

gens hem de permissieve houding, niet alleen van de twee therapeuten, maar ook van de andere groepsleden. Ook zij claimen 75% verbetering.

Nieuw in de seksuologie zijn de „desire fase problems”: „inhibited sexual desire” en „low sexual desire”. KOLODNY uit het Instituut van Masters en Johnson vertelde daarover. Het zou 2 maal zo vaak voorkomen bij vrouwen als bij mannen. Bij mannen zou het bij 5% het gevolg zijn van een prolactinoom, met verhoogde prolactine- en verlaagde testosteroonspiegels in het serum. Meestal echter is de oorzaak psychisch. Depressie, gering besef van eigenwaarde, een negatief lichaamsbeeld, angst voor viezigheid van de vrouwelijke geslachtsorganen, angst voor fantasieën tijdens de seks, en angst voor controleverlies. Ook kan de oorzaak in de relatie liggen: verveling, afkeer van het lichaam van de partner, vijandigheid. Het kan echter ook het gevolg zijn van een andere seksuele dysfunctie. Belangrijk in zijn therapeutische aanpak is het aanleren van de mogelijkheid om niet de hele cyclus tot en met orgasme en (of) coitus af te leggen.

Ook MADDOCK (V.S.) vindt erg veel paren met „low sexual desire”; in zijn patiëntengroep komt het voor bij 50% van de paren waar de man een dysfunctie heeft. Hij deelt de oorzaken in drie groepen in: situatie (organische afwijkingen, stress, faalangst, gebrekkige voorlichting en techniek), relatie (vijandigheid, rolproblemen en machtsproblemen), en intra-psychische problemen. Volgens zijn „zuinigheidsprincipe” behandelt hij ook in deze volgorde. Dat werkt het snelst en het gemakkelijkst.

Een aantal praatjes ging over het effect van ziekte op seksualiteit. EICHER (West-Duitsland) deed onderzoek bij 105 vrouwen die een vaginale hysterectomie hadden ondergaan. Allen waren goed begeleid en voorgelicht; 91% bleek dan ook tevreden met hun seksualiteit na de operatie. Zonder begeleiding en voorlichting leidt hysterectomie vaak tot depressies, tot dysfunctie (dyspareunie) en het gevoel geen vrouw meer te zijn. De tegenhanger bij de man is het hartinfarct. Ook hij wordt depressief, krijgt het gevoel geen man meer te zijn en wordt angstig om seksueel niet meer te kunnen functioneren. MACKAY (V.S.) die werkt in een kliniek met 350 bypass-ope-

raties per jaar, vertelde over hun rehabilitatieprogramma, waarbij seksuele voorlichting en begeleiding erg belangrijk zijn. Als de patiënt kan joggen tot een hartfrequentie van 130 slagen/min. zonder pijn, dan is coitus toegestaan.

Er waren ook laboratoriumnieuwtjes. REINISCH (V.S.) onderzocht jongens en meisjes die vóór de geboorte waren blootgesteld aan progestagene hormoonpreparaten. Er was een duidelijke verhoging van de verbale reacties op agressie-situaties: weer een belangrijke aanwijzing voorzichtig te zijn met prenatale medicatie.

BOHLEN (V.S.) deed onderzoek bij mannen naar de relatie tussen objectieve metingen tijdens het orgasme en de subjectieve beleving daarvan. Fysiologische metingen van hartslag, ademhaling, anale spiercontracties, doorbloeding van het kleine bekken en erectie-omvang, waren op geen enkele wijze gerelateerd aan de subjectieve intensiteit en de duur van het orgasme, en evenmin aan de mate van bevrediging.

Veel informatie was er ook over de veranderende samenlevingsvormen, over homoseksualiteit, over biseksualiteit en over open relaties. BUUNK (Nijmegen) vertelde over zijn onderzoek bij paren die een relatie met een derde hebben. Buitenechtelijke seks op zichzelf is vaak zeer bevredigend. Veel plezier wordt echter vergald door schuldgevoelens en het probleem zich niet te kunnen verdelen over twee mensen. BUUNK vond dat de meeste van deze paren regels ontwikkelen om die intrapsychische en interpersoonlijke problemen te verkleinen.

