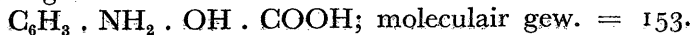
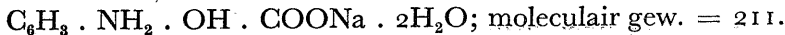


## ENKELE OPMERKINGEN OMTRENT DE DOSERING VAN P-AMINOSALICYLZUUR

Het gebruik van natrium-p-aminosalicylaat is, blijkens gegevens uit de literatuur, over het algemeen te verkiezen boven dat van p-aminosalicylzuur (P.A.S.) en het is dus te verwachten, dat in de handel het natriumzout op den duur de plaats van het laatste zal innemen. Men zal er rekening mee moeten houden, dat de therapeutische waarde van 1 gram van het natriumzout niet gelijk is aan die van 1 gram P.A.S. De chemische formule van P.A.S. is:



Het natriumzout heeft tot formule:



De samenstelling der fabriekspräparaten, die het natriumzout bevatten, wordt aangegeven in procenten „Natrium-p-aminosalicylaat” en het onderzoek naar hetgeen de fabrikanten onder deze verbinding verstaan, leidt tot merkwaardige gevolgtrekkingen.

a. Een uit Engeland ingevoerd natrium-p-aminosalicylaat bleek 2 mol. kristalwater te bevatten.

b. De Zwitserse fabriek WANDER brengt in de handel „Aminacyl”-ampullen, bevattende een 2,8-procents isotonische oplossing van „Natrium-p-aminosalicylaat”. Uit vriespuntsbepalingen bleek, dat een 2,45-procents (g/v) oplossing van P.A.S. als natriumzout in oplossing gebracht, isotonisch is met bloedserum.

Deze concentratie komt overeen met  $\frac{175}{153} \times 2,45 = 2,80$  pCt (g/v) anhydrisch natriumzout.

Hieruit kan men besluiten, dat WANDER met „Natrium-p-aminosalicylaat” aanduidt het watervrije zout (moleculair gew. = 175).

c. Een Belgische fabrikant exporteerde naar ons land dragées à 500 mg „Natrium-p-aminosalicylaat”. Door extractie vóór en na ontleding van het P.A.S. (door koken met  $\frac{1}{2}$  N zwavelzuur), gevolgd door titratie, werd het gehalte dezer dragées bepaald. Dit bleek te bedragen 341 mg P.A.S., overeenkomend met 470 mg van het kristalwaterhoudende natriumzout. Klaarblijkelijk verstaat deze fabrikant onder „Natrium-p-aminosalicylaat” het product met 2 mol. kristalwater.

*Conclusie;* Met de naam „Natrium-p-aminosalicylaat” kunnen twee producten worden aangeduid, bevattende resp. 72,5 en 87,4 pCt p-aminosalicylzuur. *De vermelding „Natrium-p-aminosalicylaat” is dus onvolledig en kan misleidend zijn.* De medicus, die een P.A.S.-zout wenst toe te dienen, zal er goed aan doen de dosering uit te drukken in grammen p-aminosalicylzuur.

Academisch Ziekenhuis Leiden,  
9 December 1949

H. A. M. VAN STEENBERGEN,  
apotheker

### RÖNTGENCONTACTTHERAPIE

Het ingezonden stukje van coll. DE BERGH over bovengenoemd onderwerp (N.T.v.G. 93, 48, blz. 4054, 1949) behoeft enige correctie.

Inderdaad lijkt het mij voor een dermatoloog niet onmogelijk de techniek der contacttherapie te beheersen, want het apparaat bevat slechts 3 knoppen en het vasthouden der buis is snel genoeg aangeleerd. Wil hij echter op de hoogte zijn van de biologische en fysieke problemen, dan open er zich een terrein, dat hij als dermatoloog al gauw niet meer zal kunnen overzien. De biologische problemen, die natuurlijk het belangrijkste zijn, stilzwijgend voorbijgaand, vraag ik mij, om iets eenvoudigs te noemen, af, welke dermatologen in staat zijn de tenminste maandelijks noodzakelijke ijking van hun apparatuur te verrichten.

