

gewonden, die waarschijnlijk door een operatie zullen moeten worden geholpen, niet mag laten drinken. Hieronder vallen niet alleen personen die verwondingen van de ingewanden hebben opgelopen, maar ieder slachtoffer dat onder algemene narcose moet worden geholpen. Deze patiënten gaan vroeger of later braken, waardoor de operatie wordt bemoeilijkt.

Ten slotte bespreken deze inzenders het nut van bloedtransfusie op de plaats des onheils. Zij menen, dat met het geven van de transfusie in vele gevallen kostbare tijd verstrijkt, en wat erger is, dat bovendien tijdens het vervoer naar het ziekenhuis veel van het ingespoten bloed weer verloren gaat. In enkele gevallen werkt de transfusie ter plaatse inderdaad levensreddend; maar vooral indien er in de buurt afdoende chirurgische hulp beschikbaar is, achten zij het tijdstip dat de patiënt het ziekenhuis wordt binnengedragen, het geschiktst voor de bloedtransfusie.

Al degenen, die wel eens geroepen werden om bij massa-ongelukken hulp te verlenen, kennen het belang vooral van de eerstgenoemde principes, de paraatheid voor hulpverlening, en de goede berichtgeving. Het opmerken van de tekortkomingen bij de overigens alleszins lovenswaardige wijze waarop de hulp bij het Engelse spoorwegongeluk werd verleend, heeft zijn grote verdienste; nut kan dit echter pas afwerpen, wanneer de geformuleerde desiderata aanleiding geven tot de organisatie en de oefening van zulke hulp-groepen als door de eerste inzender wordt bedoeld.

M. M. HILFMAN

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.



PENICILLINE-DEPOTPRAEPARATEN

Naar aanleiding van het artikel van BLOM-IDES en POLANO¹ over de bruikbaarheid van P.A.M. als depot-praeparaat, zou ik gaarne het volgende opmerken:

Schrijvers hebben aangetoond, dat P.A.M. een zeer vlakke 24-uurs-spiegel geeft en dat het grote overeenkomst toont met het retarcilline. Het is stellig niet veel beter dan retarcilline, hetgeen uit de medegedeelde getallen blijkt. Dat de spiegel van retarcilline na 24 uur 0,06, van P.A.M. 0,12 bedraagt, is niet zo belangrijk, daar het blijkt, dat in de laatste kolom het P.A.M. + Na-penicilline ook slechts 0,09 E. na 24 uur geeft. Het verschil na 24 uur tussen P.A.M. en P.A.M. + Na-penicilline had ik graag wat nader toegelicht gehad. Het is toch wel zeer onwaarschijnlijk, dat toevoegen van 100.000 E. Na-penicilline aan de olie-oplossing, de spiegel na 24 uur *lager* maakt, terwijl er van een piekeffect niets merkbaar is. Hiermede verliest het gevonden verschil met retarcilline voor mij sterk aan waarde.

Schrijvers hebben mijns inziens uitsluitend aangetoond, dat P.A.M. als depot-praeparaat iets langer werkt dan depocilline en retarcilline; dat het niet mengbaar is met Na-penicilline, en dat bicilline als het enige depot-praeparaat dat een gelijkmatige spiegel combineert met een piek, voor de meerderheid der infecties te verkiezen zal zijn. Een constante, lage spiegel zonder pieken houdt het gevaar in, dat de bacteriën gemakkelijk resistent worden en minder gevoelige in het geheel niet worden getroffen.

Het artikel suggereert de terugkeer naar een behandeling met een (in den regel te lage) constante bloedspiegel. Het suggereert, dat meestal een spiegel van 0,3 E. of lager toereikend is. Het vestigt onvoldoende aandacht op de grote waarde van de intermitterende behandeling, waarbij alleen de, veelal noodzakelijke, hoge spiegels te bereiken zijn.

Internisten en chirurgen hebben in den regel te maken met infecties, waarbij levensgevaar dreigt en waarbij men liever te hoog dan te laag doseert. Bovendien zijn deze infecties vaak minder gevoelig en minder gemakkelijk voor penicilline bereikbaar, zodat ook daarom een constante spiegel van ongeveer 0,3 E. in deze gevallen ontoereikend is.

De toepassing van depocilline is in de afgelopen jaren in de huispractijk in vele gevallen een mislukking gebleken. Het bicilline, bij voorkeur 2 maal per 24 uur ingespoten, betekende een aanzienlijke winst. Het valt te betreuren, dat door dit artikel op onvoldoende gronden

wordt geconcludeerd, dat het P.A.M. het uitverkoren depot-praeparaat zou zijn. Het gevaar is niet denkbeeldig, dat controlerende geneesheren van ziekenfondsen zich op dit artikel zullen beroepen en imperatief het gebruik van P.A.M. voor de depot-therapie zullen eisen.

