

techniek, maar minstens even belangrijk is de luistertechniek. Wij moeten de huisarts deze opleiding tijdens zijn studie of na zijn artsexamen geven.

Er is bijna als vanzelfsprekend aangenomen, dat de trainers hiervoor psychiaters zouden moeten zijn. En dan spijt het mij, maar dan moet ik toch even een knuppel in dit hoenderhok werpen. Ik zou haast willen zeggen: Het moeten a priori geen psychiaters zijn, waarbij ik uit de aard der zaak het buitengewoon verdienstelijke en belangrijke werk, dat tot nu toe door een aantal psychiaters is gedaan, geenszins wil ontkennen. De psychologische kennis, die wij als medicus opdoen, is helemaal gegeven in termen van pathologie. Onze medische psychologie is gebaseerd op het pathologische. Als psychiaters gaan optreden als trainers in medische psychologie, bestaat het gevaar, dat zij het op deze basis doen.

Enkele mogelijke gevaren van de psychiater, werkende in een huisartsengroep, zijn trouwens al genoemd. In de eerste plaats het gevaar, dat aan de huisartsen een soort psychiatrie wordt verkocht, welke zij helemaal niet nodig hebben. In de tweede plaats, dat de groep een therapeutische groep wordt. In de derde plaats, dat de groep gaat begeleiden, dat wil zeggen, dat de huisarts zijn verantwoordelijkheid overdraagt aan de groep. Dit zijn drie gevaren, die bestaan, wanneer de psychiater als psychiater in de groep werkzaam is en niet als geestelijk hygiënist.

Dan komt de vraag: hoe leiden we de trainers voor de groepen op? Deze trainers zullen, ik zou bijna zeggen helaas, toch wel medici moeten zijn, anders zijn ze natuurlijk op geen enkele manier in staat de discussie te volgen. De trainer zal een extra opleiding moeten volgen in menselijke relaties, een opleiding, die dan moet worden toegespitst op de behoefte van de huisarts. Deze opleidingen zijn op het ogenblik in principe aanwezig voor heel andere groepen in het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden en ik geloof, dat wij dit soort opleiding moeten hebben, in dit instituut of een ander, en dan speciaal toegespitst op de behoefte van huisartsen.

Met deze woorden van Prof. Querido was het einde gekomen van deze studiedag. De lezer van dit verslag zal ongetwijfeld hebben begrepen, dat het laatste woord over de behandelde problemen nog niet is gesproken. Duidelijk is, dat het uitermate moeilijk zal zijn in deze complexe materie tot een communis opinio te komen. Eén doel van deze studiedag is in elk geval bereikt: Er is voldoende gesprekstof geproduceerd, welke als gemeenschappelijk uitgangspunt kan dienen voor bespreking in kringen, die zich veelal met uiteenlopende motivering, met verschillende praktische ervaring en grote verscheidenheid in opleiding, interesseren voor de ontwikkeling van de medische psychologie in de huisartsenpraktijk.

Jhr Dr A. H. van Lidth de Jeude

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

62-10r. Experience with a medical school family study. *Kennell, J. H. D. Chickeringh en E. Soroker. (1961) J. med. Educ. 36, 1649.*

In een achttal artikelen zijn de ervaringen weergegeven die gedurende negen jaar zijn opgedaan in de „School of Medicine and University Hospitals, Wester Reserve University”, Cleveland, Ohio met een sterk gewijzigd opleidingsprogramma, waarbij het gezin uitgangspunt voor het onderwijs is. In dit opleidingsprogramma worden de talrijke sociale, materiële en emotionele factoren, die een rol spelen bij de preventie, diagnostiek en behandeling van ziekte in beschouwing genomen.

Na een beschrijving van het gehele programma, worden achtereenvolgens besproken onderwijsstaf en onderwijsmogelijkheden, de ervaringen van de studenten en hun leerproces, de tijd gependend door de studenten aan dit onderwijsprogramma, de gedragingen van de bij de studie betrokken gezinnen, terwijl voorts door middel van enquetes de reacties van de bestudeerde gezinnen, de onderwijsstaf en de studenten werden geanalyseerd.

