

die het vertrouwen in de stand van de geneeskundigen ondermijnt, als hiervoren nader omschreven;

Onderwerpt hem te dier zake aan de maatregel van een geldboete van f. 1.000,— (één duizend gulden);

Bepaalt, dat aan klager uit 's Rijks kas zullen worden vergoed de kosten, die zijn voortgevloeid uit de behandeling dezer zaak in eerste aanleg, in hoger beroep voor het Gerechtshof te R en in hoger beroep voor dit Hof;

Beveelt, dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 63 van het Koninklijk Besluit van 31 oktober 1929 Stbl. 474 zal worden bekend gemaakt in de *Nederlandse Staatscourant* en voorts zal worden toegezonden aan het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *Medisch Contact* en de *Nederlandse Jurisprudentie*, met verlening van machtiging aan de uitgevers deze beslissing in die tijdschriften op te nemen.

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### THE GUILLERMO MARTORELL OLIVERAS MEMORIAL AWARD

The International College of Angiology is pleased to announce the Guillermo Martorell Oliveras Memorial Award to be presented for the best paper presented at the special Young Investigators Session of the forthcoming International College of Angiology meeting to be held in Rome, July 22 to 27, 1969.

The Young Investigators Session will be a special scientific session presenting the research and clinical experiences of scientists under 40 years of age. An award of \$ 350.00 will be made to the author of the best paper presented on this session.

The late Dr. GUILLERMO MARTORELL OLIVERAS, Barcelona, Spain, was the son of Professor FERNANDO MARTORELL, one of the worldwide leaders of angiology. It is to recognize the scientific contributions of young scientists that this award is established by the Angiology Research Foundation in dedication for the life-long devotion of the Martorell family to the advancement of angiology for the relief of suffering.

Those scientists desiring to present their research at this session should submit the following information in duplicate:

a. The full title of their paper. b. The full name of the investigator. c. The university and/or hospital affiliation of the investigator. d. The full mailing address to which communications should be sent. e. A summary of sufficient length to permit the evaluation of the scientific content of the presentation submitted.

The above information should be sent to the Program Committee at The International College of Angiology, 381 Park Avenue South, N.Y. 10016 U.S.A. The communication should be labeled „Young Investigators Session”. Participants will hear directly from the Committee upon their submission. All papers will be considered in the order of their receipt.

*Committee for the young investigators session*  
ADOLFO LEY VALLE (Spain) *Chairman*  
GEORGE A. BALLA (U.S.A.)  
J. L. FONTAINE (France)  
KNUT H. M. HAEGER (Sweden)

## INGEZONDEN

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

### BEHANDELING VAN ERNSTIGE IJZERGEBREKSANEMIE MET EEN IJZERDEXTRAN-INFUSIE (IMFERON) IN DE OBSTETRISCHE EN GYNAECOLOGISCHE KLINIEK

Over het artikel van de collegae EVERS en CORTHOUT (1969) heb ik enige vragen die zij misschien kunnen beantwoorden.

1. Uit het artikel blijkt dat het intraveneus toedienen van een totale dosis ijzerdextran (Imferon) niet ongevaarlijk is voor de patiënt. Zelf namen zij bij hun 80 patiënten eenmaal een collaps en eenmaal een ernstig Quincke's oedeem waar. Verder kregen 3 van hun patiënten een koude rilling. In de literatuur vonden zij een geval met dodelijke afloop.

Hiermee vergeleken zijn de bijwerkingen van intramusculair toegediend ijzer gering. Intramusculaire toediening van ijzerdextran is pijnlijk en veroorzaakt soms lelijke verkleuringen. Bovendien is het gevaar van sarcomateuze ontanding op de injectieplaats niet geheel denkbeeldig. Intramusculair toegediend ijzersorbitol in doses van 100 mg per keer heeft deze bezwaren niet. Het is geheel veilig als maar niet tegelijkertijd ijzer per os wordt gegeven. Terecht concluderen de schrijvers dat de bijwerkingen van de TDI-methode ernstiger zijn dan die van intramusculaire toediening.

Terwijl de nadelen van de TDI-methode duidelijk zijn, zijn de voordelen dit veel minder. Natuurlijk, de TDI van ijzerdextran kan in één keer gebeuren terwijl voor de intramusculaire toediening vele injecties gedurende enige weken nodig zijn. Dit is echter uitsluitend een kwestie van gemak en kan zeker in Nederland het gebruik van een veel gevaarlijker methode niet rechtvaardigen.

Men krijgt echter ook de indruk dat de schrijvers menen dat de TDI-methode sneller werkt. Is dit aangetoond? Zelf wijzen zij erop dat ook met oraal toegediend ijzer in vrij korte tijd een stijging van het Hb-gehalte bereikt kan worden. GOODMAN en GILMAN (1965) beweren zelfs dat het voor de stijging van het Hb-gehalte geen enkel verschil maakt of men ijzer oraal, intramusculair of intraveneus toedient. Bij alle drie methoden wordt een behoorlijke stijging in 3 à 4 weken bereikt.

