

Gedurende de afgelopen maanden heeft de Food and Drug Administration (1965) in de Verenigde Staten een toenemend aantal meldingen ontvangen over het voorkomen van niet-specifieke dunne-darmulcera met stenose bij patiënten die „enteric coated” kaliumchloride en een diureticum gebruiken. In verband hiermede werden door de autoriteiten in de Verenigde Staten een aantal maatregelen genomen met betrekking tot de aflevering (uitsluitend op recept) en het gebruiksvoorschrift (waarschuwingen) van kaliumzouten bevattende preparaten.

Het is bekend dat ook in Nederland gevallen van niet-specifieke dunne-darmulcera met stenose na het gebruik van kaliumchloride en diuretica zijn geconstateerd. Bij het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen werden enige meldingen ontvangen betreffende genoemde darmafwijkingen na gebruik van een „enteric coated” thiazide-diureticum en kaliumchloride bevattend combinatiepreparaat.

In verband met het bovenstaande, meent het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen, na overleg met de Hoofdinspecteur voor de geneesmiddelen, het College ter beoordeling van verpakte geneesmiddelen, alsmede met een aantal fabrikanten, het volgende onder uw aandacht te moeten brengen:

1. Het is zeer waarschijnlijk dat een hoge lokale concentratie van kaliumzouten ook bij de mens kan leiden tot al of niet met stenose gepaard gaande ulcera van de dunne darm.

2. Vooral het gebruik van „enteric coated” tabletten die kaliumchloride bevatten, blijkt te zijn geassocieerd met het voorkomen van genoemde letsels. De frequentie van de letsels is — gezien het totale gebruik van genoemde pharmacum — gering.

3. Het is niet uitgesloten dat ook met niet „enteric coated” kaliumchloride-tabletten (bv. dragees, capsules) lokaal in de darm een hoge kaliumconcentratie kan ontstaan.

4. Een sterk verdunde oplossing — die tijdens of onmiddellijk na de maaltijd wordt ingenomen — lijkt vooralsnog de veiligste vorm voor het toedienen van een kaliumzout. Tabletten kunnen vóór het gebruik worden opgelost in een voldoende hoeveelheid vloeistof.

5. Indien zich gedurende de therapie met kaliumzouten ernstige buikpijn, meteorisme, misselijkheid, braken of een maagdarmbloeding voordoet, dient deze therapie in verband met de kans op het ontstaan van bovengenoemde afwijkingen — zo mogelijk — onmiddellijk te worden gestaakt.

Literatuur: LINDHOLMER, B., E. NYMAN en L. RÄF (1964) Non-specific stenosing ulceration of the small-bowel. *Acta chir. scand.* **128**, 310. — BAKER, D. R., W. H. SCHRADER en C. R. HITCHCOCK (1964) Small-bowel ulceration apparently associated with thiazide and potassium therapy. *J. Amer. med. Ass.*, **190**, 586. — LAWRASON, F. D., E. ALPERT, F. L. MOHR en F. G. McMAHON (1965) Ulcerative-obstructive lesions of the small intestine. *J. Amer. med. Ass.* **191**, 641. — BOLEY, S. J., L. SCHULTZ, H. KRIEGER, S. SCHWARZ, A. ELGUEZABAL en A. C. ALLEN (1965) Experimental evaluation of thiazides and potassium as a cause of small-bowel ulcer. *J. Amer. med. Ass.* **192**, 93. — B. LINDHOLMER, B. en L. RÄF (1965) Non-specific stenosing ulceration of the small intestine. *Acta chir. scand.* **129**, 434. — Food and Drug Directorate (Canada), *Dear Doctor Letter*, April 6, 1965. — Food and Drug Administration (U.S.A.) *Federal Register*, April 24, 1965.

's-Gravenhage, 30 juli 1965

W. M. ROSINGA,
Inspecteur van de Volks-
gezondheid voor de genees-
middelen

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

WEL OF GEEN PREKLINISCHE CITROENZUUR-CYCLUS?

Collega GIEL pleit evenals ik voor een „kernopleiding” waarbij het onderwijs in de basisvakken niet eindigt bij het kandidaatsexamen, maar wordt voortgezet, hetzij bij het klinisch deel van het curriculum, hetzij bij de specialistenopleiding.

Een bijkomstigheid is, of de citroenzuur-cyclus wel of niet in de kernopleiding thuis hoort. M.i. wel, omdat het daarin vastgelegde principe kennis der biochemie is, die centraal staat voor de begripsvorming van de energiebalans. Ik neem aan dat ik het onderwijs van een bepaald neuro-fysiologisch mechanisme op het eerste gezicht niet belangrijk zou vinden voor de kernopleiding en collega GIEL wel. Waarmee ik slechts wil zeggen dat voor het opstellen van de inhoud van de kernopleiding samenspraak nodig is van degenen die het preklinisch onderwijs verzorgen, met de clinicus.

