

en dat mij een emulsie van benzylbenzoaat als het meest geschikt voorkwam. Ik zag hiervan nooit prikkelingsverschijnselen en vrijwel geen recidief.

Naar aanleiding hiervan werd mij verzocht het nieuwe antiscabiosum Eurax in de praktijk te proberen.

Eurax is een witte, zalfachtige substantie, die aangenaam ruikt en geheel in de huid kan worden gewreven. Het werkzame bestanddeel is het crotonzure N-aethyl-O-toluïdine. Behalve zijn antiscabiotische, heeft dit ook nog een bacteriostatische werking, vooral ten opzichte van staphylococci en streptococci en overtreft daarbij zelfs rivanol.

Volgens opgave van de fabrikant moet men met Eurax tweemaal insmeren. Om het te vergelijken met benzylbenzoaat, heb ik het echter slechts eenmaal laten inwrijven, hiervoor is ongeveer 50 g nodig. Wassen is niet nodig, zelfs niet gewenst, daar de werkzame substantie slecht in water oplost en daardoor beter in een droge huid dringt dan in een vochtige.

Alle patiënten, die ik aldus met Eurax heb behandeld, zijn genezen; een enkele kwam nog even terug, omdat een klein plekje nog jeukte: recidieven heb ik echter niet gezien; prikkelingsverschijnselen kwamen geen enkele keer voor. Op pyodermiën werd door de bacteriostatische werking een gunstige invloed uitgeoefend. De grote voordelen hiervan zijn duidelijk. Daar bij zeer vele gevallen van scabies pyodermie voorkomt en men bij bijna alle gevallen van pyodermie moet denken aan scabies, kan men zonder enig bezwaar ook in twijfelachtige gevallen Eurax toepassen, daar het op de pyodermie juist gunstig werkt, terwijl bijvoorbeeld van dixanthogeengebruik een verergering is te verwachten. Bovendien heeft Eurax nog een jeukstillende invloed, hetgeen ik kon vaststellen bij een geval van pruritus senilis. Deze werking is natuurlijk slechts tijdelijk en is ongeveer te vergelijken met die van mentholspiritus.

Alles bijeengenomen, moet ik zeggen, dat Eurax inderdaad beter is dan benzylbenzoaat. Een bezwaar, vooral in de fondspraktijk, is echter, dat het vrij veel duurder is.

Klazienaveen, 17 September 1948

R. BOER

ACUTE CEREBRALE TREMOR EN ATAXIE BIJ JONGE KINDEREN
Met veel belangstelling nam ik kennis van het bovengenoemde artikel van dr. A. DEKKER-JONKER (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* No. 38, bl. 2912), waarin deze de aandacht vestigt op een ziektebeeld, dat zeer weinig bekendheid geniet.

Toevallig zag ik de laatste weken twee patiëntjes (jongens, 2 en 3 jaar) die beiden een statische en locomotorische ataxie van cerebellair karakter toonden, zonder enige afwijking in de liquor cerebrospinalis. In het eerste geval waren de verschijnselen ontstaan na een keelontsteking; het tweede knaapje had maag-darmstoornissen met hoge koorts gehad.

Een der kinderen was na enkele weken zo goed als genezen; ook dr. DEKKER vermeldt enkele gevallen waarbij na zeer korte tijd genezing volgde.

Is het niet mogelijk dat vluchtige en lichte vormen van dit ziektebeeld veel vaker worden waargenomen? Alleen zorgvuldige waarneming door de huisarts zou ons hierover inlichtingen kunnen verschaffen, terwijl daardoor misschien tevens enige klaarheid zou kunnen worden gebracht in de thans nog duistere aetiologie en epidemiologie van dit syndroom.

Hoorn, 22 Sept. '48

W. ERNSTING

ENIGE NIEUWE GENEESMIDDELEN TEGEN MALARIA

In antwoord op het ingezonden stuk van prof. SWELLENGREBEL en dr. WINCKEL in het *N.T.v.G.* van 18 Sept. 1948, blz. 2930 moge ik het volgende opmerken.

Door omstandigheden, waarop ik geen invloed kon uitoefenen, heb ik mijn artikel over bovenstaand onderwerp in enige dagen moeten samenstellen, hetgeen de kwaliteit niet ten goede is gekomen. Ik heb mij daarom moeten bepalen

tot een opsomming en in het algemeen pharmacotherapeutische mogelijkheden aangegeven; meer was in de gegeven omstandigheden helaas niet mogelijk.

