

veroorzaken. MEUWISSEN betoogt tot slot dat men verre-gaande conclusies kan verbinden aan de wijze waarop de curve is opgesteld, nauwgezet dan wel onverschillig. Ik kan er slechts één bedenken: wie weet zegt dat meer over de dokter dan over zijn patiënte.

Literatuur: MEUWISSEN, J. H. J. M. (1980a) *Ned. T. Geneesk.* 124, 65; (1980b) 124, 83.

Amsterdam, januari 1980

L. ZEGERIUS

De reactie van ZEGERIUS laat aan duidelijkheid niets te wensen over. Een ieder zal zich daarover zonder moeite een oordeel kunnen vormen en commentaar van mijn kant lijkt dan ook overbodig.

Een uitzondering zou ik willen maken voor zijn conclusie waar hij naar mijn mening ten onrechte ten aanzien van patiënte D stelt: „de zeer waarschijnlijke psychogene buikpijn”. Ik spreek niet graag van psychogene klachten. Als ZEGERIUS dan toch wil etiketteren, dan zou de benoeming *functionele* klachten beter zijn. Dysmenorroe kan functioneel zijn en, indien ernstig, behandeling behoeven. Het is de kunst uit te maken of de klachten zo ernstig zijn dat medicamenteuze behandeling nodig is. De basale-temperatuurcurve kan hierbij een goed hulpmiddel zijn.

De klinische les was bedoeld om aandacht te vragen voor een eenvoudige methode die het mogelijk maakt om in een aantal gevallen zonder uitgebreide onderzoeken met de hulp van de patiënte tot een goede diagnose te komen. Ik ken de functie van ZEGERIUS niet, maar als zij of hij een ervaren medicus practicus zou zijn, waren mijn bedoelingen wellicht begrepen.

Eindhoven, februari 1980

J. H. J. M. MEUWISSEN

De frequentie van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole

Wanneer collega WIBAUT (1979) gynaecologisch onderzoek bij vrouwen die komen voor „pilcontrole” overbodig acht, dient m.i. verschil te worden gemaakt tussen controle door huisarts en gynaecoloog. Door opleiding en ervaring zal de gynaecoloog eventuele afwijkingen vaker en in een vroeger stadium vaststellen dan de huisarts. Er zijn vrouwen die de „pilcontrole” door een gynaecoloog willen laten verrichten. Zij zullen het in de regel niet acceptabel vinden wanneer de gynaecoloog daarbij geen gynaecologisch onderzoek verricht.

De mening van collega WIBAUT dat vrouwen met myomen minder fertiel zijn en daarom minder behoefte aan anticonceptie hebben, wordt vaker gehoord, maar de juistheid hiervan is nooit bewezen. Afgezien van de zelden voorkomende situatie dat in elke tubahoek een myoom is gelokaliseerd die de pars intramuralis tubae afsluit, zijn er geen redenen te bedenken waarom uterusmyomen de fertiliteit ongunstig zouden kunnen beïnvloeden; mogelijk geven ze wel een verhoogde kans op abortus. Er is m.i. geen bezwaar om vrouwen met een uterus myomatosus een oraal anticonceptivum te laten gebruiken, mits dit een combinatie-preparaat betreft met een gestagee overwicht. Het voordeel is dat de hypermenorroe, die bij vrouwen met een uterus myomatosus vaak wordt gezien, daardoor gunstig wordt beïnvloed. Een IUD is bij uterus myomatosus wel gecontraïndiceerd, tenzij het cavum uteri een normale vorm heeft en geen hypermenorroe bestaat.

Literatuur: WIBAUT, F. P. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2230.

Groningen, januari 1980

J. KREMER

Terecht wijst collega KREMER op het verschil tussen pilcontrole bij de gynaecoloog of bij de huisarts. Bij de gynaecoloog wordt daarbij als routine iedere patiënt onderzocht; bij de huisarts is gynaecologisch onderzoek bij vrouwen zonder klachten een uitzondering; dit is – ten onrechte – alleen bij pilcontrole regel geworden. Ik heb erop willen wijzen dat de gynaecologische risico's van vrouwen – of ze de pil nu wel of niet gebruiken – niet verschillen.

Met de aanvullende opmerkingen van collega KREMER over gebruik van de pil bij uterus myomatosus wil ik gaarne instemmen.

Amsterdam, februari 1980

F. P. WIBAUT

Nobelprijs voor geneeskunde en fysiologie 1979

Opgeleid bij dr. JAMES AMBROSE in de CT-scanning van de hersenen in het Atkinson Morley's Hospital te Wimbledon, heb ik het voorrecht gehad aan de wieg te staan van de „CT-scanning”. Daarom reageer ik hier op het artikel van PEETERS e.a. (1979) omdat helaas de naam AMBROSE niet is genoemd, terwijl hij het juist was die de idee heeft gehad een hoofd in de CT-scanner te plaatsen i.p.v. alle mogelijke andere voorwerpen. Ook was het AMBROSE die in april 1972 op het jaarlijkse congres van het „British Institute of Radiology” de ontwikkeling van deze nieuwe techniek, die de gehele radiologische wereld deed opzien, aankondigde; in 1973 nog gevolgd door zijn artikel over de „brainscanning”, waarin hij toen reeds zeer vèrgaande diagnostische mogelijkheden van de CT-scanner aangaf. Door de samenwerking van GODFREY HOUNSFIELD en AMBROSE werd dan ook het prototype van de te CT-scanner ter wereld gebouwd in een aanbouwtje aan het overigens zeer oude Atkinson Morley's Hospital.

Literatuur: PEETERS, F., B. VERBEETEN en H. W. VENEMA (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2192.

Rijswijk, januari 1979

H. KETELAAR

De gang van onderzoek bij een patiënte die op cytologische gronden verdacht wordt van carcinoma colli uteri

Naar aanleiding van de klinische les van de collegae JANSSENS en OOSTERHUIS (1979) en het door hen naar aanleiding daarvan geschreven commentaar merken wij het volgende op:

Vanaf 1975 vindt – na een toezegging van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Tweede Kamer – cytologisch bevolkingsonderzoek naar cervixcarcinoom plaats bij vrouwen tussen 35 en 55 jaar in 19 regionale pathologisch-anatomische laboratoria, die – onder meer ter financiering van de laboratoriumkosten – een overeenkomst hebben afgesloten met het Rijks Insti-