

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zo nodig enige bekorting aan te brengen



MEDEDELING UIT HET RIJKS INSTITUUT VOOR DE VOLKS- GEZONDHEID

Zoals bekend, is het dank zij de onderzoeken van CRAIGIE en YEN mogelijk, verschillende stammen van typhusbacteriën, die op geen andere wijze te onderscheiden zijn, door middel van de z.g. phagotypering in groepen te verdelen, dus te typeren. Dit geschiedt met op die types aangepaste praeparaten van een bepaalde bacteriophage.

De onderscheiding in types heeft geen prophylactische of prognostische, maar wel grote epidemiologische betekenis. Het type der typhusbacteriën blijft, in een opvolgende reeks onderling samenhangende infecties, constant. Men kan dus in sommige gevallen een epidemiologisch verband met zekerheid uitsluiten, daarentegen in andere gevallen, een samenhang waarschijnlijk maken; dit laatste vooral als het minder vaak voorkomende types betreft.

FELIX heeft deze methode uitgebreid ter typering van paratyphus B-bacteriën.

Door CRAIGIE en FELIX is een internationale organisatie, „the committee for Enteric Phage typing” in het leven geroepen. Voor Nederland werd het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid als „special reference laboratory” aangewezen. Van heden af zullen alle in het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid geïsoleerde typhusbacteriën gratis getypeerd worden: paratyphus-bacteriën voorlopig nog niet. De uitslag van het typerings-onderzoek zal aan de betreffende geneeskundige inspecteur van de Volksgezondheid worden bericht en desgevraagd ook aan de arts inzender.

Vermeld moet worden, dat het niet in alle gevallen mogelijk is, het type van een geïsoleerde typhusstam vast te stellen. Thans zijn 24 types bekend; ongetwijfeld zullen nog nieuwe types worden ontdekt.

Utrecht, December 1947

W. AEG. TIMMERMAN

NIERSTEENCOLIEK NA SULFADIAZINEGEBRUIK

Naar aanleiding van de artikelen van de collegae VAN DITZHUZZEN (*N. T. v. G.* blz. 3374) en RAMAEKERS (*N. T. v. G.* blz. 3564) wil ik gaarne de aandacht vestigen op het volgende.

In beide artikelen wordt medegedeeld, dat een flinke dosis sulfadiazine, n.l. 8 gram per dag, wordt toegediend. Er wordt geen melding gemaakt van eventueel gelijktijdig toegediende extra vloeistof, noch van extra alcali.

Aannemende dat inderdaad geen bicarb. natr. of citras natr. in adaequate dosis werd gegeven, en niet is aangedrongen op een bijzonder groot vloeistofgebruik, dan is het ontstaan van haematurie, niergruis of concrementen te verwachten.

Sulfadiazine behoort tot de slechtst oplosbare sulfonamides; het acetyl-sulfadiazine, de verbinding waarin het voor ongeveer 25 pCt. wordt uitgescheiden, eveneens. Evenwel, de oplosbaarheid van beide stoffen in de urine kan enorm worden verhoogd (ten minste 10-voudig), door de urine alcalisch te maken.

Oplosbaarheid van	Urine pH 6	Urine pH 8
sulfadiazine	17 mg/100 cm ³	187/mg/100. cm ³
acetyl-sulfadiazine	50 mg/100 cm ³	230/mg/100 cm ³

De urine van lijders aan infectieziekten reageert vaak zuur. De aanwezigheid van het sulfadiazine zelf is bovendien nog aanzurend. Bereikt de urine onder deze omstandigheden een p_H van 6.5 of kleiner, dan is de oplosbaarheid maar zeer gering. Gevolg is het uitkristalliseren in de urinewegen, crystallurie, haematurie.

Amerikaanse auteurs adviseren reeds jaren om vooral zorg te dragen voor het

alcaliseren van de urine met (ten minste) 15 gram bicarbonas natr. per dag (6 doses van 2½ gram); dit voort te zetten (ten minste) 1 dag na het stopzetten van het sulfadiazine, omdat de uitscheiding daarvan nog een dag of drie doorgaat.

