgelegen plattelandspraktijk.

De slotsom is dat het (nood)wetsontwerp niet adequaat is. Volledigheidshalve zij vermeld, dat het visering van het diploma voorschrijft. Dat voorschrift is een zinloze formaliteit bij ontstentenis van vestigingsmogelijkheid, ongeacht de korte duur. Als de inspecteurs van de volksgezondheid enige waarde hechten aan stage-gegevens, kunnen de faculteiten hun periodiek van die gegevens voorzien. Wat zeker niet verzuimd mag worden is opnemings in het stagereglement

van een vestigingsverbod ter plaatse waar een stagiair een medicus practicus als mentor had (voor de tijd van bv. drie jaar na het artsexamen). Het eenvoudigst zal zijn een speciale stage-overeenkomst tussen faculteit en praktizerend arts te ontwerpen, die door de stagiair wordt medeontertekend.

Knegsel, 30 oktober 1971

Dr. Mr. Dr. W. SCHUURMANS STEKHOVEN

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Subsidies van het Praeventiefonds*

Zoals reeds eerder is medegedeeld, heeft het bestuur van het Praeventiefonds besloten, in ruimere mate subsidies te verlenen in de kosten van wetenschappelijk onderzoek, hetgeen mogelijk is doordat het Praeventiefonds in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.) over meer financiële middelen beschikt.

Deze onderzoeken, bij voorkeur van toegepast wetenschappelijke aard, dienen gericht te zijn op de preventie van ziekte of de bevordering van de gezondheid en zowel wat de tijdsduur als de kosten betreft, overzienbaar te zijn.

Belanghebbenden kunnen zich voor de toezending van een aanvraagformulier en van de algemene richtlijnen wenden tot de secretaris van het Bestuur van het Praeventiefonds, Frankenstraat 3 te 's-Gravenhage.

### *Artsencursus Sociale Kindergeneeskunde*

Het Internationaal Centrum voor het Kind in Parijs stelt volgend jaar wederom een studiebeurs ter beschikking, met name voor de van 24 april tot 2 juli 1972 in de Franse hoofdstad te houden cursus sociale kindergeneeskunde.

De cursus staat uitsluitend open voor kinder- en andere artsen, werkzaam bij het universitair onderwijs of bij diensten ter bescherming van jeugd, moederschap en kind. Een gedegen kennis van het Frans is noodzakelijk voor deelneming aan de cursus.

Gedagiden die inlichtingen wensen te ontvangen dan wel voor de beurs in aanmerking wensen te komen, dienen zich zo spoedig mogelijk te wenden tot: het Directoraat-Generaal voor Internationale Zaken, Hoofdafdeling Internationale Volksgezondheidszaken, Zeestraat 73, Den Haag.

## INGEZONDEN

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

### *Post-pil-anovulatie*

Het artikel van collega PLATE (1971) over post-pil-anovulatie bevat een aantal opmerkingen en gevolgtrekkingen die niet onweersproken mogen blijven.

1. Het feit dat na pilgebruik ovulatiestoornissen voorkomen, is pas een argument voor een causale samenhang wanneer aangetoond kan worden dat deze stoornissen na pilgebruik frequenter zijn dan gedurende een even lange observatieperiode of na een zwangerschap. Hierover bestaan geen overtuigende cijfers. De door collega PLATE aangehaalde getallen van SHEARMAN en van mij zijn zeer goed verenigbaar met de veronderstelling dat de kans op secundaire amenorroe gelijk verdeeld is over pilgebruiksters en niet-pilgebruiksters.

2. Dat de post-pil-anovulatie vooral voorkomt bij vrouwen die tevoren, zonder pilgebruik, ook al perioden van amenorroe hadden, is wederom een argument voorzichtig te zijn met het zonder meer aanvaarden van een causale samenhang.

3. Ook het door collega PLATE zelf gememoreerde feit dat er geen verband bestaat tussen de duur van het pilgebruik en de kans op anovulatie pleit meer voor een geneigdheid van sommige vrouwen om na verschillende prikkels, met amenorroe te reageren dan voor een specifieke invloed van de pil.

