

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

## *De invloed van pharma op de behandeling met orale antistollingsmiddelen*

In zijn artikel adviseert Prof. LOELIGER (1973) als alternatief voor acetosal, in verband met de stollingsmoeilijkheden met deze stof, o.a. aminofenazon.

Gezien de risico's welke aan het gebruik van aminofenazon zijn verbonden (agranulocytose), moet het gebruik van deze stof m.i. worden beperkt tot de patiënten bij wie niet op andere wijze resultaat kan worden verkregen; dit betekent tot reuma-patiënten, die op andere therapie niet reageren. Het lijkt mij niet verantwoord aminofenazon als analgeticum aan te bevelen.

*Literatuur:* LOELIGER, E. A. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1396.

Groningen, oktober 1973

T. HUIZINGA

Collega HUIZINGA ben ik zeer erkentelijk voor zijn genuanceerd oordeel over het voorschrijven van aminofenazon en zijn waarschuwing dit analgeticum niet zonder meer als alternatief voor acetosal te gebruiken.

Leiden, oktober 1973

E. A. LOELIGER

## *Bezwaren van toepassing van anti-rubella-gammaglobuline*

Het referaat van Prof. Dr. F. DEKKING (1973) dat betrekking heeft op bezwaren van toepassing van anti-rubella-gammaglobuline geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen.

De besproken publikatie biedt toch wel erg weinig aanknopingspunten om van de in Nederland gevestigde gedragslijn te gaan afwijken. De referent heeft zelf ook enige twijfel: hij stelt immers dat de beide gravidae „misschien” een rubella-infectie doormaakten. De eerste patiënte kreeg gammaglobuline toegediend toen het exantheem reeds twee dagen bestond. DEKKING noemt dat terecht een curieuze indicatie. Van gammaglobuline kan onder die omstandigheid geen effect (meer) worden verwacht daar de bedoeling van de toediening van gammaglobuline is het voorkómen van de viremie. Op het moment waarop het exantheem uitbreekt, heeft deze reeds plaatsgevonden. Het lijkt mij minder waarschijnlijk dat gammaglobuline juist dán de totstandkoming van de immuniteit zou hebben vertraagd. Ligt het niet meer voor de hand dat de uitslagen van het laboratorium met argwaan bekeken hadden moeten worden?

Ook bij de ziektegeschiedenis van de tweede patiënt kan een vraagteken worden gezet: heeft de vrouw inderdaad een subklinische rubella-infectie doorgemaakt? De antistoffen bij het kind waren laag en wijzen niet in de richting van congenitale rubella. Het virus werd niet geïsoleerd. Er is dus geen bewijs geleverd dat het in dit geval om rubella ging. Belangrijk is de frequentie waarmee het verschijnsel van vertraagde antistofvorming zou optreden: alleen dan zou men het toedienen van gammaglobuline ter discussie kunnen stellen. Het feit dat tot dusverre sporadisch hierover werd gepubliceerd, vormt een aanwijzing dat het waarschijnlijk een zeldzame gebeurtenis is. De Nederlandse gegevens betreffende de waarde van gammaglobuline als prophylacticum

1832

voor congenitale misvormingen na expositie van de aanstaande moeder aan rubella — hoe moeilijk ook beoordeelbaar — leren dat het klassieke rubellasyndroom bij kinderen van tijdig met gammaglobuline ingespoten aanstaande moeders niet voorkomt. Het is mij niet duidelijk hoe DEKKING zijn oordeel — dat alleen anti-rubellaglobuline mag worden toegepast als de gravida tot iedere prijs haar zwangerschap wil uitdragen — kan stelen op de door hem gerefereerde publikatie. De enige juiste conclusie die men kan maken (zoals ook de auteurs doen, zonder daarin door DEKKING gevolgd te worden) is dat men de controle van de gravida niet na 4 weken, doch later, bv. na 6 weken moet laten plaatsvinden. Het zou te betreuren zijn wanneer de toepassing van anti-rubella-immunoglobuline achterwege zou blijven op onvoldoende gronden. De publikatie van FORREST en medewerkers levert naar mijn mening geen argumenten om de in Nederland gevolgde procedure thans te gaan wijzigen.

*Literatuur:* DEKKING, F. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1474.

