

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen

★

DE PROPHYLAXIS EN DE BEHANDELING VAN DE RESPIRATOIRE INFLUENZA-VERWIKKELINGEN MET SULFANILAMIDE EN DERIVATEN

Een korte mededeeling moge hier volgen over de prophylaxis en behandeling van de influenza en de influenza-verwikkelingen van den luchtweg.

In ons laboratorium hebben we verschillende in de kliniek gebruikelijke prophylactica tegen het influenzavirus van SMITH, LAIDLAW en ANDREWES beproefd (entingen op muizen). Gebruikt werden: kinine, jodetum kalicum, bismuth, sulfapyridine. De uitkomsten waren volledig negatief. De berichten in de klinische literatuur over kinine zijn nog het betrouwbaarst (bij voorbeeld $2 \times$ daags 250 mg bisulfas chinini).

Een belangrijke vraag is thans, of men den lijder aan influenza zal behandelen met sulfanilamide of derivaten in verband met de chemotherapeutische prophylaxis van de secundaire bacterieele infecties met pyogene cocci en Haemophilus (influenzae). Naar onze meening zal men dit in ernstige gevallen wel moeten doen, in het bijzonder als in een gezin, waarin influenza heerscht, een der leden aan een bacterieele verwikkeling lijdt (bij voorbeeld otitis acuta, bronchitis, bronchiolitis, bronchopneumonie, pneumonie). Vooral vrouwelijke patiënten, die gravida zijn, of zich in het puerperium bevinden, en ouderen van dagen behandelde men prophylactisch met deze praeparaten. Moeilijker is het een bepaald middel aan te raden, indien men niet weet met welk micro-organisme men waarschijnlijk te doen zal krijgen (een cultuur uit de nasopharynx zou daarover misschien oriënteerend kunnen inlichten). Met sulfanilamide bestrijdt men in hoofdzaak de streptococcieën. Tegen pneumococci en staphylococci is het weinig of niet werkzaam. Sulfapyridine is meer polyvalent, maar een bezwaar van de toepassing is bij vele lijders de hevige misselijkheid en het braken. Toch moet men het laatste middel als prophylacticum juist om de polyvalente werking kiezen. Waarschijnlijk hebben ook de sulfanilamidothiazolen hier een toekomst, doch deze praeparaten zijn op het oogenblik nog moeilijk in ons land verkrijgbaar. De doseering van sulfapyridine als prophylacticum behoeft voor volwassenen waarschijnlijk niet grooter te zijn dan 3 gram per 24 uur, toe te dienen als $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ gram elke 4—6 uur, indien mogelijk ook 's nachts. (Kinderen 0.05 gram per kg per 24 uur.) De duur van deze toediening zal vaak een week moeten bedragen, doch van geval tot geval verschillen.

Is eenmaal een verwikkeling in den luchtweg ontstaan, dan zal men het chemotherapeuticum moeten toepassen, het liefst volgens een streng chemo-therapeutisch-bacteriologisch beginsel.

Bij *streptococcieën* moet men dan dus sulfapyridine of sulfanilamide geven. De indruk is, dat het eerste nog beter werkt dan het tweede, maar als de patiënt dit niet of slecht verdraagt, kan men overgaan tot het sulfanilamide (waarschijnlijk ook tot de thiazolen; zie verder onder).

Bij *pneumococci-infecties* moet sulfapyridine gegeven worden. In plaats van het sulfapyridine kan men ook het sulfamethylthiazol geven (in den handel als ultra-septil). Het is op het oogenblik nog moeilijk verkrijgbaar. Sulfathiazol werkt veel minder goed op pneumococci dan het methyl-derivaat. Sulfamethylthiazol wordt goed verdragen. Bijwerkingen zijn kristalvorming in de urine met soms haematurie en (waarschijnlijk niet ernstige) pareses der beenen.

Indien de patiënt het sulfapyridine in het geheel niet verdraagt en sulfamethylthiazol niet verkrijgbaar is, doet men het beste het sulfanilyl-sulfanilamide (uliron C) of de methylverbinding daarvan (uliron B = neo-uliron) te beproeven, die bij proeven ook goed op pneumococci werken. Het sulfanilamide heeft weinig invloed op pneumococci, maar is daartegen toch niet geheel onwerkzaam.

