

de aanval en verdediging verstoord wordt. De lokale factoren zijn dikwijls gemakkelijker en effectiever te bestrijden dan de algemene, zodat het verstoorde evenwicht vaak hersteld kan worden door het elimineren van lokale prikkels en het versterken van het plaatselijke verdedigingsmechanisme.

Het onderzoek houdt zich, behalve met de klinische verschijnselen, vooral bezig met bacteriologische en fysiologisch-chemische kanten van de plaque en met immunologische technieken.

Ten slotte mag opgemerkt worden dat het toedienen van medicamenten bij de behandeling betrekkelijk zinloos is, indien tegelijkertijd de hierboven genoemde lokale behandeling niet wordt uitgevoerd.

Langdurig gebruik van antibacteriële middelen moet worden afgeraden en blijkt niet het beoogde effect te sorteren.

NEFRECTOMIE BIJ PATIËNTEN MET EEN GEMETASTASEERD HYPERNEFROOM

Vraag Nr. 2. Bestaat er enige aanleiding tot het verwijderen van een nier waarin men een hypernefroom verwacht, wanneer er bij de patiënt met zekerheid (bv. door positieve proefexcisie) of waarschijnlijk (bv. op de röntgenfoto van de thorax) metastasen zijn aangetoond?

Met andere woorden: is er van de verwijdering van de primaire tumor enige remmende invloed te verwachten op de groei van metastasen?

Antwoord. EVERSON en COLE (1966) beschrijven in hun overzicht over spontane remissie-gevallen bij lijders aan maligne afwijkingen 33 gevallen van spontane remissie bij grawitz-tumoren; het betreft hier de grootste groep onder de verzamelde remissiegevallen.

Bij 23 patiënten werd een remissie waargenomen na nefrectomie. Het is echter onduidelijk of hier post aut propter moet worden tussengevoegd. Goed gedocumenteerde gevallen waarbij het tijdstip van het begin van de regressie exact samenvalt met de nefrectomie — hetgeen dus een serie van foto's op verschillende tijdstippen vóór de operatie, naast de serie foto's na de operatie vereist — zijn er eigenlijk niet. Meestal is er maar 1 foto van vóór de operatie.

Goed gedocumenteerd zijn ook de ziektegeschiedenissen van 6 patiënten bij wie na een nefrectomie eerst een toeneming en pas later een regressie van de metastasen is waargenomen. Ook zijn enkele gevallen beschreven waarbij een regressie van een niertumor zelf is beschreven. Mogelijk zijn hormonale veranderingen in de patiënt van grotere invloed bij het ontstaan van een tumorregressie, dan het al of niet aanwezig zijn van de primaire tumor (zie ook BLOOM 1964).

Een nefrectomie is echter in de bedoelde gevallen van niertumoren met metastasen niet beslist gecontra-indiceerd en kan bv. van groot nut zijn om een hematurie te doen stoppen, of een hinderlijke zwelling te verwijderen. Ook de pathologisch-anatomische gegevens die op deze wijze worden verkregen zijn uiteraard van belang.

De waarnemingen van EDWARDS (1966) uit het St. Bartholomews Hospital in Londen, bieden wellicht steun aan de opvatting dat nefrectomie bij het op gang brengen van een remissie een oorzakelijk moment kan zijn. In de publikatie van EDWARDS wordt gesuggereerd, dat de mate van een eventuele natuurlijke afweer (host-resistance) tegen tumorgroei afhankelijk is van de hoeveelheid aanwezig tumorweefsel. Het wegnemen van een grote tumormassa juist op het tijdstip dat de „host-resistance” wordt opgebouwd, zou deze resistance vrijmaken om overige kleine tumorhaarden in het lichaam te vernietigen.

Zou de grote tumormassa (de primaire tumor) blijven bestaan, dan raakt de „host-resistance” na enige tijd weer uitgeput. Het betreft hier proeven, waarbij gewichten werden gemeten van organen van het reticulo-endotheliale apparaat, terwijl tevens een histologische studie van deze organen (thymus, milt en lymfeklieren) werd gemaakt.

Een uitvoerige lijst van de recente literatuur omtrent alle goed gedocumenteerde gevallen van regressies van metastasen van niertumoren (al of niet na operatie) vindt men in het genoemde boekje van EVERSON en COLE. Dit boek is objectiever en vollediger dan het ook zeer recente boek van BOYD, dat eveneens over de spontane remissie handelt.

Literatuur: BLOOM (1964) *Tumors of kidney and ureter*, bl. 311. — EDWARDS (1966) *Brit. J. Surg.* **53**, 874. — EVERSON en COLE (1966) *Spontaneous regression of cancer*. Philadelphia.