Rotterdam, oktober 1973

J. HUISMAN,  
secretaris Rode Hond Werkgroep

## *Behandeling van een patiënt met een ernstig dwangsyndroom met behulp van multifocale coagulatie in de witte stof van de frontale en cingulaire hersenschors*

De reactie van G. VAN BEUSEKOM-FRETZ (1973) op onze klinische les (1973) noopt ons tot de volgende opmerkingen:

1. Het effect van de door ons uitgevoerde behandeling werd niet afgemeten aan de uitkomsten van de afgenomen MMPI-tests, zoals VAN BEUSEKOM-FRETZ suggereert. Patiëntes actuele gedrag was maat voor het effect van de behandeling. Wij staan zelf sceptisch tegenover de waarde van tests zoals MMPI, maar omdat deze test in vele instituten als meetinstrument wordt gebruikt, hebben wij hem afgenomen en (terloops) vermeld. Het verbaast ons echter wel dat VAN BEUSEKOM-FRETZ op deze MMPI zo sterk de nadruk legt, terwijl in ons artikel veel meer aandacht besteed wordt aan het gedrag van de patiënte in de verschillende stadia van haar ziekte en behandeling.

2. Het klinische begrip „psychasthenie” (in de zin van Janet) dekt niet wat men vaststelt met de „psychasthenieschaal” van de MMPI. Vandaar de schijnbare discrepantie.

3. Reeds sinds enkele jaren worden succesvolle behandelingen van deze patiënten met een enkele, acute stereotactische operatie beschreven. Er bestaat echter verschil van mening over de optimale lokalisatie en uitgebreidheid van de aan te brengen laesies. Dit is de reden waarom wij er de voorkeur aan gegeven hebben de methode toe te passen waarmee CROW e.a. reeds gedurende 12 jaar in meer dan 120 gevallen succes geboekt hebben. Deze konden, gebruikmakend van gedragstherapie, een plan opstellen voor chronisch progressieve leukoocoagulatie, waardoor ongewenste bijverschijnselen worden vermeden. Een zeker „trial and error” element is inderdaad inherent aan de methode.

Ervaringen van vroegere ingrepen (acute en chronische coagulatiebehandelingen) leerden ons waar coagulatie kans op effect heeft. Dank zij de begeleidende minutieuze gedragsobservatie kunnen de laesies topografisch beperkt worden en

mede op grond van intussen opgedane ervaring met andere patiënten zal het aantal elektrodes gereduceerd kunnen worden. Wanneer wij dit samenvatten, bestaat dus het coagulatieplan uit een uiterst voorzichtig zoeken naar een zo klein mogelijke en zo eenvoudig mogelijk aan te brengen functionele laesie, binnen het therapeutisch verantwoorde kader, zoals door CROW beschreven.

Het beschreven negatieve effect van de orbito-frontale coagulaties, dat na 10 dagen reeds grotendeels was verdwenen, was na 3 weken geheel verdwenen. Dit hadden wij inderdaad moeten vermelden.

4. De behandeling, zoals wij beschreven, vraagt van de patiënt een zeer grote motivatie. Volledige vrijwilligheid en bereidheid actief aan de behandeling deel te nemen zijn voorwaarden. De patiënt wordt van te voren in extenso ingelicht over de loop der behandeling en de kans op effect. Het is duidelijk dat hiervoor geen patiënten in aanmerking komen die onder machtiging staan.

5. VAN BEUSEKOM-FRETZ twijfelt aan onze empathie ten opzichte van onze patiënte. Hij illustreert dit aan enkele uit de tekst gerukte passages die slaan op een passagère periode direct na implantatie der elektroden, toen patiënte een organisch psychosyndroom vertoonde. De patiënte en haar behandelaars weten wat wij voor en gedurende en na de behandeling gezamenlijk hebben doorgemaakt, dit is ons voldoende. Het „suggereren” van een behandeling als deze, bij een zo ernstig lijdende medemens, is onzes inziens een ontoelaatbaar experiment, zeker als men de psychotherapeutische resultaten bij patiënten met ernstige dwangsyndromen overziet, inclusief alle mogelijke suggestieve behandelingen.

6. In het door VAN BEUSEKOM-FRETZ voorgestelde alternatieve verklaringsmodel fungeert de coagulatie in de hersenen als straf van de autoriteit voor een door hem niet getolereerd gedrag. Als hij hiermede een eenvoudige aversieve conditionering bedoelt, gaat dit niet op daar de coagulatie niet aversief is (de patiënt voelt tijdens de coagulatie slechts de arm enigszins warm worden en krijgt een zure smaak in de mond). Bovendien komt de straf leertheoretisch te laat om effectief gekoppeld te worden aan de af te leren handelingen.

Een ander aspect is dat de patiënt niets liever wil dan van dit voor hem afschuwelijk gedrag bevrijd te worden. De cognitieve inhoud van de coagulatie is veel eer: „misschien verlicht het mijn nood”, dan: „ik word bestraft”. Tijdens de eerste fase der coagulaties is de patiënt ondanks voorbereiding daarop, vaak zeer teleurgesteld over het door hem (nog) niet bespeuren van enig effect.