Bij de opzet van dit programma was de faculteit van oordeel dat de patiënt het beste kon worden geobserveerd in zijn eigen omgeving casu quo het gezin. Op grond hiervan wordt de student reeds in het eerste half jaar van zijn vier jaar durende klinische studie in kennis gebracht met een daartoe op de obstetrische polikliniek geselecteerde patiënte. Haar gezin volgt hij daarna gedurende zijn gehele studie. Hierdoor worden de studenten in de gelegenheid gesteld de invloed van graviditeit en geboorte op het gezin te leren kennen, de psychische en emotionele ontwikkeling van het kind te volgen en de patiënt-arts-relatie te leren waarden door persoonlijke ervaring.

Uiteraard is het theoretisch studieprogramma op deze persoonlijke ervaringen afgestemd. Onder meer worden in de eerste anderhalf jaar colleges gegeven over de basiskennis van de prenatale zorg — het interview met de grávida! —, de partus, contraceptie, kindervoeding, kinderverzorging, gezinsrelaties, psychologie en fysisch onderzoek. In het derde en vierde semester zijn aan de beurt dierobservatie, antropologie, kinderspsychiatrie, psychoanalytische theorieën en persoonlijk-

heidsontwikkeling van het kind. In het vijfde semester volgen de strikt medische vakken, en organisatie en materiële aspecten van de medische verzorging. In de laatste drie semesters volgt tenslotte de praktische opleiding in de kliniek.

Naast deze orthodoxe methode van voorlichting in collegevorm — zij het niet alleen in orthodoxe vakken! — wordt met vrucht gebruik gemaakt van discussiegroepen van studenten, zogenaamde preceptor-groups. In deze discussiegroepen van acht tot tien studenten van verschillende jaren en onder leiding van een jaarlijks wisselend staf lid van de faculteit, wordt de student de gelegenheid gegeven de gerezen problemen in de gezinscontacten of van college met zijn medestudenten en met zijn opleider te bespreken.

De obstetricus, die de gezinnen selecteert, legt de vrouw de bedoeling uit van het studieprogramma, waarna een sociaal werker een meer gedetailleerde uitleg geeft. Duidelijk wordt gemaakt dat de student een student-medicus is, die wil helpen het gezin een eigen medische verzorging te geven. Er zullen regelmatig huisvisites worden gemaakt, maar er zal geen medische verzorging aan huis plaats vinden. Deze wordt slechts op de poliklinieken of in de kliniek gegeven. Aan de patiënte wordt gevraagd alvorens toestemming te geven eerst met haar man te overleggen. Een en ander wordt nog eens schriftelijk bevestigd. Daarna introduceert de sociale werker de student bij de patiënte tijdens haar bezoek aan de obstetrische polikliniek. In het gesprek dat de student en patiënte bij deze gelegenheid hebben maakt hij haar duidelijk dat hij voor het gezin steeds bereikbaar zal zijn, dat hij steeds aanwezig zal zijn bij haar bezoeken aan de kliniek en ook bij haar bevaling. Hij maakt dan tevens een afspraak voor het eerste huisbezoek. Na de bevalling zal de student vooral de nieuwgeborene volgen, die voor de zuigelingencontrole regelmatig op de speciale polikliniek komt, die voor dit studieprogramma is opgezet. Dit gebeurt ongeveer eenmaal per maand. Tussendoor maakt de student een huisbezoek om de problemen van de zuigeling met de moeder te bespreken en de baby medisch te onderzoeken. De persoonlijke leiding van de docent-pediater staat hierbij sterk op de voorgrond en bij elk polikliniekbezoek heeft een uitgebreide bespreking plaats tussen hem en de student.

In de loop van het jaar krijgt de student echter langzaam aan meer de vrije hand en wordt de band met de pediater losser. In de tweede helft van het derde jaar gaat de student ook als medicus van het gezin optreden. Hij onderzoekt alle leden van het gezin en verleent zo nodig medische hulp of geeft advies. Voor problemen valt hij telkens weer terug op de „preceptor-group” waaraan nu ook een internist is toegevoegd. Hij blijft ook voor elke beslissing die hij neemt de toestemming van de instructor van de preceptor-group behoeven.

Vier maanden voor de student zijn studie zal beëindigen, begint hij het gezin voor te bereiden dat het contact zal moeten worden verbroken en went hij het gezin aan de wijze waarop hierna via huisarts of polikliniek medische hulp zal moeten worden verleend.