Natuurlijk ben ik het met coll. DE BERGH geheel eens, dat het volkomen fout

zou zijn, als de radioloog diagnoses en indicaties zou stellen en contrôles zou verrichten, waartoe zijn specialistische opleiding hem niet geschoold had. Men zou hieruit de indruk kunnen krijgen, dat hij van mening is, dat de radioloog hiertoe niet in staat is. Laat ik hem dan hierbij verzekeren, dat in de goede opleidingscentra de assistenten op het gebied van huidcarcinomen, naevi flammei en haemangiomen een zeer gefundeerd oordeel krijgen aangaande diagnostiek, radiosensibiliteit en toe te passen therapie. Aangezien bij hen deze patiënten van huidartsen, huisartsen, kinderartsen en chirurgen tezamen komen, is hun ervaring hierin vele malen groter dan van de meeste dermatologen. Het zou dus aanbeveling verdienen, indien de dermatoloog de tumorieuze aandoeningen voor indicatiestelling naar de clinicus-radioloog verwees.

Nijmegen, 4 December 1949

H. A. M. PENN

### RUPTURA UTERI GRAVIDI ET PARTURIENTIS

In antwoord op het ingezonden stuk van collega DE BRUYN moge ik nog het volgende opmerken.

Wat het eerste geval betreft: het hoofd stond even in het bekken en er werd een hoge tang gedaan, om het op de wereld te brengen. Hier is naar mijn mening niet voldaan aan de eis, dat pituitrine alleen dan mag worden gegeven, wanneer het kind, indien operatieve verlossing nodig wordt, gemakkelijk kan worden uitgehaald. Dat hier de extractie gemakkelijk was, doet daaraan niets af, want een hoge tang is toch niet te rekenen tot de „gemakkelijke kunstverlossingen”, vandaar dat vele gynaecologen liever sectio caesarea doen dan een hoge tang. Het is mogelijk, dat deze baarmoeder „niet in staat (was), voor de uitdrijving van dit kind nodige weeën te verdragen”. Maar dan toch liever onder deze omstandigheden een kunstverlossing dan pituitrine, waarvan de toediening mij hier *niet* „in principe juist” voorkomt. GREENHILL schrijft: „Even if there is no mechanical block but there are distinct thinning of the lower uterine segment and a pathologic retraction ring, pituitary extract is extremely dangerous”. Verder merkt hij op: „... since it has resulted in a large number of ruptures of the uterus . . . it must be used with scrupulous care and only for bona fide indications. Even under these conditions, disaster will occasionally occur because the substance is more dangerous than dynamite”. Op grond van hun ervaringen, vooral in verband met de ruptura uteri na de toediening van pituitrine, schrijven LAFFONT en SESINI: „Mais combien il est plus déplorable de constater la facilité avec laquelle on manie l'hypophyse et à quels désastres on aboutit. Ici plus qu'ailleurs l'interdiction de l'usage de l'hypophyse sans ordonnance médicale devrait être absolue”. En ROXAS, BAENS en KATIGBAK willen aan vroedvrouwen het gebruik van pituitrine gedurende de baring verbieden.

Mijn tweede geval onderstreept deze dingen nog eens en is tevens een vurig pleidooi voor een meer gecentraliseerde praenatale zorg. Zeker behoort een vrouw, bij wie een keizersnede werd verricht, voor een volgende bevalling te worden opgenomen in een goed geoutilleerd ziekenhuis. Wanneer echter niet te bevoegder plaatse bekend is, dat de vrouw weer zwanger is, kan een dergelijke opneming niet worden bewerkt.

Wat betreft de prognose van het kind, deze is in het algemeen buitengewoon slecht, naar blijkt uit de vele publicaties. In vele wordt een mortaliteit van 100 procent voor het kind genoemd.

Middelburg, 11 December 1949

E. TONKES