

De reactie van de heren MEIJER en HAMERS is grotendeels een herhaling van de door Prof. VON ARDENNE reeds geuite kritiek.

Een antwoord mijnerzijds op deze punten is reeds afgedrukt en behoeft hier dus niet herhaald te worden. De nodige literatuurcitaten zijn in dit antwoord genoemd. Wat betreft het slot van de brief van de heren MEIJER en HAMERS zij vermeld, dat het niet in de bedoeling ligt KERN en (of) VON ARDENNE als een soort Galilei van deze eeuw af te schilderen.

Wél zij verwezen (in mijn antwoord aan VON ARDENNE) naar de spelregels van de klinische farmacologie die in 1973 gevolgd moeten worden om te bewijzen dat een pharmacon inderdaad werkzaam is.

Amsterdam, mei 1973

P. A. VAN ZWIETEN

Demasculinistatie door stress in de zwangerschap?

In zijn belangwekkend referaat merkt collega MEUWISSEN (1973) op dat — indien de theorie van WARD ook voor de mens geldt — „de homofilie in onze beschaving misschien een nieuwe dimensie” zou krijgen.

Het komt mij voor dat dit minder opgaat voor de homofilie dan voor bepaalde ondervormen van het transseksisme, met name het syndroom dat wij thans als „genuin-constitutioneel transseksisme” betitelen. Een homoseksuele man of vrouw blijft zich subjectief man of vrouw weten en voelen, in tegenstelling met de transseksist, die de stellige overtuiging bezit tot de „andere” sekse te behoren. Deze onaantastbare subjectieve zekerheid zou — althans voor de mannelijke constitutionele transseksist — zeer wel passen in de hypothese van WARD (1972): een tijdens de foetale ontwikkeling voor androgenen ongevoelig gemaakt „mannelijk” hersencentrum reageert per se — om het heel simpel te formuleren — alsof het „vrouwelijk” is. In dierexperimenten met anti-androgenen heeft NEUMANN (1970) dit bij ratten kunnen aantonen.

Literatuur: MEUWISSEN, J. H. J. M. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 789. — NEUMANN, F. (1970) Tierexperimentelle Untersuchungen zur Transsexualität. *Tendenzen der Sexualforschung*, bl. 54. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart 1970. — WARD, I. L. (1972) *Science* 175, 82.

Amsterdam, 29 mei 1973

C. VAN EMDE BOAS

Waarom geen pessarium oclusivum?

Collega LEVIE (1973) werpt zich, voor de meesten van ons waarschijnlijk onverwacht, op als verdediger van het pessarium oclusivum dat ook blijkens zijn eigen ervaring vrijwel obsoleet lijkt te zijn geworden sinds de orale anticonceptie zijn intrede deed. De reden van zijn streven het pessarium oclusivum weer in de belangstelling te brengen, ligt duidelijk in het feit dat een aantal vrouwen noch de „pil”, noch het I.U.D. verdraagt. Zonder de pretentie te willen hebben een betere oplossing te weten, wil ik toch zijn artikel van enig commentaar voorzien.

Ik ga uit van de gedachte dat anticonceptie een strenge scheiding behoeft in twee groepen: (a) De eerste groep betreft partners die anticonceptie toepassen om hun gezinsopbouw te „plannen” voornamelijk met de bedoeling de periode tussen de geboorten van de kinderen zelf te bepalen en slechts secundair om het aantal geboorten van tevoren

vast te stellen. (b) De tweede groep bestaat uit partners voor wie het, om welke reden dan ook, strikt ongewenst is dat er zwangerschap ontstaat.

Hieruit blijkt dat de absolute betrouwbaarheid van het gebruikte anticonceptivum in een deel der gevallen zo belangrijk is dat hiermee het ideale, dus angstloze, geslachtsleven valt of staat. Over absolute betrouwbaarheid kan men lang praten. Dat hysterectomie en sterilisatie hieraan volledig voldoen, behoeft geen betoog, maar deze methoden bieden in het algemeen geen oplossing.

Dat methoden zoals coitus interruptus, periodieke onthouding, coitus condomatosus, fysicochemische middelen en ook pessarium oclusivum als volkomen veilig mogen worden beschouwd, is een hachelijke veronderstelling. Velen zullen het met mij eens zijn dat het lege arte toegepaste orale anticonceptivum wat veiligheid betreft een eigen plaats verdient. Ook aan deze methode kleven helaas bezwaren, zowel van de kant van de vrouw, die soms bijverschijnselen krijgt, als van de kant van vele artsen die vrezden voor schade die de vrouw op den duur zal ondervinden.

