

gevormd, maar de bloedspiegel blijft na het staken toch dagenlang verhoogd, de patiënt is tijdelijk jichtig en door een uricosuricum heeft men een grote aanvoer van urinezuur te verwachten.

Voor de acute aanval blijft colchicine hét middel, lastig soms door gastro-intestinale verschijnselen, maar onschadelijk en specifiek. Wil men een snellere werking, dan grijpe men naar fenylbutazon of Irgapyrine, mét bijwerkingen en onspecifiek. In de intervalbehandeling is probenecide zeer waardevol; het dient dan met kleine doses te worden ingeleid onder bijvoeging van colchicine. Men komt meestal met een gram per dag uit.

3. Betreffende patiënt 41 schrijft BEIJER: „De hoogste waarde van het urinezuur . . . bedroeg 8,9 mg/100 ml. Vermoedelijk heeft het tegelijkertijd gegeven probenecide de patiënt tegen jichtaanvallen beschermd”. Men zou hieruit kunnen opmaken dat probenecide bij een hoog urinezuurgehalte daartoe in staat is. Duidelijk dient gezegd te worden: probenecide verlaagt de urinezuurspiegel en is onwerkzaam tegen de acute aanval; colchicine bedwingt de aanval maar wijzigt de bloedspiegel niet.

Literatuur: ARONOFF, A. en H. BARKUM (1961) Hyperuricemia and acute gouty arthritis precipitated by thiazide derivatives. *Canad. med. Ass. J.* **84**, 1181. — BEIJER, T. (1962) Invloed van chloorthiazide op het urinezuurgehalte van bloed en urine. *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2268. — BURGER, H. (1960) Een patiënt met decompensatio cordis en gewrichtsklachten. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2528. — OREN, B. G. en M. S. BELLE (1958) Chlorothiazide (Diuril) as a hyperuricacidemic agent. *J. Amer. med. Ass.* **168**, 2128.

Amsterdam, 24 november 1962 W. H. D. DE HAAS

Ad 1. Terecht merkt collega DE HAAS op, dat soms patiënten tijdens behandeling met chloorthiazide jichtaanvallen krijgen, zonder dat zij vroeger een dergelijke aanval hebben doorgemaakt; er moet echter bij vermeld worden dat dit zeldzaam is, en dat hetgeen collega DE HAAS stelt „dat men na toediening van chloorthiazide bij iedereen aanvallen van arthritis urica kan verwachten” wellicht te scherp is.

Bij de patiënt die OREN en BELLE (1958) hebben beschreven, bleek achteraf dat de patiënt vroeger een jichtaanval had gehad. Ook bij mijn beschreven patiënt (nr. 10) bleek pas na herhaald vragen dat hij vroeger reeds een dergelijke aanval had doorgemaakt.

Ad 2 en 3. Ook ik ben van mening dat colchicine het aangewezen middel is ter bestrijding van de acute jichtaanval en dat dit middel geen invloed heeft op de urinezuurspiegel van het serum. Het probenecide bij patiënt nr. 10 is dan ook niet gegeven om de acute aanval te bestrijden, maar om de invloed van dit middel op een door chloorthiazide verhoogd urinegehalte in het serum na te gaan. Helaas moest deze proef door hier niet ter zake doende redenen eerder worden afgebroken dan het plan was, waardoor wellicht ten onrechte de indruk werd gewekt, dat er werd getracht de aanval van arthritis urica met probenecide te bestrijden.

Literatuur: OREN, B. G. en M. S. BELLE (1958) Chlorothiazide (Diuril) as a hyperuricacidemic agent. *J. Amer. med. Ass.* **168**, 2128.

