

PATIËNT B, 6½ JAAR; PULMONALIS-STENOSE MET VENTRIKEL-SEPTUMDEFECT, ENDOCARDITIS LENTA DOOR PSEUDOMONAS AERUGINOSA; TOTAAL 65 GRAM CHLOORAMFENICOL IN 43 DAGEN

8- 1-1964	12,0	3,9	17	234.000	7.400	1	67	
20- 1-1964	11,8	4,0	0	160.000	6.300	2	52	
22- 1-1964	10,8	3,9	0	144.000	5.100	1	40	
24- 1-1964	10,5	3,7	0	144.000	3.600	7	26	
27- 1-1964	10,2	3,5	1	109.000	3.700	10	34	
29- 1-1964	9,8	3,2	2	147.000	4.300	8	38	
31- 1-1964	10,0	3,4	5	306.000	3.700	8	44	
3- 2-1964	9,6	3,2	1	177.000	2.400	2	36	
4- 2-1964	9,4	—	—	—	3.600	6	22	Chlooramf. gestopt;
5- 2-1964	9,5	3,5	0	185.000	5.000	8	53	
7- 2-1964	8,4	3,1	0	174.160	3.000	13	33	
10- 2-1964	7,6	2,7	22	228.250	9.500	5	16	
12- 2-1964	8,5	3,1	46	198.000	7.700	8	20	
14- 2-1964	9,3	3,3	60	169.000	7.600	5	13	
17- 2-1964	9,5	3,5	60	316.800	8.500	2	20	
19- 2-1964	9,6	3,9	51	335.755	7.500	4	24	
21- 2-1964	10,6	3,9	37	325.000	9.800	1	28	
24- 2-1964	10,9	4,0	13	270.000	6.100	3	23	

PATIËNT C, 10 JAAR; TETRALOGIE VAN FALLOT, ENDOCARDITIS LENTA; TOTAAL 35 GRAM CHLOORAMFENICOL IN 14 DAGEN

28-11-1963	11,6	3,9	—	485.000	14.000	1	74	
30-12-1963	12,9	4,7	—	202.000	8.000	6	65	
2- 1-1964	12,0	4,2	—	151.000	7.400	—	66	
6- 1-1964	11,9	4,2	—	120.000	6.400	4	58	
9- 1-1964	12,8	4,6	0	92.000	6.600	4	57	Chlooramf. gestopt;
11- 1-1964	13,2	4,7	—	76.000	5.700	4	51	
13- 1-1964	11,8	4,1	0	57.000	4.000	1	37	Haemoptoë
15- 1-1964	12,0	4,0	0	88.000	3.600	13	36	
17- 1-1964	12,0	3,9	2	195.000	8.000	15	62	
20- 1-1964	11,5	4,0	30	325.000	8.300	4	54	

Wegens de ernst van de ziekte kregen ook onze patiëntjes, evenals in zovele dergelijke gevallen, meer dan één geneesmiddel toegediend. Na het staken van uitsluitend de chlooramfenicoltherapie werd echter bij alle drie de patiëntjes een volledige hematologische remissie gezien.

In de leer- en handboeken (GOODMAN en GILMAN 1955; SMITH 1960) wordt aangeraden, gedurende de chlooramfenicoltoediening het perifere bloed „regelmatig” of „herhaaldelijk” te controleren. Gezien onze ervaringen zouden wij dit willen concretiseren door te stellen dat men bij toediening van chlooramfenicol drie maal per week het perifere bloed moet laten controleren. Hierbij moet speciale aandacht worden geschonken aan een eventuele daling van het aantal reticulocyten.

Literatuur: CHOREMIS, C. B., H. A. MEGAS en A. D. ASKOUNI (1963) *Acta Paed. (Stockh.)* **52**, 136. — ERSLEV, A. L. (1964) *J. Amer. med. Ass.* **188**, 531. — GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1955) *The pharmacological basis of therapeutics*, 2e druk, bl. 1396. MacMillan Co., New York. — LAHAYE, D., A. LOUWAGIE en R. VERWILGHEN (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1847. — McCURDY, P. R. (1961) *J. Amer. med. Ass.* **176**, 588. — SMITH, C. H. (1960) *Blood diseases of infancy and childhood*. C. V. Mosby Co., St. Louis.

