

had hoegenaamd geen invloed op aantallen getelde salmonella's. Werd echter het karmijnrood eerst bevochtigd tot een relatieve vochtigheid van 0,85, dan liep de salmonella-concentratie door een zelfde verhitting sterk terug: vóór de verhitting leverden de tellingen een gemiddelde van 26 m.o./mg op, na bevochtiging plus verhitting kon in drie monsters van 10 gram geen salmonella meer worden aangetoond. Dit betekent een reductie met een factor van ten minste $2 \cdot 10^5$. Als conclusies zouden wij willen formuleren:

1. dat het geheel onverantwoord is, karmijnrood zonder bacteriologische controle te gebruiken;

2. dat het door bovengenoemde verhittingsmethode na bevochtiging mogelijk is, een belangrijke reductie in de salmonellatellingen te verkrijgen;

3. dat ook het vermelde onderzoek, zoals bij salmonella-onderzoek gebruikelijk, geen volledige garantie kan geven, dat het materiaal vrij is van salmonella.

Wij zouden willen aanbevelen, de eis te stellen dat deze en soortgelijke materialen na een behandeling ter decontaminatie bv. gamma-bestraling, niet meer dan één salmonella-bacterie per kg mogen bevatten.

Literatuur: Referaat (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 365. — *Morbidity and Mortality* (1966) **15**, 282, 415. — MOSSEL, D. A. A. (1963) *Ann. Inst. Pasteur* **104**, 551.

Utrecht } 21 april 1967
Zeist }

R. P. MOUTON
A. C. M. VINGERHOEDS
D. A. A. MOSSEL

zoveel mogelijk te voorkomen en dextran 40 uitsluitend toe te dienen aan patiënten bij wie „een flow improver” geïndiceerd is, die goed gehydriseerd zijn, en bij wie liefst tegelijkertijd een osmotisch diureticum, bv. in de vorm van mannitol toegediend wordt (indien althans daartegen geen contra-indicatie bestaat!).

Desondanks blijve men op zijn hoede als er oligurie ontstaat.

Literatuur: BERGENTZ, S. E., T. FALKHEDEN en S. OLSEN (1965) *Ann. Surg.* **161**, 582. — BOER, H. H. M. DE (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 675. — DANIEL, W. J., S. D. MOHAMED en N. A. MATHESON (1966) *Lancet* **I**, 567. — GRACEY, L. (1966) *Reports of Symposium on Rheomacrodex I*, 50. — HULME, B. en L. J. LAWSON (1966) *Brit. med. J.* **II**, 1455. — LANGSJOEN, P. H. (1965) *Angiology* **16**, 148. — MAILLOUX, L. U., R. L. CAPIZZI, C. D. SWARTZ, G. ONESTI, O. RAMINEZ, en A. N. BREST (1966) *Proc. third int. Congr. Nephrol.* **II**, 235 (ter perse). — MORGAN, T. O., J. M. LITTLE en W. A. EVANS (1966) *Brit. med. J.* **II**, 737. — NIALL, J. F. en J. C. DOYLE (1966) *Lancet* **I**, 817. — NIALL, J. F. en J. C. DOYLE (1966) *Proc. third int. Congr. Nephrol.* **II**, 248 (ter perse). — WILKINSON, R. (1966) *Reports of Symposium on Rheomacrodex II*, 21. — WILKINSON, R., T. S. MUCKLE en D. N. S. KERR (1965) *Proc. E.D.T.A.* **2**, 320.

Amsterdam, 20 april 1967

W. DRUKKER

DEXTRAN EN ACUTE NIERINSUFFICIËNTIE

Collega DE BOER (1967) vergelijkt in zijn artikel het teweegbrengen van ernstige iatrogene complicaties met het beschieten van eigen troepen tijdens oorlogshandelingen door verkeerde berekeningen of informaties. Hij brengt echter zelf geschut in stelling, dat eigen troepen zou kunnen treffen.

Eén van zijn patiënten, met een ileus-achtig syndroom — dat door hem toegeschreven werd aan een intramurale darmbloeding, veroorzaakt door acenocoumarol — heeft hij naar aanleiding van een artikel van DANIEL, MOHAMED en MATHESON behandeld met dextran 40. Hij merkt daarbij op: „hoewel van enig resultaat van dextran 40 bij onze patiënte niet gesproken mag worden, zijn er weinig bezwaren tegen het gebruik hiervan aan te voeren”.

Het artikel van DANIEL e.a. heeft Dr. DE BOER niet goed gelezen: hun patiënt kreeg na toediening van dextran 40 een acute nierinsufficiëntie, waarvoor hij driemaal gedialyseerd moest worden. Genoemde auteurs citeren een tweetal publikaties waarin 5 patiënten beschreven worden, die acute nierinsufficiëntie kregen na toediening van dextran 40. Zij zelf twijfelen aan een etiologisch verband. Waarschijnlijk zou echter Dr. DE BOER bij verdere bestudering, o.a. van de door DANIEL e.a. opgegeven literatuur, zijn opmerking dat er weinig bezwaren tegen het gebruik van dextran 40 aan te voeren zijn, achterwege hebben gelaten.