Tot de extremen op het congres behoorden aan de ene kant vertegenwoordigers van het Vaticaan, die spraken over seks en kerk, en aan de andere kant XAVIERA HOLLANDER, thans de beroemdste call-girl ter wereld, die met haar praatje over prostitutie de show stal. Met veel verve vertelde zij over de voordelen die haar vak zou bieden aan de man met een seksueel probleem.

De verscheidenheid aan onderwerpen en meningen was groot, dat riep zeer gemengde gevoelens op. Het volgend wereldcongres is in juni 1981 in Israël.

Augustus 1980

INGEZONDEN

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

Is oogheelkundige controle bij het gebruik van chloroquine (derivaten) altijd noodzakelijk?

Met interesse heb ik het artikel van G. H. M. VAN LITH (1980) gelezen. De hierin voorgestelde controletermijn is dosisafhankelijk en daardoor viel het mij op dat deze doses niet geheel nauwkeurig leken te zijn berekend.

De in Nederland verkrijgbare Nivaquinetabletten (Specia) bevatten ongeveer 137 mg chloroquinesulfaat (mole-

cuulgewicht 436,0) om een werking te hebben die overeenkomt met 100 mg chloroquinebase. Plaqueniltabletten (Winthrop) bevatten 200 mg hydroxychloroquinesulfaat (molecuulgewicht 433,9), hetgeen overeenkomt met ongeveer 154 mg hydroxychloroquinebase hetgeen zou overeenkomen met ongeveer 146 mg chloroquinebase. Resochin-tabletten (Bayer) bevatten 250 mg chloroquinedifosfaat (molecuulgewicht 515,9), hetgeen overeenkomt met ongeveer 156 mg chloroquinebase.

Opvallend is nu, dat er in een tablet Plaquenil en in een tablet Resochin dus ongeveer dezelfde hoeveelheid chloro-

quinebase zit! Wat nu? Is er misschien een andere verklaring voor het gevonden verschil in toxiciteit tussen deze twee medicamenten?

Literatuur: LITH, G. H. M. VAN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1866.

Nijmegen, november 1980

A. A. VAN OOSTERWYK

Het commentaar van de heer VAN OOSTERWYK acht ik een waardevolle aanvulling op mijn artikel, in zover het wijst op de problematiek van de vergelijking van verschillende medicamenten, zoals hier de chloroquinebase en de hydroxychloroquinebase. Zelf ben ik uitgegaan van de doseringen waarbij wel of geen retinopathie gezien werd. Dit is duidelijk wel het geval bij een dagelijkse dosering gedurende langere tijd van 150 mg chloroquinebase en niet bij een gelijke dosering van hydroxychloroquinebase, hierbij aannemende dat een verschil van 146 mg en 156 mg niet van wezenlijk belang is.

Voor een meer technisch commentaar moge ik verwijzen naar de hieronder volgende toelichting van onze apotheker, de heer J. T. G. JANSEN.

Rotterdam, november 1981

G. H. M. VAN LITH

Volgens mij heeft de heer VAN OOSTERWYK zich hier begeven op het, zeker voor artsen, glibberige pad der chemie, en is daarbij ook enigszins uitgegleden. Het is niet juist om aan te nemen dat 154 mg hydroxychloroquinebase overeenkomt met 146 mg chloroquinebase, hoewel het een milligrammenkwestie is. Wel correct is het de gewichten van diverse zouten van een alkaloid te herleiden tot het gewicht van de desbetreffende alkaloid-base. Bijvoorbeeld: 137 mg chloroquine-sulfaat = 160 mg chloroquinedifosfaat = 100 mg chloroquinebase. Essentieel hierbij is dat beide zouten hetzelfde alkaloid, en wel 100 mg chloroquine bevatten voor resorptie en werking. Het is echter onjuist te stellen dat van 154 mg hydroxychloroquine wel 146 mg chloroquine is, indien dit berekend wordt op grond van de respectieve molecuulgewichten. Het zijn echter twee verschillende, hoewel verwante, alkaloiden. Het verschil is wel geteld 1 OH-groep aan de ethyl-amino-zijketen. Hierin ligt echter mogelijk wel het antwoord op de vraag van de heer VAN OOSTERWYK. 1 OH-groep kan namelijk in twee therapeutisch gelijkgerichte stoffen de farmacokinetische eigenschappen, zoals resorptie, halfwaardetijd, verdelingsvolume (= een maat voor de penetratie in de diverse weefsels) en de excretie beïnvloeden.