Collega LEVIE breekt een lans voor het pessarium oclusivum en illustreert dit uitsluitend aan de hand van een geval waarbij in een huisartsengezin de vrouw zowel de „pil” als het I.U.D. niet verdroeg. De vrouw bleek gelukkig te zijn met het pessarium oclusivum en de vita sexualis was ongestoord. Wel wordt tevens vermeld dat verdere gezinsuitbreiding ongewenst was!

Dit laatste noopt mij de betrouwbaarheid van het pessarium oclusivum aan de kaak te stellen, temeer daar collega LEVIE tevoren opmerkt dat jongere vakbroeders dit waarschijnlijk nooit hebben gezien, laat staan geleerd hebben het toe te passen. Wellicht bestaat het gevaar dat door het artikel van collega LEVIE een aantal jongere artsen een te groot vertrouwen gaat stellen in het pessarium oclusivum. Het verstreken van dit voorwerp aan een vrouw houdt in zich drie onzekerheden:

a. Is de arts in staat het pessarium oclusivum lege artis in te brengen? (Overigens door enige instructie makkelijk aan te leren.)

b. Is de vrouw in staat de instructies van haar arts goed op te volgen? (Dit blijft mijns inziens vaak een onzekere zaak.)

c. Is het genitale apparaat van de vrouw in kwestie „geschikt” voor deze methode? (Vooraf bij multiparae is de structuur zowel van vagina als van ostium externum vaak dusdanig veranderd dat de afsluitende functie van het pessarium oclusivum minder reëel wordt. Tevens vormen juist deze multiparae de groep die veel behoefte heeft aan absolute betrouwbaarheid!)

Nog een enkel woord over de veelgeprezen spontaniteit in het geslachtsleven. Het nemen van een tabletje is zeer eenvoudig en deze handeling draagt geen genitaal karakter. Het aanbrengen, durante cohabitatione, van het condom onderbreekt het voorspel en vervangt seksualiteit tijdelijk door een stukje technische vaardigheid. Hetzelfde bezwaar voert collega LEVIE terecht aan tegen de toepassing van een fysicochemisch middel.

Vervolgens merkt hij op dat de betrouwbaarheid van het pessarium oclusivum samen met een fysicochemisch middel veel groter is dan die van het fysicochemisch middel alléén. Inconsequent lijkt mij toe dat hij zich onthoudt van een, overigens voor de hand liggende, schatting van de betrouwbaarheid van pessarium oclusivum wanneer dit zonder fysicochemisch middel wordt toegepast.

Aansluitend hieraan wil ik ten laatste opmerken dat naar mijn ervaring een aantal artsen kennelijk de opvatting huldigt: „Als de door mij aanbevolen anticonceptiemethode

faalt en er een ongewenste zwangerschap ontstaat, dan heeft de vrouw recht op een kunstmatige afbreking van de zwangerschap. Zonder op het al of niet ethisch verantwoord zijn van deze laatste ingreep in te willen gaan, zullen wij medici, ongeacht onze eigen opvatting hierover, op zijn minst rekening moeten houden met de mening die de betreffende partners hierover hebben. Dit houdt in dat wij ons van hun mentaliteit in deze terdege op de hoogte moeten stellen wanneer wij een minder betrouwbaar anticonceptivum aanbevelen en zwangerschap strikt ongewenst is.

Literatuur: LEVIE, L. H. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 558.

Abcoude, mei 1973

C. WIERSMA

Het was geenszins mijn bedoeling jongere (noch oudere) artsen enthousiast te maken voor ongebreideld pessariumgebruik. De slotzin van mijn stukje luidde: „... in bepaald (thans cursief) gevallen is het pessarium oclusivum verre te verkiezen boven andere praeventiva”. Ongetwijfeld zijn er andere voorbehoedmiddelen die nog veiliger of gemakkelijker in hun toepassing zijn of ook aan ongeschoolde artsen en gebruikers of gebruiksters kunnen worden toevertrouwd. Maar ook deze hebben bepaalde negatieve kanten, weshalve het zinvol is het door mij genoemde middel wederom in het contraceptieve arsenaal op te nemen.

Elk middel hangt wat zijn betrouwbaarheid betreft af zowel van de methode als van de toepassing. Slordig gebruik van de pil vormt wel een grond dit middel niet te laten toepassen maar over de betrouwbaarheid van de orale contraceptie zegt dit niets. Dit zelfde geldt ook voor het pessarium oclusivum. Dat collega WIERSMA zich genoopt voelt de betrouwbaarheid van dit middel „aan de kaak te stellen” — volgens Van Dale: „aan bespotting prijsgeven, hekelen” —

lijkt mij onvriendelijk en lichtelijk overdreven, gezien een zwangerschapscoëfficiënt van ten hoogste 6 per 100 expositiejaren (nota bene: het condoom tweemaal zoveel!).