Van verscheidene kanten wordt thans aangenomen dat toediening van dextran 40 in de door collega De Boer opgegeven dosering wel degelijk ernstige acute nierinsufficiëntie kan veroorzaken, waarschijnlijk door terugresorptie van het dextran in de proximale tubuli, met zwelling van de tubuluscellen en vernauwing, c.q. obstructie van de lumina. Er zijn thans 29 gevallen in de literatuur beschreven, hetgeen natuurlijk niet impliceert dat er niet méér zijn voorgekomen, c.q. zijn waargenomen. Een literatuurlijstje volgt hieronder.

Ofschoon „post aut propter” altijd een moeilijk probleem is, lijkt het mij wenselijk, de „beschieting van eigen troepen”

Wie kaatst moet de bal verwachten. Na de voordracht van collega DRUKKER tijdens het symposium over brandwonden op 7 april jl. in het St. Lucas Ziekenhuis te Amsterdam, verwachtte ik een reactie van hem.

Collega DRUKKER heeft gelijk, te wijzen op de gevaren van het gebruik van dextran 40. DANIEL e.a. wijzen inderdaad op het mogelijke verband tussen het ontstaan van oligurie en het toedienen van dextran 40. Zij stellen, m.i. terecht, dat „the aetiological factors of acute oliguric renal failure in any particular patient are often obscure and Dextran 40 is often used in patients who, by the nature or severity of their antecedent illness, are liable to develop renal failure.”

Ook onze patiënte was in een zeer slechte algemene toestand. Welk geschut wij hier ook in stelling gebracht zouden hebben — operatieve dan wel conservatieve therapie — met ongewenste complicaties moest ernstig rekening gehouden worden.

Doen er zich complicaties voor, dan is het niet steeds met zekerheid uit te maken, welke handeling hiervoor verantwoordelijk gesteld moet worden. Blijven complicaties uit, dan is daarmee ook niet het gunstig effect van één van de vele therapeutische maatregelen bewezen. Vandaar de zin „hoewel van enig resultaat van dextran 40 bij onze patiënte niet gesproken mag worden”. Met de toevoeging „er zijn weinig bezwaren tegen het gebruik hiervan aan te voeren” heb ik het mijzelf onnodig moeilijk gemaakt. Er zijn waarschijnlijk wel bezwaren aan te voeren en wellicht zelfs weinig voordelen. Collega DRUKKER verzwakt zijn betoog echter door te stellen „dextran 40 uitsluitend toe te dienen aan patiënten bij wie „een flow improver” geïndiceerd is, die goed gehydriseerd zijn en bij wie liefst tegelijkertijd een osmotisch diureticum (mannitol) toegediend wordt. Desondanks blijve men op zijn hoede als er oligurie ontstaat.”

Bij onze patiënte was een „flow improver” lokaal in de darm geïndiceerd. Bij haar deed zich geen oligurie voor. Mannitol-toediening was dan ook naar onze mening niet nodig. Mannitol zal overigens de zwelling van de tubulus-

cellen door terugresorptie van het dextran niet kunnen tegen gaan.

De moraal zou kunnen zijn: Dien alleen op strenge indicatie een geneesmiddel toe en ken de mogelijke complicaties van het gebruik ervan.

Ook acenocoumarol geeft complicaties. Het artikel besprak één van deze complicaties. Het was niet mijn opzet, het gebruik van acenocoumarol alleen hierom te ontraden.

Rotterdam, 25 april 1967

H. H. M. DE BOER

GEVAREN VAN PSYCHOPHARMACA

Hoewel ik besef dat in een farmacotherapeutisch overzicht niet naar volledigheid kan worden gestreefd, zou ik naar aanleiding van het Farmacotherapeutisch Overzicht betreffende Psychopharmaca (1967) enkele kanttekeningen willen maken:

1. Afgezien van de bezwaren, die de samenstellers van het overzicht waarschijnlijk wel zullen delen: het werkings-effect, resp. de bijwerkingen van pharmaca pseudo-kwantitatief uit te drukken in +, ++ en +++, rijst de vraag, of het de bedoeling van de auteurs was, dat uit tabel II gelezen kan worden, dat het antipsychotisch effect van dixyrazine (Esucos) vergelijkbaar is met dat van levomepromazine (Nozinan) en dat dit blijkbaar geringer is dan van chloorpromazine (Largactil)? Zijn van levopromazine geen hepato- resp. hematotoxische effecten bekend?

2. Ten aanzien van reserpine wordt gewezen op vrij ernstige bijwerkingen. Twee daarvan kunnen, mijns inziens, gezien de eventueel dodelijke complicaties, nog steeds niet voldoende onder de aandacht worden gebracht:

a. het uitlokken van ernstige depressies bij daartoe gepredisponeerde personen, soms leidend tot suicide(-pogingen), waar ook o.a. REGENSBURG (1961) op heeft gewezen;

b. per- en postoperatieve complicaties ten gevolge van ernstige bloeddruk daling, doordat rauwolfia-derivaten het gehalte aan catecholaminen in het lichaam, met name in de wand van de arteriolen, sterk verminderen (ZIEGLER en LOVETTE 1961; GARNER en GERTSCH 1963). Wegens de langzame uitscheiding van rauwolfia-derivaten, moet men de toediening van deze stoffen bij voorkeur reeds tien dagen voor de operatie staken, hetgeen in de praktijk vanzelfsprekend niet steeds te verwezenlijken is.