Het bovenstaande kan een verklaring zijn voor het verschil in toxiciteit tussen Plaquenil enerzijds en Nivaquine en Resochin anderzijds.

Rotterdam, november 1980

J. T. G. JANSEN

Een IUD zonder teugel van onbekend type

Door de redactie is een keuze gemaakt uit de ingezonden stukken op de Brief aan de redactie van TRIMBOS en VAN DER DOES (1980), waarbij gelijklopende inlichtingen achterwege zijn gelaten.

In een brief aan de redactie werd een IUD zonder teugel van onbekend type beschreven (TRIMBOS en VAN DER DOES 1980). Dit IUD is een Dana-IUD en is afkomstig uit Tsje-

choslowakije. Een afbeelding hiervan werd eerder in dit tijdschrift afgedrukt op een foto-collage (WIBAUT 1971). Van dit IUD, dat tot de gesloten types behoort, zijn verschillende maten bekend, afhankelijk van de grootte van de uterus. Deze gesloten types van het IUD kunnen na perforatie ernstige complicaties geven zoals darmobstructie met hemorragische infarctering (SCOTT 1968; HASPELS 1969).

Literatuur: HASPELS, A. A. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1377. – SCOTT, R. B. (1968) *Obstet. Gynec.* 31, 322. – WIBAUT, F. P. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1180.

Winterswijk, oktober 1980

R. J. C. M. BEERTHUIZEN

Met betrekking tot de mededeling van TRIMBOS en VAN DER DOES (1980) graag het volgende. Uit een beschrijving in *Population Reports* (series B, nr. 2, 1975, B-47) blijkt dat het gevonden IUD behoort tot het type Dana Super Lux, beschikbaar in vier maten, en normaal voorzien van twee nylon draden, die bevestigd dienen te zijn aan een oogje aan de onderkant van het afgebeelde spiraaltje. Het niet gevonden „aanknopingspunt” werd dus óf bij de plaatsing verwijderd, óf bij de pogingen tot verwijdering afgebroken.

Het IUD is van Tsjechische makelij en wordt (of werd) hoofdzakelijk gebruikt in Tsjechoslowakije en de DDR.

Antwerpen, oktober 1980

P. R. MEULYZER

Het onbekende type IUD dat bij een Vietnamese vrouw werd verwijderd (TRIMBOS en VAN DER DOES 1980), komt uit Tsjechoslowakije. Uit de door ons ter beschikking staande gegevens blijkt dat het IUD door dr. J. Sracek van de Universiteitskliniek (afd. Verloskunde en gynaecologie) te Brno, Tsjechoslowakije, is geïntroduceerd en is vervaardigd door het National Textile Research Institute, Liberec, Vaclavska 6 te Brno.

Het IUD wordt in de handel gebracht in verschillende maten: Dana-super 1: voor nulliparae en voor vrouwen met een uterus kleiner dan 7 cm. Dana-super 2 en 3: voor vrouwen met een uteruslengte tussen 7 en 8,5 cm, resp. groter dan 8 cm. Het materiaal bestaat uit polyethyleen gevuld met 25% bariumsulfaat ter vergemakkelijking van de locatie van het apparaat bij röntgenonderzoek. Het IUD heeft geen touwtje. Fotomateriaal van verpakking, en instrumenten voor inbrengen en verwijderen van dit IUD zijn in ons bezit.

Leiden, November 1980

M. C. DERSJANT-ROORDA,
namens de medewerkers van de
polikliniek voor Geboorten-
regeling, Academisch Ziekenhuis Leiden

Het door TRIMBOS en VAN DER DOES (1980) beschreven onbekende IUD is de Dana Super, een uit ethyleenvinyl-placetaat bestaand IUD, dat twee nylon draadjes heeft. De distributeur is State Textile Research Institute, Center for the Application of radioactive Isotopes in the Textile Industry, Brno-Vaclavska 6, Tsjechoslowakije. Het IUD wordt gebruikt in Oost-Europa en Vietnam.

Utrecht, november 1980

L. QUERIDO,
medisch secretaris
Stimezo Nederland

IUD's zonder teugel (TRIMBOS en VAN DER DOES 1980) blijken in ontwikkelingslanden vaker toegepast te worden.