

De techniek van de geboorteregeling (3)*

DOOR P. J. F. DUPUIS, HUISARTS TE ROTTERDAM

5 *Mechanische en chemische methoden.* Zoals men uit het voorgaande heeft kunnen opmaken, is er nog absoluut geen reden de „klassieke” methoden als obsoleet te beschouwen. Al zijn ze om diverse redenen niet ideaal, verscheidene tientallen jaren lang hebben ze hun bruikbaarheid bewezen. Ze worden in combinatie besproken, omdat ze in hoofdzaak alleen betrouwbaar zijn indien ze tegelijkertijd worden gebruikt.

De werking berust op een mechanische barrière, welke bij de ejaculatie de directe bespuiting van de cervix met de zaadvloeistof verhindert en op een chemische invloed, die de voorlopig tegengehouden zaadcellen doodt of tenminste immobiliseert. Het ligt voor de hand dat de mechanische barrière zowel door de vrouw als door de man kan worden aangebracht: de vrouw kan gebruik maken van een zogenaamd pessarium oclusivum of in sommige gevallen van een portiokapje, de man heeft de zogeheten condoms of preservatieven tot zijn beschikking.

De intra-uterine en intracervicaal werkende middelen, welke uiteraard door een arts moeten worden aangebracht, werden al omstreeks 1925 eenstemmig door de medische wereld veroordeeld als te gevaarlijk wegens kans op acute en chronische ontstekingen, bloedingen en ontwikkeling van carcinomen. Dit betrof toen metalen ringen en spiralen. Voor de intracervicale middelen geldt bovengenoemd standpunt nog steeds. In de laatste tijd echter, nu men over meer indifferente stoffen kan beschikken in de vorm van diverse soorten plastic, komen de intra-uterine middelen weer op de markt, speciaal ten behoeve van onderontwikkelde landen. Is de plastic spiraal namelijk eenmaal goed ingebracht, dan kan hij zonder gevaar vijf jaar lang op zijn plaats worden gelaten. Dit is van groot belang, waar medische controle niet of nauwelijks uitvoerbaar is en waar men van de medewerking van de vrouw zelf niet veel heeft te verwachten.

Een ander voordeel van de nieuwe intra-uterine middelen is dat er in de regel geen dilatatie van de cervix meer voor hoeft plaats te vinden. De twee grote problemen zijn dat in tien procent van de gevallen het optreden van menorrhagie en metrorrhagie verwijdering nodig maakt en dat eveneens in tien procent van de gevallen het middel binnen het jaar wordt uitgedreven, na herinbrenging meestal nog sneller. Het minst zou dit voorkomen wanneer de draad een soort zandlopervorm heeft. De metho-

de is zeer betrouwbaar, per honderd vrouwjaren ** gebruik treedt tussen 0,9 en 1,1 zwangerschap op. Tot nog toe heeft de draad geen aangeboren misvormingen veroorzaakt. In de regel wordt ze dan bij de bevalling samen met de placenta uitgestoten, soms ook al tegelijk met het kind zelf.

Wat de werking betreft, deze staat nog niet vast. Het meest waarschijnlijk is, dat door geregelde lichte spiercontracties in de uteruswand het slijmvlies onvoldoende rustig is om implantatie van het bevruchte ei mogelijk te maken. Hieruit blijkt dat deze methode zich bevindt op de grens van anticonceptie en abortus provocatus. Over de problematiek die hierbij opduikt is in het voorgaande al gesproken. Bij biopsie van het uterus-slijmvlies na maanden dragen van de draad is histologisch nog nooit metaplasie of ontsteking gevonden. Desondanks verkeert, ook naar de mening van hen, die de meeste ervaring hebben zoals Lippes, Margulies en Birnberg, de methode nog gedeeltelijk in het experimentele stadium. De percentages van uitdrijving en gedwongen verwijdering lijken voor verbetering vatbaar. Een bezwaar blijft dat het inbrengen volstrekt steriel dient plaats te vinden, bij voorkeur in een ziekenhuis door een specialist.

