

- JOHANSSON, A., M. PALM en B. MELANDER (1960) Determination of ABOB in biological material. *Conference on ABOB and Flumidin*, bl. 93. Stockholm, Oct. 28th.
- KAJI, M., S. KAMIYA, E. TATEWAKI, Z. NAGAFUCHI en N. TUJIWARE (1966) Effect of N', N'-anhydrobis-(β -hydroxyethyl) biguanide (ABOB) against adenovirus. *Chemotherapy* **14**, 66.
- LIU, P. C. en C. G. ENGLE (1960) The effect of N', N'-anhydrobis-(β -hydroxyethyl) biguanide (ABOB) against influenza virus in chick embryo. *Conference on ABOB and*

- Flumidin*, bl. 16. Stockholm, Oct. 28th.
- MELANDER, B. (1960) N', N'-anhydrobis-(β -hydroxyethyl) biguanide (ABOB) in prophylaxis and suppression of experimental influenza. *Antibiot. Chemother.* **10**, 34.
- STENKULA, F. (1959) Resultate einer Behandlung von Influenza, Typ B. mit N', N'-anhydrobis-(β -oxiäthyl) biguanid-HCl (ABOB). *Fortschr. Med.* **77**, 318.

Utrecht, februari 1968

A. MANTEN

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

STEENVORMING IN DE BLAAS EN INFECTIE

Vraag Nr. 29. In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1961, bl. 290) komt een referaat voor over het zuurmaken van de urine, wanneer ureumsplitsende bacteriën aanwezig zijn, door middel van chloormerodrine. Er werd daarin de suggestie gedaan dat dit wel eens zou kunnen werken. Naderhand heb ik in de literatuur niets meer daarover vernomen. Wat wordt thans geadviseerd bij hardnekkige infecties, gepaard gaande met steenvorming, waarvan de eigenlijke oorzaak niet geheel is weg te nemen, bv. bij een patiënt met een bestraald blaascarcinoom, dat zelf in een rustige fase verkeert maar door de steenvorming telkens lasten geeft?

Antwoord. Uit de gegevens van de vraagsteller lijkt het waarschijnlijk dat de steenvorming in de blaas niet het gevolg is van metabole oorzaken, maar dat deze door ureumsplitsende bacteriën tot stand is gekomen. Dit zijn meestal bacteriën uit de proteusgroep of stafylokokkengroep. Er worden dan stenen gevormd bestaande uit magnesium-ammoniumfosfaat en calciumfosfaat. De bacteriën die dit veroorzaken, zijn door antibiotica en chemotherapeutica in aanwezigheid van stenen niet te verdrijven. Bij voortbestaan van de infectie zullen dan ook steeds opnieuw stenen gevormd worden of bestaande stenen in grootte toenemen.

Zuurmakende stoffen, per os genomen, zoals ammoniumchloride en amandelzuur, geven in deze gevallen wel zure urine in de ureter, in de blaas wordt echter door de vorming van ammonium de reactie weer alkalisch. De enige mogelijkheid om de urine zuur te maken, is spoelen met zuurmakende mengsels; als zodanig kan worden genoemd Renacidin, een middel dat per gram substantie de volgende verbindingen bevat:

| | |
|--|------------|
| watervrij citroenzuur | 520-570 mg |
| citroenzuur (mono-Mg-zout) | 30- 50 „ |
| gluconzuur | 70-100 „ |
| magnesiumcarbonaat | 250-290 „ |
| calciumcarbonaat, berekend als calcium | 6,67- 20 „ |

Hiervan wordt een 10 pct oplossing gemaakt waarvan 1 tot 3 maal daags 30-60 ml in de blaas wordt gebracht. Soms gelukt het, stenen op deze wijze tot oplossing te brengen en verdere steenvorming te voorkomen. Is de blaas vrij van stenen, dan moet de infectie zo krachtig mogelijk met antibiotica worden

behandeld. Daarbij zijn de bacteriën uit de proteusgroep meestal niet gevoelig voor sulfapreparaten, maar wel voor ampicilline of zeer hoge doses penicilline ofwel combinaties van penicilline en kanamycine. *Proteus rettgeri* is alleen gevoelig voor een combinatie van tetracycline en kanamycine.

Voor de stafylokokken geldt als regel dat een uitvoerig gevoeligheidsonderzoek vereist is voor men tot behandeling overgaat. Dit geldt trouwens ook voor de proteusgroep.

Verdere gegevens over het mogelijk remmen van de ureumsplitsende eigenschap van de bacteriën door chloormerodrine zijn ons onbekend.

INGEZONDEN

GEBITSEXTRACTIE ONDER NARCOSE

Gaarne doe ik U hierbij een aanvulling toekomen op het antwoord op Vraag 26 (1968).

Elke ingreep is mogelijk onder narcose en brengt dan het normale risico mee van de narcose. Ze vereist een zorgvuldige bewaking van de patiënt en de aanwezigheid van alles wat voor eventuele resuscitatie nodig mocht zijn (beademing, infusies, mogelijkheid van ligging van Trendelenburg, diverse injectievlloeistoffen, die in den regel bij de tandarts niet zijn te vinden).

Het risico is overeenkomstig de andere door de vraagsteller aangehaalde ingrepen in de mond-, neus- en keelholte die onder narcose worden verricht. Zeer positieve indicaties zijn:

1. Psychische stoornissen (o.a. debilitas en imbecilitas).
2. Jeugdige leeftijd: jonge kinderen maken dikwijls onverwachte bewegingen.
3. Multiële extracties, vooral als ze in verschillende kwadranten vallen.
4. Totale extracties.
5. Infecties in en om het operatiegebied.

Bij deze indicaties staat zeker niet de angst voorop. Bij de indicaties 3 en 4 is de extractie onder narcose in één zitting mogelijk met een zorgvuldige afwerking van processus alveolares en gingiva, hetgeen de genezing zeer bespoedigt.

Bij andere operaties op dit terrein is de indicatie voor narcose natuurlijk veel meer uitgebreid.

Primaire eisen zijn: 1. goede bewakingsmogelijkheid van de bewusteloze patiënt, 2. narcotiseur en operateur mogen niet dezelfde persoon zijn.

De kosten worden meestentijds door ziekenfonds c.q. verzekering vergoed, doch moeten zeker in de overwegingen worden betrokken.

Literatuur: Vraag 26 (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 991.

Groningen, 28 mei 1968

C. R. RITSEMA VAN ECK