Met klem wens ik te onderstrepen, dat P.A.M., evenals depocilline, in zeer vele gevallen tot onvoldoende bloedspiegels aanleiding geeft; dat het ten opzichte van een praeparaat als bicilline de klok terugzetten betekent en, dat het verre ten achter staat bij een intermitterende behandeling, waarbij om de 3 of 4 uur een zeer hoge bloedspiegel wordt verkregen. Dat het praeparaat geschikt is voor de behandeling van lues, is mijns inziens onbewezen. Persoonlijk blijf ik hiervoor ook de voorkeur geven aan intermitterende toediening om de 4 uur, van Na-penicilline in een dosering van 600.000 E. per dag, gedurende 10 dagen. Bij de lues-behandeling komen zuinigheid en onderdosering de patiënten zowel als het ziekenfonds later duur te staan.

Literatuur: ¹C. BLOM-IDES en M. K. POLANO (1952) *N.T.V.G.* 96, 2797.

Gouda, 10 November 1952

E. LOPES CARDOZO

Voorzover de opmerkingen van collega LOPEZ CARDOZO rechtstreeks op ons artikel slaan en geen uiteenzetting vormen van zijn mening over de beste penicilline-behandeling, willen wij er het volgende op antwoorden: Het was geenszins onze bedoeling een bepaald depot-paeparaat voor de penicilline-behandeling in het algemeen aan te bevelen; wij stipuleerden uitdrukkelijk dat wij het trekken van conclusies uit onze getallen overlaten aan hen die penicilline gebruiken. Evenmin willen wij partij kiezen in de controverse tussen de zo genaamde continue en discontinue behandelingsmethoden met penicilline. Hoewel inderdaad voor sommige indicaties de discontinue therapie op het ogenblik de voorkeur schijnt te verdienen, zal men ook hier eenzijdigheid dienen te vermijden. Het spreekt evenzeer vanzelf dat men alleen penicilline moet geven bij infecties met micro-organismen die voor penicilline gevoelig zijn, en dat men zo nodig deze gevoeligheid moet laten bepalen.

Dit alles heeft echter met ons artikel slechts zijdelings te maken en alleen een slecht lezer kan er een pleidooi voor een depot-therapie à tort et à travers uit halen. Indien collega LOPEZ CARDOZO dit in verband met zekere strevingen van ziekenfondszijde nodig acht, willen wij hier gaarne nog eens uitdrukkelijk verklaren dat wij menen dat de verantwoordelijke arts moet uitmaken of een bepaalde patiënt met een depot-therapie kan volstaan dan wel een therapie met hoge penicilline-toppen in het bloed nodig heeft. Ons artikel beoogt uitsluitend hem bij deze keuze te helpen, door objectief mede te delen wat hij van enige depot-paeparaten kan verwachten.

Bij de bewerking van onze getallen hebben wij er de nadruk op gelegd dat — wanneer men voor een patiënt een 24-uursspiegel in het bloed wil bereiken — men goed doet niet af te gaan op de gemiddelde penicilline-concentratie die bij een aantal patiënten met een bepaald praeparaat werd bereikt, maar dat men op de variatie-breedte moet letten en op het percentage patiënten dat na 24 uur een minimum penicilline-concentratie in het bloed heeft. Zo bleek ons dat drie praeparaten na 24 uur een redelijke gemiddelde penicilline-concentratie veroorzaakten, maar toch slechts in 40-65 pCt van de gevallen na 24 uur een minimum concentratie in het bloed gaven. Aangezien er geen belangrijke verschillen in de hoogte van de éénuursspiegel tussen deze drie praeparaten en P.A.M. waren en P.A.M. in 95 pCt ± 4 van de gevallen een 24-uursspiegel veroorzaakte, meenden wij aan P.A.M. boven drie andere gelijksoortige praeparaten de voorkeur te moeten geven.

Uitgaande van het feit dat voor sommige gevallen hoge penicilline-toppen gewenst konden zijn, hebben wij geprobeerd door toevoeging van 100.000 E. Na-penicilline aan P.A.M., ook dergelijke toppen te krijgen. Dit is niet gelukt. Het schijnt zelfs dat na toevoeging van Na-penicilline de 24-uursspiegel lager ligt. Het gevonden verschil is echter statistisch niet significant. Het ontgaat ons hoe de „belangrijkheid” van onze vergelijking tussen depocilline, crysticilline, retarcilline en P.A.M. hierdoor wordt verminderd, zoals coll. LOPEZ CARDOZO meent. Het ware zelfs denkbaar dat de toevoeging van Na-penicilline een zekere invloed heeft op de fijn disperse toestand van het procaïne-penicilline in de aluminiumstearaat-oliegel. Ten overvloede zij er op gewezen dat onze bij P.A.M. van de Koninklijke Nederlandsche Gist- en Spiritusfabriek gevonden getallen overeenkomen met die welke THOMAS bij een Amerikaans P.A.M.-praeparaat vond.

Dat in gevallen, waarin 300.000 E. P.A.M. onvoldoende zijn, 2 bicilline-injecties (800.000 E. wél effect kunnen hebben, is niet verwonderlijk. Dit laatste is echter nauwelijks meer depot-therapie: het is de vraag of men 800.000 E. penicilline niet nog efficiënter kan gebruiken. Verder bedenke men dat, al moge onderdosering van penicilline een kwaad zijn, hiermee verspilling van penicilline niet gerechtvaardigd is.