INGEZONDEN

SNELLE SEDERING BIJ OPWINDINGSTOESTANDEN

De vraag nr. 39 (1966) is door de redactie beantwoord op een wijze, die helaas niet geheel mijn instemming heeft.

De opmerkingen over pentothiobarbital (Pentothal) bij ernstige acute opwindingsstoelstanden wens ik slechts te onderstrepen. Daarnaast moet mij van het hart, dat pentothiobarbital in de behandelkamer van de psychiater een zeer waardevol middel kan zijn. De ingeklemde affecten, die vaak neurotische symptomen veroorzaken, kunnen tijdens een pentothiobarbitalroes via de beleving hun pathologische werking verliezen. Deze methodiek is een vorm van korte psychotherapie, die bij patiënten met niet-geïnveteerde traumatisch-neurotische en angstneurotische verschijnselen haar bestaansrecht ruimschoots bewezen heeft.

De afgelopen 14 jaar heb ik meer dan 1000 pentothiobarbitalroesjes toegediend, en er nooit enige onaangename complicaties van gezien. De in de literatuur beschreven broncho- of laryngospasmus bestrijd ik door een premedicatie in de vorm van een tablet met $\frac{1}{4}$ mg atropini sulfas. Ik verdun de pentothiobarbital door op 500 mg 20-30 ml aqua bi-distillata (pyrogeenvrij) te gebruiken. Lokaal weefselversterf, indien naast het vat geprikt wordt, wordt hierdoor bestreden. Een zuurstofkoffer en slijmzuiger, die natuurlijk aanwezig zijn, heb ik nooit hoeven te gebruiken. Indien de patiënt niet meer kan antwoorden op gestelde vragen, stop ik de toediening. Ademhalingsstilstand heb ik nooit waargenomen. De stof wordt langzaam, d.w.z. 2 ml per minuut, ingespoten. Verder acht ik het van groot belang, dat de patiënt tevoren uitvoerig wordt ingelicht over wat er gaat gebeuren. Een agressieve benadering lijkt mij onverantwoord.

Volgens mij is het dan ook, bij goede voorbereiding en indicatie, wél verantwoord, penthothiobarbital bij de psychiater thuis toe te dienen. Men zorg voor een goede begeleiding van de patiënt, wanneer hij ongeveer twee uur na de injectie het huis verlaat.

Een tweede punt is het vraagstuk van de hospitalisatie. Afgezien van de praktische bezwaren die overvolle psychiatrische klinieken opleveren, is het voor de patiënt in vele gevallen een zegen als een opname voorkómen kan worden, ook bij opwindingsstoelstanden.

Het is jammer, dat de redactie het allerbeste sederingsmiddel niet heeft genoemd, nl. de dokter zelf.

Literatuur: Vraag Nr. 39 (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2054.
Amsterdam, 13 november 1966 H. MUSAPH

In het antwoord op Vraag Nr. 39 (1966) wordt o.a. aanbevolen de intramusculaire injectie van een cocktail, bestaande uit chloorpromazine, fenobarbital en promethazine. Bij menging van deze drie stoffen ontstaat echter een in het zure milieu neerslaand, de zuiger immobiliserend barbituurzuurderivaat, dat in enkelvoudige injectiepreparaten angstvallig in alkalisch milieu in oplossing wordt gehouden.

Literatuur: Vraag Nr. 39 (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2054.
Bennekom, 13 november 1966 W. M. HAASBROEK,
klin. apotheker

Onze adviseur beantwoordde beide bovenstaande ingezonden stukken als volgt:

In vraag 39 was alleen het gebruik van penthothiobarbital (Pentothal) als sedativum bij acute opwindingsstoelstanden in het geding en niet de betekenis van dit middel voor de narco-analytische behandeling. De vraag werd dan ook in deze zin beantwoord.

Collega MUSAPH merkt op, dat het bij een goede voorbereiding en indicatie wel verantwoord is, Pentothal bij de psychiater thuis te geven. Ik ben het met zijn opvatting eens, meen echter dat bij acute opwindingsstoelstanden aan deze voorwaarden veelal niet kan worden voldaan. Immers:

1. De tijd voor het geven van premedicatie ontbreekt.
2. De acute opwindingsstoestand wordt gewoonlijk ten huize van de patiënt behandeld en niet in de spreekkamer van de psychiater. Dit houdt in:
3. dat mogelijkheden tot beademing en tot het afzuigen van slijm meestentijds zullen ontbreken, en over deze mogelijkheden moet men per se kunnen beschikken, wil het gebruik van Pentothal verantwoord zijn.

