

wijzen op een werking op de bijnieren, daar clomifeentoe- diening wordt gevolgd door een stijging van de 17-keto- en 17-hydrosteroïden. Deze publikaties zijn echter naar de mening van referent niet overtuigend.

Radio-actief gemerkt clomifeen toonde een grote affiniteit voor hypothalamus, hypofyse, ovarium, uterus, lever en bijnieren. Ook deze waarneming kan pleiten voor een multi- laterale werking van clomifeen (SCHULZ c.s. 1971). De anti- oestrogene eigenschappen van clomifeen tenslotte, schijnen te berusten op een remming van de oestradiolopneming in verschillende organen. Dit is bewezen voor hypothalamus, hypofyse, uterus, tuba en voor oestrogeen-gevoelig mamma- carcinoom.

Literatuur: BRET, A. J. en P. COIFFARD (1967) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 99, 91. — ENGELS, J. A., R. L. FRIEDLANDER

en K. B. EIK-NES (1968) *Metabolism* 17, 189. — GREENBLATT, R. B., W. E. BARFIELD, J. C. JUNCK en A. W. RAY (1961) *J. Amer. med. Ass.* 178, 101. — HAMMERSTEIN, J. (1970) IIIrd Congress Horm. Steril., Hamburg; (1971) VIIth World Congress Fertil. Steril., Tokyo. — KATO, J., T. KOBAYASHI en C. A. VILLEE (1968) *Endocrinology* 82, 1049. — MAYFIELD, J. D. en N. WARD (1970) *Acta endocr. (Kbh.)* 51, 557. — PILDES, R. B. (1965) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 91, 466. — SCHALLY, A. V., A. ARIMURA, A. J. KASTIN, H. MATSUO, Y. BABA, T. W. REDDING, R. M. C. NAIR en L. DEBELJUK (1971) *Science* 173, 1036. — SCHULZ, K. D. (1972) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 32, 483. — SCHULZ, K. D., F. HÖLZEL en G. BETTENDORF (1971) *Acta endocr. (Kbh.)* 68, 605.

P. G. HART

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Methaqualon

Uit binnenkomende mededelingen blijkt dat methaqualon-bevattende geneesmiddelen, in het bijzonder Mandrax, worden gebruikt voor andere dan geneeskundige doeleinden.

De toediening vindt plaats in relatief hoge doseringen gecombineerd met hallucinogenen (zg. tripmiddelen). Ook wordt methaqualon gebruikt in combinatie met amfetaminen of alcohol. Er zijn enkele gevallen bekend van parenteraal misbruik van methaqualon, in combinatie met voor- noemde stoffen.

Het middel wordt gewoonlijk verkregen op recept. Er zijn gebruikers die alleen, of in samenwerking met anderen, diverse artsen na elkaar bezoeken met al dan niet voorge- wende klachten van slapeloosheid. Het blijkt dat een recept voor methaqualon dan gemakkelijk wordt afgegeven.

Met nadruk moge erop gewezen worden dat reeds matige overdosering acute intoxicatieverschijnselen kan veroor- zaken.

Op grond hiervan menen de ondergetekenden u te moeten adviseren om methaqualon-bevattende geneesmiddelen (Mandrax®, Revo-

nal®, Metodril®, Isonox®) niet voor te schrijven ten behoeve van adolescenten, in het bijzonder wanneer het patiënten betreft, die niet tot uw regelmatige praktijk behoren, of wanneer op grond van gedrag, habitus of anamnese reden tot vermoeden van misbruik- motivatie bestaat.

Eventueel kunnen, wanneer weigering tot voorschrijven of hulpverlening niet aangewezen is, azepinen oraal in matige dosering en hoeveelheden (bv. nitrazepam (Mogadon®)) worden toegepast.

Het uitwijken naar barbituraten in deze gevallen wordt ten sterkste ontraden in verband met mogelijke verslaving en gewenning en de toxicologische eigenschappen van deze stoffen, in het bijzonder bij parenteraal misbruik.