Om dit programma te leiden is uiteraard een uitgebreide staf nodig. Administratief en ook uitvoerend zijn in het eerste jaar alle activiteiten geconcentreerd op een speciaal gebouwde Family Study Paediatric Clinic. De stafleden zijn gedeeltelijk afkomstig van de diverse klinieken en gedeeltelijk fulltime docenten.

Bij het bespreken van de ervaringen van de afgelopen jaren blijkt, dat de student in het begin zeer vreemd en onhandig staat tegenover de hem toegewezen taak. Hij is onzeker en durft veelal niets. Ook blijkt dat de observatie nog zeer oppervlakkig is. Na een jaar echter is de student meestal in staat een goede observatie te doen en heeft hij ook een gevoel van eigenwaarde gekregen. Ook ontstaat meestal een sterk gevoel van verantwoordelijkheid voor het gezin.

Het aantal medische problemen is het eerste jaar gemiddeld één. Opvallend is echter het grote aantal psychosociale problemen, dat de student ontmoet, in ongeveer 40 tot 60 procent van de gezinnen. Aanvankelijk blijkt de student hier geheel overheen te zien, zodat hij zelfs zeer opvallende problemen niet onderkent. De reactie van de student op de problemen is ook niet steeds juist. Men ziet aanvankelijk vaak een over-identificatie en de student wil het gezin zijn manier van leven opdringen. Soms wordt hij prikkelbaar.

Er is een goede controle nodig, niet alleen of de student zijn taak goed vervult, maar ook of hij niet teveel tijd aan het gezin spendeert en hierdoor zijn theoretische opleiding verwaarloost. Ongeveer driekwart van de studenten vindt dat dit studieprogramma van grote waarde is voor de algemene medische vorming. De overigen hebben geen duidelijke waardering of voelen zich met dit programma niet gelukkig.

Van de kant van de gezinnen worden weinig moeilijkheden ondervonden. Ongeveer 80 procent blijft gedurende deze vier jaar hun medewerking verlenen. Over het algemeen is men ingenomen met de zeer persoonlijke zorg die aan het gezin wordt besteed. In enkele gevallen blijkt dat er geen contact tussen gezin en student ontstaat, meestal omdat de student de juiste instelling mist. In dat geval wordt het contact verbroken. M. Scheeren

62-31. Should infantile umbilical hernias be treated with navel emplastra? *Karlström, F. (1961) J. of Pediatrics 59, 87.*

Navelbreuken worden behandeld met kussentjes of pleisterstroken. Is dit nodig? Navelbreuken komen zeer veel voor, zo vaak, dat men geneigd is van een fysiologische toestand te spreken. In de literatuur wordt opgegeven, dat de frequentie met het ouder worden afneemt, zodat bij adolescenten een navelbreuk een zeldzaamheid is.

De schrijver heeft 170 babies met navelbreuken afwisselend wel en niet behandeld met pleisterstroken. De pleisterstrook werd aangebracht over een longitudinale huidplooi, waarin de breuk was verborgen. De strook was ongeveer vijf cm breed en reikte beiderzijds tot in de axillairlijn. De behandeling werd begonnen, wanneer het kind één à twee maanden was en voortgezet tot genezing of de leeftijd van één jaar was bereikt.

Van de 170 gevallen vielen er 46 af, omdat zij nog te kort onder behandeling waren of onvoldoende waren gecontroleerd. Voor analyse kwamen dus 124 gevallen in aanmerking; 56 wel en 68 niet behandelde kinderen. In de tijd van

een jaar bleek 95 procent van de herniae te zijn verdwenen. Van het gebruik van pleisterstroken werd geen invloed op de genezing gezien. Bij de conservatieve behandeling van navelbreuken is pleister overbodig. Voor chirurgische behandeling zijn de indicaties: ingeklemde breuk, een grote navelbreuk en een navelbreuk, die duidelijk in grootte toeneemt. N. Bessem.

