

heil in zien, wanneer het principe van de „reactiverende internist” ingang zou vinden. Ik schaar mij gaarne aan de kant van collega BRUYEL (1964), die in *Medisch Contact* een voortreffelijk artikel schreef, waarvan ik gaarne het slot wil citeren:

„De doorsnee-internist is ingeschoten op de ziekten van de oude dag — bepaalt U eens het percentage 65-jarigen en ouder op de interne afdelingen! — De doorsnee-internist beschouwt bewegingstherapie en het leiding geven aan heilgymnasten en arbeidstherapeuten als wezensvreemd aan zijn werk. Naar mijn mening ligt, althans binnen het ziekenhuis, in de samenwerking van internist en revalidatie-arts de beste mogelijkheid voor bejaarden. Aan de geriater als klinisch specialist is naar mijn mening geen behoefte. Ik kan best een taak zien voor de geriater, maar dan als behandelend arts van een verpleegtehuis met reactiverings-outillage. Het is een taak waartegen een actieve en geïnteresseerde huisarts na een degelijke voorbereiding uitstekend opgewassen blijkt te zijn. Evengoed als een arts, die naar de tropen gaat of die beroepsmilitair wordt, na enige voorbereiding het zo van de Nederlandse huisartsenpraktijk afwijkende werk blijkt te kunnen doen.

Het komt mij voor, dat hier geen aanleiding is tot het creëren van een nieuw specialisme. Dat een halve internistenopleiding en een kwart revalidatieartsopleiding de meest geschikte mens zou produceren om in onze ziekenhuizen de bejaarden te gaan behandelen is een redenering, die ik niet kan volgen.”

Aan dit citaat heb ik slechts toe te voegen, dat wanneer collega BRUYEL m.i. terecht stelt, dat aan de geriater als klinische specialist geen behoefte bestaat, dit tevens betekent een afwijzing van de geriatrie afdeling in het ziekenhuis. Wanneer collega BRUYEL stelt, dat binnen het ziekenhuis in de samenwerking van internist en revalidatie-arts de beste mogelijkheid ligt voor bejaarden, dan zou ik dat liever wat ruimer stellen en zeggen dat het belang van de bejaarde patiënt in het ziekenhuis ligt in de samenwerking van alle specialisten mét de revalidatie-arts.

Vergeet wij liever niet de bejaarde patiënt op de chirurgische, orthopedische, neurologische e.a. afdelingen.

Tenslotte zou ik als mijn mening willen geven, dat collega SCHREUDER met zijn aanhoudende pleidooien voor de geriatrie afdeling een spoedige oplossing van het probleem waar wij voor staan, niet bevordert.

Literatuur: BRUYEL, L. P. (1964) *Medisch Contact* 19, 649. — SCHREUDER, J. TH. R. (1966) *Ned. T. Geneesk.* 110, 1825.

's-Gravenhage, 15 oktober 1966 M. D. J. VAN DER MEER

In 1962 vroeg de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van Nederland advies aan de Wereldgezondheidsorganisatie over de bejaardenzorg in Nederland. Als adviseur trad namens de WHO op Dr. KENNETH HAZELL. Zijn rapport eindigt (bl. 44) met enige aanbevelingen, waaruit ik citeer: „that consideration be given to the establishment in every general hospital of geriatric wards and appointment of a physician in charge of the department as outlined”.

Op het vierde Congres van de Europese Klinische Sectie van de Internationale Vereniging voor Gerontologie werd in 1964 een resolutie aangenomen (zie het Verslag, 1965) waaruit ik het volgende citeer (bl. 756): „A geriatric unit is a hospital department in or associated with a general or teaching hospital for specialized medical care and physical and social rehabilitation of ill elderly people. Such a unit must have the same facilities for the admission, diagnosis and treatment of patients as general medical wards, and must be

under the supervision and control of a consultant physician specially trained in geriatric medicine”.

Uit de voordracht van Prof. FERGUSON ANDERSON in Glasgow, gehouden op het zevende Internationale Congres voor Gerontologie, juni 1966 te Wenen, citeer ik het volgende: „I have endeavoured to show that the skill and knowledge required by the physician practising this difficult subject entitles us to state categorically that geriatrics is a speciality of prime importance and interest”.

Natuurlijk is collega VAN DER MEER volkomen vrij, de voorkeur te geven aan de mening van zijn deskundige BRUYEL.

Literatuur: HAZELL, K. *Report on a visit to the Netherlands.* — Verslag van „IVth Congress European Clinical Section of the International Association of Gerontology”, San Remo, September 1965. — ANDERSON, W. F. (1966) *Geriatrics - A speciality. Proceedings 7th Int. Congr. of Gerontology*, dl. 1, bl. 369.