Wat ten slotte de passage over de luesbehandeling betreft: collega LOPEZ CARDOZO heeft bij de luesbehandeling voorkeur voor om de 4 uur 100.000 E. penicilline gedurende 10 dagen. Waarop deze voorkeur berust vermeldt hij niet. Ons zijn geen statistieken bekend over een dergelijk doseringsschema. Nu is het beoordelen van de resultaten van de luestherapie met penicilline zo moeilijk, dat wij nog niet aan een definitief oordeel over de gangbare doseringsschema's toe zijn. Het komt ons dan ook onjuist voor de verwarring te vergroten door op onvoldoende gronden een nieuw schema aan te bevelen, dat bovendien het grote nadeel heeft alleen klinisch te kunnen worden toegepast.

Zeker is, dat met om de 3 uur 60.000 E. gedurende 10 dagen, bevredigende resultaten bij verse lues zijn verkregen. Hierbij zijn de toppen niet veel hoger dan bij P.A.M.-therapie. Het is dus aannemelijk dat de P.A.M. geen slechtere resultaten geeft, wat door verschillende Amerikaanse statistieken wordt bevestigd. MARSHALL¹ gaat dan ook niet verder dan te constateren dat het misschien niet noodzakelijk is gedurende lange tijd een penicilline-spiegel in het bloed te handhaven en dat injecties met grotere intervallen bij lues *misschien* even effectief zijn.

Ten slotte zij vermeld dat wij, wanneer wij al lues met penicilline behandelen, zo enigszins mogelijk deze behandeling nog met As en Bi combineren, dit ter geruststelling van coll. LOPEZ CARDOZO, die bevreesd is dat wij door te zwakke behandeling onze patiënten zullen schaden.

¹MARSHALL (1952) *Pharmacological Review*, Maart, bl. 100.

C. BLOM-IDES
M. K. POLANO

's-Gravenhage, December 1952

BOEKSTAVING VAN APPENDECTOMIE

Herhaaldelijk wordt bij een laparotomie de appendix (al dan niet ontstoken) verwijderd. Na jaren weet patiënt vaak niet meer of dit is gebeurd, terwijl inlichtingen van de operateur meestal pas na enkele dagen (of niet) zijn te krijgen.

Zou het geen aanbeveling verdienen bij iedere appendectomie een kleine huidincisie op het punt van MCBURNEY te maken, waardoor de verwijdering voor altijd is „geboekstaafd”?

Utrecht, 3 December 1952

J. C. MARTENS

ADHAESIES NA LAPAROTOMIE

Ter aanvulling van het antwoord der Redactie op de vraag¹ over het voorkomen van adhaesies na laparotomie, wilde ik Uw aandacht vestigen op het artikel van KELLERMANN SLOTEMAKER² in dit *Tijdschrift* waarin hiervoor papaine werd aanbevolen.

¹Vraag 104 *N.T.v.G.* 1952, 96, 2822. ²J. P. KELLERMANN SLOTEMAKER (1939) *N.T.v.G.* 83, 1207.

Enschede, 23 November 1952

N. H. LOUIS

BEHANDELING VAN VOETBLAREN¹

Deze zomer heb ik met een aantal Leidse doctorandi en semi-artsen als assistent gewerkt bij de medische dienst van de Vierdaagse afstandsmarsen te Nijmegen. Zoals vanzelf spreekt was „blaren prikken” aan de orde van de dag. Wij deden dat op de volgende wijze:

De blaar werd eerst gejodeerd, en daarna met een vaccinostyle (de vaccinostyles stonden in lysoloplossing) geopend. Deze opening is groot genoeg om niet weer dicht te kleven. Grote blaren werden op verschillende plaatsen geopend. Wanneer zorgvuldig — dit is belangrijk — alle vocht uit de blaar was verwijderd, werd deze nog eens gejodeerd. Dit bleek een goede waarborg tegen infectie te zijn. Daarna werd een ruime zone rondom de blaar met benzine ontvet, en het geheel met leucoplast dakpansgewijs afgedekt. Het komt er hierbij op aan de stroken strak te trekken en vooral plooiën of rimpels te vermijden. Op deze wijze behandeld, liepen de deelnemers door, soms met onwaarschijnlijk gehavende voeten. 's Avonds was er in Nijmegen nog „policliniek”, waarvan ook druk gebruik werd gemaakt.

Klachten over ontstoken blaren zagen wij zelden; meestal waren deze blaren onderweg stuk gelopen (dus septisch geopend). Hernieuwde vulling van een blaar was meestal het gevolg van onvoldoende lediging bij de behandeling. Een tweede, zorgvuldiger behandeling kon zonder bezwaar volgen, mits men zo voorzichtig was de blaarhuid heel te houden door het kleefpleisterverband met benzine te verwijderen. Pijn deden de blaren niet meer als zij op deze wijze waren behandeld, in tegenstelling tot die welke door openknippen tot