

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 twijfelen 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 stramien 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

recept in de arts-patiënt-relatie. Hij wees er onder meer op, dat juist de huisarts overeenkomstig zijn maatschappelijke status bij uitstek degene is, die de op een of andere manier falende mens tracht te helpen met een medicament. Hij staat hierbij aan vele al of niet verborgen verleiders bloot, welke zowel vanuit hemzelf, de patiënt als de buitenwereld kunnen komen. Het voorschrijven moet niet in de plaats komen van een andere meer adequate behandeling of dienen als afweermiddel van de arts. Het geneesmiddel moet zijn eigen plaats krijgen in het therapeutisch plan, dat voor iedere patiënt moet worden opgesteld.

Hierna kwam de bijdrage van De Vaal, die begon met te stellen dat de farmacotherapie slechts een klein antropocentrisch gericht deel is van de totale toxicologie. De therapeut zal altijd in onzekerheid blijven, hetgeen diens „fysiologische zwakte” kan worden genoemd. De meeste stoffen werken via receptoren volgens de sleutel-slot-conceptie. De recipiërende enzymsystemen zijn bij zuigelingen en bejaarden veel kwetsbaarder, waardoor bij deze groepen vaker moeilijkheden op dit gebied optreden. Tussen inslikken en het moment van werking van het middel zijn vele ingewikkelde systemen van resorptie, transport en weer vrijkomen in de cel geschakeld. In de toekomst zag De Vaal een taak weggelegd voor een nieuw specialisme, de klinische farmacologie.

Tenslotte gaf hij de aanwezigen vijf praktische wenken mede: het inspuiten van stoffen geeft vaker allergische reacties dan de toediening per os; langdurig innemen van een geneesmiddel moet zoveel mogelijk worden vermeden; men vermijde het geven van twee stoffen tegelijk of vlak na elkaar; men geve zo min mogelijk stoffen aan zwangeren en bij elk voorschrift moet men zich afvragen: is dit in deze situatie nu wel echt nodig?

Na de lunchpauze liet Deenstra een heel ander geluid horen. Hij constateerde dat teveel angst voor het geneesmiddel, zowel bij de patiënt als bij de arts, ook een bedreiging in zich kan bergen. Hierdoor staat men een juist gebruik van geneesmiddelen in de weg. Aan de hand van het ziektebeeld asthma bronchiale en emfysem lichtte hij zijn standpunt toe. Vaak wordt hierbij uit angst te laat begonnen met prednison. Ook ziekten als lupus erythematoses en Besnier-Boeck hebben een veel betere prognose bij een subtielere meer deskundige aanpak van de medicamenteuze therapie. In dit verband vergeleek spreker genoemde ziektebeelden met diabetes mellitus, waarbij vanouds de arts gewend is aan voortdurende fijne bijregeling. Het vaststellen van de dosis gebeurt nu nog te veel à l'improviste. Door steun van TNO zijn nu verscheidene klinisch-farmacologische onderzoeken gaande, vooral op het gebied van meer of minder gewenste combinaties. De geneeskunde is zo ingewikkeld geworden dat we niet meer zuiver individueel kunnen werken. Eigen inzicht moet voortdurend worden getoetst aan dat van de meest deskundige op het gebied waarover men zich wil oriënteren.

Van de gelegenheid tot het stellen van vragen, welke door de drie sprekers tezamen, onder voorzitterschap van Van Ylzinga Veenstra werden beantwoord, werd ruim gebruik gemaakt, zodat een levendige discussie het symposium besloot. Apeldoorn toonde ook nu weer dat door een vruchtbare samenwerking tussen de afdeling van de Maatschappij en het plaatselijke N.H.G.-centrum aan de behoefte tot nascholing op adequate wijze kan worden voldaan, mits een kleine enthousiaste groep werkers hieraan blijvend aandacht besteedt. De vraag rijst, of het niet hoog tijd wordt, dat dergelijke onmisbare figuren zich geruggesteund weten door een landelijke organisatie op het gebied van de continue medische nascholing welke schrijnende leegten opvult bij wegvallen of ontbreken van plaatselijke initiatiefnemers.