7. Het is VAN BEUSEKOM-FRETZ uit ons stuk niet duidelijk geworden dat de elektroden 10 maanden in situ bleven, omdat in die periode de coagulaties plaatsvonden. De elektroden blijven niet langer in de hersenen dan noodzakelijk is voor de therapie.

8. Als wij VAN BEUSEKOM-FRETZ kritiek overzien, komt het ons voor dat hij weinig te maken heeft gehad met het wanhopige mensonterende lijden van iemand met een ernstig dwangsyndroom. Het spijt ons dat de klinische les dit hem onvoldoende duidelijk heeft gemaakt.

*Literatuur:* BEUSEKOM-FRETZ, G. VAN (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1517. — HAAIJMAN, W. P., W. STORM VAN LEEUWEN en C. W. M. VAN VEELEN (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1264.

Utrecht, 29 oktober 1973

W. P. HAAIJMAN-  
W. STORM VAN LEEUWEN  
C. W. M. VAN VEELEN

*Ned. T. Geneesk.* 117, nr. 48, 1973

## *Leverbeschadiging door oxyfenisatine bevattende laxaermiddelen*

De leerzame publikatie van collega BRAS c.s. (1973) doet bij even dóórdenken de vraag opkomen of wij medici aan de vele publikaties over dergelijke onderwerpen niet een slotparagraaf moeten toevoegen.

De beschreven patiënte had in 1972 reeds jaren ernstige ziekteverschijnselen door gebruik van een pharmacon waarvan het schadelijke effect bekend was. Het leven van deze patiënte is nog gered doordat de oorzaak tijdig aan het licht kwam, maar jaren van ellende voor de patiënte en van hoge kosten voor de gezondheidsdiensten waren reeds verstreken.

Iatrogene ziekten en zelfs sterfgevallen kunnen worden voorkomen door de regeling dat de praktijkassistente die de ziektekaart opmaakt, daarbij een gestencilde lijst voegt met vragen bv. over de namen van de gebruikte pharmaca, welke de patiënt beantwoordt door aankruising, evt. met hulp van de assistente. De bijwerkingen van de desbetreffende pharmaca zouden door haar worden ingevuld met behulp van een kaartsysteempje op haar schrijftafel. Indien slechts één ziekenhuisdag à raison van tweehonderd gulden zou worden bespaard door de vijf of tien minuten arbeid van de assistente, zou reeds effect zijn bereikt, ook in besparing van ellende voor de patiënte en de arts. In vele instituten is een dergelijk systeem in gebruik, meestal naast andere, ter verlaging van het gewone percentage „misdiagnosen”.

Hier is meteen een eresaluut op zijn plaats voor de collegae FRENKEL en JACOBS (1973) die op bl. 1506 „systematisch de verschillende groepen van ziekteverschijnselen de revue laten passeren” en van elk symptoom het lijstje van eventuele oorzaken nagaan. Talloze misdiagnosen blijken te ontstaan doordat de arts slechts denkt aan de paar oorzaken die toevallig in zijn bewustzijn opkomen en niet even de volledige lijst naloopt. Onze praktijkassistente zou de lijstjes met oorzaken van elk symptoom kunnen toevoegen aan de ziektekaart. Over inschakeling van de computer als het ziekenhuis over zo'n apparaat beschikt, spreek ik niet.

Ook aan collega JAN VAN DER MEER (1973) komt een eresaluut toe, want hij schenkt aandacht aan de vraag hoe wij iatrogene schade dienen te voorkomen. Hij denkt aan meer nadruk op bijwerkingen gedurende de opleidingstijd van de arts. Het nuttig effect daarvan zal echter veel geringer zijn dan dat van het bij de ziektekaart gevoegde lijstje. Zulks heeft mijn jarenlange ondervinding bij het geven van medisch onderwijs mij geleerd en zulks blijkt ook bij de bestudering van misdiagnosen in de literatuur.

*Literatuur:* BRAS, G., F. B. BRONKHORST, G. T. HANEVELD en J. LOURENS (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1501. — FRENKEL, M. en A. S. M. JACOBS (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1504. — MEER, J. VAN DER (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1509.

's-Gravenhage, oktober 1973

JAC. DE RUYTER JHzn.

## *Bladvulling*

*De ontdekking der röntgenepilatie.* „Een poging om een kogel in het hoofd van een kind met X-stralen te skiagraphereen bracht Prof. John Daniel tot de ontdekking, dat die stralen een krachtig middel tot epilatie zijn. De plek, die gedurende een uur aan het licht was blootgesteld geweest, was na drie weken geheel onthaard. De huid was niet pijnlijk of op eenige andere wijze aangedaan. (Med. Rec. No. 17).”

(Berichten. Buitenland (1896) *Ned. T. Geneesk.* I, 868.)