Amsterdam, 28 december 1962

T. BEIJER

AANHOUDEND VERHOOGDE BASALE TEMPERA- TUUR NA GEBRUIK VAN LYNDIOL

Het antwoord van collega DUPUIS op mijn ingezonden stuk (1962) heeft geen oplossing gegeven. De (on-)juistheid van

mijn hypothese — een vervroegde ovulatie op 15 juli door angst van de patiënte voor het onbekende van een betrekkelijk nieuwe methode met vérstreckende gevolgen — had in het onderhavige geval m.i. aangetoond kunnen worden door te letten op de ovulatieverschijnselen en de urine te laten onderzoeken op pregnandiol en F.S.H. Met mijn hypothese kunnen alle afwijkende verschijnselen verklaard worden en ook is deze hypothese niet zo heel onwaarschijnlijk, daar de ervaring heeft geleerd, dat de meeste klachten en afwijkingen zich voordoen bij de eerste cyclus. Collega DUPUIS heeft zelf met opzet niet naar een verklaring gezocht voor het abnormale verloop. Ik wil in het midden laten of dit standpunt medisch juist is geweest. Echter is het van groot praktisch belang, de oorzaak te weten van de verhoogde basale temperatuur op 15 juli en daarna, reden waarom ik op deze belangrijke kwestie terugkom.

Bij de orale anticonceptie geldt voor alle cycli van 3 tot 8 weken:

1. Het onderdrukken van de ovulatie door toediening van progestagene en oestrogene stoffen vóór de ovulatie, die plaats vindt tussen de 16e en 12e dag voor de te verwachten menstruatie.

2. Het innemen van één tablet 's avonds van de 5e t.m. 24e dag post menstruationem. Wil de orale anticonceptie succes hebben en zo normaal mogelijk verlopen dan is het dus noodzakelijk dat tijdig vóór de ovulatie met de kuur wordt begonnen. Bij de cycli van 26-30 dagen is dit het geval. Bij een cyclus van 21 dagen vindt de ovulatie plaats tussen de 5e en 9e dag na de menstruatie. Bij de korte cycli is de kans groot, dat de ovulatie niet of onvoldoende wordt onderdrukt met als gevolgen mislukkingen en (of) abnormaal verloop. Persoonlijk heb ik geen ervaring met deze korte cycli, maar het lijkt mij van groot belang, aandacht hieraan te schenken. Gaarne zal ik over eventuele ervaringen met deze korte cycli van andere collegae vernemen.

Mijn conclusie omtrent de betrouwbaarheid en de schadelijke werking van de anticonceptionele tabletten bij gezonde, evenwichtige vrouwen met een normale cyclus is gebaseerd op de uitgebreide statistieken van PINCUS, de I.P.P.F. (International Planned Parenthood Federation), MEARS, ECKSTEIN, SWAAB enz. en op mijn eigen ervaring. Evenals bij alle andere medicamenten zal er waarschijnlijk nooit een hormonpreparaat gevonden worden, dat door alle vrouwen even goed wordt verdragen.

Gezien de grote praktische betekenis zie ik nog met belangstelling de verklaring van de verhoogde basale temperatuur op 15 juli door collega DUPUIS tegemoet.

Literatuur: DUPUIS, P. J. F. (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2240 en 2512. — ECKSTEIN c.s. (1961) *Brit. med. J.* **II**, 1172. — MEARS, E. (1962) *Family planning*, jan. bl. 4; april bl. 6. — PINCUS, G. c.s. (1961) *Modern trends in endocrin.*, hfdst. 14. Butterworth's, Londen; (1958) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **75**, 1333; (1962) **79**, 758. — *Proceedings 6th Int. Conf. Planned Parenthood* (1959) I.P.P.F. Eccleston Sq. 69, Londen. — SWAAB, L. I. (1962) *Orale anticonceptie*. Bigot en van Rossum, N.V., Blaricum. — VOORN, J. M. VAN (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2512.

