

complicated by advanced atrioventricular block. *Amer. J. Cardiol.* **23**, 54. — LOWN, B., C. VASSAUX, W. B. HOOD, A. M. FAKHRO, E. KAPLINSKY en G. ROBERGE (1967) Unresolved problems in coronary care. *Amer. J. Cardiol.* **20**, 494. — MEURS, A. A. H., J. B. VERHEY en J. GERBRANDY (1969) Ritme-stoornissen tijdens acuut myocardinfarct. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 469. — PANTRIDGE, J. F. en J. S. GEDDES (1967) A mobile intensive-care unit in the management of myocardial infarction. *Lancet* II, 271. — STOCK, R. J., D. L. MACKEN (1968) Observations on heart block during continuous electrocardiographic monitoring in myocardial infarction. *Circulation* **38**, 993.

Amsterdam, 9 april 1969

A. J. DUNNING
H. KETTNER

In het artikel van PANTRIDGE (1967), dat door ons en door de collegae DUNNING en KETTNER is aangehaald, wordt geen onderscheid gemaakt tussen primair en secundair kamerfibrilleren. Bij het primaire ventrikelfibrilleren, nl. het fibrilleren dat peracut bij redelijk goede algemene toestand ontstaat, is de kans op succesvolle resuscitatie groot, dit in tegenstelling tot het kamerfibrilleren dat tijdens een shocktoestand of bij decompensatio cordis ontstaat. Overigens zegt PANTRIDGE in zijn artikel duidelijk: „Analysis of the incidence of ventricular fibrillation among the patients in this series indicates that the risk of developing this dysrhythmia during the first four hours may be 15 times greater than the risk of its appearance between the fourth and twelfth hours, and 25 times greater than the risk between the twelfth and twenty-fourth hours.”

Tot dezelfde conclusie komt LAWRIE (1968) die wel duidelijk onderscheidt tussen „primary” en „complicating” kamerfibrilleren. Van de 24 patiënten met primair kamerfibrilleren deed deze complicatie zich bij 20 binnen 6 uur en bij 22 binnen 12 uur na het begin van het infarct voor.

T.a.v. de veronderstelling dat kamerfibrilleren steeds door kamer-extrasystolie wordt voorafgegaan verwijzen wij naar ons antwoord (1969) op de collegae G. K. DAVID en H. J. J. WELLENS. Ook t.a.v. het verband tussen lokalisatie van het infarct en de frequentie van het totale block zij naar dit antwoord verwezen. De schrijvers dienen wel te bedenken dat de betere prognose van het totale block bij het achterwandinfarct, die zij zelf beklemtonen, er toe leidt dat naar een cardiologisch centrum meer van deze patiënten verwezen moeten worden. Wil men over de frequentie van een bepaalde complicatie van het hartinfarct spreken, dan zal men zoveel mogelijk een a-selecte groep moeten onderzoeken. Wij hebben dit t.a.v. 100 ziekenhuispatiënten gedaan.

Over de betekenis van bradycardie bij het achterwandinfarct verwijzen wij weer naar ons bovengenoemd antwoord.

Als de schrijvers menen dat alle patiënten met een hartinfarct gedurende 72 uur bewaakt dienen te worden — quod non — gelieven zij een berekening te maken van de noodzakelijke personele, ruimtelijke, organisatorische en financiële voorzieningen.

Literatuur: LAWRIE, D. M. e.a. (1968) *Lancet* II, 523. — MEURS, A. A. H. e.a. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 862. — PANTRIDGE, J. F. e.a. (1967) *Lancet* II, 271.

Rotterdam, 19 april 1969

A. A. H. MEURS
J. B. VERHEY
J. GERBRANDY

VERWIKKELINGEN TIJDENS ANTISTOLLINGSTHERAPIE

De leerzame les van Prof. SCHORNAGEL (1969) vestigt terecht de aandacht op de gevaren van antistollingstherapie, meer wellicht nog op het gevaar van medici die antistollingstherapie voorschrijven. Want niet zonder reden schrijft Prof. SCHORNAGEL dat trombosediensten zijn opgericht om verwikkelingen en therapie met anticoagulantia te voorkomen. En deze les komt uit een grote stad, waar evenwel nog geen trombosedienst werkzaam is. Dat de afwezigheid van zo een dienst het onoordeelkundig behandelen met anticoagulantia in de hand werkt, blijkt wel: geen waarde van de protrombinetijd (PTT) bij patiënt A, ontstolling tot een PTT van 160/12 bij patiënt B, anticoagulantia één maand na een maagbloeding bij patiënt C, geen waarde van PTT en bloeddruk bij patiënt D en een veel te lange controletijd (wat was de gebruikte tromboplastine?) bij patiënt E. In 1965 (Roos c.s.) kon een onzer (J. R.) beschrijven dat 60 pct der bloedingen bij behandeling met anticoagulantia optreden in organen die een lokale laesie hebben. Het is begrijpelijk dat dit percentage lager zal worden als het moeilijke bedrijf der anticoagulatie wordt uitgeoefend met onvoldoende toezicht op en controle van de patiënt, d.w.z. zonder de zeer nauwe samenwerking tussen patiënt, behandelend arts en trombosedienst.

Deze klinische les lijkt ons een vurig pleidooi voor de stad waar ze geschreven is om over te gaan tot de oprichting van een trombosedienst.

Literatuur: Roos, J. en H. E. VAN JOOST (1965) *Acta med. scand.* **187**, 129. — SCHORNAGEL, H. E. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 593.

's-Gravenhage }
Leiden } 10 april 1969

J. ROOS
E. A. LOELIGER

BERICHTEN BUITENLAND

Groot-Brittannië

Verbod van tatoeage. — De gemiddelde leeftijd van degenen die zich laten tatoeëren, bedraagt niet meer dan zestien jaar. Op die leeftijd vinden zij de tatoeage „stoer”. Maar de meesten krijgen al spoedig berouw en komen bij de arts met het verzoek de merktekens onzichtbaar te maken (zie ook dit *Tijdschrift* bl. 406). Gedurende de laatste vijf jaar hebben Britse dermatologen zich beijverd voor het tot stand komen van een wettelijke regeling die de tatoeage van personen onder de 18 jaar verbiedt. Twee jaar geleden werd op instigatie van Lord ROYLE een debat over de kwestie gevoerd in het Hogerhuis, evenwel zonder praktisch resultaat. In januari 1969 legde MARTIN MADDAN een wetsvoorstel aan het Parlement voor, waarin tatoeage van personen onder de 18 jaar als een misdaad in de zin der wet wordt beschouwd, tenzij uitgevoerd door een arts, en op medische gronden, zoals het „onzichtbaar” maken van wijnvlekken, het onherkenbaar maken van bestaande tatoeage en in sommige gevallen het aanbrengen van dringend aangewezen merktekens zoals bij het merken van een tweeling. (*Brit. med. J.*, 5 april bl. 4.)

De betekenis van euthanasie. — Een editorial-schrijver in het *British medical Journal* (5 april, bl. 4) voorspelt dat de afwijzing van het door Lord RAGLAN ingediende wetsvoorstel omtrent euthanasie (zie dit *Tijdschrift* bl. 719 en 763) aan het streven van voorstanders geen eind zal hebben ge-