

atropine-aërosol met aansluitend penicilline-aërosol. Klachten over atropine-over-dosering bemerk ik nimmer.

Utrecht, 15 Juni 1948

R. L. BAART DE LA FAILLE

### HET RIJKSBUREAU VOOR GENEES- EN VERBANDMIDDELEN

Het Rijksbureau voor Genees- en Verbandmiddelen wordt met ingang van 1 Juli 1948 verplaatst naar 's-Gravenhage, Benoordenhoutseweg 46. In verband met de verhuizing is het bureau gesloten op 1, 2 en 3 Juli a.s.

Van 5 Juli af is het R.G.V. weer telephonisch te bereiken onder no. 723850 te 's-Gravenhage.

REDACTIE

### BEHANDELING VAN ACUTE PANCREASONTSTEKING MET SULFAPRAEPARATEN

Gaarne wil ik een vervolg schrijven op de casuïstische mededeling door v. G. M. LEESBERG over de behandeling van acute pancreasnecrose met penicilline 1).

Op 27 April 1948 werd ik in consult geroepen bij een 51-jarige, stevige man, die sinds enkele dagen aanvallen van pijn had in de maagstreek. Ook vroeger had hij daar last van bij oververmoeidheid en teveel eten in eens, wegens het gevorderde uur. Pas heden werd hij gedwongen zijn werk te staken, naar bed te gaan en de dokter te waarschuwen. Enkele uren later zag ik hem.

De buik was niet *plank*-hard; patiënt kon zich beter bewegen dan bij een maagperforatie. Argwaan wekte de pijn bij kloppen achter onder de ribben links. De temperatuur was 38.8°. Er was niet gebrakt en er waren geen verschijnselen van peritonitis. Wij vonden langer afwachten niet geoorloofd en opereerden terstond na binnenkomst, van de mediaanlijn uit boven de navel.

Er was een weinig helder vocht in de buik. De galblaas was oedemateus, leeg te drukken, bevatte geen stenen. Oedemateus was ook het duodenum daar waar de galblaas er tegen aan ligt. Tussen maag en colon doorgaande kwamen wij achter de maag op het pancreas en vonden geen vocht, maar een ietwat rode pancreaskapsel, terwijl de staart en het corpus van het pancreas vast aanvoelden, in vergelijking met de weke kop. De kapsel liet zich gemakkelijk losmaken, waarschijnlijk tengevolge van het oedeem. Er was nog geen BALSER-necrose.

Er werd een drain gebracht naar de pancreasstaart. De normale appendix werd verder met rust gelaten en de buik in étages gesloten.

Onmiddellijk na de operatie werd met inspuitingen begonnen van percoccide intramusculair, 1 g om de 4 uur. Patiënt braakte niet en kon spoedig per os het percoccide gebruiken, zodat de eerste 2 dagen 6 g per dag en de volgende 4 dagen 4 g per dag kon worden toegediend.

Na 6 dagen waren temperatuur en de pols blijvend normaal.

De urine bevatte een spoor eiwit; de reductieproef viel negatief uit en het sediment bevatte geen vormelementen.

Op 28 April 1948 meldde het laboratorium: Urine: diastase 128 E., volgens WOHLGEMUTH, normaal 16-64 E. Op deze dag was het diastasegehalte in het bloed 10 E. volgens WOHLGEMUTH (norm. 8-16 E.).

Op 30 April 1948 urine: diastase 64 E.

Op 3 Mei 1948 urine: diastase 16 E.

Na 16 dagen kon patiënt het ziekenhuis verlaten zonder drain of fistelgang. Mochten de aanvallen terugkomen, dan hopen wij met een percoccidekuur te kunnen volstaan, aannemende dat de diagnose dan juist is.

In 1944 maakte coll. dr. P. M. E. PH. NIJST mij op deze therapie opmerkzaam. Hij gebruikte toen cibazol, naar ik meen.

In de mij ter beschikking staande literatuur vond ik geen mededeling over het gebruik van sulfapraeparaten bij acute pancreatitis.

Bussum, 31 Mei 1948.

J. F. KUIJER

1) N. T. v. G., 29 Mei, II, no. 22, blz. 1646, 1948.