

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN



MEDEDELING BETREFFENDE HET RODE-HOND-RECONVALESCENTEN- GAMMAGLOBULINE

Zoals bekend is, wordt voor de prophylaxe van rode hond bij zwangere vrouwen gebruik gemaakt van de gammaglobulinefractie uit het reconvallescentenbloed. Dit wordt nodig geacht om alle mogelijkheid van een serumhepatitis te vermijden. Voor de bereiding van deze gammaglobulinefractie zijn echter vrij grote hoeveelheden bloed ter verwerking nodig. Alleen indien er voldoende bloed van rode-hond-reconvallescenten binnenkomt, kan aan een dreigend tekort het hoofd worden geboden. De voorraad rode-hond-reconvallescentengammaglobuline in ons land is de laatste maanden angstwekkend afgenomen, de aanvulling is onvoldoende geweest, zodat het ons binnen afzienbare tijd niet meer mogelijk zal zijn, de door rode hond bedreigde zwangeren op voldoende wijze te beschermen. Wij doen dan ook een dringend beroep op alle huisartsen, om hun onmisbare medewerking in deze te willen verlenen. Deze medewerking kunnen zij geven, door in plaatsen, waar een G.G.D. gevestigd is, aan deze dienst direct hun patiënten met rode hond op te geven, in het bijzonder de volwassenen en de oudere kinderen (boven 10-12 jaar). In plaatsen waar geen G.G.D. is, kan deze opgave bij de laatste ondergetekende worden gedaan. Van de zijde van de desbetreffende G.G.D. of van onze dienst wordt dan gaarne alle medewerking verleend bij het bloedafnemen enzovoort. Wij hopen, dat dit klemmende beroep op aller medewerking niet tevergeefs zal zijn, opdat wij in staat blijken, alle bedreigde zwangeren zo goed mogelijk te beschermen en diensengevolge er toe kunnen bijdragen, dat het aantal kinderen met aangeboren afwijkingen met een zeker percentage kan worden verminderd. Hartelijk dank voor Uw hulp, waarop wij rekenen.

Namens de Rode-Hond-Commissie,
prof. dr. P. H. G. VAN GILSE
dr. A. E. H. M. KAMERBEEK
L. W. HILDERNISSE, *leider Landelijk
Verzamelcentrum,*

Gorinchem,
Havendijk 90. Tel. 2675

INGEZONDEN

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



ACRANIL BIJ GIARDIASIS

Met belangstelling las ik de clinische les van prof. VAN STEENIS (dit *Tijdschrift*, No. 29), betreffende giardiasis, welke besmetting, vaak gepaard gaande met vage galblaasklachten, ik af en toe in mijn praktijk zie. In navolging van KOSTER¹ behandel ik deze patiënten met acranil, waarbij na de kuur de parasieten meestal niet meer in de gal zijn te vinden. Dit praeparaat zou minder toxisch zijn dan atebriene, zoals prof. VAN STEENIS ook opmerkt. Ik verschil echter met de schrijver van mening betreffende de dosering. Prof. VAN STEENIS adviseert van acranil 3 maal daags 500 mg te geven, gedurende 5 dagen. Ik geef steeds, zoals KOSTER aangaf, ook bij volwassenen, 3 maal daags 100 mg eveneens gedurende 5 dagen, met bovengenoemd succes, zonder dat ik daarbij ooit toxische verschijnselen zie.

Onder de indruk van deze clinische les, verhoogde ik de dosis van acranil bij een patiënte, die juist voor lambliasis van de galblaas onder behandeling was, van 3 maal 100 tot 3 maal 300 mg per dag, waarna prompt toxische verschijnselen aan den dag kwamen: diarrhee, misselijkheid en braken. Ik vraag mij daarom af of de door VAN STEENIS genoemde dosering niet te hoog is en of een kuur van 5 dagen met 3 maal 100 mg niet voldoende zal zijn, hoewel ook MANSON in *Tropical diseases* de dosering van 1500 mg per dag vermeldt. De fabrikant, BAYER, levert acranil in buisjes van 15 dragées à 100 mg per stuk, blijkbaar bedoeld voor één kuur.

Wellicht wil prof. VAN STEENIS over deze dosering nog eens zijn visie geven?

Literatuur: ¹L. KOSTER (1941) *N.T.v.G.* 85, 769.

Gorinchem, Augustus 1953

G. NIEUWENHUIS

De waarneming van collega NIEUWENHUIS en de conclusie, dat de dosering van $3 \times$ daags 0,5 g acranil te hoog is, zijn zeker juist; hij beschrijft dezelfde vergiftigingsverschijnselen die bij atebrine (vooral bij hoger dosering) worden waargenomen.

Hoe deze ernstige fout in de dosering van acranil en nog wel in een klinische les is ontstaan wil ik iets uitvoeriger toelichten, niet alleen om mijzelf vrij te pleiten van een lapsus door uit het geheugen en dan fout te citeren, maar vooral om de les die er in schuilt.