Amsterdam, 12 oktober 1964

A. DRUKKER

Wij zijn het volledig eens met A. DRUKKER wanneer hij aandringt op herhaalde en volledige bloedonderzoekingen bij patiënten die met chlooramfenicol behandeld worden. Uit de literatuurgegevens blijkt eveneens dat het volgen van het aantal reticulocyten lonend is.

Het was hoofdzakelijk onze bedoeling te wijzen op de ge-

varen van de chlooramfenicolbehandeling. Deze therapie moet beperkt blijven tot haar specifieke indicaties zoals tyfus. De behandeling van deze patiënten geschiedt praktisch steeds in verpleeginrichtingen waar volledige en regelmatige bloedcontrole (bv. om de twee dagen) geen probleem stelt. Wanneer daarentegen chlooramfenicol door de huisarts voorgeschreven wordt, wat bij onze patiënten steeds het geval is geweest, worden de bloedonderzoekingen dikwijls slechts onvolledig en weinig frequent uitgevoerd. Het bloedonderzoek heeft dan slechts een geringe kans plaats te grijpen tijdens de beginperiode van de beenmergaantasting. Bij de arts zelf brengt het een vals gevoel van veiligheid mee. De progressieve stijging van het chlooramfenicol-verbruik in België houdt overigens verband met dit veiligheidsgevoel.

Leuven, 14 oktober 1964

D. LAHAYE

A. LOUWAGIE

R. VERWILGHEN

ARTS, PATIËNT EN GENEESMIDDEL

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie wil ik gaarne de volgende opmerkingen maken:

Het komt mij voor, dat het Hoofdbestuur zich bij haar overwegingen ten aanzien van het met vermelding der samenstelling afleveren van medicamenten te veel laat leiden door theoretische argumenten.

Het is bijna nooit gewenst, de patiënt onkundig te laten van de samenstelling van zijn geneesmiddel. Juist het feit, dat wij zo veel ingrijpend werkende medicamenten kunnen voorschrijven, die er alle als een „aspriëntje” uitzien, noopt ons tot deze zienswijze.

Van het allergrootste belang is, dat iedere arts zich te allen tijde snel kan oriënteren over de medicatie van een patiënt.

De zg. „medicamentenkaart” schiet hiertoe te kort, omdat deze niet aan iedere patiënt wordt verstrekt, en niet door alle patiënten consequent wordt gedragen.

Uiteraard zullen huisarts en (of) apotheker in verreweg de meeste gevallen de informatie kunnen verstrekken. Het gaat echter om de situaties waarin dit, om welke reden dan ook, niet mogelijk is.

Men moet in de geneeskunde vaak schijnbaar overbodige maatregelen nemen om te voorkomen dat in zeldzame gevallen het leven van een patiënt in gevaar komt. Het directe belang van de patiënt is dus de enige en alles beheersende reden om medicijnen met vermelding van de samenstelling af te leveren.

De klinische les van Dr. PEARCE (1964) demonstreert, tot welke gevaarlijke situaties het standpunt van het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie kan leiden.

Literatuur: Hoofdbestuur Kon. Ned. Mij. t.b.d. Pharmacie (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1919. — PEARCE, C. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1893.

Amsterdam, 5 oktober 1964

H. J. KLAASSEN

Het belang van de patiënt moet vanzelfsprekend vooropstaan bij het overwegen van de vraag of op het etiket de samenstelling van het geneesmiddel moet worden vermeld.

Voorzover ons bekend is, was men in medische kringen in het algemeen van mening dat geneesmiddelen zoveel mogelijk anoniem moeten worden afgeleverd. Verandering van de praktijk op dit punt zou grote consequenties hebben. Voor een aantal patiënten zou dit onder bepaalde omstandigheden, zoals de inzender aangeeft, van belang kunnen zijn. Is het echter waar, wat de inzender stelt, dat het bijna nooit gewenst is de patiënt onkundig te laten van de samenstelling van zijn geneesmiddel?

Het is van belang te zoeken naar een standpunt waarmee zo veel mogelijk patiënten gebaat zijn. Uiteraard staat ons hoofdbestuur niet zonder meer afwijzend tegenover een wijziging van de gedragslijn op dit punt. Aan het overwegen van het voor en tegen zullen wij graag onze medewerking geven.