62-33. Toxicity of drugs in the neonatal period. *Nyhan, W. L. (1961) J. Pediatrics 59, 1.*

Het is op dramatische wijze duidelijk geworden, dat pasgeborenen en vooral prematuur geboren anders reageren kunnen op medicamenten, dan oudere kinderen en volwassenen. De schrijver geeft een overzicht van de oorzaken voor dit anders reageren. Belangrijk is het feit, dat bij pasgeborenen verschillende enzymsystemen nog onvoldoende functioneren. Duidelijk komt dit tot uiting bij de bespreking van vergiftigingen met chlooramfenicol bij pasgeborenen en prematuren. In verschillende kinderklinieken in de Verenigde Staten is chlooramfenicol enige jaren gebruikt, als „het” antibioticum bij infecties van pasgeborenen en prematuren. Bovendien is chlooramfenicol profylactisch gebruikt bij kinderen, die meer dan vierentwintig uur na het breken der vliezen werden geboren. Chlooramfenicol werd gebruikt in doses van 100-300 mg per kg lichaamsgewicht per dag en in nog veel grotere doses. De gevolgen waren desastreus. Zo steeg het sterftecijfer voor kinderen, geboren na vroegtijdig breken der vliezen, van 29 per 1.000 zonder profylaxe tot 144 per 1.000 met chlooramfenicol. Dat wil zeggen drieëntwintig van de 160 profylactisch behandelde pasgeborenen stierven. In hetzelfde nummer van dit tijdschrift beschrijven H. Lischner e.a. neonatale sterfgevallen door het gebruik van gemiddeld 135 mg chlooramfenicol per kg lichaamsgewicht per dag. Van twaalf behandelde kinderen stierven er acht onder het beeld van een cardiovasculaire collaps.

Het ziektebeeld is karakteristiek. Twee tot negen dagen na het begin van de toediening treedt braken op en voedselweigering, waarna zich snel in twaalf tot vierentwintig uur het beeld van een cardiovasculaire collaps ontwikkelt. De baby's worden asgrauw, koud, slap en sterven.

Chlooramfenicol wordt in de urine vrijwel geheel als glucuronide uitgescheiden. Volwassenen scheiden in vierentwintig uur 90 procent van de stof uit. Bij pasgeborenen is de nierfunctie echter nog niet optimaal, zodat in vierentwintig uur minder dan de helft van de toedienende dosis chlooramfenicol in de urine verschijnt. Hierdoor is het verklaarbaar, dat de bloedspiegel van chlooramfenicol bij pasgeborenen hoog kan worden. Bovendien circuleert het antibioticum bij pasgeborenen voor 65 procent als vrij chlooramfenicol. Men weet, dat het aan glucuronzuur gebonden chlooramfenicol niet giftig is. De oorzaak voor het beschreven syndroom van chlooramfenicolintoxicatie bij pasgeborenen berust dus vooral op een onvoldoende functie van het glucuronidatiesysteem. Wanneer de dagelijkse dosis chlooramfenicol niet meer bedraagt dan vijftig, respectievelijk vijftientig mg per kg lichaamsgewicht per dag bij pasgeborenen en prematuren zou het syndroom van de grauwe baby's niet optreden.

Ingewikkelder is de verklaring van de giftigheid van vitamine K in grote doses bij pasgeborenen. Deze hangt samen met multipale deficiënties bij pasgeborenen onder meer van vitamine E en van de glucoseconcentratie in het bloed. Na het profylactisch gebruik van grote doses menadione bij pasgeborenen en prematuren ter voorkoming van hypoprotrombinemie, bijvoorbeeld dertig mg bij kinderen van twee kg, heeft men hemolytische anemie en kernicterus zien optreden. Een half tot één mg vitamine K profylactisch is voldoende en veilig.

Het is gevaarlijk medicamenten toe te dienen zonder rekening te houden met de leeftijd en de grootte. Dit lijkt een waarheid, als een koe, doch er zijn vergiftigingen beschreven van het centrale zenuwstelsel bij baby's door het gebruik van combinatiepreparaten van penicilline-streptomycine, waardoor deze pasgeborenen 500 mg streptomycine ontvingen, hetgeen resulteerde in een langdurig coma en soms de dood.

Er zijn gevallen van kernicterus beschreven bij pasgebore-

nen, die profylactisch gantrisin ontvingen. Dit berust op het feit, dat bij pasgeborenen sulfonamiden succesvol kunnen concurreren met bilirubine ten aanzien van binding aan albumine. Het bilirubine circuleert dan ongebonden in het bloed en kan gemakkelijker diffunderen naar het centrale zenuwstelsel. Geheeltemeer berust dit ook op een geringere dichtheid van de barrière tussen bloed en cerebrospinaalvocht bij pasgeborenen. Zo zijn er nog meer functies, die op deze leeftijd minder goed zijn ontwikkeld en die bepalend kunnen zijn voor de toxiciteit van medicamenten. Het is dus nodig bij pasgeborenen zeer voorzichtig te zijn. N. Bessem

62-34. Hepatotoxicity of drugs. Leading article (1962) *Lancet* I, 1056.