Belangrijk om te weten is, dat dikwijls infecties met *staphylococci* de influenza vergezellen. Zij zijn soms de verwekkers van haemorrhagisch-etterige pneumonieën, die dikwijls met den dood eindigen. Hier is waarschijnlijk het sulfathiazol en het sulfamethylthiazol het beste middel. Indien men er niet over kan beschikken, moet sulfapyridine gegeven worden of anders de sulfanilyl-sulfanilamideverbindingen (uliron). Sulfanilamide helpt waarschijnlijk hier in het geheel niet.

Haemophilus influenzae bestrijdt men waarschijnlijk het beste met sulfapyridine, doch hierover is nog weinig met zekerheid bekend en de uitkomsten zijn niet zoo goed als die bij pyogene cocci. Bij klebsiella (Kapselbacteriën) gebruike men sulfapyridine.

Een overzicht van de praeparaten laat ik hier volgen:

Bij streptococci-infecties: SULFAPYRIDINE (handelsnamen: eubasine; dagénan; sulfapyridine). Doseering bij ernstige infecties (volwassenen): om de 4 uur: 1 gram. Te beginnen met 4 gram, 2 gram, 1 gram en zoo voort.

SULFANILAMIDE (handelsnamen: erysipán; orgasepton; prontosil album; septosil; streptocid; streptopan en zoo voort). Doseering: om de 4 uur 1.2 gram (4 tabletten van 0.3 gram). Te beginnen met 4.8 gram.

Bij pneumococci-infecties: SULFAPYRIDINE (als boven).

SULFAMETHYLTHIAZOL (handelsnamen: sulfamethylthiazol; ultra-septil). Doseering als sulfapyridine. Sulfanilyl-sulfanilamide (handelsnaam: uliron C). Methylsulfanilyl-sulfanilamide (handelsnaam: uliron B). Doseering van beide laatste onvoldoende bekend: 4—6 gram per 24 uur?

Bij staphylococci-infecties: SULFAMETHYLTHIAZOL.

SULFATHIAZOL (handelsnamen: Ciba 3714; sulfathiazol). Doseering van beide als sulfapyridine of hooger.

Sulfapyridine. Doseering als boven.

Bij infecties met *Haemophilus influenzae*: SULFAPYRIDINE.

Sulfanilamide (?). Sulfathiazol en -methylthiazol (?).

Bij infecties met *Klebsiella* (kapselbacteriën: bij voorbeeld type FRIEDLÄNDER: SULFAPYRIDINE.

Voor een juiste keuze van het chemotherapeuticum is een bacteriologisch onderzoek van exsudaten of sputum noodzakelijk. De geoeffende komt hier reeds zeer ver met het bekijken van een lege artis gemaakt — en volgens GRAM gekleurd uitstrijkpraeparaat. De kweekproef moet dit onderzoek aanvullen. Huisartsen doen hier goed in bepaalde gevallen van influenza-pneumonie hulp van den bacterioloog te vragen met het verzoek om een snel, eventueel oriënteerend bacteriologisch onderzoek.

Groningen, 29 Januari 1941.

J. MULDER

OVER PLASTICITEIT VAN HET BEEN

De opmerkingen van collega TEENSTRA (zie bl. 294, dit *Tijdschrift* 1941) leggen den vinger op de wonde plek van mijn geschrift: hij wijst er op, dat het niet bewezen is, dat het rechter been steeds in adductie getrokken werd, zonder ooit in abductie te worden gebracht. Inderdaad heb ik dit ook slechts als *waarschijnlijk* aangeduid, doch voor mij is deze aanneming vrijwel zekerheid. Immers de redeneering van den heer TEENSTRA zou juist zijn voor een beweeglijk heupgewricht; waarschijnlijk echter niet in het geval van een reeds spontaan, practisch geheel verstijfd gewricht. De weeke deelen om het gewricht heen hebben hier den invloed van het ontstekingsproces ondergaan, m. a. w. het gewricht zit in een enorme littekenmassa. Een slechts korten tijd werkende kracht, zooals bij een onverhoedsche beweging of bij het aannemen van een andere houding, zal aan den stand waarschijnlijk niets kunnen veranderen, zoolang er niet van een hevig trauma, bij voorbeeld bij een ongeval, sprake is. Dat er dus een abductie in de heup ontstaat, zelfs zoo, dat er een druk ontstaat in de lengte in de spang, lijkt mij niet waarschijnlijk. Om dezelfde redenen lijkt het mij onwaarschijnlijk, dat er buiging ontstaat bij pogingen om te gaan zitten, of torsies in de spang bij pogingen tot rotatie van het been.