Het spreekt welhaast vanzelf dat de arts eerst instructie en ervaring behoeft alvorens dit middel te verstrekken; dan zal hij ook ongeschikte gevallen uitsluiten. Op anatomische gronden zal dit zelden gebeuren. Ten einde een onbescheiden gebruik van plaatsruimte te vermijden, verwijs ik hiervoor verder naar het artikel van WIBAUT (1972).

Literatuur: WIBAUT, F. P. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1104.

Amsterdam, mei 1973

L. H. LEVIE

In het artikel „Waarom geen pessarium oclusivum?” spreekt LEVIE (1973) over de consultatiebureaus van de NVSH. Dit nu is een achterhaalde zaak. Sinds 1971 ressorteren de consultatiebureaus onder de Dr. J. Rutgers Stichting, een organisatie die weliswaar door de NVSH is opgericht, maar daarvan nu geheel los en zelfstandig werkzaam is.

Wij willen overigens graag benadrukken dat artsen die ervaring willen opdoen voor wat betreft het aanpassen van pessaria van harte welkom zijn op ons bureau. Dat geldt trouwens ook voor artsen die zich in de praktijk op de hoogte willen stellen van andere vormen van anticonceptie. Zij kunnen daartoe een Rutgershuis in hun naaste omgeving benaderen dan wel contact opnemen met het landelijk bureau van de Dr. J. Rutgers Stichting, Groot Hertoginnelaan 201, 's-Gravenhage, tel. 070-323890.

Literatuur: LEVIE, L. H. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 558.

's-Gravenhage, 28 mei 1973

H. HEIJS

BERICHTEN

Buitenland

CANADA

De overgang naar vrije geneeskundige behandeling en de uitwerking daarvan op de praktijkuitoefening. Op 1 november 1970 werd in de provincie Quebec een verplichte verzekering tegen de geldelijke gevolgen van ziekte („Medicare”) van kracht, waardoor alle kosten van ziekenhuisverpleging, behandeling in de spreekkamer van de arts en behandeling ten huize van de patiënt door de provincie worden betaald, het geheel gebaseerd op een uniform premiestelsel. Sinds 1961 bestond reeds een dergelijk systeem voor de vergoeding van ziekenhuiskosten. Tegen de invoering van „Medicare” is er veel weerstand geweest van artsen, die o.a. vreesden dat de patiënten te veel van hen zouden verlangen, dat de kwaliteit van de geneeskundige verzorging zou verminderen, en dat de arbeidsomstandigheden van de artsen ondraaglijk zouden worden. Daartegenover stonden de hogere verwachtingen van degenen die meer gewicht hechtten aan de voordelen van het systeem, zoals de opheffing van financiële beperkingen voor alle patiënten en de verbetering van de gezondheidszorg. ENTERLINE en medewerkers hebben door interviews met vele artsen voor en na de invoering van „Medicare” en door statistische bewerkingen van de uitkomsten nagegaan, wat het effect van de overschakeling op het nieuwe systeem is ge-

weest voor de artsen en voor de geneeskundige praktijk. De omvang en de samenstelling van het artsen-corps waren voor en na de overschakeling gelijk. Toch bleek de overschakeling een vermindering van werkuren mee te brengen, nl. van 54,8 tot 46,3 uren per week. Verder werd minder tijd vereist voor telefonische raadgevingen en voor bezoeken aan patiënten, hetzij thuis, hetzij in een ziekenhuis. De dagelijkse contacten met patiënten namen af van 82.262 tot 74.463. De aantallen patiënten die in de spreekkamer werden gezien, namen toe van 23.840 per dag tot 31.509. Het percentage patiënten die zonder redelijke noodzaak om medisch advies vroegen, steeg van 1,1 tot 1,9. Daarentegen daalde het percentage patiënten die op een vroeger tijdstip medische hulp hadden moeten inroepen, van 2,6 tot 1,8 pct. De auteurs hebben geen verklaring voor de veel kortere werktijden per week. Ook kunnen zij niets concluderen omtrent mogelijke verschillen in kwaliteit van de geneeskundige arbeid voor en na de overschakeling. (*New Engl. J. Med.*, 31 mei bl. 1152.)

DUITSLAND (B.R.)

Waarschuwing voor methaqualon. In ons bericht op bl. 938 werden de merknamen vermeld die MARLER in *Pharmacological and Chemical Synonyms* (1967) bij methaqualone op-

Ned. T. Geneesk. 117, nr. 27, 1973