Leidschendam, november 1972

De Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid,

R. DRION, arts

De Hoofdinspecteur van de Volksgezond- heid voor de Geneesmiddelen,

Dr. C. A. TEIJGELER

INGEZONDEN

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

Maligne hypertensie en de medische opleiding

Het artikel van Prof. Dr. F. J. A. HUYGEN (1972) is mij uit het hart gegrepen, vooral ook de zinsnede: „De geleerde lessen blijken in de praktijk slechts zelden op te gaan.” Dit moge voor huisartsen al zo zijn: mij ging het als grasgroen internist niet anders. Ik heb mij altijd gelukkig geprezen met prachtige afgeronde college's, gegeven aan de hand van een door de patiënt geuit „klassiek” klachtenpatroon van bv. galblaaslijden, diabetes mellitus, carcinoom van vele organen, myocard-infarct enz. Ik zag dit alles nog eens haar- scherp beschreven in een leerboek van de interne geneeskunde. Later werd ik met de neus op de keiharde feiten gedrukt, namelijk dat vele alledaagse ziektebeelden zich in de praktijk meestal anders manifesteren: Zeer vele galsteen- lijders — zo men wil „galsteenbezitters” — hebben óf vage atypische klachten óf helemaal geen klachten. Dat blijkt bv.

wanneer een verhoogde bezinking bij een patiënt de aan- leiding is tot verdere exploratie, waarbij een niet te verwaar- lozen aantal patiënten galblaasafwijkingen blijkt te vertonen. Hierbij gaan we maar voorbij aan de galblaaspathologie die pas bij obductie wordt gevonden. Iets dergelijks weten wij van lijders aan diabetes mellitus, waarvan een vermoedelijk zeer groot aantal asymptotisch door het leven gaat.

Het zou goed zijn als docenten, ook aan de universiteiten, zich er bij het onderwijs rekenschap van gaven dat het „klassieke” beeld inderdaad klassiek is in de zin van hoe het zich vroeger, zonder moderne diagnostische hulpmiddelen, aan de medicus kenbaar maakte. Vele, zo niet het meren- deel, der minder typisch verlopende gevallen zullen toen aan het waarnemingsvermogen der artsen zijn ontsnapt. Met moderne diagnostische methoden, „follow-ups”, bevolkings- onderzoeken en frequent obductie-onderzoek blijkt meer en meer, dat het „klassieke” patroon van bepaalde ziekten

niet het algemene genoemd mag worden. Voorts dient elke (toekomstige) arts te bedenken dat psychopharmaca steeds meer hun intree doen, óók in de algemene praktijk, en dat juist deze met hun sederende, vaak pijn dempende en ook anxiolytische kwaliteiten het anamnestiche en klinische beeld veelal belangrijk vertroebelen. Ik zou als consultant-internist in een psychiatrisch ziekenhuis hiervan vele treffende voorbeelden kunnen noemen, variërend van collumfracturen die klinisch niet, maar radiologisch evident aanwezig bleken te zijn, tot galstenen die de patiënt bij een „griepje” uitbraakte.

Het bovenstaande moet gezien worden als een cri de coeur om onderwijs dat studenten doet begrijpen dat zij aan kennis van klassieke pathologie in de algemene praktijk weinig zullen hebben, juist omdat elke patiënt een eigen stempel op het beeld drukt. Dit inzicht zal de desillusie van de beginnende arts (ook specialist!) doen plaats maken voor de instelling, de niet in klassieke vorm optredende ziektebeelden als uitdaging te zien om de ware aard van de ziekte te onderkennen.

Literatuur: HUYGEN, F. J. A. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1657.

Noordwijk, 10 oktober 1972

A. J. M. SCHIPPERIJN

Zoutloos dieet bij hypertensie

Naar aanleiding van het commentaar van collega BLOMHERT (1972) rijst bij mij een vraag, welke zijn oorsprong vindt in het feit, dat vele patiënten een zo streng zoutarm dieet (1 g NaCl per dag) slechts met de grootste moeite kunnen houden. (Dit ondanks het voortreffelijke werk van het Voorlichtingsbureau voor de voeding.)

Lees ik het commentaar juist, dan zou de conclusie ge-

rechtvaardigd zijn, dat voor een hypertensiepatiënt die zich een bepaalde periode strikt aan een streng zoutarm dieet gehouden heeft en bij wie de bloeddruk niet daalt, de voortzetting van het zoutarme dieet niet noodzakelijk is, tenzij na die periode de bloeddruk gaat stijgen op een normaal dieet bij overigens ongewijzigde therapie.

Blijkens het commentaar heeft deze vraagstelling betrekking op 40% van de hypertensiepatiënten. Beantwoording heeft voor vele patiënten dan ook praktische consequenties.