Een en ander brengt met zich mede dat pessarium en condoom in het algemeen en in het bijzonder voor de huisarts van veel meer belang zijn, en wel vooral het pessarium. Dit moet immers worden aangemeten, aangezien de breedte van de vagina tussen fornix posterior en de vrijwel altijd aanwezige inwendige holte boven de symfyse zeer varieert en onafhankelijk is van de algemene lichaamsbouw. Het is schrijver dezes bekend, dat bepaalde zaken een pessarium afleveren, desnoods aan de echtgenoot, afgaande op een algemene beschrijving van het postuur van de betrokken vrouw. Dit is zinloos: er komen vrouwen voor met brede heupen en met een wonderlijk nauwe vagina, maar ook jongensachtige figuren met een betrekkelijk ruime schede. Bij elke vrouw dient daarom de juiste maat door vaginaal onderzoek te worden vastgesteld; dit kan worden vergemakkelijkt door het gebruik van proefringen.

De beste ring is de grootste, die eenmaal ingebracht, bij persen niet van achter de pubisrand vandaan komt en nog niet door de vrouw wordt gevoeld. Verkrijgbaar zijn alle maten tussen 45 en 100 mm, stijgend met 2½ mm verschil. Ze bestaan uit een rubber (latex) membraan in de vorm van een bolsegment met gewoonlijk een vlakke of ronde rand, waarin zich een veer bevindt. Het is de com-

* Zie (1965) huisarts en wetenschap 8, 42 (eerste deel); 8, 97 (tweede deel).

** Over dit begrip zie verderop in dit artikel.

binatie van de spanning van de veer en de spier-tonus van de vaginawand, die het pessarium op zijn plaats houdt. Vandaar dat het veelal niet bruikbaar is, wanneer deze tonus te gering is en de vaginawand te slap onder andere bij een te zwak perineum en bij een cystocele. Ook een te korte vaginawand en een geheel of bijna geheel ontbreken van de holte boven de symfyse vormen contraïndicaties.

Het verdient de voorkeur het pessarium met de bolle kant naar boven in te brengen, ten eerste omdat de membraan dan minder in de vagina prolabeert, vervolgens omdat de membraan met de pasta beter tegen de cervix aan blijft liggen en tenslotte omdat bij het uithalen de vrouw zo beter houvast aan de ringwand heeft. *Cave* te scherpe en te lange nagels. Bij het inbrengen moet erop worden gelet, het pessarium als het half naar binnen is, scherp naar achteren te richten (sacraalwaarts) aangezien alleen op deze manier de portio altijd gemakkelijk wordt gepasseerd. Het spreekt vanzelf dat als de ring voor de portio blijft hokken, deze geen bescherming biedt. Men krijgt dan de indruk dat de vagina ineens veel te nauw is geworden, casu quo de ring veel te groot. Bij het gebruik van een pessarium is het een kunstfout niet van tevoren, aan beide zijden van de ring, een theelepeltje pasta te smeren, en daarmee ook nog de randen in te wrijven. Licht het pessarium eenmaal in de fornix posterior, dan wordt het aan de voorzijde ingedrukt en pas losgelaten na inwendige passage van de symfyse.

Zeker in het begin is het gewenst dat de vrouw iedere keer controleert of de juiste ligging is bereikt en speciaal of de portio door het rubber heen voelbaar is. Niet iedere vrouw is echter bereid en in staat deze inspectie uit te voeren. In dat geval is veelvuldiger controle door de arts nodig. Een aantal vrouwen geeft er de voorkeur aan een inbrengapparaat te gebruiken, onder andere in verband met een aanrakingstaboe. Het is verder een absolute vereiste dat het pessarium zes tot acht uur na de coïtus blijft zitten: vroegtijdige verwijdering houdt het gevaar in dat nog niet geïmmobiliseerde spermatozoën alsnog de cervix bereiken. Ditzelfde gevaar bestaat, zij het in belangrijk mindere mate, als de vrouw met het pessarium in, gaat sjouwen, bukken of tillen. Vandaar dat het pessarium bij voorkeur dient te worden gebruikt bij een coïtus welke plaats vindt voor het slapen gaan.