Hilversum, 27 oktober 1966 J. TH. R. SCHREUDER

RETROPERITONEALE FIBROSE TIJDENS GEBRUIK VAN METHYSERGIDE (DESERIL)

Met belangstelling las ik de casuïstische mededeling van de collegae BAX, VAN ASBECK en POSTMA (1966). Het is mij bekend via waarschuwingen van Sandoz, via publikaties van GRAHAM e.a. (1966) en van WEENINK en BRUYN (1966) dat bij het voorschrijven van methysergide een regelmatige medische controle vereist is, en dat men een reeks contra-indicaties in acht moet nemen, die o.a. in bovengenoemde publikaties vermeld zijn. Eén van de ernstigste ongewenste bijwerkingen die zeer waarschijnlijk aan methysergide moeten worden toegeschreven (WEENINK en BRUYN) is wel het ontstaan van retroperitoneale fibrose. GRAHAM e.a. vermelden hiervan 29 gevallen (10 eigen gevallen) en BAX e.a. voegen daaraan 1 geval toe.

Zij die migraine-lijdens behandelen, weten dat deze patiënten dikwijls reeds vele artsen hebben geraadpleegd, en derhalve tal van medicamenten, dikwijls in hoge doseringen en vaak gedurende lange perioden, hebben gebruikt.

Het is goed, dat met nadruk op het ontstaan van ongewenste bijwerkingen van medicamenten wordt gewezen, maar men moet daarbij trachten te voorkómen dat een op zich waardevol therapeuticum (zoals methysergide) in diskrediet komt. De mededeling van BAX e.a. brengt het gevaar van een dergelijk diskrediet met zich mee, omdat GRAHAM e.a. een paar maal onvolledig worden geciteerd:

1. GRAHAM e.a. vermelden inderdaad 10 gevallen van retroperitoneale fibrose op ongeveer 1000 patiënten die met methysergide werden behandeld, maar het lijkt mij niet juist daarbij onvermeld te laten dat „They tend to be patients with unusually severe headache, and some have taken higher doses of the drug than are currently recommended”.

2. BAX e.a. citeren voorts dat de eerste verschijnselen 9 tot 54 maanden na gebruik van methysergide ontstonden bij gebruik van 2 mg of meer per dag. Formeel is dat juist. Maar bekijkt men de tabel betreffende 27 gevallen van GRAHAM e.a., dan blijkt dat slechts in 2 gevallen 2 mg daags was gebruikt, dat in 3 gevallen de dosering onbekend was en dat in 22 gevallen de dosering varieerde tussen 2 en 28 mg per dag. De meeste patiënten gebruikten 6-8 mg daags.

3. BAX e.a. vermelden dat GRAHAM e.a. retroperitoneale fibrose zagen ontstaan na gebruik van ergotamine. GRAHAM e.a. tonen inderdaad een tabel waarin 9 van deze patiënten worden vermeld, en zij noemen voorts 2 aan hen gerapporteerde gevallen. Het lijkt mij echter niet geheel juist dat niet

wordt vermeld dat in dezelfde tabel 9 gevallen worden genoemd van patiënten die 3 jaar voordat de diagnose retroperitoneale fibrose werd gesteld „assorted sedatives and tranquilizers” hadden gebruikt, en in bv. 12 gevallen „assorted analgetics”.

4. De door BAX e.a. beschreven patiënte gebruikte in 1½ jaar 1400 mg methysergide „in perioden gecombineerd met Librium”. Ik acht het niet juist, dat het gebruik van chloordiazepoxyde (Librium) in de summary niet wordt vermeld.

Tot slot merk ik op, dat aan een verband tussen gebruik van methysergide en het in een aantal gevallen ontstaan van retroperitoneale fibrose moeilijk kan worden getwijfeld. De kans op ongewenste bijwerkingen neemt toe wanneer contra-indicaties niet in acht worden genomen en hoge doseringen (bv. meer dan 3 mg per dag) gedurende lange perioden achtereenvolgend worden gebruikt.

Recente adviezen in *Memento Sandoz* luiden, dat de dosis methysergide geleidelijk dient te worden verhoogd, beginnend met 1 à 2 mg/dag a.n.p.c. Zo nodig kan men 3 dd. 2 mg p.c. geven. Soms is 1 mg per dag voldoende. Na 3-6 maanden dient het middel bv. 1 maand te worden weggelaten, waarbij geleidelijke vermindering wordt geadviseerd en een ander preparaat kan worden voorgeschreven.

Mijn persoonlijke ervaring is, dat men met 2 mg daags zeer goede resultaten boekt, indien men hieraan vooraf een hydergine-kuur gedurende 4-6 weken geeft (17 gevallen, 1 gestaakt wegens nausea).

Literatuur: BAX, G. M., F. W. A. baron VAN ASBECK en J. U. POSTMA (1966) Retroperitoneale fibrose tijdens gebruik van methysergide (*Deseril*). *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1646. — GRAHAM, J. R., H. I. SUBY, P. R. LE COMPTE en N. L. SADOWSKY (1966) Fibrotic disorders associated with methysergide therapy for headache. *New. Engl. J. Med.* **274**, 359. — WEENINK, H. R. en G. W. BRUYN (1966) Methysergide (*Deseril*^(R)) ter voorkoming van migraine en clusterheadache. *Nederl. milit. geneesk. T.* **19**, 85.

