

HOEKSEMA, The genetic defects in ganglioside storage diseases. M. P. HAZENBERG, Een studie over muizen met een autochtone en een humane darmflora. R. NAABORG, Beleidsvorming in de gezondheidszorg. Zoeklicht op de hartchirurgie. J. B. BAKKER, Het psychiatrisch prognostisch model. Een onderzoek naar de waarde van korte-termijnvoorspellingen in de psychiatrie. J. R. JUTTMANN, Renale osteodystrofie: pathofysiologie en behandeling met 1 α -hydroxy-derivaten van vitamine-D. J. P. VAN DE MERWE, Serum antibodies to anaerobic coccoid rods in Crohn's disease. B. ZELLE, DNA repair in human xeroderma pigmentosum and Chinese hamster cells. L. P. COLLY, Chemotherapy in transplantable myeloid leukaemia in brown Norway rats. Studies on BNML as a model for human acute myeloid leukaemia. G. T. MEESTER, Computer analysis of cardiac catheterization data. J. R. T. C. ROELANDT, Ultrasonic two-dimensional imaging of the heart with multiscan.

Utrecht: A. D. M. VAN MANSFELD, The DNA replication of bacteriophage ϕ X174: the nucleotide sequence and the chemical nature of the origin. G. DE RIDDER, Immunological studies in pigeon breeders' disease and farmers' lung. H. VAN ENGELAND, Een psychofysiologisch onderzoek naar input-modulatiestoornissen. A. J. M. SEEGER, Are non-narcotic analgesic drug mixtures rational? An evaluation of their pharmacological and gastric toxicity in rats. J. P. P. M. SMELT, Heat resistance of *Clostridium botulinum* in acid ingredients and its significance for the safety of chilled foods. C. VAN DER MEER, In vivo and in vitro studies of cellmediated reactions to *Listeria monocytogenes*. G. A. VAN HUIS, Glycoprotein synthesis in the mucous cells of the vascularly perfused rat stomach. A. C. VAN HUFFELEN, Quantitative electroencephalography in cerebral ischemia. Data processing of EEG activity, both spontaneous and during photic stimulation. A controlled clinical study in patients with acute unilateral cerebral ischemia.

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Subsidieprogramma van de Europese Gemeenschap voor inter-Europese studie-projecten

Voor projecten die wetenschappelijke samenwerking inhouden tussen instellingen uit ten minste twee EEG-landen, stelt de Europese Gemeenschap subsidies beschikbaar. Zowel universiteiten als niet-universitaire instellingen komen daarvoor in aanmerking; geen enkel vakgebied is uitgesloten. De samenwerking kan verschillende vormen hebben: studenten-uitwisselingsprogramma's als onderdeel van een cursus, uitwisseling van wetenschappelijke stafleden om gedeelten van cursussen aan andere universiteiten

te geven, of gezamenlijke ontwikkeling van cursusmateriaal. De projecten moeten ten minste drie maanden duren. Pure researchprogramma's komen alleen bij uitzondering voor subsidie in aanmerking. Per subsidie worden ongeveer 4000 Europese Rekeneenheden (f 11.040,-) beschikbaar gesteld, in hoofdzaak voor reis- en verblijfkosten, organisatorische kosten en het maken en vertalen van cursusmateriaal. Tot dusver was Nederland bij een vijfde deel van de gesubsidieerde projecten betrokken.

Aanvragen moeten vóór 15 mei a.s. zijn ingediend. Het adres voor inlichtingen en subsidie-aanvraagformulieren luidt: mr. ALAN SMITH, Fondation Européenne de la Culture, Institut d'Education, c/o Université de Paris IX-Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny, 75116 Parijs; tel. 7070641.

INGEZONDEN

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

Abortus arte provocatus na de 12e zwangerschapsweek; een medische discussie?

Naar aanleiding van de publikaties van TREFFERS en BLACQUIÈRE (1979) in dit tijdschrift vermeldde BEEKHUIZEN e.a. (1979) in een Ingezonden, dat „dit in de maatschappij veel omstreden onderwerp een medische discussie in deze kolommen verdient”. Mijns inziens wordt deze discussie ten onrechte als een „medische” gekwalificeerd. Immers, de wetenschappelijke onderzoekingen, besproken door TREFFERS en BLACQUIÈRE en later becommentarieerd door BEEKHUIZEN e.a. (1979) staan mijlenver af van elk normaal medisch handelen en zijn in lijnrechte tegenstelling met de taakverdeling van de geneeskundige.