Het verwijderen is eenvoudig en gebeurt met de gebogen wijsvinger, die de achter de symfyse gelegen rand aan de binnenzijde beetpakt. Veelal wordt aanbevolen voor en na het verwijderen tweemaal met een halve liter zwakzure vloeistof, bijvoorbeeld twee lepels azijn op een liter lauw water, te irrigeren. Dit betekent evenwel een ernstige extra belasting voor de vrouw, het kan bovendien een moeilijk uit te voeren opdracht zijn als er kleine kinderen in de buurt zijn. In navolging vooral van Amerikaanse onderzoekers, acht ik dit irrigeren overbodig: heeft men zich verder aan alle regels

gehouden, dan vergroot het de betrouwbaarheid maar bijzonder weinig. Bovendien is het een hinderlijke en tijdrovende bezigheid. Het schoonmaken van het pessarium vindt plaats met lauw water en zeep. Daarna wordt het op scheurtjes gecontroleerd, gedroogd en met talk ingewreven.

Een kennelijk voordeel van het pessarium boven het nog te bespreken condoom is, dat inbrengen en uithalen niets met de coïtus zelf te maken behoeven te hebben. Het verwijderen besprak ik al, het aanbrengen kan het beste plaats vinden tegelijkertijd met het nachttoilet. Verschillend wordt de vraag beantwoord, of het beter is het pessarium — behalve tijdens de menstruatie — elke avond in te brengen dan wel alleen als de omstandigheden daartoe aanleiding geven. De gewoonten van het echtpaar spelen hierbij een rol, bijvoorbeeld of voor het naar bed gaan, zij het in subtiele vorm, het liefdesspel al wordt begonnen; verder de kwestie of de vrouw het liefst geen enkel verband met de coïtus bespeurt. De beslissing is hierbij uitsluitend aan de vrouw zelf.

Opgemerkt moet nog worden, dat het beslist niet juist is het pessarium tussen twee menstruaties in voortdurend te dragen. Vergelijking met een prolaps pessarium gaat niet op, omdat bij gebruik van het pessarium oclusivum het meest kwetsbare gedeelte in de schede, de cervix, voortdurend wordt geraakt. Retentie van secreet kan optreden met als mogelijke gevolgen portio-erosie en cervicitis. De aanwezigheid van harde scybala in het rectum kan een goede aanpassing van de vaginawand bemoeilijken.

Enige contraïndicaties werden al genoemd. Ik moet nog opmerken, dat bij een bestaande cystocele soms het Matrisalus type pessarium bruikbaar is. Dit heeft de vorm van een Hodge pessarium, maar het wordt omgekeerd ingebracht. Combinatie van het pessarium oclusivum met de prolapsring of het Hodge pessarium is mogelijk, maar het risico is vermoedelijk iets groter. Als laatste contraïndicatie wordt genoemd het bestaan van virginiteit. Medische controle van het pessarium is nodig, de eerste keer na drie maanden, vervolgens om de drie tot zes maanden. Behalve het pessarium is er voor de vrouw ook het zogenaamde portiokapje, dat de portio geheel omsluit. Het wordt maar weinig gebruikt, omdat het laten zitten ervan tussen twee menstruaties in dezelfde bezwaren geeft als het pessarium, terwijl het inbrengen zoveel technische vaardigheid vereist, dat de vrouw het in de regel zelf niet kan en dus voor elke coïtus de arts zou moeten raadplegen. Dit is uiteraard praktisch onuitvoerbaar, vandaar dat de toepassing zich beperkt tot een eenmalig gebruik, behalve bij die vrouwen die bijzonder handig zijn en een gave, duidelijk prominere, conisch toelopende portio hebben. Noch de vrouw, noch de man hoeft bij de coïtus iets van het ingebrachte rubberapparaat te bespeuren. Een voordeel boven het condoom is nog, dat direct contact tussen penis en vaginawand blijft bestaan.