Tetrachloorkoolstof is het klassieke voorbeeld van een stof die levercellen bij mens en dier beschadigt. De elektronenmicroscopie heeft opgehelderd hoe deze beschadiging verloopt, en hoe enzymen en co-factors uit de levercel kunnen ontspannen, zodat in het bloed hoge serumtransaminasespiegels worden gevonden. In ernstige gevallen overschaduwet tubulusnecrose in de nier het beeld van de leverbeschadiging. Op dezelfde wijze als tetrachloorkoolstof werken DDT, chloroform, benzeenderivaten, ethylchloride en dergelijke. Bij al deze geneesmiddelen hangt de mate van leverbeschadiging voornamelijk af van de toegediende dosis.

Bij sommige nieuwere geneesmiddelen bestaat niet zulk een duidelijk verband en schijnt de geelzucht niet afhankelijk te zijn van dosis en toedieningsduur van het medicament. Hoewel bij voorafgaande dierproeven geen leverbeschadiging was gevonden, is deze bij uitgebreide klinische toepassing wel aan het licht getreden. Het klinische beeld lijkt sterk op dat van een acute virushepatitis en ook de microscopische bevindingen en die der bloedchemie zijn hiermede identiek, zodat het voor de hand ligt een verband met geneesmiddelen te miskennen.

Aanvankelijk alleen bekend bij cincophen, blijkt het ziektebeeld ook voor te komen bij iproniazide (marsalid) en andere monoaminoxydaseremmers. Twintig procent van deze icteruslijders bezwijkt onder het beeld van het coma hepaticum. Met corticosteroiden is het beloop niet te stuiten. Over het mechanisme is nauwelijks iets bekend.

Meer goedaardig is het beloop van de geneesmiddelenicterus ten gevolge van intrahepatische cholestase. Biochemisch en klinisch is dit het beeld van een afebriële obstructie-icterus met jeuk en een niet gezwollen, onpijnlijke lever. Voor het onderscheid van de intrahepatische cholestase ten opzichte van de extrahepatische is de leverbiopsie vaak onduidelijk, wat nog wordt geaccentueerd als methyltestosteron tegen de jeuk wordt voorgeschreven; dit nieuwe icterogene geneesmiddel kan het peil van het serumbilirubine verder in de hoogte jagen. Een (uiteraard nutteloze) laparotomie kan worden voorkomen door zorgvuldig uitvragen van de geneesmiddelenanamnese in combinatie met de afwezigheid van koorts, pijn en leukocytose.

Er zijn twee soorten van deze geneesmiddelenicterus door cholestase: de eerste berust op overgevoeligheid, de tweede niet. In de overgevoeligheidsgroep vallen onder andere chloorpromazine (Largactil) en enkele andere fenothiazinederivaten, arsfenamine, paraaminosalicylzuur, thiouracil, chlorpropamide en cetylurea. De icterus ontwikkelt zich gewoonlijk in de eerste maand en kan worden voorafgegaan door leukopenie, eosinofylie, „drugfever” en exantheem. Duidelijke geelzucht ten gevolge van medicamenten komt bij slechts ongeveer één procent voor. Ze kan ook ontstaan na één enkele dosis. Volledig herstel is te verwachten ofschoon dat meer dan een jaar kan vergen; een belangrijk punt gezien het soort patiënten, dat fenothiazinederivaten krijgt voorgeschreven.

Geelzucht als acute cholestase ten gevolge van geneesmiddelen komt ook voor bij methyltestosteron en verwante verbindingen. Ten opzichte van de chloorpromazine-icterus bestaan de volgende verschillen: Ten eerste zijn er geen tekenen van overgevoeligheid, want van degenen die voldoende veel en langdurig het middel krijgen toegediend, vertonen de meesten een stoornis in de leverfunctieproeven, zoal niet duidelijke icterus. Ten tweede zijn er histologische verschillen hoewel het klinische beeld gelijk is. Het is bij deze groep ver-

bindingen (en alle anderen met hetzelfde steroidskelet) duidelijk waar de oorzaak ligt. Het C-17 atoom bevat een zijketen waardoor dit soort verbindingen voor oraal gebruik geschikt, maar tegelijkertijd hepatotoxisch wordt. Preparaten als testosteronepropionaat, nandrolone (durabolin) en dergelijke hebben niet zo'n keten, zijn alleen parenteraal werkzaam en schijnen geen cholestase en dus geen geelzucht te geven.