Groningen, 8 december 1962

J. M. VAN VOORN

ACCIDENTELE VACCINIA

De collegae BOTTER en DE FOCKERT (1962) behandelden een patiënt met accidentele vaccinia intraveneus met gammaglobuline. Deze mededeling dwingt mij voor de derde maal (zie MINKENHOF 1959; MINKENHOF e.a. 1961) in dit *Tijdschrift* erop te wijzen, dat men door deze handeling de uit-

gebroken ziekte niet kan beïnvloeden. Gammaglobuline is een prophylacticum, dat vroeg in de incubatieperiode (maximaal 7 dagen na de besmetting) enkele infectieziekten kan voorkómen of mitigeren. De werking is alleen duidelijk na infecties met mazelen-, hepatitis-infectiosa- en rodehondvirus, minder overtuigend na die met het poliomyelitis- en waterpokken-virus. Een therapeuticum is het niet. Zelfs de (hyper-immune) vaccinia-gammaglobuline (gemaakt van het bloed van vaccinia-reconvalescenten) kan een reeds bestaande vaccinia niet lichter doen verlopen. Prof. GISPEN (1960) zegt dan ook in zijn klinische les: „invloed op de reeds bestaande infectie” (vaccinia) „kan men daarom” (met vaccinia-gammaglobuline) „echter niet verwachten”.

Tenslotte zou ik hier nog aan willen toevoegen, dat intraveneus ingespoten gammaglobuline (in tegenstelling tot intramusculair toegediende) zeer toxisch kan zijn en dus te allen tijde moet worden ontraden (RHODES en VAN ROOYEN 1962).

Literatuur: BOTTER, A. A. en J. A. DE FOCKERT (1962) Accidentele vaccinia. *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2569. — GISPEN, R. (1960) Accidentele vaccinia. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2155. — MINKENHOF, J. E. (1959) Vaccinia van het oog. *Ned. T. Geneesk.* **103**, 1404. — MINKENHOF, J. E., J. R. PRAKKEN en F. DEKKING (1961) Diagnostiek van acute exanthematische ziekten. *Ned. T. Geneesk.* **105**, 2256. — RHODES, A. J. en C. E. VAN ROOYEN (1962) *Textbook of virology*, bl. 202.

Amsterdam, 23 december 1962 J. E. MINKENHOF

FIBROSE VAN DE LONG

Collega GROEN plaatst in zijn artikel over fibrose van de long (1962) enkele opmerkingen met betrekking tot silicose, die niet in overeenstemming zijn met onze dagelijkse ervaringen in het Instituut voor Longonderzoek voor de Steenkolenmijnindustrie en met die van gelijksoortige instituten in het buitenland. Ofschoon in de Nederlandse Ongevallenwet silicose wordt genoemd als een beroepsziekte van mijnwerkers, is het juist, de door de inademing van mijnstof ontstane longafwijkingen „antraco-silicose” te noemen of nog beter „pneumoconiose van de mijnwerkers”. Hierdoor zij aangegeven, dat de longafwijkingen bij de mijnwerkers niet gelijk zijn aan die van bv. zandstralers, tunnelbouwers, die stof van aanzienlijk hoger kwartsgehalte inademen.

De prognose van pneumoconiose van de mijnwerkers is, wat de validiteit betreft en quoad vitam beslist anders dan die van echte silicose, en veel minder ongunstig dan collega GROEN aanneemt. Bij een groot deel van de Nederlandse mijnwerkers met pneumoconiose (en vooral wanneer er geen massieve fibrose aanwezig is) vinden wij, dat de longafwijkingen geen vermindering van de longfunctie c.q. validiteit ten gevolge hebben; de prognose quoad vitam wordt in hoofdzaak bepaald door de ernst der longfunctiestoornissen. Collega GROEN interpreteert DE VRIES beslist onjuist, wanneer hij meent, dat laatstgenoemde stelt, dat silicose (in dit verband dus de pneumoconiose van de mijnwerkers) een ziekte is, waarbij bijna steeds bronchitische verschijnselen en emfyseem bestaan. DE VRIES (1958) concludeert uit zijn onderzoek, dat er goede argumenten zijn aan te voeren, dat een astmapredispositie een belangrijke betekenis heeft bij het ontstaan van de borstklachten van de mijnwerker, doch een duidelijke invloed van de antracosilicosegraad op de borstklachten heeft hij juist niet kunnen aantonen. Het ondergrondse milieu zou als een provocerende factor op de astmapredispositie kunnen werken. Wanneer borstklachten vóorkomen bij een ondergrondse mijnwerker met dergelijke predispositie, bij wie op de thoraxfoto geen of slechts zeer