CURSUS ELECTROCARDIOGRAFIE HUISARTSEN

Er zijn in Nederland enkele huisartsen, die gebruik maken van een electrocardiograaf bij de diagnostiek en het vervolgen van hun hartpatiënten. Bij voldoende belangstelling bestaat de mogelijkheid in Nijmegen een cursus electrocardiografie voor huisartsen te organiseren. Zij, die werkelijk belangstelling hiervoor hebben, kunnen zich voor deze cursus vóór 1 december opgeven bij Ch. H. de Beus, „Geerestein”, Drumpt (Tiel). De vorm waarin deze cursus zal worden gegeven zal

afhangen van hen die deelnemen en zal nader in onderling overleg worden vastgesteld.

Ch. H. de Beus

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN G.G. EN G.D. ROTTERDAM, JULI EN AUGUSTUS 1965

Half september 1965 verscheen het vierde epidemiologisch bulletin van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam. Voor de opzet van deze registratie van algemeen voorkomende infectieziekten zij verwezen naar dit tijdschrift, bladzijde 37, deze jaargang. De gegevens van de verslagperiode juli-augustus zijn in de onderstaande tabellen vermeld. De invloed van de vakantie is duidelijk merkbaar: terwijl in de voorafgaande perioden steeds regelmatig van alle 25 deelnemende collegae-huisartsen de formulieren werden ontvangen, bleek in deze periode het aantal inzenders beduidend lager te liggen. In de maand juli werden per week ontvangen respectievelijk 25, 21, 17 en 18 formulieren en in de maand augustus was dit slechts 18, 16, 11 en 11 stuks. Het lijkt niet juist reeds nu een zekere correctie in de waargenomen aantallen aan te brengen. Aan het eind van het verslagjaar kan waarschijnlijk beter worden overzien welke methode daarvoor het meest geschikt lijkt. Het commentaar op de tabellen kan dan ook slechts kort zijn.

Ondanks het bovenvermelde werden in deze periode toch meer gevallen van mazelen waargenomen dan in de — „volledige” — vorige periode. Dit is toch wel een aanwijzing dat mazelen in het begin van deze zomer een hoger niveau bereikte dan in het voorafgaande gedeelte van het jaar. Hetzelfde kan — zij het minder uitgesproken — van varicellen en herpes zoster worden gezegd.

Slechts één geval van kinkhoest werd bekend (niet via de peilstations). Het betrof een meisje van 19 jaar dat aan het eind van een vakantie reisje ging hoesten. Dit was ook het geval met enkele van haar reisgenoten. Bordetella pertussis werd bij haar uit het keelslijm geïsoleerd. Zij was nimmer tegen kinkhoest geënt.

	Leeftijdsklassen in jaren									Totaal
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-64	65 en ouder	
<i>Mazelen</i>										
Juli	81	51	—	2	—	—	—	—	—	134
Augustus	61	12	—	—	—	—	—	—	—	73
<i>Varicellen</i>										
Juli	51	30	4	1	—	—	—	1	—	87
Augustus	20	4	—	—	1	—	—	—	—	25
<i>Herpes zoster</i>										
Juli	—	1	—	2	7	7	5	10	9	41
Augustus	—	3	5	1	2	1	3	4	2	21
<i>Parotitis epidemica</i>										
Juli	4	4	2	—	—	—	—	—	1	11
Augustus	—	—	3	1	—	—	—	—	—	4
<i>Influenza</i>										
Juli	15	12	11	14	17	20	20	22	5	136
Augustus	3	3	2	7	13	12	9	10	3	62
<i>Pertussis</i>										
Juli	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augustus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Ziekte van Pfeiffer</i>										
Juli	1	3	2	2	2	1	—	1	—	12
Augustus	—	1	—	1	2	—	—	—	—	4
<i>Exanthenen van onduidelijke of onbekende aard</i>										
Juli	21	10	—	—	2	—	—	—	—	33
Augustus	9	3	2	—	1	1	1	1	—	18
<i>Gastroënteritis van onduidelijke of onbekende aard</i>										
Juli	12	6	6	9	14	11	13	16	16	103
Augustus	8	3	5	4	7	6	5	4	3	45