

LIVE ATTENUATED POLIOVACCINE

The mass campaign of vaccination with Sabin Type I poliovaccine is underway in South Africa. Towards the end of October the Department of Health released two million doses of this vaccine for use by local authorities in the larger centres. In April and May 1961 further batches of all three types of vaccine will be issued. More than a million doses of the vaccine produced at the laboratories of the Poliomyelitis Research Foundation have already been used with good results in Kenya and Mauritius.

South Africa has thus joined many other countries in an all-out attempt to banish poliomyelitis completely. This long-desired achievement in the field of public health will be brought about if the Sabin strains of poliovaccine can indeed give life-long immunity, as is expected. In a recent issue of the *Journal* Prof. R. Turner¹ gave a comprehensive review of the research and field trials leading to the adoption by many countries of the Sabin strains of oral poliovaccine. He pointed out that, even before the inactivated vaccine perfected by Salk was developed, many authorities believed, on general principles, that the best hope of a really efficient prophylactic against poliomyelitis lay in the production of a live vaccine.

Even the great success of the Salk inactivated poliovaccine did not deter these research workers, foremost among whom was Koprowski. By 1957 several strains of live poliovaccine had been developed and were ready for large-scale trials. Three different strains were selected, namely, the Koprowski, the Cox, and the Sabin strains.

Turner, in his article, discussed in detail the results of various trials with these strains, and made it quite clear that all the evidence to date showed that Sabin strains were both the safest and the most effective. These are the strains that have been used in about sixty million

Russians and in millions of other subjects with no ill-effects whatsoever. Turner does not believe that there is as yet sufficient evidence for a final opinion on the safety and effectiveness of the Koprowski strains (although they have shown themselves so far to be apparently safe and effective), and he feels that no definite decision has been reached regarding the safety of the Cox strains, although they are also apparently effective. All the evidence, therefore, goes to show that, in this country, we are producing the safest and most effective live poliovaccine available.

Turner emphasized an important public-health point in his article. He says: 'Once we have embarked on this course (the administration of live poliovaccine) there can be no turning back. If polioviruses are banished from the environment, no child will be able in future to acquire a natural immunity by normal and accidental infection. Feeding of all newborn children with live vaccine at the earliest age then becomes essential for, should they grow up without an immunity, and the polioviruses return, disaster will inevitably follow'.

This is a facet of the problem that will have to be borne in mind by all public-health authorities. At present, a large proportion of the population develops a natural immunity to poliomyelitis by early adulthood. We may be able to wipe out poliomyelitis completely in South Africa, but it may again be introduced from some other country. Unless all children are immunized in infancy against poliomyelitis, as they are against smallpox, they will be at great risk if wild strains of poliovirus reappear. It may be necessary to institute compulsory vaccination against poliomyelitis in the future to obviate the possibility of a catastrophe.

1. Turner R. (1960): *S. Afr. Med. J.*, 34, 961.

VOORSKRIFTE VIR MIDDELS WAT POTENSIEEL SKADELIK IS

In die uitgawe van die *Tydskrif* van 26 Maart 1960 was 'n byvoegsel ingevoeg waarin die reëls wat handel oor die opstel van voorskrifte vir middels wat potensieel skadelik is, uiteengesit word. Hierdie dokument is gesamentlik deur die Mediese Vereniging van Suid-Afrika en die Farmaseutiese Vereniging van Suid-Afrika opgestel vir die leiding van dokters.

By die laaste kongres van die Farmaseutiese Vereniging van Suid-Afrika is melding gemaak van die feit dat baie dokters nog steeds die voorskrifte van die Geneeskundige-, Tandheelkundige- en Aptekerswet oortree deur die manier waarop hulle hul voorskrifte uitskryf. Ons kan dit nie sterk genoeg onder die aandag van dokters bring nie om, wat hierdie saak betref, reg op te tree nie.

Afdeling 61bis van die wet lê die vereistes vir hierdie voorskrifte baie duidelik neer, naamlik dat die voorskrif die volgende informasie moet bevat: die datum waarop die voorskrif gegee word; die naam en adres van die pasiënt; die naam en hoeveelheid van die middel wat verskaf moet word; die aantal kere en die periodes waarop die voorskrif uitgevoer moet word en, behalwe in die geval

van preparate vir eksterne gebruik, die hoeveelheid en veelvuldigheid van elke dosis wat geneem moet word; en die gewone handtekening, adres, en professionele kwalifikasies van die dokter wat die voorskrif uitgeskryf het. Die voorskrif moet in die dokter se eie handskrif wees.