Het is daarom, dat ik Pentothal, buiten de kliniek, geen geschikt middel vind voor de behandeling van acute opwindingsstoelstanden.

De potentiële sedatieve hoedanigheden van de geneesheer, tenslotte, sla ik hoog aan. Bij de beantwoording van de onderhavige vraag ben ik er echter van uitgegaan, dat de vraagsteller doelde op het stadium waarin pogingen tot verbale kalmering hebben gefaald.

Ik ben de apotheker HAASBROEK dankbaar, dat hij mij op een omissie attent heeft gemaakt. Inderdaad mogen de drie componenten van de „cocktail” niet zonder meer worden vermengd. Chloorpromazine (Largactil) en promethazine (Fenergan) kunnen zonder bezwaar in één spuit worden opgezogen. Voor fenobarbital (Luminal) moet, apotheker HAASBROEK wijst hier terecht op, een aparte spuit worden gebruikt.

November 1966

BOEKAANKONDIGINGEN

Kompendium der prä- und postoperativen Therapie. Onder redactie van Th. O. LINDENSCHMIDT en E. CARSTENSEN. 452 bl., 70 fig., 16 tabellen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1966. Prijs: geb. DM. 49.

Dit boekje bevat een zeer grote hoeveelheid goed gerangschikte en daardoor gemakkelijk toegankelijke feiten. Het heeft vooral dan de meeste waarde, als men voor onverwachte situaties komt, die een snelle oriëntering over een gebied dat niet tot de dagelijkse routine op een afdeling hoort, noodzakelijk maken. Een uitvoerige beschrijving van maatregelen bij allerlei ongevallen is dan ook goed op haar plaats, evenals een overzicht van de maatregelen die men moet nemen bij hemorrhagische diathesen.

Het aan de anesthesie gewijde gedeelte is minder bondig en ook minder exact dan de rest. Vooral het ontbreken van een waarschuwing om niet een narcose in te leiden, alvorens men zich op de hoogte heeft gesteld, welke geneesmiddelen de patiënt heeft gebruikt, is een lacune. Beslist storend is de raad, hypertensiepatiënten met reserpine te behandelen. Bij de shockbestrijding wordt te veel aandacht gegeven aan de behandeling met noradrenaline e.d.

In een apart hoofdstuk wordt ingegaan op de zo noodzakelijke overzichtelijke optekening en verwerking van gegevens in de status.

E. A. VAN SLOOTEN

K. HASSELBACHER, *Das Harnsteinleiden in seiner Bedeutung für die praktische ärztliche Tätigkeit.* (Medizinische Praxis, Band 41). 183 bl., 91 fig. Verlag Theodor Steinkopff, Dresden, Leipzig 1966. Prijs: DM. 32.

Hoewel de ontwikkeling van kennis van het steenlijden in de urinewegen niet stormachtig is te noemen, biedt ze toch bepaald geen statisch beeld. In dit boekje wordt op beknopte wijze het gehele gebied van het steenlijden beschreven. De moderne gezichtspunten van de samenstelling en ontstaanswijze, de diagnostiek en behandeling, zowel chirurgisch als medicamenteus, van stenen in nier, ureter, blaas en prostaat worden in het kort geschetst. De vele foto's verduidelijken de tekst.

Door de beknoptheid heeft het werk ook zijn beperkingen; vele problemen — zoals de behandeling van koraalstenen — worden niet genoemd. Wie echter een algemeen overzicht wil hebben van dit gebied, komt met dit boekje zeer goed uit.

W. A. MOONEN

Haemoglobinopathies and allied disorders. (WHO, technical report series, No. 338). Report of a WHO Scientific Group. 40 bl. World Health Organization, Genève 1966. Prijs: ingen. 5 sh; \$ 1,00; Zw.fr. 3. (ook verkrijgbaar in het Frans en Spaans).

Dit rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie geeft een korte samenvatting van de voornaamste gegevens die op het ogenblik bekend zijn betreffende hemoglobinopathieën en glucose-6-fosfaat-dehydrogenase. Het boekje besteedt bijzondere aandacht aan de relatie van de malaria tot deze groep aandoeningen. Dit is begrijpelijk, daar het wel in de eerste plaats werd geschreven voor de Gezondheidsdiensten in de landen waar deze aandoeningen veelvuldig voorkomen; dit zijn tevens steeds gebieden waar tot voor kort ook malaria een gezondheidsprobleem van de eerste orde was.

J. H. P. JONXIS