Utrecht, 18 oktober 1966

H. A. C. KAMPHUISEN

Wij zijn collega KAMPHUISEN erkentelijk voor zijn aanvullingen over het gebruik van methysergide (*Deseril*). Wij zijn het met hem eens dat retroperitoneale fibrose eerder zal ontstaan bij een te hoge dosis of een te lang voortgezette behandeling. Dit blijkt ook wel uit de gegevens van GRAHAM e.a. (1966). Toch zagen zij deze bijwerking ook bij een lage dosering, bv. 2 mg. De door ons beschreven patiënte gebruikte steeds 3 mg per dag, maar de duur van de behandeling — 18 maanden met slechts een onderbreking van enkele weken — was veel te lang. De bedoeling van onze mededeling was slechts, erop te wijzen, dat bij gebruik van methysergide retroperitoneale fibrose kan ontstaan.

Het is mogelijk dat vasoconstrictie bijdraagt tot het ontstaan van retroperitoneale fibrose. Daarom hebben wij uit de lange lijst van medicamenten die de patiënten van GRAHAM e.a. (1966) gebruikten, ergotamine genoemd, daar velen van hun patiënten dit toegediend kregen, in één geval als het enige geneesmiddel in een periode, waarin zich verschijnselen van retroperitoneale fibrose voordeden.

Het vermelden van chloordiazepoxyde (*Librium*) in de summary zou irrelevant geweest zijn, daar dit slechts in het begin van de 18 maanden durende behandeling met methysergide in korte perioden gegeven is.

Literatuur: GRAHAM, J. R., H. I. SUBY, P. R. LE COMPTE en N. L. SADOWSKY (1966) *New Engl. J. Med.* **274**, 359.

Bennekom } 1 november 1966
Amsterdam }

G. M. BAX
F. W. A. baron VAN ASBECK
J. U. POSTMA

BERICHTEN

BUITENLAND

Wereldberichten

Obstacles to Population Control. — De geregelde becijferingen van de statistici der Verenigde Naties blijven onverbiddeijk. Men vreest dan ook dat in het jaar 2000 de bevolking der aarde opnieuw zal zijn verdubbeld en dat een verstoord evenwicht tussen voedselbehoefte en voedselproductie zich in de naaste toekomst steeds dwingender zal openbaren. Wie zich in het lot van het mensdom verdiept, is dan ook gedwongen zich te concentreren op de techniek van de geboortenregeling. Van dit gezichtspunt uit beziet een medewerker van de *Journal of the American medical Association* van 22 augustus (bl. 643) enkele „obstacles”. Hij is het eens met de sceptici die er aan twifelen dat de „recently established family-planning programs have significantly affected birth rates in any truly underdeveloped areas”. Zijn belangstelling gaat op dit ogenblik vooral uit naar de intra-uteriene devices (IUD). „... large-scale government-run or -sponsored programs, most of them based largely on the IUD, are underway or currently being initiated in India, Pakistan, South Korea, Taiwan, Hong Kong, Singapore, Ceylon, Turkey, Tunisia, Egypt, Morocco, Puerto Rico, Barbados and Honduras; mainland China and perhaps North Korea can possibly be included, based on indirect but apparently reliable reports.”

Vernieuwing van het onderwijs in de immunologie. —

De Wereldgezondheidsorganisatie nodigde een negental deskundigen uit onder voorzitterschap van Dr. R. R. A. COOMBS (Cambridge), de twee volgende onderwerpen in studie te nemen: „1. Minimal requirements of immunology teaching: what every doctor should know, how to meet regional needs, how to fit this teaching into the curriculum. 2. Training of immunologists”. Ter toelichting herinnerde zij eraan dat immunologie aanvankelijk in hoofdzaak was betrokken tot de infectieziekten „but has since grown to embrace all defence mechanisms — production of antibodies, development of hypersensitivity, reaction to blood transfusions, grafts, transplants, etc.”. (*WHO Press*, 3 okt. 1966).

Congenitale misvormingen. —

Als supplement tot deel 34 van het *Bulletin of the World Health Organization* verscheen „Congenital malformation, a report of a study of series of consecutive births in 24 centres”. De uitkomsten van 421.781 geobserveerde zwangerschappen, afkomstig van 40 ziekenhuizen in 20 landen, zijn in het rapport tabellarisch overzien en vergeleken. Voor belangstellenden is een „companion booklet” van 400 bladzijden verkrijgbaar, aan te vragen bij de schrijvers (Medical research council of Great Britain, Population genetics research unit, Old Road, Headington, Oxford). Aan het voorwoord van het rapport moge het volgende worden ontleend: „Among the findings of particular interest are: The large contribution of neural tube defects to foetal wastage in most countries and the significant correlations of pregnancies of these defects over the 24 recording centres; the unexplained correlation in frequency between neural tube defects and dizygous twinning; the marked association of consanguinity of parents with increased still-birth rates and frequency of early death of the infant, these frequencies being highest where parents are most closely related; and the demonstration that, if malformations known to be due to the expression of single recessive gene mutations are ignored, consanguinity of parents is demonstrably associated with neural tube defect frequencies only”.