De taak van de geneeskundige wordt in de laatste uitgave van *Medische ethiek en gedragsleer* (1959) op bladzijde 14 als volgt omschreven: „De taak van de arts hebben wij gezien als die van een helper van de mens in nood. Nu is de

hoogste nood waarin een mens verkeren kan, de toestand, waarin zijn bestaan zelf wordt bedreigd. De strijd voor het behoud van het leven van de patiënt is dan ook de eerste opdracht van de arts, en deze zal de strijd in overeenstemming met de formulering van de World Medical Association „met absolute eerbied voor het menselijk leven” hebben te voeren . . . hij zal niet gerechtigd zijn, de nodige zorgen voor het behoud van dit leven achterwege te laten.”

Sindsdien zijn er door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst wel weer gedragsregels uitgegeven, maar het is niet gelukt om enige regels voor medische ethiek gezamenlijk vast te stellen. Een groot aantal Nederlandse artsen wil nog steeds werken volgens de aanvankelijke, eerder geciteerde taakomschrijving. In dat licht gezien zijn de geciteerde artikelen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* niet te kwalificeren als publikaties over medisch onderzoek. Hierin wordt immers beschreven, hoe elke zorg voor groeiend leven bewust wordt onthouden en verder leven actief wordt belet. Dit wordt dan wetenschappelijk gedocumenteerd. Een

dergelijk onderzoek kan hoogstens de naam wetenschappelijk dragen, de term medisch past hier niet.

Ik ben mij ervan bewust, dat men in genoemde publicaties wél consequent uitwerkt, hetgeen gesteld wordt in de „Richtlijnen ten behoeve van de uitvoering van abortus provocatus”, opgesteld door het Hoofdbestuur van de KNMG in 1971. In deze richtlijnen wordt immers eerst vermeld, dat toepassing van abortus provocatus is „het doen beëindigen van menselijk leven”, om daarna echter te vervolgen met de mededeling dat onder bepaalde condities deze handeling geacht kan worden te vallen onder de uitoefening van de geneeskunst!

Tot welke vormen van „geneeskunst” dit dan leidt, kunnen we lezen in de eerder geciteerde publicaties. Wetenschappelijk wordt vastgesteld hoe hoog de concentratie van de zoutoplossing moet zijn om het hart van een immatuur kind zo snel mogelijk tot stilstand te brengen. En in ingezonden artikelen betwisten gynaecologen en andere medici elkaar de eer, wie het immature kind (hier overigens vaak als baarmoederinhoud geduid) kan bewerken tot de kleinste maat (gemiddeld 10 à 20 mm). Het gaat hier om een mens in ontwikkeling, die volledig levensvatbaar is, mits men hem de condities laat die nodig zijn in deze levensfase. Dat is in dit geval intra-uterien verblijf.

De redactie van dit tijdschrift heeft gesteld „dat het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een duidelijk opnemingsbeleid heeft waaraan alle aangeboden artikelen worden getoetst” (Hoofdreductie 1979). Hierbij rijst bij mij de vraag of het aannemelijk is, dat bovengenoemde publicaties passen in dit opnemingsbeleid.

Literatuur: BEEKHUIZEN, W., M. DUPLESSIS-ALBLAS, D. A. F. VAN LITH e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2112. – Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1978) *Gedragsregels voor artsen*, bl. 5. – Hoofdreductie (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1349. – TREFTERS, P. E. en J. F. BLACQUIÈRE (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1103. – QUERIDO, A. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2114.

Leusden, februari 1980

G. VAN BRUGGEN

Antistollingbehandeling en perifere arteriosclerose

VAN VROONHOVEN en DE SMIT (1979) zijn in hun artikel voorbijgegaan aan de belangrijke rol die de bloedplaatjes spelen in de atherogenese (HARKER e.a. 1976) en voorts laten zij de sekwestratie van bloedplaatjes aan het oppervlak van alloplastische vaatprothesen (HARKER e.a. 1977; OBLATH e.a. 1978) onbesproken. De auteurs hebben zich geheel en al beperkt tot de bloedstolling in engere zin, d.w.z. de vorming van fibrine uit fibrinogeen. Het is echter zeer waarschijnlijk dat de vorming van fibrine slechts van secundair belang is bij de vorming van stolsels in slagaderen, omdat geactiveerde stollingsfactoren door de snelle bloedstroom in een slagader afgevoerd worden voordat ze lokaal hoge concentraties kunnen bereiken. Bovendien wordt er door de bloedstroom steeds verse antitrombine aangevoerd (MUSTARD e.a. 1966; BAUMGARTNER 1977). Voor de initiëring van een thrombus in een slagader is de aanwezigheid van bloedplaatjes een eerste vereiste. Wanneer stromend bloed in contact komt met een endotheeldefect, kleven de bloedplaatjes aan het subendothelium, en wel des te sterker naarmate de bloedstroomsnelheid groter