3. Aangezien dit in het geheel niet wordt vermeld, is het blijkbaar nog steeds zo, dat de in feite meest voorkomende en gevaarlijkste complicatie van neuroleptica: trombose, c.q. trombo-embolie, ook de meest onderschatte is, iets waar KRANZ en HENRICH (1964) op hebben gewezen, en dat ook overeenkomt met onze eigen ervaring. Volgens laatstgenoemde auteurs is het zelfs zo, dat, zonder profylactische maatregelen, die worden geadviseerd bij o.a. slaapkuren en bedlegerige geriatrische patiënten, 3 pct van de met neuroleptica behandelde een klinisch manifeste trombose, resp. trombo-embolie zouden krijgen, in één op de zes gevallen met dodelijk gevolg.

Literatuur: GARNER, B. en R. GERTSCH (1963) *Schweiz. med. Wschr.* **93**, 644; Referaat (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 1453. — KRANZ, H. en K. HENRICH (1964) *Begleitwirkungen und Misserfolge der psychiatrischen Pharmakotherapie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. — Psychopharmaca (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 549. — REGENSBURG, A. C. (1961) *Ned. T. Geneesk.* **105**, 2217. — ZIEGLER, C. H. en J. B. LOVETTE (1961) *J. Amer. med. Ass.* **176**, 11; Referaat (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 599.

Rotterdam, 17 april 1967

J. WAAGE

De ingezonden mededeling van Dr. WAAGE biedt de commissie de gelegenheid, er nog eens op te wijzen dat de Farmacotherapeutische Overzichten in de eerste plaats bedoeld en geschreven zijn voor de medicus practicus. Dat de specialist hierin zekere aspecten zal missen, ligt voor de hand, en blijkt uit deze kanttekeningen.

De behandeling van bedlegerige, geriatrische patiënten met neuroleptica, en het instellen van een slaapkuur met neuroleptica zal toch veelal door een specialist geschieden, van wie wij mogen aannemen dat hij op de hoogte is van de te treffen profylactische maatregelen. Hetzelfde geldt voor de per- en postoperatieve complicaties bij patiënten die tevoren rauwolfia-alkaloïden hebben gebruikt, een onderwerp, waarover tegenwoordig toch wel wat genuanceerder wordt gedacht dan enkele jaren geleden.

Het gebruik van reserpine als bloeddrukverlagend middel daarentegen behoort tot het gebied van de medicus practicus. Daarom is psychische depressie als bijwerking wél genoemd in het overzicht betreffende de bloeddrukverlagende middelen, waarheen bij de bespreking van reserpine in het overzicht Psychopharmaca (bl. 552) werd verwezen.

De commissie kan de bezwaren inzake de tabel wel meevoelen; zij heeft echter niet méér beoogd, dan op deze eenvoudige wijze enigermate een indruk te geven van de kwantitatieve verschillen in therapeutische effecten en bijwerkingen.

's-Gravenhage, 28 april 1967 Documentatiecommissie
voor Farmacotherapie Kon.
Ned. Mij ter Bevordering
der Pharmacie

BERICHTEN

BUITENLAND

Denemarken

Elektronisch ziekenhuis. — *Medical News* van 14 april (bl. 5) geeft het korte verslag van een computer-demonstratie, gehouden in een wijkziekenhuis te Kopenhagen. Deze inrichting mag zich vleien met het denkbeeld, waarschijnlijk het eerste elektronische ziekenhuis in Europa te zijn. Eerst gaf men een willekeurig nummer van een niet bestaande patiënt, dat de machine prompt beantwoordde met „there is no patient registered under this number”. Even vlot reageerde ze op een actueel nummer met naam, leeftijd, geslacht, pols, ademhaling en bloeddruk . . . maar meer was haar nog niet toevertrouwd.

Duitsland

Uitkomsten van tien jaar lijkopeningen. — In een periode van tien jaar werden in de medische kliniek van het stedelijk ziekenhuis te Landshut ongeveer 44.000 zieken behandeld; van hen stierven 2337; bij 1132 kon lijkopening worden verricht. De uitkomsten werden in drie groepen verdeeld. Groep I (bevestiging van de klinische diagnose) omvatte 52 pct; groep II (uitbreiding van de klinische diagnose) omvatte 38 pct (vooral tumoren); groep III (verkeerde diagnoses) omvatte 10 pct. Een belangrijk gedeelte van laatstgenoemde groep wijt men aan „Nichtdarandenken”. Dit komt niet zo zelden voor bij patiënten die reeds verscheidene malen in de kliniek waren opgenomen en bij wie de éénmaal gestelde diagnose niet werd losgelaten. Boven aan de lijst van groep III staan tumoren, septische processen, miliaire tuberculose en vaatziekten. (*Dtsch. med. Wschr.*, 14 april, bl. 733).