Niettemin worden condooms door zeer veel man-

nen gebruikt, ook in het huwelijk. Bij illegitieme relaties, die immers veelal een vergrote kans op een geslachtsziekte inhouden, ligt het voor de hand, dat de man en ook de vrouw zich op deze manier daartegen wapenen. Waar deze indicatie ontbreekt is het condoom echter ook een veel gebruikt en zeer betrouwbaar middel, dat naast in het oog springende nadelen ten opzichte van het pessarium stellig ook voordelen biedt.

In ontrolde toestand is het condoom een rubber zakje met een verdikte rand, vergelijkbaar met het bekende vingercondoom, dat om de penis erectus past. Er is een soort dat distaal nog een apart zakje heeft, om de zaadvloeistof op te vangen, hetgeen wel is waar de druk op de condoomwand ter plaatse vermindert, maar als zodanig ook een verzwakking betekent. Men kan hetzelfde doel bereiken, door bij het aantrekken ongeveer een mm ruimte over te laten tussen glans penis en condoom. Het barsten van het condoom zou vooral optreden bij het te stijf over de glans penis heentrekken. De kans hierop met het daaruit voortvloeiend gevaar wordt vermindert door van te voren een kleine hoeveelheid spermicide pasta in het condoom te doen. Onder omstandigheden kan het nuttig zijn ook uitwendig de stroefheid door een laagje pasta te verminderen. Verder kan voor het gebruik de kwaliteit worden gecontroleerd door het condoom tot op armlengte uit te rekken of het op te blazen.

Aangezien na de ejaculatie de penis snel verslapt, hetgeen gevaar voor afglijden van het condoom met zich brengt, dient de coïtus dan direct te worden beëindigd. Evenals de reeds genoemde noodzaak het condoom pas aan te brengen als het lid eenmaal in erectie is, betekent dit een niet geringe hinder bij de coïtus. Het hinderlijke van het aanbrengen is te verminderen door het op te nemen in het voorspel, als een soort verkleedpartij, waarbij de vrouw zich met het aantrekken belast. Als nog hinderlijker wordt soms ervaren dat er geen direct genitaal contact is. Dit kan leiden tot het uitblijven van orgasme, zowel bij man als vrouw, hetzij door gebrek aan frictie, hetzij, en waarschijnlijk vaker, om psychische redenen. Ook kan de vrouw het gevoel hebben dat er niets over blijft, niets beklijft, dit mede omdat bij het beëindigen van de coïtus het gehele ejaculaat met het condoom mee wordt teruggetrokken. Omgekeerd zijn er vrouwen, die het eigenlijk wel hygiënisch vinden, dat ze na afloop van de coïtus niets meer ervan bespeuren, terwijl er ook mannen voorkomen met een rest van castratieangst, die het als veiliger ervaren niet onbeschermd de donkere spelonk van het vrouwenlichaam binnen te gaan. Zo ziet men dat er heel geschikte neuroses à deux kunnen bestaan. Men moet dan vooral niet proberen een van beiden te genezen.

Kennelijke voordelen van het condoom zijn de eenvoud van toepassing, de dokter behoeft er niet aan te pas te komen, en speciaal voor angstige vrouwen, de mogelijkheid van directe controle na afloop van de coïtus.

De toepassing van uitsluitend chemische en che-

misch-fysische middelen komt voornamelijk in aanmerking als tweede keus, wanneer, om welke reden dan ook, andere middelen en methoden niet zijn te gebruiken. Daarnaast bij de zogenaamde relatieve indicatie, als men niet tot elke prijs voorkoming van zwangerschap wenst, doch slechts de kans daarop belangrijk wil reduceren zonder tot onaangename of ingewikkelde methoden zijn toevlucht te willen nemen. Naar verhouding het meest aan te bevelen zijn pasta's bij een vochtige vagina, of geleien bij een droge vagina. Deze worden geleverd in tubes met opschroefbare canule, welke laatste men diep achter in de schede kan inbrengen, waarna door het omdraaien van een aan de tube bevestigde sleutel een afgemeten hoeveelheid pasta of gelei in de schede wordt geperst. Het verdient aanbeveling, dat men, alvorens deze methode toe te passen, de arts laat controleren of de anatomische verhoudingen in de schede zodanig zijn, dat van deze handelingen een zeker effect mag worden verwacht. Het is nodig dat men de pasta of gelei uiterlijk een uur voor de coïtus inbrengt. Sommige produkten dienen zelfs langer van te voren in de vagina aanwezig te zijn, maar dat staat dan in de gebruiksaanwijzing.