Hierdie vereistes word baie dikwels nie nagekom nie deurdat die een of ander puntjie van die vereiste informasie weggelaat word. Een geval van so 'n weglating, byvoorbeeld, wat baie moeite vir die apteker veroorsaak en gevolglik ook vir die dokter, is die sterkte van die dosis van etiese preparate. 'n Middel is byvoorbeeld soms verkrygbaar in sterktes van 25, 50, of 100 mg., maar die dokter skryf dikwels net „20 tablette" voor. Dit is dan vir die apteker nodig om die dokter op te lui om hierdie fout te herstel, en dit is dikwels nie maklik om die dokter in die nande te kry nie. Baie tyd en moeite sou dus vir die apteker sowel as vir die dokter bespaar kan word as hierdie punt in gedagte gehou word by die skryf van voorskrifte.

'n Plijsgetroue apteker, wie se plig dit is om nie middels te verskaf op grond van 'n onvolledige of verkeerde voor-

skrif nie, sal die dokter versoek om die voorskrif oor te skryf in terme van die wet. Sommige dokters word prikkelbaar oor sodanige versoeke en weier om hulle voorskrifte te verander; andere weer is te besig om dit dadelik te doen en die saak word dan daar gelaat om maar net vergeet te word in die loop van die drukte van 'n besige praktyk. Al hierdie dinge dra nie daartoe by om 'n gelukkige dokter-apteker verhouding te bewerkstellig nie, heeltal afgesien van die straf ('n boete van nie meer as £100 nie of gevangenisstraf vir 'n periode van nie langer as ses maande nie sonder die keuse van 'n boete, of sowel boete en gevangenisstraf) waaraan die dokter en die apteker altwee blootgestel is.

'n Ander aspek van die probleem van die uitreiking van voorskrifte vir middels wat potensieel skadelik is, spruit voort uit telefoniese instruksies. Die wet lê neer dat 'n apteker hierdie middels mag verskaf in gevalle van nood op telefoniese instruksie deur 'n dokter wat die apteker persoonlik ken. 'n Voorskrif in die voorgeskrewe vorm wat hierdie instruksie dek, moet egter nog altyd binne vier-en-twintig uur deur die dokter aan die apteker gestuur word.

Ongelukkig is dit die geval dat dokters dikwels gebruik maak van die vergunning om instruksies van hierdie aard per telefoon te gee, maar hulle versuim net so dikwels om die geskrewe voorskrif aan te stuur. Die Suid-Afrikaanse Aptekersraad, wat dieselfde statutêre magte oor aptekers het as wat die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad oor dokters het, is van mening dat dit nie die verantwoordelikheid van die apteker is om die dokter te verplig om 'n voorskrif te stuur wat die telefoniese opdrag dek nie. *Die dokter* is verantwoordelik om toe te sien dat dit gebeur.

Die sesde skedule van die Geneeskundige-, Tandheelkundige- en Aptekerswet bevat 'n lys van middels wat potensieel skadelik is. Die lys word van tyd tot tyd gewysig deur byvoegings en weglatings, byvoorbeeld antihistamienmiddels wat eertyds op die lys was, is nou nie meer daarop nie. Die lys bevat egter nog sulke middels soos sulfonamiedes en antibiotiese middels, barbiturate (behalwe wanneer hulle in baie klein hoeveelhede voorgeskryf word), hormone, rauwolfia-preparate en antistollingsmiddels. Soos dus gesien kan word, bevat 'n groot aantal moderne voorskrifte die een of ander middel wat potensieel skadelik is.

Die gemiddelde dokter kan nie verwag word om op die hoogte te bly van al die wysigings wat dikwels ten opsigte van hierdie lys gemaak word nie, afgesien nog van die feit dat die name wat in die lys voorkom die farmaseutiese name van die middels is waarmee die meeste dokters nie bekend is nie. Ons wil dus aan die hand gee dat dokters 'n gebruik daarvan moet maak om alle voorskrifte op te stel soos wat aangedui is, met ander woorde, *asof alle middels potensieel skadelik is*. (Voorskrifte vir gewoontevormende middels val natuurlik in 'n spesiale klas— in hierdie geval moet al die genoemde informasie op die voorskrif verskyn en daarby is daar ook nog die voorwaarde dat die voorskrif net een maal uitgevoer kan word).

As dokters alle voorskrifte uitskryf soos vereis deur afdeling 61*bis* van die wet sal aan alle wetlike vereistes voldoen word en baie nietige prikkelings sal voorkom word. Ook sal dit verhoed dat onaangenaamheid tussen dokters en aptekers ontstaan. Dokters sal minder deur aptekers lastig geval word in 'n poging om hulle sover te kry om die voorskrifte te verander, en hulle sal dan ook seker kan wees dat hulle geen wet oortree nie.