

kundige) die goed raakt ingespeeld op de somatische, psychische en sociale problemen van dit type patiënten.

Op een ander terrein van de psychiatrie zijn met een dergelijke opzet uitstekende resultaten bereikt. Ik doel hier op de zg. depot-poli's, die vooral in Engeland functioneren, en waarbij chronisch (recidiverende) psychotische patiënten regelmatig worden behandeld met langwerkende neuroleptica, maar (letterlijk en figuurlijk) voor hetzelfde geld psychotherapeutisch en maatschappelijk worden geholpen (VAN PRAAG, 1971). Met deze aanpak bleek de recidief-frequentie drastisch terug te lopen. Naar analogie hiervan zou ik de oprichting van gespecialiseerde lithium-poli's krachtig willen bepleiten. Er is alle kans op dat zij leed- én kostenbesparend zullen werken.

*Literatuur:* PRAAG, H. M. VAN (1971) Depot-neuroleptica. *Ned. T. Geneesk.* 115, 672. — PRAAG, H. M. VAN: Het gebruik van lithium-zouten in de psychiatrie. Indicaties en praktische richtlijnen. *Ned. T. Geneesk.* Ter perse.

Groningen, 17 april 1973

H. M. VAN PRAAG

### *De leeftijds grens voor preventieve antistollingsbehandeling na myocardinfarct*

De brief van LOELIGER en ROOS (1973) betreffende de leeftijds grens voor preventieve antistollingsbehandeling na myocardinfarct noopt mij tot enkele opmerkingen. Ik meen dat dit vraagstuk wel wat erg summier wordt besproken. De schrijvers maken de indruk overtuigd te zijn van de mogelijkheid, door antistollingsbehandeling recidieven te voorkomen.

Thans is de situatie echter zo, dat Nederland bijna het enige land ter wereld is, waar deze behandeling op grote schaal wordt toegepast. In het buitenland is men niet van het nut van deze therapie overtuigd.

Op het onlangs gehouden symposium „Lipid metabolism and atherosclerosis”, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie bleek dit nog eens in de discussie. Men kreeg de indruk dat de langdurige antistollings-therapie als een Nederlandse eigenaardigheid werd beschouwd.

Naar ik meen, zijn LOELIGER en ROOS van oordeel dat men in het buitenland een onjuiste opvatting heeft, die is gegrond op ondeugdelijke „trials” waarbij onvoldoende krachtig werd ontsteld. De vraag dringt zich dan op, waarom men niet overtuigd is door de Nederlandse onderzoeken. Ik kan niet aannemen dat men in andere landen de patiënten een behandeling onthoudt, waarvan bewezen is, dat deze levensreddend is.

Tenslotte: wat is bedoeld met „de Nederlandse methode van controle en toediening van coumarine-derivaten”? De mate van antistolling wordt bij de Nederlandse trombose-diensten op verschillende wijze bepaald en er worden verschillende coumarine-derivaten gebruikt.

Ik meen dat gestreefd dient te worden naar beëindiging van de absurde situatie, dat Nederland, zoals één der deelnemers op genoemd symposium het uitdrukte, een eiland van antistollingstherapie vormt. Misschien zou de overlevingsduur van de in Nederland in de afgelopen jaren met anticoagulantia behandelde patiënten eens vergeleken kunnen worden met die van overeenkomstige buitenlandse patiënten die geen antistollingstherapie kregen. Als zou blijken dat de overlevingsduur hier langer is, bewijst dit nog niet met zekerheid de invloed van de anticoagulantia, maar het

zou wellicht een prikkel kunnen zijn voor de buitenlanders, zich weer eens in deze materie te verdiepen.

*Literatuur:* LOELIGER, E. A. en J. ROOS (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 391.

Zaandam, maart 1973

H. MUNTENDAM

De reactie van collega MUNTENDAM op onze Brief aan de Redactie is even begrijpelijk als aanvechtbaar. Zonder zich te verdiepen in de problematiek van de bloedstolling en van de pharmacodynamica van coumarines, zijn enkelen in ons land en velen in het buitenland geneigd te denken dat de langdurige toediening van indirecte anticoagulantia aan hen die eens een hartinfarct overleefden, het best omschreven kan worden als „a waste of time and a waste of money” (J. McMICHAEL). En natuurlijk weten ook wij dat anticoagulantia niet leiden tot volledige verdwijning van (recidieven van) coronaire ziekten. Dat geldt overigens ook voor de correctie van de bekende risicofactoren: obesitas, hypertensie, diabetes mellitus, roken en hyperlipoproteïnemieën. Een bestrijding op al deze fronten tegelijk zou wellicht wel kunnen leiden tot een meer dan marginale winst. Maar helaas bleek ook weer op het recente symposium „Lipid metabolism and atherosclerosis” dat de onderzoekers van het ene terrein niet of nauwelijks op de hoogte zijn van de vorderingen der onderzoekers op een ander terrein. De Federatie van Nederlandse Thrombosediensten heeft reeds een aanvang gemaakt in ons land een poging te wagen de verschillende groepen met elkaar in contact te brengen.

