

MAN (1970) vermelden een geval van atropine-intoxicatie, waarbij de patiënt, na toediening van fysostigmine, snel uit coma bijkwam en na ongeveer 2 uur wederom comateus werd. Na hernieuwde fysostigminetoediening kwam hij weer bij bewustzijn.

Voor de behandeling van antihistaminica-intoxicatie wordt in de literatuur alleen een symptomatische therapie vermeld en het blijkt dat de convulsies zeer therapie-resistent zijn. Toediening van hoge doses anti-convulsiva die het centrale zenuwstelsel dempen, verhoogt nog de kans op een dieper coma na de excitatiefase, dat reeds dreigt door de intoxicatie zelf. Waarschijnlijk verdient curarebehandeling hier de voorkeur, bij een status epilepticus die niet overgaat met de gewone dosis kortwerkende anticonvulsiva.

Tegen een atropinepsychose door intoxicatie met antihistaminica is fysostigminetoediening te overwegen. In overleg met het Intoxicatie-Centrum te Utrecht hebben wij onze patiënte dit middel niet gegeven; deze behandeling is niet zonder risico en een intoxicatie met een nieuwe intoxicatie te behandelen verdient in het algemeen niet de voorkeur, tenzij het leven daarvan afhangt. Deze therapie lijkt echter wel zinvol in geval van langdurig of diep coma, of bij uitputting door langdurig delirium of psychose.

#### SUMMARY

*A patient with psychosis following orphenadrine (Disipal) intoxication.* — A woman aged 59 years took 40-50 tablets of orphenadrine (Disipal) of 50 mg. all at the same time, with suicidal intent. When she was found, she was in coma, which via a subcoma changed into a twilight state. Subsequently,

a delirium occurred, alternating with periods of lucidity and an amnestic-confabulatory state. This, combined with a red, swollen face, dilated pupils not responding to light, hypertension, fever, a rapid pulse, loss of salivation and perspiration and retention of urine constituted the clinical picture of atropine psychosis, in which the psychiatric syndrome is not specific.

Mild intoxications caused by anti-parkinsonian drugs with an atropine-like action such as orphenadrine are frequently observed after therapeutic doses, but severe orphenadrine intoxications are rare. A fatal issue appears to be caused not by cardiac arrhythmias but by convulsions.

#### LITERATUUR

BLOMQUIST, M. e.a. (1971) Lethal orphenadrine intoxications. *Z. Rechtsmedizin* 68, 111.

BUMKE, O. (1924) *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, bl. 668. Bergmann, München.

CARP, E. A. D. E. (1947) *Psychosen op exogenen grondslag en geestelijke defecttoestanden*, bl. 436. Scheltema en Holkema, Amsterdam.

GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1970) *The pharmacological basis of therapeutics*, 4e druk, bl. 534. Macmillan, New York.

HEINONEN, J. e.a. (1968) Orphenadrine poisoning. A case report supplemented with animal experiments. *Arch. Toxikol.* 23, 264.

IM OBERSTEG, H. en J. BÄUMLER (1964) Über Suizide mit Psychopharmaca. *Münch. med. Wschr.* 106, 969.

MEYLER, L. en A. HERXHEIMER (1968) *Side effects of drugs*. Dl. VI, bl. 174. Excerpta Medica, Amsterdam.

STODDART, J. C., J. M. PARKIN en N. A. WYNNE (1968) Orphenadrine poisoning. A case report. *Brit. J. Anaesth.* 40, 789.

Juni 1972

## BRIEVEN AAN DE REDACTIE

### *Gratis obesitasmeter*

Enige tijd geleden werden vele collegae door een farmaceutische industrie verrast met een gratis toegezonden obesitasmeter, een eenvoudige variant op de in de handel verkrijgbare officiële huidplooidiktemeters. Mede wegens de hoge aanschaffingsprijs van laatstgenoemd apparaat werden huidplooidiktemetingen tot nu toe voornamelijk toegepast door een kleine groep internisten, pediaters, voedingsdeskundigen, antropologen en sportartsen. Deze geste van de industrie mag daarom gezien worden als een stimulans voor vele artsen om in de toekomst ook zelf huidplooidiktemetingen te verrichten.

Helaas is men zowel bij de constructie van de meter als bij het schrijven van de toelichtende folder wat slordig te werk gegaan. Bij vergelijking van het ons toegezonden apparaat met de „Harpenden skinfold

caliper” bleek de veerspanning aanzienlijk hoger te zijn, waardoor relatief lage waarden voor huidplooidikten worden verkregen.

In de toelichting kan men lezen dat huidplooiemeting een „snelle, eenvoudige en reproduceerbare meetmethode” is. Hoe snel en eenvoudig de meting ook mag zijn, iedereen met enige ervaring op dit gebied weet dat juist de reproduceerbaarheid nogal eens te wensen overlaat. Speciaal bij dikke onderhuidse vetlagen is de meting onbetrouwbaar. Voor het kwantificeren van obesitas is huidplooidiktemeting daarom in vele gevallen ongeschikt (Vraag 11, 1971).

Voor mannen en vrouwen afzonderlijk worden in de folder in een tabel de grenswaarden voor huidplooidikten aangegeven (voor mannen van de subscapulaire, voor vrouwen van de tricipitale), die overeen-

komen met respectievelijk lichte, matige en ernstige vetzucht. Dat bij mannen de subscapulaire huidplooi meer informatief zou zijn dan de tricipitale lijkt ons op zijn minst aanvechtbaar.

