

# INGEZONDEN.

## HUIDNECROSE DOOR ONDERHUIDSCHE INSPUITING VAN SOMNIFEEN.

Meermalen komt het voor, dat wij in ons gesticht patiënten opnemen, die voor het transport een onderhuidscHE inspuiting van somnifeen hebben gekregen. Deze patiënten gaan spoedig klagen over pijn op de plaats van de inspuiting; de huid daar ter plaatse wordt rood en na eenige dagen ontstaat er een gulden- tot rijksdaalder groote necrotische plek; het afgestorven weefsel wordt na eenige weken langzaam en met vrij groot weefselverlies uitgestooten. Niet alleen een pijnlijke, lastige en vrij lang durende wond is dan op deze wijze veroorzaakt, doch er bestaat hierbij ook gevaar voor secundaire infectie. Het komt mij daarom nuttig voor te dezer plaatse nog eens er op te wijzen, dat somnifeen, onderhuids ingespoten, vrijwel steeds huidversterf veroorzaakt. Slechts een enkele keer, namelijk wanneer het middel diep onder de huid is ingespoten, ontkomt men aan dit nadeelige gevolg. De intramusculaire inspuiting van somnifeen is daartegenover geheel zonder gevaar deze toedieningswijze is dan ook voor de practijk de meest aangewezen en evenals ik dat vroeger in dit *Tijdschrift* reeds deed ((1926, Eerste Helft No. 14) kan ik ook thans nog de intramusculaire somnifeen-inspuiting als sedativum zeer aanbevelen. Ook in de ader ingespoten wordt het middel goed verdragen, munt dan zelfs uit door zijn zeer snelle en afdoende kalmeerende en slaapverwekkende werking; deze wijze van toediening vereischt echter, vooral bij onrustige patiënten, voldoende assistentie en deze ontbreekt vaak in de practijk. Bovendien bestaat ook hierbij weer gevaar voor huidnecrose, wanneer men het ongeluk heeft een kleine hoeveelheid naast de ader te spuiten. Herhalende kan ik dus slechts de *intra-musculaire* somnifeen-injectie als de *meest veilige* en voldoende doeltreffende aanraden terwijl de *onderhuidscHE inspuiting beslist ontraden* moet worden.

Venray, St. Annagesticht.  
19 Juli 1928.

J. A. J. BARNHOORN.

## IS HET GLOBULINEGEHALTE IN BLOEDSERUM BIJ ACTIEVE TUBERCULOSE VERHOOGD?

In een verhandeling over „Het bepalen der prognose bij tuberculose door physisch chemisch onderzoek van het bloedserum” van de hand van dr. OUDENDAL in dit *Tijdschrift* verschenen, bepaalt deze volgens vier verschillende methodes het percentage der in het serum aanwezige globulines en albumines. Het resultaat van zijn onderzoek laat zich het gemakkelijkst als volgt samenvatten: Bij gevallen van actieve tuberculose wordt geen verhooging der serumglobulines aangetroffen.

Een allermerkwaardigst resultaat, omdat men maar aan het bloedserum eenerzijds van een gezond persoon, anderzijds aan dat van een patiënt aan actieve tuberculose een gelijke hoeveelheid eener verzadigde ammoniumsulfaatoplossing behoeft toe te voegen en vervolgens het mengsel uit te centrifugeeren, om duidelijk te kunnen constateeren hoe in het laatste geval het gepraecipiteerde eiwit, dus de zoogenaamde globulines, aanmerkelijk zijn verhoogd. Hoe komt nu dr. OUDENDAL tot een daarmede geheel strijdig resultaat? Hij gebruikt de volgende methodes: de micro-Kjedahlmethode, de refractometrische methode volgens ROBERTSON, de nephelometrische methode volgens STEFAN RUSZNYAK en de werkwijze volgens NAEGELI-ROHRER. Wat deze laatste methode betreft, hierbij dient te worden opgemerkt dat daarmee wel een verhoogd globulinegehalte gevonden werd, zelfs dat deze verhooging vrij parallel ging met de activiteit van het ziekteproces. Hieruit wordt dan echter deze conclusie getrokken „Dat hetgeen NAEGELI-ROHRER het serumalbumine hebben genoemd geen serumalbumine is, en dat wat zij serum-globuline noemen geen serumglobuline is.”

De micro-Kjedahl methode wordt door hem als standaardmethode aangenomen. Deze keus is nu wel een zeer ongelukkige; in de eerste plaats moet dan toch