„Nederland, een eiland van antistollingstherapie” noemt collega MUNTENDAM een absurde situatie. Wanneer wij met het woordenboek van Koenen onder absurd „ongerijmd” verstaan, is deze benaming juist: in vergelijking tot zijn inwoneraantal levert Nederland een groot aantal bloedstollingsdeskundigen dat werk heeft geleverd en nog steeds levert van mondiale betekenis. Overigens is het onjuist te denken dat elders in de wereld niet eveneens klinici van naam een nuttig effect verwachten van langdurige toediening van anticoagulantia. Het was niet de bedoeling van onze „Brief aan de Redactie” van hen een opsomming te geven, maar wellicht mogen wij thans één van deze met name noemen: A. S. DOUGLAS (Aberdeen). In de laatste druk van *Human Blood Coagulation, Haemostasis and Thrombosis* (BLACKWELL 1972) somt hij op pagina 524 een aantal trials op. In tenminste vijf van deze trials was onvoldoende of niet te beoordelen antistollingsbehandeling toegepast. Deze vijf tonen dan ook te zamen 47 doden in de zogenaamde „low dosage or no anticoagulant”-groep en 43 in de „high dosage”-groep (geen verschil dus); de andere trials met wel vergelijkbare en deels uitstekende anticoagulatie tonen te zamen 289 doden versus 223 doden in de respectievelijke groepen. Dit verschil in mortaliteit doet DOUGLAS op pagina 536 concluderen:

„anticoagulants should be used on a long-term basis in patients after myocardial infarction. The evidence of value is best in men, but the question of benefit in woman has not been excluded”.

Maar Nederland heeft wel een ding voor op vele andere landen: het besef dat coumarines alleen van nut zijn wanneer zij een intensieve diepgaande anticoagulatie bereiken, leeft hier meer dan elders. En hier is dat ook alleen mogelijk dank zij de elders niet tot ontwikkeling gekomen trombosediensten die hun ontstaan in de jaren veertig danken aan de vérvooruitziende blik van F. L. J. JORDAN. Natuurlijk heeft

MUNTENDAM gelijk wanneer hij zegt dat hun samenwerking nog feilen toont, maar dat neemt niet weg dat zij verder zijn dan vele andere disciplines: zij verenigden zich in 1971 tot een landelijke Federatie en zijn in 1973 overgegaan op een systeem van kwaliteitscontrole dat de mogelijkheid schept de gegevens meer uniform en beter uitwisselbaar te maken. Daardoor zal men zeker in staat zijn de effecten van coumarines en van andere stoffen zoals remmers der aggregatie van trombocyten, die nu of in de toekomst als anticoagulantia

kunnen worden betiteld, voortdurend kritisch te observeren. Zulke onderzoeken lijken ons zinvoller dan de door MUNTENDAM gesuggereerde retrospectieve vergelijking van internationale groepen patiënten, die alleen daarom al onvergelykbaar zijn omdat zij niet prospectief zijn samengesteld.

Den Haag, april 1973  
Leiden,

J. ROOS  
E. A. LOELIGER

## BERICHTEN

### Buitenland

#### AUSTRALIË

*Feniramine als hallucinoëen.* JONES en medewerkers beschrijven 17 gevallen waarin het antihistaminicum feniramine-p-aminosalicylaat (Avil) als hallucinoëen was gebruikt. Avil is een middel tegen reisziekte dat in de Australische drug stores vrij verkrijgbaar is. De hallucinoëne werking ervan schijnt nog kort geleden niet bekend te zijn geweest. Deze werking blijkt ook pas als men grotere doses van het middel slikt. Als minimum-dosis was door de betrokkenen zes tabletten van 50 mg tegelijkertijd genomen, als maximum-dosis 37 dergelijke tabletten. Bij de 17 gevallen waren er 4 kinderen van 2-9 jaar (bij twee betrof het een accidentele overdosering) en 13 jonge volwassenen van 18-24. Sommigen hadden het middel uit nieuwsgierigheid ingenomen. Vijf volwassen gebruikers waren psychiatrische patiënten, zeven waren niet psychisch gestoord, en één, die 1000 mg had geslikt, had dit gedaan als zelfmoordpoging. De auteurs hebben bij de behandeling van de hallucinerende patiënten met succes gebruik gemaakt van fenothiazinepreparaten, die hetzij de aard van de hallucinaties wijzigden, hetzij deze geheel coupeerden. Zij wijzen erop dat feniramine niet het enige antihistaminicum is dat hallucinaties kan verwekken en zij spreken het vermoeden uit dat ook wel andere antihistaminica voor dit doel zullen zijn gebruikt. (*Med. J. Austr.*, 24 febr. bl. 382.)