Beslist verwerpelijk is de methode van de irrigatie post coïtum. In de eerste plaats is het vrijwel zeker, dat daarmee niet meer de spermatozoën worden achterhaald die bij de ejaculatie direct in het cervix slijm of in de onmiddellijke nabijheid er van zijn terechtgekomen, juist de gevaarlijkste dus. Daarnaast is het psychisch hoogst ongewenst, als een soort „naspel” van de coïtus te moeten gaan irrigeren; er is moeilijk iets prozaïschers en storenders te bedenken. Slechts in noodgevallen, bijvoorbeeld als het condoom gescheurd blijkt te zijn, is het misschien beter dan niets: baat het niet, het schaadt ook niet.

Hiermede zijn de voornaamste contraceptieve technieken in het kort behandeld. Het lijkt mij nuttig de kwestie van de betrouwbaarheid nog nader te bespreken. Hoe wordt deze gemeten en vergeleken? Men hoort of leest weleens, dat het percentage mislukkingen bij het gebruik van een pessarium bijvoorbeeld drie tot vier procent zou zijn. Het zal duidelijk zijn dat helemaal niet vaststaat, wat men hiermede nu werkelijk zegt. Bedoelt men, dat drie op de honderd keren, dat het pessarium wordt gebruikt een zwangerschap ontstaat of bij drie van de honderd vrouwen die het gebruiken? Is dit laatste het geval dan is het voor de beoordeling van groot belang of dat binnen een periode van één of van tien jaar plaats vindt. Vandaar dat men ertoe is gekomen, de betrouwbaarheid uit te drukken in vrouwjaren. Hierbij kan de term tien vrouwjaar betekenen dat één vrouw tien jaar lang de methode heeft toegepast, of dat tien vrouwen het elk een jaar hebben gedaan of wel alle denkbare varianten daartussen in. Op die manier krijgt men een maatstaf, die heel wat meer zegt dan een percentage. Men verfijnt dit nog door van de zogenaamde expositietijd het aantal maanden af te trekken waarin beslist geen zwangerschap mogelijk was, bijvoorbeeld doordat

de man in het buitenland was, in de gevangenis zat of gescheiden van zijn vrouw leefde, alsmede natuurlijk eventuele perioden van zwangerschap.

Het lijkt voor de hand te liggen dat men ook heeft willen nagaan of er onderscheid is te maken tussen fouten van het materiaal en van degenen, die er mee omgaan. Aangezien vrijwel nooit met zekerheid is vast te stellen, of een zwangerschap werkelijk het gevolg is van een toegegeven fout dan wel tot stand is gekomen tijdens een technisch onberispelijke methodiek, kan men in de praktijk alleen onderscheid maken tussen de theoretische betrouwbaarheid in de laboratoriumtest en de praktische betrouwbaarheid, waarbij men alle fouten die mensen kunnen maken, tot het „vergeten” te gebruiken toe, mede in de cijfers verwerkt.

Uiteraard mag men aannemen, dat een zorgvuldige voorbereiding voor het gebruik en een even zorgvuldige indicatiestelling door de arts, waarbij deze ook onder andere de psychische aspecten zoveel mogelijk in zijn overwegingen betreft, tot op zekere hoogte tot grotere statistische zekerheid zal leiden. Van een zodanige statistiek, uit het Medical Handbook van de International Planned Parenthood Federation (1964, Londen) moge ik hier de gegevens vermelden.