Het ingezonden stuk van beide bovengenoemde schrijvers bevat waardevolle aanvullingen en opmerkingen; indien de tijd van voorbereiding ruimer was geweest, zou ik enige ervan zeker zelf bijgevoegd hebben. Ik moge daarom met de volgende opmerkingen volstaan.

Kinine is zeer zeker wel het onschadelijkste van de malariamiddelen (dat geen middel „geheel onschadelijk” is, spreekt toch vanzelf) maar toch niet zó onschadelijk, dat men niet steeds tracht vervangingsmiddelen te vinden, die beter zijn.

„Niemand denkt er meer aan, plasmochine, al of niet samen met kinine, als prophylacticum te gebruiken” bij malaria tropica. Toch gebeurt dit in de tropenpraktijk door ervaren tropenartsen en ik meen nog steeds, dat wij oplettend moeten gadeslaan, wat de praktijk doet, al is het niet in overeenstemming met onze inzichten. Hetzelfde geldt voor deze combinatie van stoffen als recidiefwerend middel tegen m. tropica.

Dat de curatieve dosis van atebrine hoger wordt genomen dan enige jaren geleden is mij bekend, doch evengoed weten anderen en ik zelf uit ervaring, dat menige patiënt (vooral bij slechte algemene voedingstoestand) veel last ondervindt van deze hoge doses. Daarom lijkt het mij onjuist deze hoge doses in het algemeen als noodzakelijk te beschouwen.

Wat de kwikverbindingen betreft, ik meen dit toch wel zó neergeschreven te hebben, dat daaruit blijkt, dat mijn vertrouwen in deze middelen op zijn zachtst uitgedrukt, niet groot is.

Utrecht, 22 September 1948

K. VAN DONGEN

DE BEHANDELING VAN METHYLALCOHOLVERGIFTIGING

Het referaat van coll. MANSCHOT in dit *Tijdschrift* van 21 Augustus j.l., blz. 2583 over methylalcoholvergiftiging wekt de indruk als zou de herhaalde lumbale punctie hiervoor een nieuwe behandelingsmethode zijn 1).

Echter reeds in 1920 beschreven ZETHELIUS en WERSEN 2) en PINCUS 3) en in 1935 HESSE 4) deze methode met goede resultaten. Het zou echter zeker onvoldoende zijn om bij een zo alarmerende toestand, als waarin de patiënt met methylalcoholintoxicatie verkeert, te volstaan met het verrichten van enkele lumbale puncties of toediening van erythroltetranitraat. Temeer daar de uitkomsten van de behandeling des te beter zijn naarmate vroegtijdig wordt ingegrepen en tevens alle mogelijkheden worden benut. Het wezen van de methylalcoholvergiftiging is de acidose RØE 5), welke leidt tot een indikking van het bloed, waardoor het cerebrospinale vocht wordt gestuwd, (PICK en BIELSCHOWSKY 6)). Bovendien remt het gevormde mierenzuur, dat gebonden wordt aan ijzer uit het haemoglobine, de O₂-wisseling in de retina, waarvan de O₂-behoefte, in zijn verhouding tot zijn ijzergehalte groter, is dan van enig ander weefsel (WARBURG) waardoor de retina ernstig beschadigd wordt (RØE l.c.). Nu is het een ervaringsfeit dat patiënten die behalve methyl- ook aethylalcohol gedronken hebben, minder ernstige gevolgen ondervinden. Een lage concentratie van aethylalcohol in het bloed is voldoende om acidose te voorkomen, zelfs indien de concentratie van methylalcohol hoog is. De behandeling moet er dus op gericht zijn de O₂-voorziening en de celstofwisseling in de retina te bevorderen o.a. door bloedtransfusies, de acidose te bestrijden door alcali en aethylalcohol, en het teveel aan liquor af te tappen.

1) BRUCKMOOSER, *Med. Klinik*, dl. 43, blz. 203, 1948.

2) *Klin. Monatbl. f. Augenheilk.* 65, blz. 51, 1920.

3) *Ibid.* 65, 695, 1920.

4) *Zeitschr. f. Augenheilk.* 89, 51, 1935.

5) *Acta Med. Scand.* 1946.

6) *Berl. Klin. Wochenschr.* I, 888, 1912.