#### EUROPA

*Strijd tegen alcohol in het verkeer.* De Raad van Europa heeft een aantal regels opgesteld die ten doel hebben, het aantal ongelukken te doen verminderen, die veroorzaakt worden door dronken autobestuurders. Deze regels omvatten de vaststelling van een maximaal toelaatbaar alcoholpercentage van het bloed, de methoden om een te hoog bloedalcoholgehalte te ontdekken en de straffen die aan overtreders zullen worden opgelegd in de 17 landen die lid zijn van de organisatie. Als maximum-percentages alcohol in het bloed is vastgesteld 80 mg per 100 ml (0,8 pro mille). Bij aantoning van een hoger gehalte is de autobestuurder strafbaar. De lidstaten hebben de vrijheid, binnen het eigen gebied, een lager promillage vast te stellen. (*Pers-communicé*, Raad van Europa, 18 april.)

#### GROOT-BRITTANNIË

*Internationale catastrofe-dienst.* De „Church of England” doet pogingen bij dertig regeringen, steun en zo mogelijk deelneming te verkrijgen voor een groots plan tot oprichting van een internationaal hulpleger. Men wil beginnen met de stichting van een door burgerlijke en militaire instanties bemand hoofdkwartier, van waar uit op elke plaats ter wereld onmiddellijk hulp kan worden verleend. De Church of Eng-

land wijst in een gedenkschrift op de mogelijkheden die er bestaan om overal heen dekens en vaccins te zenden, terwijl men daarentegen niet over de mensen en het materiaal beschikt, nodig om de hulpgoederen op de juiste wijze te distribueren. (*Dtsch. Arzte bl.*, 19 april bl. 1033.)

*Kunstmatige inseminatie.* In het *British medical Journal* van 7 april (supplement) is het rapport verschenen over de toepassing van AID (artificial insemination by donor), uitgebracht door een commissie onder Sir JOHN PEEL, die in 1969 was gevormd door de British Medical Association's Board of Science. Uit een bespreking van dit rapport in *Nature* (13 april bl. 426) volgen hier enkele punten.

Nog maar dertien jaar geleden was door een commissie onder Lord FEVERSHAM een afwijzend rapport over AID uitgebracht. De commissie-PEEL komt tot tegenovergestelde conclusies. Niet alleen wordt AID toelaatbaar geacht, maar ze zou in het kader van de National Health Service gratis moeten worden uitgevoerd. Ook vindt de commissie-PEEL dat er een wetwijziging nodig is, zodat een door AID verwekt kind niet meer als onwettig wordt beschouwd. Ook moet er verandering komen ten aanzien van de echtgenoot van een vrouw die na AID een kind heeft gebaard, want hij maakt zich schuldig aan het afleggen van een valse verklaring, als hij het kind onder zijn familienaam bij de burgerlijke stand komt aangeven.

Er zijn in Engeland jaarlijks ongeveer 1400 (volgens andere schattingen 4000) huwelijken die kinderloos blijven ten gevolge van onvruchtbaarheid bij de man. De mogelijkheid van adoptie wordt kleiner doordat het „aanbod” van te adopteren kinderen slinkt. De kansen voor AID worden dienovereenkomstig groter. Behalve ter compensatie van mannelijke onvruchtbaarheid komt AID ook in aanmerking daar waar het wegens erfelijke aandoening van de echtgenoot ongewenst is dat deze zelf kinderen bij zijn vrouw verwekt.

De praktijk leert dat reeds thans in de ziekenhuizen van de National Health Service soms AID wordt toegepast. Het is dan ook noodzakelijk dat de bestaande wetten bij de nieuwe ontwikkeling worden aangepast. Daarbij zal men ook moeten denken over de wettelijke verantwoordelijkheid van de donor. Heeft hij dezelfde verantwoordelijkheid als de verwekker van een onwettig kind? En welke wettelijke aanspraken kan het AID-kind doen gelden ten opzichte van de biologische vader?

*Is influenza-vaccinatie de kosten waard?* In de herfst van het jaar 1971 besloot de Wandsworth Borough Council tot vrijwillige influenza-vaccinatie van de 5000 employees. Daarbij zou tevens een onderzoek worden gedaan naar de waarde van de vaccinatie. Niet velen maakten van deze gelegenheid gebruik, slechts 866 werden gevaccineerd. De kosten bedroegen