Condoom: aantal maanden gebruikt 10062; ongewenste zwangerschappen 116; fout 13,8 per 100 vrouwjaren.

Pessarium: aantal maanden gebruikt 5679; ongewenste zwangerschappen 68; fout 14,4 per 100 vrouwjaren.

Coitus interruptus 1287 maanden; 18 zwangerschappen; fout 16,8 per 100 vrouwjaren.

Periodieke onthouding 4179 maanden; 134 zwangerschappen; fout 38,5 per 100 vrouwjaren.

Dit zijn gemiddeld hoge cijfers, die echter in sterke mate een gevolg blijken te zijn van ineffectief handelen. Bij een onderzoek van dezelfde echtparen drie jaar later, maar ditmaal alleen voor zover zij van mening waren, de definitieve gezinsgrootte te hebben bereikt, mensen die de methoden dus serieus toepasten, bedroeg de gemiddelde fout slechts 3,7 zwangerschappen per honderd vrouwjaren en bij hen die condoom of pessarium gebruikten, slechts 2,6.

Wat de orale anticonceptie betreft, daarvan zijn bij een aantal onderzoeken cijfers voor de dag gekomen, die variëren tussen 0,0 en 1,8 zwangerschappen. In het voorgaande is al ter sprake gebracht, dat niet alleen de betrouwbaarheid als maatstaf voor de indicatie kan dienen, al blijft het onder vele factoren die tegen elkaar moeten worden afgewogen, een zeer belangrijke en soms de doorslaggevende factor.

Tenslotte wil ik er in dit verband met nadruk op wijzen, dat het voordelen kan hebben van de ene methode op de andere over te gaan ofwel binnen eenzelfde tijdvak allerlei middelen af te wisselen.

Al zou men kunnen stellen, dat het steeds, of althans vrijwel steeds, met dezelfde methode werken de betrouwbaarheid wel ten goede zal komen, het is allerm minst ondenkbaar, dat het ook gelukt afwisselend verschillende methoden goed te gebruiken. Dit heeft het voordeel dat daarbij de lasten van vrouw naar man kunnen worden verplaatst en omgekeerd, het kan ook helpen het ontstaan van een zekere sleur in het huwelijksleven tegen te gaan. Men moet vooral geen systeem van de afwisselingen gaan maken, maar er juist voor waken dat hier een zekere mate van vrijheid blijft bestaan.

Een enkel woord over de sterilisatie. Al is de uitvoering hiervan in handen van de specialist, de huisarts moet er toch enigszins van op de hoogte zijn om zijn patiënten adequaat te kunnen adviseren. Het meest specifieke van de sterilisatie is dat het om een blijvende onvruchtbaarheid gaat. Wel zijn bij de vrouw pogingen gedaan om operatief reversibele situaties te bewerkstelligen en ook om via voorzichtige röntgen- of radiumbestraling een tijdelijke sterilisatie te bereiken, maar de operationele resultaten zijn beslist niet bevredigend, terwijl de bestraling in verband met de kans op beschadiging van het kiemplasma mijns inziens niet acceptabel is, nog daargelaten, dat ook de betrouwbaarheid van het resultaat een dubieuze zaak is. Tegenwoordig is dit alles niet meer belangrijk, omdat we voor tijdelijke sterilisatie over orale middelen beschikken.

In de praktijk hebben we alleen met de blijvende steriliteit te maken. Op jeugdige leeftijd komt sterilisatie alleen in aanmerking op eugenetische gronden, wanneer het geregeld gebruiken van anticonceptionele middelen of methoden, om welke reden ook, niet mogelijk of niet effectief blijkt. Daarnaast vindt sterilisatie wel plaats bij vrouwen van boven de veertig die al een gezin hebben, wanneer bij haar een gynaecologische ingreep plaats heeft gevonden waarvan het effect door een nieuwe zwangerschap weer zou worden te niet gedaan.