Anders is het met de ijzerdepots. Dient men ijzer per os toe dan duurt het inderdaad maanden voordat de depots gevuld zijn. Maar worden de depots veel sneller gevuld met een TDI van ijzerdextran dan met intramusculaire toediening van ijzersorbitol? Is dit verschil praktisch van belang? Is hierover vergelijkend onderzoek gedaan?

2. Collega EVERS en collega CORTHOUT menen dat door de invoering van de TDI-methode het aantal bloedtransfusies in hun kliniek belangrijk is gedaald. Dit is geen sterk argument. Helaas worden dikwijls onnodig bloedtransfusies gegeven. Het feit dat de schrijvers spreken van één(!) of meer kolven bloed wijst erop dat dit ook in hun kliniek het geval geweest zou kunnen zijn. Dan had het aantal bloedtransfusies ook verminderd kunnen worden zonder invoering van de TDI-methode. Natuurlijk wijzen zij het pre-operatief „optransfunderen” van niet acute patiënten af. Maar is het dan werkelijk nodig om de TDI-methode te gebruiken? Kan niet ook met intramusculair toegediend ijzersorbitol een snel en goed resultaat worden verkregen?

3. De schrijvers pasten de TDI-behandeling ook toe post partum, post abortum et post operationem, in plaats van de gebruikelijke behandeling met bloedtransfusies en oraal of intramusculair toegediend ijzer.

Een veel gehoord argument voor bloedtransfusies onder deze omstandigheden is, dat een laag Hb-gehalte de weerstand tegen infecties vermindert en de wondgenezing vertraagt. Ook zou het het gevaar voor trombose vergroten. Als dit juist is, moet het Hb-gehalte natuurlijk zeer snel (dus binnen enkele dagen) op peil gebracht worden. Dit kan alleen met bloedtransfusies of „packed cells”, zeker niet met een TDI van ijzerdextran. Zo geredeneerd, lijkt een TDI van ijzerdextran niet een goed alternatief van bloedtransfusies na een bevalling, abortus of operatie. Maar weet men in de praktijk iets over het voorkomen van infecties, vertraagde wondgenezing en trombose bij toepassing van de verschillende methoden?

4. Het is mij opgevallen dat de schrijvers bij 5 van hun 12 zwangeren in de gelegenheid waren binnen een dag na de TDI-behandeling het navelstrengbloed van het kind te onderzoeken. Zet de TDI van ijzerdextran de weëen aan?

*Literatuur:* EVERS, J. E. M. en E. CORTHOUT (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 153. — GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1965) *The pharmacological basis of therapeutics*. 3e druk. Macmillan, New York.

Amstelveen, 17 februari 1969

F. DRIESSEN

In zijn commentaar op ons artikel stelt collega DRIESSEN in zijn eerste opmerking het al of niet gevaarlijk zijn van de behandelingsmethode ten opzichte van de intramusculaire toediening aan de orde. Iedere stof, zij het penicilline, streptomycine, acetosal, bloed of ijzer, zal bij sommige patiënten ernstige reacties veroorzaken. Langdurige, zeer grote ervaring met intramusculaire toediening van ijzersorbitol heeft ons geleerd dat deze behandelingswijze zeker niet „geheel veilig is als maar niet tegelijkertijd ijzer per os wordt toegediend”. Enige malen zagen wij ook hiermee anafylactoïde reacties die behandeling behoeft. Deze reacties ontstaan nogal eens nadat een reeks injecties gegeven is. Eveneens leert de ervaring dat vooral indien een grote reeks injecties noodzakelijk is, de weerstand bij de patiënt tegen de behandeling in ernstige mate toeneemt.

Wij menen dat het niet alleen een kwestie van gemak is. Daarbij komt dat wij nergens in ons artikel stellen dat de methode „veel gevaarlijker” is.

Volledigheidshalve kunnen wij meedelen, dat het tot heden enige geval met dodelijke afloop een oudere patiënte betrof met een zeer ernstige nierafwijking die kort na de infusie overleed aan anurie.

Collega DRIESSEN meent dat „de indruk wordt gegeven dat de TDI-methode sneller werkt”. Uiteraard zijn met de TDI-methode de depots veel sneller aangevuld dan met intramusculaire toediening. Indien een suppletie van 2000 mg ijzer nodig is, moeten er 30 injecties van 100 mg ijzer gegeven worden. Indien iedere werkdag één injectie wordt toegediend, zal de totale behandeling toch altijd nog zes weken duren. In hoeverre dit voor het lichamenlijk en geestelijk herstel van de patiënte van praktisch belang is, zal van geval tot geval wisselen. Wij zien het praktische belang eer in de zeer grote tijds- en arbeidsbesparing voor patiënt en medisch personeel.