is. Geactiveerde stollingsfactoren worden aan de plaatjesplug geabsorbeerd en bereiken aldus lokaal voldoende hoge concentraties om de reactieketen die leidt tot de vorming van fibrine te initiëren. De thrombus kan nu verder aangroeien door verdere fibrinevorming of door voortgezette accumulatie van bloedplaatjes.

Met het bekend worden van de belangrijke rol die de bloedplaatjes spelen bij de atherogenese en de stolling in slagaderen, zijn middelen die de aggregatie van bloedplaatjes remmen van klinisch belang geworden. Het is aangetoond dat orale anticoagulantia het aankleven van de bloedplaatjes niet voorkomt. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat aggregatiereemers zoals dipyridamol (Persantin) en acetylsalicylzuur deze adhesie en aggregatie van bloedplaatjes wel kunnen voorkomen (O'BRIEN 1968; WEISS e.a. 1968; HARKER e.a. 1977; OBLATH e.a. 1978).

Het is in onze kliniek de gewoonte om bij patiënten met atherosclerotische obstructies een stollingsonderzoek te verrichten, waarbij met name de aggregatie van de bloedplaatjes bij kamertemperatuur en 37°C, en na toediening van ADP en collageen gemeten wordt. Wanneer er een versterkte aggregateneiging bestaat, worden deze patiënten behandeld met een combinatie van 75 mg dipyridamol en 1200 mg acetylsalicylzuur daags. Patiënten die om een andere reden reeds een oraal anticoagulans krijgen toegediend, krijgen 4x daags 75 mg dipyridamol. Patiënten bij wie een arteriële reconstructie is verricht, krijgen onafhankelijk van de stollingsstatus gedurende één jaar na de operatie de combinatie dipyridamol en acetylsalicylzuur toegediend of de combinatie oraal anticoagulans en dipyridamol.

Wanneer om een of andere reden een trage flow door een arteriële reconstructie verwacht wordt, bijvoorbeeld bij reconstructies onder de lies in aanwezigheid van een slechte outflow-tract, geven wij de voorkeur aan een combinatie van een oraal anticoagulans met dipyridamol.

Literatuur: BAUMGARTNER, H. R. (1977) *Therap. Umschau* 5, 341. – HARKER, L. A. e.a. (1976) *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 275, 321; (1977) *Ann. Surg.* 186, 594. – MUSTARD, J. F. e.a. (1966) *Thrombos. Diathes. haemorrh. (Stuttg.)* 21, suppl. 21, 131. – OBLATH, R. W. e.a. (1978) *Surgery* 84, 37. – O'BRIEN, J. R. (1968) *Lancet* I, 779. – WEISS, H. J. e.a. (1968) *J. clin. Invest.* 47, 2169.

Eindhoven, januari 1980

C. M. A. BRUYNINCKX

Zoals collega BRUYNINCKX in de inleiding van ons artikel zou kunnen lezen, hebben wij ons juist met opzet beperkt tot de bespreking van het gebruik van orale anticoagulantia – in het Nederlandse medische spraakgebruik synoniem aan coumarinederivaten – bij patiënten met klachten en verschijnselen van perifere arteriosclerose. Hetgeen overigens ook uit de titel van het artikel naar voren komt. De toenemende kennis over de rol die bloedplaatjes spelen bij de atherogenese en de mogelijkheden in dezen van plaatjesaggregatie remmende middelen zijn ons uiteraard bekend. Een aparte bespreking daarvan zou wellicht op zijn plaats zijn.

Hoewel het interessant is te vernemen op welke wijze collega BRUYNINCKX de nabehandeling van zijn patiënten met een perifere arteriële reconstructie uitvoert, moet er toch op gewezen worden dat het gebruik van plaatjesaggregatie remmende medicatie bij deze groep van patiënten vooralsnog berust op theoretische overwegingen en op gegevens verkregen uit dierexperimentele onderzoeken.