De operationele ingreep bij de man is eenvoudig. Er zijn wel stemmen opgegaan, de echtgenoot te vragen zich te laten steriliseren als een nieuwe zwangerschap voor zijn vrouw ongewenst zou zijn. Hoe hoge opvattingen men ook over het huwelijk mag hebben, het komt mij voor dat het onjuist is de niet-zieke echtgenoot te steriliseren. Men denke slechts aan de mogelijkheid dat de zieke echtgenote overlijdt, dat de man een andere vrouw vindt die ook de zorg voor zijn kinderen op zich wil nemen, maar die hij zelf niet meer moeder kan helpen worden.

Het verrichten van abortus provocatus blijve hier onbesproken aangezien men dit geen middel tot anticonceptie kan noemen. Wel wil ik in dit verband mijn bevreemding erover uitspreken, dat de overheid, die mijns inziens terecht in beginsel de abortus veroordeelt, niettemin nooit een vinger heeft uitgestoken om de verbreiding en toepassing van middelen die werkelijk zwangerschap voorkomen te bevorderen. Er werden integendeel, althans tot voor

kort, allerlei maatregelen genomen die beoogden deze zo noodzakelijke verbreiding tegen te gaan. Ook werd nagelaten vroegere dergelijke maatregelen op te heffen. Gelukkig zijn er tekenen, die er op wijzen dat veranderingen hierin zijn te verwachten.

Tenslotte wil ik er nog op wijzen, dat op dit moment een groot gedeelte van de contraceptieve hulp door andere instanties dan de huisarts wordt verleend. Met name de Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming helpt tienduizenden echt)paren per jaar. Op veel bescheidener schaal, maar toch al op een kleine veertig plaatsen overal in het land, werkt daarnaast de Protestantse Stichting voor Verantwoorde Gezinsvorming. De bloei van deze instanties is te danken, of te wijten, aan het feit dat vele huisartsen verstek laten gaan als hun op dit punt hulp wordt gevraagd. Op de zeer verschillende motieven, die zij daarvoor hebben, kan ik hier niet ingaan. Ik wil slechts de hoop uitspreken, dat een steeds toenemend aantal huisartsen, gezinsartsen, gaat inzien dat zij op dit gebied mooi en goed werk kunnen doen. Verbetering van de opleiding zal daarbij stellig van groot nut kunnen zijn, niet uitsluitend verbetering in de zin van het verschaffen van technische kennis en vaardigheid, maar ook verbreiding van de basis, waarop de arts zijn eigen specifieke arbeid verricht, onder andere door een grotere aandacht voor vakken, als psychologie, sociologie en anthropologie.

Samenvatting. Een beschrijving en een onderlinge vergelij-

king wordt gegeven van de belangrijkste middelen en methoden ter voorkoming van zwangerschap, voor zover die voor toepassing door de huisarts in aanmerking komen of anderszins voor hem betekenis hebben. Betrekkelijk veel aandacht ontvangen de niet typisch technische aspecten van de indicatiestelling, waarbij de zich veranderende houding van de verschillende kerken niet onopgemerkt blijft. De huisarts-gezinsarts wordt opgewekt deze naam ook in dit opzicht waar te maken en enkele gedachten worden ontwikkeld met betrekking tot de mogelijkheid hem beter dan tot dusver veelal geschiedt op die taak voor te bereiden.

Summary. The technique of birth control (1, 2 and 3). This paper describes and compares the principal means and methods of contraception in so far as they are applied in or otherwise have importance for general practice. Relatively much attention is given to the not typically technical aspects of determining indications, and in this respect the change in the attitude of various churches is not overlooked. The „family doctor” is urged to live up to this appellation, and consideration is given to ways and means of preparing him for his task in this field more adequately than has generally been the case so far.