Uit een publikatie van DURNIN c.s. (1967) werd een tabel overgenomen, waarin de gebruiker naar de gemeten huidplooidikte het gewichtspercentage lichaamsvet kan schatten. Men heeft het desbetreffende artikel kennelijk met grote haast gelezen, anders zou niet zijn miskend, dat DURNIN nadrukkelijk spreekt over de som van 4 huidplooidikten, te weten de bicipitale, de tricipitale, de subscapulaire en de supra-iliacale. Het behoeft geen betoog dat deze nalatigheid tot grote misverstanden kan leiden. Verder wordt niet vermeld dat de in de tabel genoemde schattingen alleen betrekking hebben op bepaalde leeftijdsgroepen, namelijk volwassenen van 18 tot 33 jaar en adolescenten van 13 tot 16 jaar in Engeland.

Ook de meetinstructie is niet juist: het is gebruikelijk om de meter onder i.p.v. boven de opgenomen huidplooi te appliceren. Het is trouwens beter om bij de tricipitale huidplooiemeting de arm te laten hangen. Door de arm in de elleboog te buigen wordt de huid

over de dorsale zijde van de bovenarm zo strak gespannen dat de meting bemoeilijkt, zo niet onmogelijk wordt.

Verder is het mij niet duidelijk hoe aan de hand van de huidplooidikte de juiste dosis eetlustremmende medicamenten (waar het bij deze reclame om gaat) voor een „maximale glycolytische werking” (wat dat ook moge zijn) kan worden bepaald.

Tenslotte geloof ik niet dat artsen geïnteresseerd zijn om bij obesitaspatiënten de verminderde glucose-opname door het spierweefsel na te gaan d.m.v. huidplooiemetingen.

#### LITERATUUR

DURNIN, J. V. G. A. en M. RAMAHAN (1967) The assessment of the amount of fat in the human body from measurements of skinfold thickness. *Brit. J. Nutr.* 31, 681.

Vraag 11 (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 430.

Zeist, 17 oktober 1972  
Centraal Instituut voor  
Voedingsonderzoek TNO

J. J. L. PIETERS

## VRAAG EN ANTWOORD

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

### Dropgebruik en hypertensie

Vraag 1. Welke hoeveelheden drop kunnen bij kinderen het schadelijke neveneffect van hypertensie veroorzaken? Zou het geen aanbeveling verdienen, deze werking van drop meer bekend te maken bij de „leek”?

Antwoord. Een regelmatig gebruik van matige tot grote hoeveelheden drop veroorzaakt bij sommige mensen via retentie van water en keukenzout een stijging van de arteriële bloeddruk (MOLHUYSEN e.a. 1950). Een enkele maal neemt deze bloeddrukstijging ernstige vormen aan (KOSTER en DAVID 1969). Na staking van het dropgebruik daalt de bloeddruk in de regel spoedig, maar voortzetting van overmatig gebruik kan op de lange duur irreversibele schade aanrichten.

Verantwoordelijk voor deze bijwerking van drop is het glycyrretinezuur (zie Vraag 24 1969). Nu wisselt de gevoeligheid voor die bijwerking individueel uitermate sterk (SMORENBERG-SCHOORL en VREE 1963). Bovendien hebben verschillende dropprodukten een zeer uiteenlopend gehalte aan glycyrretinezuur. Daarom is het eerste deel van de vraag niet exact te beantwoorden. In het algemeen geldt dat de kans op het ontstaan van hypertensie, zowel bij kinderen als bij volwassenen, toeneemt met de duur en de kwantiteit van het dropgebruik.

Het is in de eerste plaats nodig dat de artsen deze bijwerking kennen, er voldoende aan denken en er — zo nodig — hun patiënten op wijzen. Of voorlichting

van leken hieromtrent in andere vorm, bv. via pers en radio, gewenst en nuttig is, valt te betwijfelen, gezien de vooralsnog beperkte resultaten van alle waarschuwingen tegen een groter kwaad, het roken van sigaretten.

*Literatuur:* KOSTER, M. en G. K. DAVID (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 546. — MOLHUYSEN, J. A., J. GERBRANDY, L. A. DE VRIES, J. C. DE JONG, J. B. LENSTRA, K. P. TURNER en J. G. G. BORST (1950) *Lancet II*, 381. — SMORENBERG-SCHOORL, M. E. en H. M. VREE (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 2013. — Vraag 24 (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 853.

### Röntgenbestraling van wratten en clavi

Vraag 2. In een in dit tijdschrift gepubliceerd artikel van collega RUDING (1972) over „Eksteroïden en voetwratten” wordt als behandeling uitsluitend de chirurgische genoemd. Ik miste daarbij de röntgencontactbestraling. Meestal verdwijnt na één bestraling de clavus, zonder enige hinder. In tegenstelling tot de chirurgische therapie veroorzaakt de röntgenbestraling geen arbeidsongeschiktheid.

Kunt u mij meedelen of deze therapie soms in onbruik is geraakt?

De redactie heeft deze vraag voorgelegd aan een radioloog (antwoord 1) en aan een dermatoloog (antwoord 2).

Antwoord 1. Inderdaad is röntgenbestraling voor de genoemde afwijkingen, evenals voor vele andere goedaardige aandoeningen, geleidelijk in onbruik geraakt.