Literatuur: GIEL, R. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1503.

Leiden, 28 juli 1965

A. QUERIDO

HYPERTHYREOÏDIE EN SERUMCHOLESTEROL-GEHALTE

Dr. P. J. VAN DER SCHAAR (1965) vermeldt in zijn klinische les „Diagnostische moeilijkheden voortspruitende uit een niet onderkende gelaarverde vitale depressie” (bl. 1237, linker kolom, regel 11 v.o.): „De diagnose kon niet geheel bevestigd worden. Weliswaar wees het klinische beeld zoals zojuist is weergegeven, op hyperthyreoidie, maar het cholesterolgehalte van het bloed was niet toegenomen.”

Zo voort redenerende is dus de diagnose hyperthyreoidie waarschijnlijker als het cholesterolgehalte van het bloed wél is toegenomen. De literatuur (o.a. *Leerboek der Interne Geneeskunde* bl. 643) vermeldt echter dat bij hyperthyreoidie een laag cholesterolgehalte behoort.

Is hier ten onrechte het woord „niet” ingeslopen?

Literatuur: SCHAAR, P. J. VAN DER (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1233.

Lekkerkerk, 5 juli 1965

J. C. MUIJLWIJK

EEN PSYCHIATRISCH-GERIATRISCHE UNIT

De lezers krijgen wellicht een verkeerde indruk van het Noodziekenhuis „Zeeburg” te Amsterdam uit het artikel van collega ESSER (1965) doordat over dit ziekenhuis wordt gesproken als over een „opvangcentrum” in tegenstelling tot de Clara Stichting te Haarlem die een observatiekliniek voor bejaarden wordt genoemd.

Dit „opvangcentrum” echter heeft de volgende achtergrond: geopend op 12 maart 1956 met de bedoeling die bejaarde patiënten te observeren die door psychische stoornissen een probleem vormen voor de huisarts, de familie en (of) de gemeenschap. Overbodig te zeggen dat daartoe een psychiater aan de afdeling verbonden werd en de leiding kreeg. Voor kenners van de materie is het eveneens begrijpelijk dat een lichamelijke ziekte aanleiding kan geven tot psychische stoornissen, zodat ook een internist aan het paviljoen verbonden is. Het dagelijkse werk wordt verricht door een assistent in volle dienst. Beschikt kan worden over consulenten op elk ander specialistisch terrein. Laboratoriumonderzoek is uitvoerig mogelijk. Van de overledenen heeft meestal postmortaal onderzoek plaats.

Het aantal plaatsen in de kliniek bedraagt 38 (19 mannen en 19 vrouwen) waarvan echter vaak niet alle mannenbedden bezet zijn wegens personeelstekort.

Voorselectie van de opnemingen vindt plaats door de artsen van de Geriatrie Afdeling van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst. Deze komen wettelijk bijeen met de ziekenhuisartsen en het hoofd van de afdeling Geestelijke Hygiëne ter bespreking van de patiënten.

Therapeutische maatregelen en reactivering beginnen na de diagnostiek in het ziekenhuis.

Sedert medio 1958 is een daghospitaal aan de afdeling verbonden, waar bezigheidstherapie op vakkundige wijze wordt voortgezet bij daarvoor in aanmerking komende oud-patiënten.

Op deze wijze zijn sedert de opening 584 mannen en 887 vrouwen geobserveerd. De verpleegduren is afhankelijk van de mogelijkheden tot ontslag naar huis, naar pensiontehuis, verplegingsinrichtingen voor geestelijk gestoorde bejaarden en naar psychiatrische inrichtingen. Doordat in Amsterdam enkele inrichtingen in aanbouw zijn of in verbouwing zijn, is de opnemingsduur wel langer dan het ideaal van 5-6 weken, uiteenlopend in de opeenvolgende jaren van 57 tot 97 dagen, doch van een „verstopping” kan niet gesproken worden.

Onderstaande tabel geeft de patiëntenbeweging weer van enkele jaren, die wat ongunstiger zijn dan de beginjaren.

	1963		1964	
	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
Aantal opnemingen	90	77	85	71
1. Naar huis*	12(5)	14(9)	7(3)	12(7)
2. Pensiontehuis	3	2	5	4
3. Gemeenteziekenhuis voor operatie e.d.	7	6	3	3
4. Revalidatie-inrichting (Zonnestraal)	—	1	—	1
5. Verpleeginrichting voor psychisch gestoorde	80	47	52	35
6. Psychiatrische inrichting	3	1	1	3
7. Overleden	12	4	6	12

*Tussen haakjes de aantallen patiënten, verder onder toezicht van het daghospitaal.