dubieuze afwijkingen zichtbaar zijn, mag men medisch gezien niet stellen, dat deze klachten zeer waarschijnlijk niet met het beroep te maken hebben; wat de toepassing van de Ongevallenwet betreft, heeft men wel gelijk, omdat alleen een röntgenologisch duidelijke „silicose” voor schadeloosstelling in aanmerking komen (de diagnose „antraco-silicose” mag slechts gesteld worden, wanneer het röntgenbeeld duidelijk is, d.w.z. voor een ervaren onderzoeker „op het eerste gezicht”, dus na kortdurende waarneming, klaarblijkelijk is; als minimale afwijking moet een duidelijke nodulatie worden beschouwd; Rapport van de Medische Commissie Longaandoeningen Mijnwerkers, 1954). Over de preventie bij Nederlandse mijnwerkers met pneumoconiose heeft één onzer eiders gepubliceerd (HENDRIKS 1961).

Literatuur: GROEN, A. S. (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2327. — HENDRIKS, CH. A. M. (1961) *Silicose en longtuberculose bij arbeiders in de Nederlandse steenkolenmijnen*. Proefschrift Utrecht. — VRIES, K. DE (1958) Proefschrift Groningen.

Trebeek (L.), 31 december 1962 V. H. RUTGERS

CH. A. M. HENDRIKS

J. VAN ELK

MODERNE PSYCHOPHARMACA EN AUTOBESTUURDERS

Gaarne wil ik aansluiten op het commentaar (1962) over moderne psychopharmaca en autobestuurders, in die zin dat ik de aandacht vraag van de behandelende collegae voor diegenen onder hun patiënten die tot het personeel van de Nederlandsche Spoorwegen behoren en uit hoofde van hun functie rechtstreeks met de veiligheid van het treinverkeer te maken hebben.

In verband met die veiligheid is het voor de bedrijfsarts van de Nederlandsche Spoorwegen van bijzonder belang, ervan op de hoogte te zijn wanneer dit personeel de bedoelde psychopharmaca gebruikt, omdat de bedrijfsarts dan passende maatregelen kan nemen ten aanzien van de werkzaamheden. Gezien het bovenstaande zouden wij het erg op prijs stellen, indien behandelende collegae in dit soort gevallen in overleg zouden willen treden met onze bedrijfsarts ter plaatse in het belang niet slechts van hun patiënt maar ook van een veilig treinverkeer.

Gaarne wil ik verwijzen naar de publikatie van Dr. F. A. NELEMANS (1958).

Gezien het toenemend gebruik van psychopharmaca en het belang dat wij hieraan toekennen, hebben wij tevens aan de redactie van het *Geneeskundig Jaarboekje* verzocht, dit soort geneesmiddelen speciaal te kenmerken.

Literatuur: Commentaar (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2553. — NELEMANS, F. A. (1958) *Lijst van geneesmiddelen die automobilisten, zg. veiligheidspersoneel, piloten, enz. wel of niet tijdens hun werk kunnen gebruiken*. Van Gorcum & Comp. — G. A. HAK en Dr. H. J. PRAKKE, Assen.

Utrecht, 27 december 1962

P. J. E. HOVINGH,
Chef Afd. Medische Zaken
Nederlandsche Spoorwegen

VARIOLA EN VACCINATIE IN INDONESIË

Naar aanleiding van het referaat over „Variola en vaccinatie in Indonesië” (1962) meen ik het volgende te moeten opmerken. In dit referaat is een belangrijke schakel in de pokkenbestrijding in Nederlandsch Indië — nu dus Indonesië — over het hoofd gezien, waar gezegd wordt „met het stichten van het „parc vaccinogène” te Buitenzorg (thans Bogor) in 1879, dat later overging in het Instituut Pasteur te Bandoeng” enz.