4. Het belangrijkste is echter dat collega PLATE geen enkel logisch argument aanvoert voor zijn advies, na 1 jaar pilgebruik er tijdelijk mee te stoppen, om zodoende na te gaan of er al of niet amenorroe is ingetreden.

De overwegingen dat: (a) niet vaststaat dat de pil een oorzakelijke factor is voor amenorroe, (b) er geen correlatie is tussen de duur van het pilgebruik en de kans op amenorroe, (c) de amenorroe na pilgebruik over het algemeen goed reageert op therapie, (d) het instellen van een therapie alleen zin heeft bij kinderwens, maken het veel logischer het pilgebruik te continueren zolang de vrouw in kwestie (1) geen zwangerschap wenst, (2) geen onaangename bijwerkingen van het pilgebruik ondervindt.

Dat een jonge vrouw met een nog onbewezen vruchtbaarheid een risico neemt met iedere methode van anticonceptie door haar meest vruchtbare jaren ongebruikt voorbij te laten gaan, en mede daardoor misschien nooit kinderen zal krijgen, staat als een paal boven water. Dat de pil door zijn uitzonderlijk hoge betrouwbaarheid dit risico wat groter doet zijn doordat men geen rekening behoeft te houden met onbedoelde zwangerschappen, maakt de pil in dat opzicht wat „gevaarlijker”, maar daar staat weer tegenover dat de pil beschermt tegen het optreden van endometriosen; een afwijking die eertijds zo dikwijls als straf voor geboortenbeperking via anticonceptie (of onthouding) werd afgeschilderd

Prof. PLATE heeft volkomen gelijk wanneer hij jonge vrou-

wen met kinderwens adviseert zo spoedig mogelijk iedere vorm van anticonceptie, ook de orale anticonceptie, te staken. Zijn advies, na 1 jaar pilgebruik ermee te staken tot de ovulaties zijn teruggekeerd, is ongefundeerd en werkt het ontstaan van ongewenste zwangerschappen sterk in de hand.

*Literatuur.* PLATE, W. P. (1971) Post-pil-anovulatie. *Ned. T. Geneesk.* 115, 1694.

Amsterdam, oktober 1971

G. J. KLOOSTERMAN

De opmerkingen van collega KLOOSTERMAN zou ik als volgt willen beantwoorden:

1. Inderdaad zijn er geen juiste cijfers die aantonen dat na pilgebruik anovulatie meer voorkomt dan na een zwangerschap. Het is de moeite waard als collega KLOOSTERMAN in zijn grote kliniek probeerde deze cijfers te verkrijgen. Hij moet dan echter niet alleen de amenorroe, maar ook de anovulatoire bloedingen in zijn onderzoek betrekken. Omdat ik thans in 4 gevallen van post-pil-anovulatie, waarbij ik gelegenheid had de ovaria microscopisch te bekijken, steeds de als „fibrosis” beschreven veranderingen vond, meen ik een causaal verband te mogen aanemen. In mijn eigen onderzoek van ovaria van zwangeren heb ik een dergelijke „fibrosis” niet gezien.

2. Dat vrouwen die vóór het pilgebruik reeds perioden van amenorroe vertoonden, eerder tot post-pil-anovulatie neigen, zou ook kunnen worden verklaard door het feit dat in hun minder goed functionerende ovaria de beschreven veranderingen eerder ontstaan.

3. Dat er geen verband bestaat tussen de duur van het pilgebruik en de kans op anovulatie, kan ook bewijzen dat niet iedere vrouw op een gelijke pildosis hetzelfde reageert. Komt dit niet bij vele medicamenten voor?

4. De belangrijkste opmerking is die over mijn advies om bij het pilgebruik een pauze in te voeren. De overwegingen (a) en (b) heb ik in het bovenstaande trachten te ontzenuwen. Dat de amenorroe na pilgebruik over het algemeen (dus niet altijd) goed reageert op therapie, is m.i. geen reden om geen pauze in te stellen. In mijn artikel schreef ik, dat een therapie zo spoedig mogelijk moet worden ingesteld als de vrouw prijs stelt op een normale functie van het ovarium. Dat is meer dan alleen kinderwens.

Dat de pil beschermt tegen het ontstaan van endometriose, mag als een voordeel worden beschouwd. Dat die zelfde pil echter ook tot steriliteit kan leiden, is m.i. een groter nadeel.