Uit de tabel volgt, dat het aantal overleden patiënten geen overdreven grote rol speelt in de opnemingsmogelijkheden van de kliniek.

Het moge duidelijk zijn geworden dat ons het verschil tussen de punten 3 „opvangcentrum” en 4 „observatieafdeling” in het artikel van collega ESSER ontgaat, voorzover het betreft de observatie-kliniek „Zeeburg” voor gestoorde bejaarden te Amsterdam.

Literatuur: ESSER, P. H. (1965) *Ned. T. v. Geneesk.* 109, 1307.

Amsterdam, 17 juli 1965

M. C. MACKENZIE-VAN
DER NOORDAA
R. M. VAN DER HEIDE

BERICHTEN

BUITENLAND

Wereldberichten

Het wereldbevolkingsvraagstuk te Genève aan de orde gesteld. — Ook de redactie van *International Planned Parenthood News* van juli (bl. 1) vestigt de aandacht op het in mei jl. gewijzigde standpunt van de Wereldgezondheidsorganisatie. Onder het opschrift „WHO commits itself” herinnert zij eraan, dat de organisatie te Genève eerst in 1952, vervolgens in 1961, het Noorse voorstel, de medische aspecten

van „family planning” binnen haar gezichtskring te brengen, verwierp. Verscheidene landen hadden reeds bedreigd, bij aanneming van het voorstel hun lidmaatschap te beëindigen. Het initiatief van de Nederlandse delegatie, enkele maanden geleden genomen, werd goed ontvangen en met de vereende krachten van 13 landen in een aanvaardbare formule omgezet. Van groot belang was, dat de vertegenwoordiger van de Heilige Stoel, als „observer” bij de discussie aanwezig, zijn steun gaf. „He expressed approval of the proposal that WHO should carry out research into human reproduction and that countries should be able to get the best possible advice on the subject, provided that such advice was based on objective, scientific consideration.” Onverwachte steun gaf ook de Portugese delegatie: Als openbare gezondheidszorg betrokken is bij het probleem, zo meende zij, dan behoort het tot de taak van de Wereldgezondheidsorganisatie, aan de oplossing van het probleem mede te werken.

Internationale lijst van ziekte- en doodsoorzaken. —

De 999 categorieën van ziekte, letsel en doodsoorzaken zijn in de vorige maand opnieuw herzien. De voorlaatste herziening dateert van 1955. Ditmaal heeft men in het bijzonder aandacht gegeven aan een aantal in de jongste tijd meer op de voorgrond tredende categorieën: ziekten van hart en vaten, kanker, ongevallen, stoornissen van geest en zenuwstelsel, stofwisselingsziekten, huidziekten enz. De intermediaire lijst (150 categorieën) en de verkorte lijst (50 categorieën) werden tevens herzien. Te dezer gelegenheid past het, JACQUES BERTILLON te gedenken, die de eerste classificatie van de doodsoorzaken in 1893 aan het Internationale Instituut voor Statistiek voorlegde. De classificatie van de ziekte-oorzaken dankt men aan de Wereldgezondheidsorganisatie. (*WHO Press*, 7 juli.)

Engeland

Invoer van ziekte door immigranten. — Het gebrekkige hygiënische toezicht dat de regering op de immigranten uitoefent, is voor de British Medical Association een blijvende ergernis. Thans heeft een werkgroep van de artsenvereniging een nieuw denkbeeld in studie genomen: verplichte geneeskundige keuring van de immigrant vóór zijn vertrek uit het land van herkomst. (*Med. News*, 9 juli, bl. 1.)

Weerstandskas. — Te Birmingham heeft zich een „Action group of doctors” gevormd tot het bijeenbrengen van een *Medical Practice Freedom Fund*, „for safeguarding the livelihood of general practitioners who resign from the National Health Service, so that they are not penalized for their courageous action. The object of the fund is stated to be to guarantee to each resigned doctor sufficient to prevent hardship in the form of an interest-free loan, to be drawn upon if needed. All non-resigning doctors, including consultants, are invited to subscribe £ 5 or multiples of £ 5 a month to form an unsecured temporary loan. The period of the loan is not expected to last more than two years”. De groep beschouwt zulks als een gewetenszaak voor alle artsen „to ensure that their (those who have resigned or are about to resign) readiness to sacrifice themselves is not dismissed as a futile gesture”. (*Brit. med. J.*, suppl. 10 juli, bl. 27.)

Farmer's lung. — Sinds 21 juni is de land-, tuin- en bosarbeider verzekerd tegen de gevolgen van „farmer's lung”. Naar aanleiding hiervan geeft de *British Medical Journal* van 10 juli (bl. 59) een redactioneel artikel over deze beroepsziekte die sedert enkele tientallen van jaren de aandacht