

en wel ten nadele. Er moet streng voor worden gewaakt dat zulke patiënten oververmoeid geraken. Ook psychische vermoeidheid brengt hen in gevaar en moet tot een minimum worden beperkt. Een voldoende hoeveelheid rust is dus noodzakelijk. Men heeft gevonden dat werknemers, met vakantie uit, gemiddeld slechts in de helft der gevallen een infarct kregen, in tegenstelling tot diegenen, die op hun werk waren of thuis. Eveneens bestaat er een overtuigend verband tussen sigaretten roken en coronaire stoornissen. Men doet dus goed deze patiënten voor hun verdere leven het roken af te raden. Vermindering van een te hoog gewicht is in het algemeen aan te raden, doch statistisch is niet duidelijk aangetoond dat het van invloed is op de overlevingskansen van de lijdens aan aandoeningen van de kransslagaderen, behalve dan in de gevallen, die met hypertensie gepaard gaan. Zo is het ook in het algemeen een goede raad voedingsmiddelen, die een groot gehalte aan vet en cholesterol hebben, te vermijden, maar men heeft niet kunnen aantonen, dat het voor infarct-patiënten van werkelijk belang is om voedingsmiddelen met een laag gehalte aan verzadigde vetzuren te nuttigen.

De kwestie van de tewerkstelling is ingewikkelder. In de eerste plaats moet de ex-patiënt fysiek in staat zijn tot het soort werk dat hij moet verrichten. Handarbeiders zijn hierbij duidelijk in het nadeel, omdat het optreden van angineuze verschijnselen, dyspnoe of vermoeidheid vaak zullen noodzaken tot het zoeken van licht werk. In zulke gevallen is ons te geven advies duidelijk. Maar wat te adviseren, wanneer zulke klachten niet worden geuit? In het algemeen heeft het de voorkeur dat zo'n patiënt weer teruggaat naar zijn oude baan, tenzij deze baan zeer zwaar lichamelijke arbeid inhoudt. Hoofdarbeiders hebben het in deze gevallen gemakkelijker. Hierbij dringt zich de vraag op of het dragen van grote verantwoordelijkheid voor hoofdarbeiders een slechtere prognose biedt ten aanzien van de kans op het optreden van een infarct, respectievelijk het optreden van een recidief. In dit verband is een recent onderzoek, ingesteld bij werkers bij Du Pont Company in de U.S.A., interessant, waarbij bleek dat het percentage gevallen van coronaire stoornissen — infarcten en optreden van angineuze klachten — in de groep der lagere employés, hoger is dan bij de arbeiders en de topfunctionarissen.

Over het algemeen zal het goed zijn om te grote spanningen te vermijden en het „wat kalmer aan te doen”. Een welwillend werkgever kan in deze gevallen van grote invloed zijn en de tijd, waarin de patiënt door zijn ziekte afwezig is, kan worden gebruikt om de overschrijving van zijn taak in zover te veranderen, dat die baan van alle onnodige, verzwarende belastingen wordt bevrijd. Van een tewerkstelling gedurende een gedeelte van de normale werktijd komt op lange termijn meestal niet veel terecht. Het blijkt dat na enige tijd praktisch al deze mensen weer volle dagtaken maken.

In het algemeen is het zeker gerechtvaardigd om ten overstaan van onze coronair-patiënten een optimistische houding aan te nemen. Helaas komt het nog te vaak voor dat mensen, die aan een coronairinfarct hebben geleden door hun arts tot neuroticus zijn gemaakt.

L. J. Bastiaans

**65-17. Über die Unentbehrlichkeit eines Morphin-Antagonisten in Klinik und Praxis.** Harder, H. J. (1964) *Münch. med. W.schr.* 106, 1502.

De schrijver, hoofd van een anesthesie-afdeling, bespreekt aan de hand van vijf praktijkgevallen, het frappante succes van het toedienen van een morfine-antagonist en de noodzaak om ten allen tijde over een betrouwbaar preparaat te beschikken. Het gevaarlijkste verschijnsel van morfinevergiftiging is de depressie van de ademhaling. Uiteraard is dit het duidelijkst bij absolute overdosering, zoals bij zelfmoord en vergissing bij dosering. Men moet er op bedacht zijn, dat ook bij vele gevallen van normale dosering, toch een gevaarlijke depressie van de ademhaling kan optreden, als namelijk de ademhaling niet al te best is, bijvoorbeeld bij stenoserende processen in de luchtwegen, beperkte ademfunctie bij t.b.c., emfyseem, asthma bronchiale, verminderde zuurstofcapaciteit, insufficiënte circulatie, hartinfarct en zeer beslist ook bij alcoholintoxicatie.