Aangezien ik geen ervaring over acranil heb, kon ik alleen op grond van literatuurstudie erover oordelen. In alle leerboeken over tropische geneeskunde, die ik nu eenmaal het dichtst bij de hand heb en waarin giardiasis het uitvoerigst is beschreven¹⁻⁶, vond ik als dosering $3 \times$ daags 0,5 g acranil, voor kinderen onder 2 jaar 0,25 g acranil opgegeven.

Bij studie van de oorspronkelijke literatuur blijkt de dosering 5 maal zo laag, dus $3 \times$ daags 0,1 g voor volwassenen te zijn, zie o.a. J. W. GROTT, *Munch. med. W.*, 1939, bl. 373; L. KOSTER en J. H. SMITH, *N.T.v.G.*, 1941, bl. 769. Ook in BAYER's artsenboekje 1952/1953 wordt deze dosering opgegeven; het middel wordt afgeleverd in tubes van 15 tabletten van 0,1 g, dus afgestapt voor één kuur.

Het ontstaan van het verschil in dosering kon worden opgespoord. In het *Tropical Diseases Bulletin*⁷, het zeer goede referentietijdschrift voor tropische ziekten komt een referaat voor van niemand minder dan WENYON over giardiasis en de behandeling van 18 patiënten met acranil door P. DE MURO⁸. Het referaat geeft als dosering acranil $3 \times$ daags 0,5 g en $3 \times$ daags 0,25 g bij kinderen beneden het jaar. Het oorspronkelijke artikel (ook in het Engels) geeft als posologie:

Kinderen van 0- 2 jaar 1/2 tablet (0.05 g) per dag

„ „ 2- 5 jaar 1 tablet (0.10 g) per dag

„ „ 5-10 jaar 2 tabletten (0.20 g) per dag.

Volwassenen en kinderen boven 10 jaar 3 tabletten (0.30 g) per dag.

Hoe deze vergissing ontstaan is, zal wel niet meer op te lossen zijn. Dat zij zo grote omvang kreeg en zo lang ongesignaleerd kon voortleven, is duidelijker. Het *Trop. Dis. Bull.* was in 1940 de grote vraagbaak voor alle instanties aan de geallieerde kant, toen de tijdschriften van Duitse zijde en de BAYER-publicaties voor bijna niemand toegankelijk waren. Zo is de fout in alle boeken van Engelsen, Amerikanen en Fransen en helaas ook in het Nederlandse boek over tropische ziekten overgenomen. Verder is ook duidelijk, dat geen van de schrijvers der leerboeken acranil heeft toegepast, wat schrijver voor zichzelf al vaststelde. Bronnenstudie had dit alles kunnen voorkomen, maar bij feiten van kleiner belang blijft zij dikwijls achterwege.

Ik ben collega NIEUWENHUIS zeer dankbaar voor zijn critiek; van collega A. O. H. TELLEGEN, arts te Brielle, ontving ik een schrijven met dezelfde bezwaren, wie ik daarvoor ook hier mijn erkentelijkheid betuig. Zij maakten mogelijk dat deze fout in ons *Tijdschrift* wordt herroepen, maar tevens (en vooral) dat alle tropische leerboeken, die acranil noemen bij de therapie voor giardiasis, door mij zullen worden gewezen op de juiste dosering: $3 \times$ daags 0,1 g gedurende 5 dagen.

Literatuur: ¹PH. MANSON BAHR (1950) *Tropical Diseases*. ²PH. MANSON BAHR (1944) *Dysenteric Disorders*. ³GRADWOHL (1951) *Clinical tropical Med.* ⁴CRAIG en FAUST (1945) *Clinical Parasitology*. ⁵CH. JOYEUX en A. SICÉ (1950) *Précis de médecine des pays chauds*. ⁶W. KOUWENAAR, P. B. VAN STEENIS en CH. W. F. WINCKEL (1951) *Leerboek der tropische ziekten*. ⁷*Trop. Dis. Bull.* (1940) bl. 378. ⁸*Acta med. scand.* (1939) **102**, 17.

P. B. VAN STEENIS

BERICHTEN



BUITENLAND

BELGIË. — GEDACHTENWISSELING OVER HET BEGRIJP SOCIALE GENEESKUNDE. Ter gelegenheid van het 34e congres voor Beroepsgeneeskunde in Juni te Antwerpen gehouden is uitvoerig en geestdriftig over de sociale taak van de arts gesproken en over de noodzakelijkheid de student bij zijn opleiding hiervan op de hoogte te stellen. Intussen bleek bij sommige sprekers de mening te bestaan dat de sociale aspecten van de geneeskunde niet gescheiden mogen worden van de klinische aspecten. Daartegenover stelt men dan dat deze sociale aspecten bij de hedendaagse opleiding niet voldoende tot hun recht komen. Een der sprekers voelde zich genoopt tot een „constatation troublante: il n'existe pas de définition de la médecine sociale". Zelf stelde hij zich op het standpunt dat er geen sociale geneeskunde bestaat. De maatschappelijke factoren die op iedereen inwerken onderkent men ook bij ziekte, zodat de geneeskunde