

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN



BELONINGEN VOOR WETENSCHAPPELIJK CHIRURGISCH WERK

Ter gelegenheid van het 20-jarig bestaan van het International College of Surgeons stelt de Nederlandse Sectie zich voor jaarlijks op 20 Mei een beloning van f 500,— uit te keren voor een Nederlandse oorspronkelijke publicatie op het gebied van de chirurgische vakken in de ruimste zin.

De commissie, die het werk en de toekenning van de prijs zal beoordelen, bestaat uit prof. dr. H. J. M. WEVE, prof. dr. A. KUMMER, prof. dr. L. B. W. JONGKEES, dr. C. R. RITSEMA VAN ECK, dr. OTTO VERBEEK.

Zowel leden als niet-leden komen in aanmerking. Het werk, al of niet gepubliceerd, moet bij één van de commissieleden vóór 1 Maart worden ingediend.

De Sectie stelt zich voor op deze wijze wetenschappelijk werk in Nederland nog meer te stimuleren. Ook bijdragen voor wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de chirurgische wetenschappen kunnen op aanvraag worden verstrekt.

Naderé inlichtingen verstrekt het bestuur der Nederlandse Sectie van het International College of Surgeons, Soestdijkerstraatweg 9, Hilversum.

REDACTIE

INGEZONDEN



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

BEHANDELING VAN PURULENTE MENINGITIS ZONDER INTRATHECALE INJECTIES

Het doet mij oprecht leed, uit de reactie van collegae SCHRETLEN en VAN ZAANE¹ te begrijpen, dat ik hen niet heb kunnen overtuigen van het feit, dat intrathecale behandeling van vele vormen van meningitis purulenta noodzakelijk is.

Om herhaling van mijn argumentatie te voorkomen, zal ik slechts op enkele punten ingaan.

Ad A. Inderdaad is het beloop van de ziekte niet altijd parallel aan de graad der pleiocytose. Daarom juist moet dagelijks het aantal cellen worden geteld. Immers, maakt de patiënt een goede indruk en bedraagt het aantal cellen per mm³ lumbaal vocht meer dan 500/3, dan moet de behandeling wél worden voortgezet.

Ad B. Wanneer men pas opnieuw puncteert als het klinische beloop een ongunstige wending neemt, wordt de correctie der behandeling veel te laat ingesteld, daar de resistentiewijziging vele dagen eerder bekend had kunnen zijn.

Ad C. De hoeveelheid penicilline die NEMIR en ISRAEL intrathecaal gaven (aanvankelijk 5000–20.000 E en pas later 5000–10.000 E), is in verband met de leeftijd van hun zieken veel te hoog.

Op bl. 1096 (laatste 2 alinea's) citeren collegae SCHRETLEN en VAN ZAANE uit de literatuur verschillende ongelukken, die ten gevolge van (foutieve dosering van) intralumbaal ingespoten penicilline zijn ontstaan.

Zij vervolgen op bl. 1097: „Bij iedere vorm van meningitis purulenta zijn deze complicaties beschreven” en beroepen zich daarbij o.a. op STANLEY BANKS, JONES, MAC KAY en DORMONDT (in de oorspronkelijke publicatie de no.'s 6, 17, 18, 19). Het is dus duidelijk dat deze auteurs wel degelijk worden geciteerd als propagandisten tegen intrathecale therapie in verband met daardoor veroorzaakte ongelukken.

Ad 7–8. Natuurlijk bereikt men met oraal toegediend chlooramphenicol bevredigende liquor-concentraties. Het is immers afgezien van de sulfonamiden ongeveer het enige anti-bioticum, dat bij een normale extra-meningeale dosering een voldoende liquorspiegel ten gevolge heeft. Bij de H.-influenzae-meningitis zou ik echter steeds aan de korte, gecombineerde streptomycine-behandeling de voorkeur geven, daar dit minder schadelijke bijwerkingen heeft dan de chlooramphenicol-kuur.

Maar waar het op aankomt is, dat penicilline (in lage dosering), streptomycine, chloortetracycline en oxytetracycline bij extra-meningeale toediening slechts in geringe hoeveelheden in de liquor cerebrospinalis terechtkomen, ook als de meninges ziek zijn. Bij een groot aantal patiënten (bij wie om de een of andere reden de intrathecale injectie onmogelijk of niet meer nodig was) heb ik dit kunnen bevestigen door het antibioticum-gehalte van de liquor te bepalen.