Literatuur: BLOMHERT, G. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1788.

Augustinusga, oktober 1972

J. KEMELING

Inderdaad is de conclusie juist dat het geen zin heeft met een streng zoutloos dieet (eventueel gecombineerd met diuretica) door te gaan als de bloeddruk niet daalt en niet stijgt wanneer men weer een dieet met een „normaal zoutgehalte” (ongeveer 10 gram per dag) gebruikt. Men zal dan echter tot een andere therapie moeten overgaan. Bij de meeste hypotensiva loopt men de kans op orthostatische NaCl-retentie. Een te groot aanbod van zout in het dieet kan dan leiden tot stijgen van de bloeddruk (BIRKENHÄGER e.a. 1962). Door diuretica kan dit gereteneerde NaCl weer worden uitgedreven doch bij een te grote retentie kunnen dan vrij sterke bloeddrukschommelingen voorkomen. Hoewel dan dus een zeer streng zoutloos dieet niet nodig is, zou een zoutbeperking wel gewenst zijn (bv. tot 2 à 3 g per dag). Ook in die gevallen zal de smaak in geen enkel opzicht die van het „gewone eten” benaderen.

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H., L. W. STATIUS VAN EPS en L. A. DE VRIES (1962) *Acta med. scand.* 172, 105.

Den Haag, oktober 1972

G. BLOMHERT

BERICHTEN

Buitenland

EUROPA

Ziekenhuis-hygiëne. De Raad van Europa heeft aan de regeringen van de 17 lid-staten een aantal maatregelen voorgelegd die tot doel hebben, de ziekenhuis-infecties terug te dringen, resp. te voorkomen (Resolution 72/31 „On Hospital Hygiene”). Deze maatregelen zijn geformuleerd door een commissie van Europese deskundigen. In een communiqué van de Raad (31 okt.) wordt gezegd dat „not the least important being the indiscriminate use of antibiotics, particularly the blind, systematic, prophylactic therapy”. Andere factoren die tot slechtere hygiëne leiden, zijn gebrek aan training van ziekenhuispersoneel, dat vaak onder moeilijke omstandigheden werkt, en de verhoogde gevoeligheid van patiënten (voor infecties) als gevolg van de uitdijning der leeftijdsgroepen van de opgenomen patiënten, en het gebruik van ingewikkelder diagnostische technieken. De Raad beveelt als tegenmaatregel aan, dat overal commissies van deskundigen worden gevormd, die de klinische en microbiologische gegevens moeten analyseren; voorts toepassing van moderne ziekenhuistechnieken die de besmetting van de ene patiënt op de andere, of van materiaal op patiënten tegengaan (adequate ziekenhuiskleding, sterilisatiediensten, wegdoen van gebruikte materialen). Reeds bij de bouw van het ziekenhuis moet rekening worden gehouden

2200

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 48, 1972

met de preventie van besmetting. Tenslotte is het nodig dat ziekenhuis-hygiëne als basisvak wordt opgenomen in het studieprogramma van geneeskundige studenten en verplegend personeel. Nieuw aangekomen personeelsleden zullen een geneeskundige keuring moeten ondergaan, eveneens als maatregel tot wering van besmetting.

GROOT-BRITANNIË

Pernasale influenza-vaccinatie. Begin november is in Engeland een neus-spray beschikbaar gekomen voor vaccinatie tegen influenza. De methode berust op het pernasaal inblazen van een verneveld (droog-bevroren, gedood) vaccin. Dit wordt geleverd in een overdrukapparaatje met wegwerp-aanzetstukken voor de neus. Bij iedere druk op de knop wordt een bepaalde hoeveelheid vaccin verneveld. Een volle dosis bestaat uit twee „puffs” per neusgat. De procedure is door de reeds daarmee behandelde personen zeer goed verdragen en er zijn geen bijwerkingen geweest, terwijl een immuniteit werd bereikt die slechts weinig onderdoet voor die welke bij vaccin-injectie wordt verkregen. Het vaccin wordt geleverd in containers die 25 doses bevatten; kleinere „verpakkingen” zijn onpraktisch gebleken.

De pernasale vaccinatie gaat uit van de grondgedachte dat door toediening van de vaccin-nevel in de neus een plaatselijke vermeerdering van antistoffen op gang komt. Uitgebreide proefnemingen en vergelijking met toediening