Reeds in 1915 werd N-allyl-norcodeïne beschreven, dat in dierproeven een antagonist van morfine bleek te zijn. In 1941 ontdekte Hart het Nalorphine, een N-allyl-derivaat van morfine, terwijl Fromherz en Pellmont in 1952 mededeling deden van een stof Lorfan (3-hydroxy-N-allylmorphinantraat), een afgeleide van levorphanol (Dromoran „Roche”). Het verschil tussen Nalorphine en Lorfan is vooral van kwantitatieve aard: 1 mg Lorfan komt in werking overeen met 5-10 mg Nalorphine. Uit vele proeven is gebleken dat beide morfine-antagonisten zowel op natuurlijke, als half synthetische, als synthetische morfine werken en niet alleen op de ademhalingsdepressie, maar ook op darmfunctie, diurese, hyperglykemie, liquordruk en de door morfine veroorzaakte veranderingen in het electroëncfalogram. Het analgetische effect wordt pas door een hoge dosis verzwakt. Vooral deze laatste eigenschap maakt het mogelijk om een morfineproduct gecombineerd met bijvoorbeeld Lorfan te gebruiken, zonder dat de pijnstillende werking teniet gedaan wordt, terwijl de andere nadelen van morfine worden ondervangen. Het is gebleken dat Lorfan ongeveer drie uur lang de depressie van de ademhaling door een opiaat kan tegengaan. Bij een langwerkend morfinepreparaat (Dromoran) moet men dus na drie uur weer wat Lorfan bijgeven.

Over de werking van deze antagonist is niet veel met zekerheid te zeggen. De schrijver adviseert bij de dosering aan de lage kant te blijven. Bij een geval van morfinevergiftiging kan men beginnen met 1-2 mg Lorfan (1-2 ml) intraveneus. Is er na tien minuten nog geen duidelijk gunstig effect, dan eventueel 0,5-1 mg intraveneus of intramusculair erbij. Tevens als het kan extra zuurstof toevoegen. Helpt een totale dosis van 3 mg niet, dan mag men terecht twifelen aan de diagnose morfinevergiftiging.

M. Reyerse.

## Het lezen waard

The doctor's surgery. A practical guide to the planning of general practice (The Practitioner, London, 1964, 150 bladzijden, prijs f 14,50), is een boekje dat de praktijkvoering van de huisarts tot onderwerp heeft. De negentien hoofdstukken zijn enkele jaren geleden als artikel in The Practitioner verschenen. Veel aandacht wordt onder andere besteed aan de praktijkruimte, het afspraksprekuren en de patiëntenadministratie.

## Berichten

### ZEVENDE ARTSENDAG TE APELDOORN

Op één van de weinige koude zaterdagen van deze fraaie nazomer bezochten op 18 september 1965 ruim honderd deelnemers de zevende artsendag te Apeldoorn, welke was gewijd aan het onderwerp: „Geneesmiddelen - bedreiging van vóór de wieg tot aan het graf?” Zo er al enige deelnemers zijn geweest, die hun verwachtingen van deze dag niet geheel beantwoord zagen, dan kunnen zij zich verzoenen met de gedachte, dat een betere besteding van deze gure dag nauwelijks denkbaar was. Het ontbreken van de zon deed slechts afbreuk aan de anders zo heerlijke verpozing tijdens de lunchpauze in het Kristalbad-restaurant.

Het geheim van het voortdurende succes van de Apeldoornse artsendag is behalve de perfecte organisatie de vorming van een goede traditie door vast te houden aan een bepaald stramen met telkenjare wisselende onderwerpen. Deze betreffen veelal het contact van de huisarts met beoefenaren van andere disciplines, hetgeen een boeiende samen- of tegenspraak tot gevolg kan hebben. Zou in dit verband de iets geringere belangstelling dit jaar wellicht te wijten zijn aan het feit, dat alle sprekers het onderwerp vanuit de medische hoek belichtten? Toch is men erin geslaagd ook nu een belangwekkend vraagstuk als de bedreiging door geneesmiddelgebruik van drie verschillende kanten te benaderen.

Als eerste besprak Van Westreenen de betekenis van het