Tenslotte de opmerking dat een pauze in het pilgebruik het ontstaan van ongewenste zwangerschappen sterk in de hand werkt. Ook hiervoor zou een onderzoek met cijfers van belang kunnen zijn. Opvallend is dat deze vrees in de buitenlandse literatuur niet wordt genoemd. Geloof collega KLOOSTERMAN dat onze Hollandse vrouwen dommer of non-chalanter zijn dan de buitenlandse?

Tijdens het laatste congres over fertiliteit en steriliteit in Tokyo heb ik met een aantal collegae de kwestie van de post-pil-anovulatie kunnen bespreken. Ik kreeg de indruk, dat deze stoornis in steeds grotere frequentie werd geconstateerd.

Den Haag, 12 november 1971

W. P. PLATE

## De ingegroeide nagel

De opmerkingen over het gebruik van een lokaal anaestheticum vereisen enig commentaar (HOHMANN 1971).

Behalve de anesthesist hebben slechts weinig artsen een diepgaande kennis over de farmacologische en klinische werking van een lokaal anaestheticum. Er zijn vele geneesmiddelen voor dit doel in de handel met zeer uiteenlopende eigenschappen. Ieder advies omtrent het gebruik van deze middelen behoort dan ook duidelijk gesteld te zijn. Voor de eenvoudige procedure, zoals bij een ingreep aan een teen, is lignocaïne (lidocaïne) 1%, in een hoeveelheid van 2-3 ml beiderzijds aan de basis van de grondphalanx, het keuze-preparaat. Het geeft een betrouwbare blokkade gedurende 45-60 minuten. Het gebruik van een 2% oplossing voor een blokkade van de nervus digitalis is onnodig en beslist niet effectiever dan het gebruik van een 1% oplossing.

De reden zoals deze door de schrijver wordt vermeld, om kleine hoeveelheden van een lokaal anaestheticum in de teen te geven, verschilt van de algemeen geldende opvatting. Te grote hoeveelheden vloeistof geven mechanisch een drukverhoging waardoor bloedvaten dichtgedrukt kunnen worden; dit in combinatie met een pre-existent vaatlijden kan een ischemie tot gevolg hebben. Dezelfde reden dus waarom, zoals schrijver zegt, geen adrenaline gebruikt mag worden.

*Literatuur.* HOHMANN, F. R. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1538.

's-Gravenhage, november 1971

TH. W. BAILLIE  
A. F. DE RUITER

## BERICHTEN

### Buitenland

#### CANADA

*De schok der herkenning.* Een overpeinzing in het *Canadian Medical Association Journal* (20 nov. 1971 bl. 1030) brengt iets onder woorden waarover iedere arts moet hebben gemijmerd: Wat is toch die merkwaardige flits van herkenning die de arts voelt als hij een patiënt te zien krijgt die misschien uitvoerige inlichtingen over zijn kwaal heeft verstrekt, zonder dat daar iets uit te concluderen is geweest, terwijl een enkele blik op de patiënt de diagnose als het ware tevoorschijn tovert. De schrijver van deze „musings”, ELLIOTT EMANUEL, zegt dat hij in zijn jonge jaren vaak heeft gelachen om dat gepraat over een klinische blik, over intuïtie, over de „Art

of Medicine” (altijd met hoofdletters geschreven) en dat hij zich steeds aan de koele feiten en objectieve beschrijvingen heeft willen houden. En toch . . . als je eens gekeken hebt naar een paar schilderijen van CHAGALL en je ziet er na verloop van tijd weer een, herken je de maker op slag. Dit zou onmogelijk zijn als je van CHAGALLS schilderkunst alleen over verbale inlichtingen beschikte. Immers, deze kunnen hoogstens meedelen dat er altijd wel een haan of een ezelskop of een man met zeven vingers op voorkomt, maar zijn niet in staat, de eigenaardige tintenmengeling en de geheel eigen sfeer ervan te beschrijven; en toch is een enkele blik op zo'n schilderij voldoende om als in een flits al deze onzegbare eigenschappen op een computer-achtige manier te beoordelen en te bundelen en de naam van de schilder in

*Ned. T. Geneesk.* 116, nr. 1, 1972