- Holt, J. G. H. (1960) *Het getij*. Dekker en Van de Vegt n.v., Utrecht en Nijmegen.
- Levie, L. H. (1961) *Seksuologie*. Stafleu en Zn., Leiden.
- Marck, W. van de (1964) *Liefde en vruchtbaarheid*. Romen, Roermond-Maaseyk.
- Rock, J. (1963) *Nu is het tijd*. Ambo-boeken, Utrecht.
- Straver, C. J. e.a. (1964) *Veranderend gezinsontwerp*. Een bijdrage tot het gesprek over geboorteregeling. Paul Brand, Hilversum.
- Swaab, L. I. (1963) *Orale anticonceptie*. Bigot en Van Rossum, Blaricum.
- Idem (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 878 en 1070.
- Velde, Th. H. van de (1962) *Het volkmen huwelijk*. N.V. A'dam Boek- en Courant Mij., Amsterdam.
- Willemsen, H. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 2411.

Studiereis in Engeland*

Op 22 november 1964 heeft onze Engelse zustervereniging, College of General Practitioners, een symposium georganiseerd over „The Art and the Science of General Practice”. Het lag in de bedoeling dat zou worden gesproken over de problemen van de huisarts in het algemeen en daarbij bijzondere aandacht te besteden aan de opleiding, zowel vóór als na het arts-examen. Teneinde zich te kunnen spiegelen aan het buitenland had men enkele sprekers uitgenodigd uit landen waar, naar men wist, experimenten op dit gebied werden ondernomen. Als zodanig hadden Dr. Dubravka Stampar uit Joego-Slavië, Dr. J. Medalie uit Israël en ondergetekende een uitnodiging ontvangen.

Om ons in staat te stellen de ontwikkeling in onze landen te kunnen vergelijken met die in Engeland had het College of General Practitioners voor ons drieën en voorafgaande aan het symposium een tiendaagse reis door Engeland en Schotland georganiseerd. Daar wij door de hoogste autoriteiten werden ontvangen en men ons in geconcentreerde vorm met het nieuwste en beste in aanraking bracht, hebben wij op unieke wijze kennis kunnen nemen van de ontwikkelingen en de gedachten in Engeland. Het is de bedoeling van dit verslag hiervan een indruk weer te geven.

Laat ik beginnen met te constateren dat de organisatie van deze studiereis tot in de puntjes was verzorgd. Vanaf het moment van aankomst op het vliegveld te Londen, waar wij reeds door de omroeper werden verwelkomd, tot aan ons vertrek was alles vrijwel van minuut tot minuut geregeld. Op

het hoofdkwartier van het College kregen wij een enveloppe met een gedetailleerde reisbeschrijving met alle nodige informatie, kaartjes en reserveringen en zelfs een sombaar geld voor onvoorziene uitgaven! Overal werden wij verwacht en stond men voor ons klaar. Kortom wij kregen een indruk van overvloedige gastvrijheid en zorg. Alle hulde hiervoor aan de perfecte organisator van deze trip en dit symposium, Dr. Harry Levitt, aan tal van Nederlandse huisartsen reeds bekend door zijn deelname aan cursussen in N.H.G.-verband hier te lande. Halverwege onze drukbezette studiereis zonden wij, om hem te plagen, een telegram van de volgende inhoud: „found half an hour free — what would you suggest us to do?” Hieruit spreekt wel hoe compact het voor ons uitgestippelde schema was. Herhaaldelijk waren wij de gehele dag bezet, terwijl wij 's nachts reisden.

Achtereenvolgens bezochten wij Londen, Harlow, Kitts Croft, Edinburgh, Manchester, Birmingham, Bristol en Winchester, daarna keerden wij terug naar Londen voor het symposium.

Londen. Wij logeerden hier in het hoofdkwartier van het College, een fraai gebouw van vier verdiepingen aan de rand van Hyde Park, dat voordien de Amerikaanse Ambassade huisvestte. Het bevat een aantal ontvangst- en vergaderzalen en een flinke bibliotheek. Het secretariaat van het College, met de onvolprezen Mrs. Philips aan het hoofd, heeft hier zijn zetel. De president en de chairman kunnen hier over een eigen flat beschikken wanneer zij in Londen verblijven. Bovendien zijn er meer dan tien kamers voor leden, die (eventueel met hun echtgenote) willen komen logeren, waarbij degenen die

* Het tweede deel van dit reisverslag zal in het volgende nummer worden opgenomen.