In antwoord op punt 2 van het commentaar van collega DRIESSEN kunnen wij meedelen dat wij reeds vele jaren trachten te bevorderen toediening van bloedtransfusies tot het uiterste te beperken. Meer dan 90 pct van de gegeven bloedtransfusies, ook vóór het gebruik van de TDI, bestond uit twee of meer kolven. Een duidelijk effect zou dit althans in onze kliniek niet gegeven hebben. Reeds onder punt 1 wezen wij op onze bezwaren tegen een grote reeks intramusculaire injecties.

In punt 3 vraagt collega DRIESSEN zich af, in hoeverre een laag hemoglobinegehalte invloed heeft op de weerstand tegen infecties e.d. Wij menen dat niet zozeer het hemoglobinegehalte maar eer de gestoorde ijzerstofwisseling als zodanig een grote invloed heeft op het beloop na operatie of partus. Het lage hemoglobinegehalte vormt slechts één aspect van de veel gecompliceerder ijzerstofwisseling. Onze voorlopige resultaten wijzen erop, dat toediening van ijzer, hetzij intramusculair, hetzij intraveneus met TDI een veel positievere invloed heeft op het herstel dan toediening van bloed. Te zijner tijd hopen wij beter gedocumenteerde aanwijzingen te kunnen geven.

Ter opheldering van punt 4 kunnen wij meedelen dat van de vijf genoemde patiënten er drie wegens dreigende partus praematurus met ernstige ijzergebrekanemie naar de kliniek werden verwezen. Het is ons niet mogelijk ontkennd of bevestigend te antwoorden op de vraag of in deze gevallen de TDI het op gang komen van de baring heeft bespoedigd. (Zie ook EVERS 1966.)

De twee andere patiënten werd de infusie gegeven kort voor een „geplande” inleiding.

*Literatuur:* EVERS, J. E. M. (1966) Voortijdige geboorte en ijzerdeficiëntie. *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2244.

Tilburg, maart 1969

J. EVERS  
E. CORTHOUT

## BESCHERMENDE WERKING VAN VACCINATIE TEGEN INFLUENZA

In juli 1968 isoleerde men in Hongkong tijdens de grootste influenza-epidemie in deze stad sinds 1957, toen de Aziatische griep (A<sub>2</sub>) voor het eerst verscheen, een nieuwe influenza-A-variant (KILBOURNE 1968). Deze variant, die verantwoordelijk gesteld wordt voor de recente influenza-epidemie in Nederland, bleek in vitro een zekere graad van verwantschap te hebben met de in vorige jaren circulerende virustypen (A<sub>2</sub>), zodat het wereld-influenzacentrum van de WHO in Londen op grond van deze relatie het Hongkongvirus als een influenza A<sub>2</sub> benoemde. De antigene verschijningsvorm van het virus dat in Hongkong werd geïsoleerd wijkt echter duidelijk af van het A<sub>2</sub>-virus uit de voorgaande jaren (MASUREL 1968).

Op grond van de bevinding dat tegen het geïsoleerde Hongkongvirus bij patiënten die in 1967 met een A<sub>2</sub>-66-vaccin waren gevaccineerd een significante titerstijging kon worden waargenomen, werd geadviseerd het voorradige vaccin aan risicodragers toe te dienen, zolang nog geen vaccin, dat de Hongkongstam bevatte, verkrijgbaar was.

De volgende waarneming lijkt van belang ten aanzien van de beschermende werking van vaccinatie met het „oude” vaccin, dat de stammen A<sub>2</sub>/Ned./68/1965, A<sub>2</sub>/Eng./1/1966, B/Johannesburg/33/1958 en B/Ned./78/1966 (Influvac plain) bevatte, tegen infectie met het Hongkongvirus.

In een vrouwelijke kloostergemeenschap met 50 religieuzen werd op 25 december 1968 één van de zusters ziek met tekenen van een acute respiratoire infectie (koorts, hoofdpijn, keelpijn, pijnlijke hoest). Tussen 26 december 1968 en 2 januari 1969 toonden 27 van de 50 religieuzen in meer of mindere mate dezelfde ziekteverschijnselen, zodat er 24 bedlegerig werden. Bij 2 patiënten, van wie keel- en neussceet werd gekweekt, werd in beide gevallen het virus Influenza A<sub>2</sub> type Hongkong geïsoleerd; daarnaast werd in 62,5 pct van de bedlegerigen een significante titerstijging van de complementbindende antilichamen tegen influenza A aangetoond (R.I.V., Utrecht).

Begin november 1968 was de religieuzen, op basis van