

resp. gedepigmenteerde haarden. Bij pityriasis versicolor laten daarbij vrij veel, zeer fijne schilfers los, die men op een ander objectglas opvangt, en waarop men dan een druppel van een 10-30 pct kaliloog-oplossing brengt en daarop een dekglas legt. Na korte tijd kan men dan bij bekijken van het preparaat (zonder of met neergedraaide condensor) de *Malassezia furfur* als hoopjes ronde sporen en korte, gebogen draden, gemakkelijk vinden. Men kan deze schimmels niet kweken.

Door geregeld afwrijven met salicylspiritus of met ac. salicyl., ac. benzoic. $\bar{a}\bar{a}$ 2, spirit. keton 100, kan men meestal in korte tijd belangrijke verbetering verkrijgen, al herstellen de pigmentveranderingen zich natuurlijk vrij langzaam. Recidieven zijn niet zeldzaam. Griseofulvine is bij deze mycose geheel onwerkzaam.

INGEZONDEN

PAM EN PAM

Zoals de heer CREMERS (1964) opmerkt, wordt in *Algemene Farmacotherapie* van LAMMERS-NELEMANS-SIDERIUS, als afkorting van pyridine-2-aldoxine-methjodide aangegeven: P₂AM.

De kans op vergissing met PAM (procaïne-penicilline-alluminiummonostearaat) is door de weinig opvallende toevoeging nauwelijks geringer, terwijl de suggestie van overeenkomst in samenstelling blijft.

Heeft het gebruik van de afkorting PAM voor het bedoelde penicillinepreparaat voldoende zin?

Literatuur: CREMERS, H. P. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1953. — *Algemene Farmacotherapie* (1961) Onder redactie van W. LAMMERS, F. A. NELEMANS en P. SIDERIUS. L. Stafleu & Zoon, Leiden. — Redactie (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1774. — SLOOFF, J. P. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1639. — Vraag 38 (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1414.

Nijmegen, 30 september 1964

J. P. SLOOFF

De afkorting PAM voor het penicillinepreparaat is zó ingeburgerd, dat een ageren hiertegen gelijk zou staan met vechten tegen de bierkaai. Het is ook niet nodig (zie bl. 1774 van deze jaargang); er zijn stofnamen (generic names) voor de twee andere verbindingen die ook PAM genoemd worden: het antiparathion-middel heet pralidoxine, het cytostaticum heet melfalan.

Amsterdam, 14 oktober 1964

REDACTIE

BEHANDELING VAN ANAFYLACTISCHE REACTIES

De allergoloog die, ofschoon niet dagelijks, toch dikwijls in zijn praktijk geconfronteerd wordt met toestanden van anafylactische (en atopische) shock, is weinig bevredigd door het misschien theoretisch niet onjuiste, doch op de praktijk niet geheel afgestemde antwoord op Vraag No. 50 (1964). Met name moet hij bezwaar maken tegen het feit, dat het accent zo zwaar is komen te vallen op het toedienen van sympathicomimetica en dat pas in de laatste regels gezegd wordt dat het aanbeveling verdient een antihistaminicum (Sandosten-calcium) intraveneus toe te dienen.

Op onze polikliniek zien wij niet zelden toestanden van shock. Oorspronkelijk luidde ons voorschrift: onmiddellijk

adrenaline subcutaan inspuiten en direct daarna 1 ampul Sandosten-calcium intraveneus geven. Indien daarna niet vrij snel verbetering intreedt, moeten corticoiden intraveneus worden gegeven, eventueel gecombineerd met infusies van zoutsolutie, eventueel plasma, of bloed.

Langzamerhand bleek echter, dat wij de adrenaline gingen vergeten: wij zagen de meeste patiënten herstellen terwijl wij bezig waren het Sandosten-calcium (langzaam) in te spuiten. Hoewel wij ook nu nog de adrenaline niet goed achterwege durven laten, zijn wij op grond van onze praktijkervaring toch de meeste waarde gaan hechten aan de antihistaminica.

Op theoretische gronden is dit ook wel te begrijpen. Tijdens de shock produceren de bijniereen reeds zeer grote hoeveelheden adrenaline, zodat er nog grotere en zeker niet steeds onschuldige hoeveelheden sympathicomimetica nodig zijn om boven de reeds endogeen geproduceerde hoeveelheid nog effect te hebben. De laatste tijd huldigt men vrij algemeen de opvatting, dat de anafylactische shock voor het belangrijkste deel eigenlijk een histamine-intoxicatie is, ontstaan door het vrijkomen van histamine uit mestcellen en basofielen. Weliswaar komen er nog tal van andere stoffen vrij, doch deze hebben slechts ondergeschikte betekenis. Wat ligt er meer voor de hand dan te grijpen naar een spuit met een antihistaminicum erin?

Is het capillairsysteem door de histaminewerking zo doorgankelijk geworden dat grote hoeveelheden vocht (en eiwitten) uit de circulatie zijn verdwenen, dan is de volgende stap in de shockbehandeling natuurlijk het geven van infusies en transfusies.

Bij de behandeling van de anafylactische shock moet men geen tijd verknoeien met af te wachten of sympathicomimetica helpen, doch men moet onmiddellijk intraveneus Sandosten-calcium injiceren (of een ander inspuitbaar antihistaminicum). Ons inziens moet iedere huisarts dan ook steeds enige ampullen Sandosten-calcium (en een 10-ml-spuit) in zijn tas hebben.

Sandosten-calcium is een combinatie van Calcium-Sandoz en een antihistaminicum (thenalidinum). Het is mij gebleken, dat vele artsen de twee Sandozpreparaten nogal eens met elkaar verwarren. Het is waarschijnlijk dat de antihistamine-component het meest essentieel is. Experimenten hebben wij in dit opzicht echter niet durven nemen, wij hebben ons steeds tot het Sandosten-calcium beperkt. Van andere preparaten zonder calcium-toevoeging hebben wij dan ook geen ervaring.

Tenslotte nog een raad ter voorkoming van deze toestanden. Als men iemand die gemakkelijk anafylactisch reageert, een geneesmiddel moet geven en men is bevreesd voor nieuwe complicaties, dan is het raadzaam de patiënt een uur tevoren een krachtig modern antihistaminicum (bv. Sandosten-calcium of tripeleennamine) te laten innemen. Ook kan men volgens Besredka beginnen het geneesmiddel in refracta dosi toe te dienen, d.w.z. men geeft eerst een zeer kleine hoeveelheid, een half uur later wat meer en gaat zo door tot men de volle dosis heeft bereikt. Daarna kan de patiënt de gewenste hoeveelheid gewoon blijven innemen.

Heeft men een mogelijk anafylactogeen geneesmiddel gedurende enige tijd zonder bijverschijnselen gegeven en wil men het na onderbreking van een aantal dagen, weken of maanden opnieuw gaan toedienen, dan is er opnieuw shockgevaar.

Literatuur: Vraag No. 50 (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1638.

Leiden, 26 augustus 1964

R. VOORHORST