Het is in het geheel niet twijfelachtig of intralumbaal ingebrachte geneesmiddelen in de liquor cerebrospinalis circuleren. Wij konden dit zeer vaak nagaan bij patiënten, bij wie een ventrikeldrain was aangebracht. Spoot men intralumbaal streptomycine in, dan bevatte het ventrikelvocht, waarin tevoren bv. $1\frac{1}{2}$ tot 5 E streptomycine was aan te tonen, na enkele minuten een gehalte van honderden E streptomycine per ml welk gehalte urenlang op dit peil bleef.

Natuurlijk kweken wij lumbaal vocht niet alleen in 4 pct glyose-bouillon, maar ook op ascites-agar, Levinthal-agar, bloed-agar en voedingsbodem volgens Brewer. Wij deden daarbij de ervaring op, dat de 4 pct glyose-bouillon gewoonlijk vaker en zeker eerder groei van meningococci oplevert dan de andere voedingsbodems.

Ik heb het nimmer nodig geacht het advies van schrijvers te volgen, patiënten met meningitis purulenta tientallen intrathecale injecties te geven. Sedert zeer vele jaren bedroeg dit aantal in den regel 3-5.

Collegae SCHRETLEN en VAN ZAANE menen opnieuw te hebben aangetoond, dat zij hun patiënten geringe hoeveelheden penicilline toedienen. Zij geven echter 5 maal zoveel als ik.

Als ik mijn opvatting tenslotte mag samenvatten:

I. Intrathecale injecties zijn bij goede techniek en dosering nimmer gevaarlijk.

II. Met intrathecale injecties, gecombineerd met intramusculaire en orale therapie, kan men het aantal genezingen bij vele vormen van purulente meningitis opvoeren, de behandelingsduur bekorten en met een lage extra-meningeale dosering van antibiotica volstaan.

III. Het is betreurenswaardig dat de schrijvers zich zelfs niet bereid verklaren ALEXANDER's compromis te volgen: één intrathecale injectie in aansluiting op de diagnostische punctie. Men bereikt dan tegelijk met de instelling der behandeling een maximale antibioticum-concentratie van het lumbale vocht. Hoe vaak gebeurt het niet dat de verwekker hierna niet meer tot groei komt.

Literatuur: ¹N.T.v.G. 1955, **99**, 1533.

Amsterdam, 25 Mei 1955

J. E. MINKENHOF

Het verbaast ons pijnlijk, dat collega MINKENHOF meent te mogen verwachten dat de opmerkingen zijnerzijds voldoende zouden zijn, om ons van onze overtuiging te doen terugkomen. Immers wij hebben ons even ernstig als collega MINKENHOF beraden en de literatuur bestudeerd, alvorens over te gaan op de door ons sinds 1949 gevolgde methodiek. Het resultaat daarvan — en wij menen, dat dit toch uiterst belangrijk is — wordt niet door collega MINKENHOF in het geding gebracht. Dit kan ook moeilijk, daar het zeer goed is, en vergelijkbaar met alle tot op heden behaalde resultaten. Ook al zou de intrathecale injectie volkomen ongevaarlijk zijn, dan is het ongewenst haar toe te passen, als zij niet strikt nodig is.

Collega MINKENHOF maakt zich ook in de laatste alinea onnodig bezorgd. Wij menen duidelijk te hebben vermeld, dat H. ALEXANDER de intrathecale injectie tot een minimum gereduceerd wenst te zien (bl. 1534) en vervolgens, dat de intrathecale injectie niet als routine-methode moet worden toegepast, hetgeen niet uitsluit, dat er zeer zeker wel eens patiënten voorkomen, waarbij een intrathecale injectie bij de eerste punctie nodig kan zijn. „Prinzipienreiter” zijn wij heus niet!

Op bl. 1535 vermeldden wij nog eens uitdrukkelijk: „de keuze van de behandelingsweg hangt ook samen met het stadium waarin de kinderen worden opgenomen”.

Wij willen collega MINKENHOF dan ook gaarne adviseren onze publicatie nog eens grondig te bestuderen, in de overtuiging, dat wij, evenals hijzelf, met ernst en met dezelfde bedoeling ons werk verrichten. Ook al kan hij het niet met ons eens zijn, hij moge wel bedenken, dat er vele goede wegen naar Rome leiden.

Nijmegen }
Tilburg } 17 Juni 1955

E. D. A. M. SCHRETLEN
D. J. VAN ZAANE

(Discussie gesloten. RED.).