's-Gravenhage, 16 september 1964

Het Hoofdbestuur der
Koninklijke Nederlandse
Maatschappij ter Bevordering
der Pharmacie

DA CUM FORMULA

De tot dusverre gevoerde discussie over de wenselijkheid een geneesmiddel al dan niet met vermelding van zijn samenstelling af te leveren, zal niet tot een werkelijke oplossing komen, zolang wij elkaar onze mening via het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* zeggen. De starheid van instanties en bepaalde regelingen kan slechts worden doorbroken, wanneer een in de praktijk uitvoerbare methode wordt beslist, beproefd en vervolgens gepropageerd.

De problemen zijn groter dan tot dusverre genoemd. Niet alleen de narcotiseur moet weten wat de patiënt gebruikt of gebruikt heeft. Ook de huisarts moet kennis hebben van wat de specialist heeft voorgeschreven, en specialist A moet weten wat specialisten B en C en wat de huisarts hebben voorgeschreven. Vooral ook moet een gedurende vakantie of zondag waarnemende arts weten, welke medi-

cijnen een zieke al gebruikt. Een werkelijk waterdichte garantie zal nooit mogelijk zijn, wanneer men de verantwoordelijkheid via het systeem „da cum formula” op de patiënt zelf legt. Aan de patiënt wordt dan immers overgelaten te kiezen, welke doosjes enz. hij al of niet zal meebrengen als hij een arts bezoekt.

Persoonlijk voel ik meer voor een registratie door de huisarts, maar er zijn ook andere systemen denkbaar, zoals een centrale registratie voor een gehele stad of het invoeren van een geneesmiddelenpaspoort, dat de patiënt verplicht is, bij zich te dragen.

Alvorens een keuze wordt gedaan, moet worden uitgemaakt welke eisen wij aan het systeem gaan stellen. Wat is beslist noodzakelijk, en wat zou wel gemakkelijk zijn? Ik geloof dat wij tot een gezamenlijke bespreking moeten komen. Indien deze niet voor het gehele land is te verwezenlijken, kan wellicht plaatselijk een poging daartoe worden gedaan.

Arnhem, 19 oktober 1964

H. BALJET,
apotheker

(Discussie gesloten; RED.)

RADIOLOGISCHE BEHANDELING VAN BLAASKANKER

Met belangstelling en waardering heb ik het artikel van collega VAN DER WERF-MESSING (1964) gelezen.

Het is echter aan de oppervlakkige vermelding van de urologische aspecten van het probleem te zien, dat hier een radiotherapeut aan het woord is. Het was misschien beter geweest, de urologische aspecten in het geheel niet te noemen; doet men dit wel, dan gaat het niet aan, één der belangrijkste methoden niet te vermelden, zoals de endoresectie.

De implantatie van radiumnaalden is een bijzonder grote aanwinst bij de bestrijding van blaastumoren, en in daarvoor geschikte gevallen worden bijzonder goede resultaten geboekt. Helaas echter is het niet zo eenvoudig als de schrijfster het stelt.

De schrijfster acht de tumoren in stadium I en II (ingroei in de mucosa en de muscularis) geschikt voor radiumnaald-implantatie mits ze de diameter van 5-6 cm maar niet overschrijden.

Hiermede ben ik het niet eens:

I. Bij de patiënten met een blaastumor in stadium I bereikt de schrijfster een 5-jaarsoverleving van ruim 60 pct met de radiumimplantatie; in de literatuur is dit gemiddeld 54 pct. Deze tumoren zijn theoretisch en volgens de resultaten ook in werkelijkheid heel goed te behandelen met transuretrale resectie! In de literatuur worden op deze wijze resultaten geboekt van 70-80 pct 5-jaarsoverleving. Het recidiefpercentage ligt vrij hoog, gemiddeld 50, doch dit vindt men ook bij radiumimplantatie, en dit percentage komt voornamelijk op rekening van de recidieven elders in de blaas. Het is immers bekend, dat een blaas, die op een plek een tumor heeft gehad, een verhoogde neiging tot nieuwvorming in het gehele blaaslijmvlies heeft.

Gezien het lage recidiefpercentage dat in het Rotterdams Radio Therapeutisch Instituut wordt genoteerd, kan ik niet anders dan aannemen, dat het hier de zuiver lokale recidieven betreft. De radiumimplantatie kan immers onmogelijk nieuwvorming elders in de blaas voorkómen. Wel schijnen beginnende tumoren, die op dat moment elders aanwezig zijn, bedwongen te kunnen worden.

Wij bereiken bij tumoren in stadium I, waarbij de papillomen en de onrustige papillomen niet meegerekend werden, een 5-jaarsoverleving van 64,2 pct.