Gelijkwaardige alcalisatie bereikt men door middel van 18 gram citras natricus of 21 gram lactas natricus per dag.

„Kan concrementvorming worden tegengegaan door toediening van veel vocht?” vraagt VAN DITZHUYZEN. Ja, zeggen Amerikanen, maar daarvoor is nodig 1 liter water per gram sulfadiazine. Dit is dus een onuitvoerbaar opgave bij een dosering van 8 gram per dag. Buitendien, bij een patiënt die gedehydrerd is ten gevolge van braken, diarrhee of overmatig zweten, garandeert een grote vloeistofopneming nog geen grote urine-uitscheiding, welke ten minste 1½ liter per dag moet zijn. Daarom wordt aangeraden, ter voorkoming van niercomplicaties, niet te vertrouwen op geforceerde vloeistofoediening alleen, doch het accent te leggen op alcaliseren.

OSCAR BETHEA, de samensteller van het *Yearbook of General therapeutics*, 1946, schrijft, dat hij bij de sulfadiazine-therapie geen nierverwikkelingen meer heeft waargenomen sinds hij als gewoonte aannam iedere gram sulfadiazine te alcaliseren met 1 gram bicarb. natr. en 2 gram citras natricus.

De nieuwere sulfonamides, waaronder het sulfadiazine, ontwikkelden zich gedurende de oorlog. De Geallieerde Hoofdquartieren hielden hun officieren van gezondheid op de hoogte van de nieuwe en actuele geneesmiddelen door middel van korte pamfletten. De U.S. Navy deed dit door middel van de *Atlantic Fleet Medical Letter*; de Britten door een *Royal Naval Medical Bulletin*. Het onderwerp sulfonamides kwam veelvuldig ter sprake. Daarbij werd steeds weer ghemerd op de navolgende drie punten:

1. Sulfonamides should be administred in adaequate doses or not at all.
2. Force fluids; urine output at least 1½ liter.
3. Alcalize the urine to pH 7.5.

Uit de in de aanvang geciteerde artikelen blijkt wel, dat een adaequate dosis is gegeven, n.l. 8 gram per dag. Aangezien noch het forceren van vloeistofopneming, noch het alcaliseren der urine wordt genoemd, vermoed ik dat hierin de reden van de haematurie en niersteencoliek is gelegen.

Leeuwarden, 10 December 1947

F. WIEBENGA

SCHEURBUIK BIJ KINDEREN BENEDEN ÉÉN JAAR

Naar aanleiding van de mededeling van den Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid over bovenstaand onderwerp in het *N.T.v.G.* van 6 Dec. meen ik op het volgende te mogen wijzen:

Scheurbuik bij zuigelingen komt de laatste jaren inderdaad veel meer voor dan vroeger. Bijna altijd ziet men de ziekte in combinatie met rhachitis. Van Nov. 1946—Nov. 1947 nam ik in Nijmegen en omgeving 17 gevallen waar, alle röntgenologisch gecontroleerd. Geen der gevallen werd als zodanig herkend.

De goede gronden, welke dr. BANNING heeft om aan te nemen dat de oorzaak moet worden gezocht in het gebruik van gestandaardiseerde melk zullen wel gefundeerd zijn, zodat ik ze niet zo maar in twijfel mag trekken. Ik zou hierbij echter het volgende willen opmerken:

Alle door mij behandelde kinderen met infantiel scorbuut en rhachitis waren zuigelingen die zonder uitzondering zes tot acht maanden lang uitsluitend met gesteriliseerde karnemelk van Nutricia gevoed waren. Steeds kwam dit in elke anamnese weer uitdrukkelijk naar voren.

In het merendeel der gevallen had de moeder nimmer een consultatiebureau voor zuigelingen bezocht.

Opmerkelijk was, dat de meesten dezer kinderen afkomstig waren uit gebieden die zwaar door de oorlog geleden hadden, met name: De Betuwe en Noord-Limburg.

Aangenomen dat het meer frequent voorkomen van infantiel scorbuut bij zuigelingen is toe te schrijven aan het gebruik van gestandaardiseerde melk, hoe moeten dan de volgende feiten worden verklaard?