Nu orale anabole steroïden met minimaal viriliserend effect met krachtige progestatieve werking gaandeweg meer populair worden, lijkt het van belang op de mogelijkheid van leverbeschadiging te wijzen, vooral nu dit soort preparaten zeer lange tijd achtereen zal worden gebruikt (orale contraceptiva). Op zoek naar de oorzaak van een icterus worde „de pil” niet vergeten! A. J. M. Daniëls

62-39. Anticoagulants in coronary disease. *Mc Michael, J.* (1962) *Schw. med. Wschr.* 92, 763.

De anticoagulantia vormen een machtig wapen tegen venieuze trombotische processen en de pulmonaire embolieën. Het was dan ook te verwachten, dat deze middelen evenzo geprobeerd zouden worden bij de arteriële trombotische processen.

Na jarenlang gebruik is men het nog niet eens over de resultaten. Speciaal betreffende de toepassing van anticoagulantia bij coronairtrombose zijn de meningen verdeeld. De uitkomsten van verschillende onderzoekers lopen wijd uiteen. Het blijkt, dat het patiëntenmateriaal veelal onderling niet vergelijkbaar is. Onvoldoende is rekening gehouden met factoren als leeftijd; ernst van het infarct, tot uiting komende in heftige pijn, irregulaire hartactie, insufficiëntia cordis en shock; een bestaande diabetes, hypertensie, symptoomvrij herstel of klachten houden, geslacht, economische status en dergelijke.

Bjerkelund (1957) en de Medical Research Council (1959) kwamen tot de gevolgtrekking, dat in de eerste drie maanden na een infarct een antistollingsbehandeling een gunstig effect heeft. Daarna worden de verschillen in uitkomsten tussen de behandelde en niet behandelde groepen statistisch irrelevant.

Het enige betrouwbare criterium acht de schrijver de overlevingsduur na het eerste infarct. Voordat anticoagulantia werden toegepast was de vijfjaarsoverleving na het eerste infarct nog altijd aanzienlijk en varieerde van 60 tot 72 procent. Indien een goed herstel volgde en de patiënt symptoomvrij werd bedroeg dit 82 tot 83 procent.

Het blijkt, dat de invoering der anticoagulantia deze prognose niet heeft kunnen verbeteren. Vergelijkt men de cijfers van de vijfjaarsoverleving van vroeger — alle patiënten, niet geselecteerd — met die van nu — evenzo alle patiënten, inclusief controlegroepen — dan blijkt dat het verschil nihil is. De beste resultaten der behandelde groepen zijn niet beter dan de beste der onbehandelde groepen uit de tijd van vóór de invoering van de antistollingstherapie. Wel ligt het gemiddelde resultaat in de behandelde groepen iets gunstiger ten opzichte van de controlegroepen, die echter slechter zijn dan de slechtste groepen van vroeger. Schrijver stelt, dat in enkele controlegroepen de ernstige patiënten waren opgenomen waardoor de uitkomsten van de behandelde groepen werden geflatteerd.

Ongevaarlijk is de antistollingstherapie niet. Bloedingen treden vaker op dan in onbehandelde groepen, soms met een fataal einde. Bjerkelund rapporteerde bij 128 behandelde patiënten vier sterfgevallen ten gevolge van intracerebrale bloeding. Bij het onderzoek van de Medical Research Council werd op een totaal van 95 behandelde patiënten 48 maal een bloeding vastgesteld. In elf gevallen moest de behandeling worden gestaakt wegens ernstige complicaties door de bloedingen.

Eenstemmigheid over de gewenste verlenging der protrombinetijd bestaat er niet.

De schrijver concludeert, dat er geen overtuigende reden is anticoagulantia gedurende lange tijd toe te passen bij coronairtrombose. Hij meent, dat de gevaren van deze behandeling veelal worden onderschat. P. G. Bekkering