

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 transurethrale 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.