

den post-operatief kon de M. quadriceps krachtig tegen een weerstand in worden gestrekt, hoewel iets minder krachtig dan normaal (spierkracht 4 tot 5). De sensibiliteitsstoornissen verdwenen geleidelijk.

Bij de tweede patiënte (59 jaar) werden actieve spiercontracties mogelijk na 4 weken. Spierkracht 4 tot 5 werd na 6 weken bereikt.

Deze conservatieve therapie, die erop gericht is de M. quadriceps femoris op peil te houden tot het hematoom in de M. iliopsoas spontaan geresorbeerd is, biedt zeker voor een belangrijk aantal patiënten een goed alternatief; zeker bij die patiënten die net een grote operatieve ingreep achter de rug hebben.

Misschien heb ik met deze opmerkingen het artikel van collega SWAAN enigszins kunnen aanvullen.

Literatuur: Medical Research Council (1942) *Aids to the investigation of peripheral nerve injuries*. War Memorandum Nr. 7. Her Majesty's Stationary Office, Londen. — SWAAN, J. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1329.

Amsterdam, september 1974

L. A. LINCLAU

Icterus door nifluminezuur (Inflaryl)

Leverbeschadiging door indomethacine, goud en fenylbutazon (Butazolidine) is een bekende bijwerking (SCHIFF 1969). De waarneming van VAN BERGE HENEGOUWEN e.a. (1974) betreffende leverbeschadiging door nifluminezuur (Inflaryl) is daarom belangwekkend. Mijns inziens is de titel van het artikel niet juist omdat de beschreven patiënt tevens indomethacine, aurothioglycose en vitamine B₁₂ kreeg toegediend en een interactie van nifluminezuur met de genoemde medicamenten niet kan worden uitgesloten.

In 1973 observeerden wij een patiënte bij wie eveneens een leverbeschadiging ontstond na het gebruik van nifluminezuur. Het betrof een 41-jarige vrouw die wegens lage rugpijn op 27 april 1973 3 dd 250 mg nifluminezuur kreeg voorgeschreven. Reeds na een dag ontstonden maagklachten. Zij bleef dit geneesmiddel desondanks trouw innemen; op 21 mei ging zij klagen over anorexie, jeuk en malaise. Op 28 mei kreeg zij last van pijn in de bovenbuik en icterus. Het laboratoriumonderzoek (zie tabel) wees op hepatocellulaire

leverbeschadiging. Het onderzoek op hepatitis B-antigeen was negatief. Aangezien patiënte behalve nifluminezuur alleen een combinatietablet met luminal, extr. belladonnae en papaverine gebruikte, werd aan de mogelijkheid van leverbeschadiging door nifluminezuur gedacht. Na het staken van de toediening van dit middel werd de leverfunctie weer normaal. Een proefdosis van het medicament werd door patiënte geweigerd. Op 22 augustus 1974 gaf zij echter alsnog haar toestemming en zij kreeg nadat de leverfunctie normaal bleek alsnog 500 mg nifluminezuur toegediend.

Weer ontstonden een dag later maagklachten en na twee dagen anorexie en moeheid, gepaard met een „transaminitis”. De complementbindingsreactie en de passieve hemagglutinatiereactie op nifluminezuur bleven negatief. Aangezien niet bekend is hoe vaak deze bijwerking van nifluminezuur voorkomt, laat ik het nut van controles van de leverfunctie in het midden.

Literatuur: BERGE HENEGOUWEN, G. P. VAN, A. P. HARTMAN, J. M. WERRE en K-H. BRANDT (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1229. — SCHIFF, L. (1969) *Diseases of the liver*. 3e druk, bl. 532. Lippincott, Philadelphia.

Bergen op Zoom, september 1974

J. P. GOOSSENS

De waarneming van collega GOOSSENS is belangwekkend. Mede dank zij deze casuïstiek kan de plaats van een nieuw geneesmiddel beter bepaald worden.

Niettemin rijzen er bij ons enige vragen betreffende de bewijskracht van zijn ingezonden mededeling. Aangezien ook papaverine een potentiële hepatotoxisch middel is (RØNNOV-JESSEN en TJERNLUND 1969; ZIMMERMAN 1969) kan een interactie van nifluminezuur en papaverine bij de patiënte van GOOSSENS ook niet uitgesloten worden. Toch menen wij dat de tijdrelatie tussen het geven van nifluminezuur en het optreden van de leverfunctiestoornissen zo evident is, zowel bij de patiënte van GOOSSENS als bij onze patiënt, dat de leverfunctiestoornis aan nifluminezuur moet worden toegeschreven.

Het door GOOSSENS beschreven ziektebeeld met de daarbij vermelde tabel, waarin de bilirubinewaarden ontbreken, wijst o.i. op een levercelbeschadiging met duidelijke tekenen van cholestase. Na toediening van de proefdosis wordt ook een stijging van de transaminasen gezien. GOOSSENS spreekt hierbij van een „transaminitis”. Wij dachten dat deze overi-

	1973						1974						Normale waarden		
	5-6	19-6	11-7	26-7	6-9	11-10	22-8	23-8	24-8	25-8	26-8	27-8		28-8	6-9
Alk. fosfatase	100	107	49	48	44	43	64	40	73	84	81	89	81	54	50 U/l
SGOT	23	104	38	18	8	6	6	19	21	100	44	19	15	7	11 U/l
SGPT	42	73	78	36	5	4	3	11	194	149	106	85	62	10	12 U/l
γ-glutamyltranspeptidase							10	13	101	116	110	103	103	49	18 U/l
LDH							99	107	244	144	97	110	83	85	160 U/l
1e fractie							45	35	15	21	31				
2e fractie							37	44	23	35	45				
3e fractie							11,5	8,1	3,6	6,5	8,3				
4e fractie							5,2	2,7	7,3	6,5	4,3				
5e fractie							1,1	10,2	51,9	30,8	11,6				

gens aanvechtbare term alleen zou mogen worden gebezigd, wanneer histologisch onderzoek van de lever geen afwijkingen aan het licht brengt en er alleen een verhoging van de transaminasen wordt gevonden.

Tot slot nog een opmerking over de door GOOSSENS geciteerde hepatotoxiciteit van goud, fenylbutazon en indomethacine (KLATSKIN 1969). De door KLATSKIN aangehaalde literatuur uit 1931 en 1936 spreekt van leverbeschadiging door goud. Thans wordt algemeen aangenomen dat hier hepatitis B-infecties („spuit-hepatitiden”) in het spel zijn geweest. In recentere overzichten (PEREZ e.a. 1972) wordt goud niet meer vermeld bij de geneesmiddelen die leverbeschadigingen kunnen veroorzaken. De literatuur over de hepatotoxiciteit van fenylbutazon stamt vooral uit het tijdvak vóór 1955. Ook in die tijd kon een virushepatitis niet worden uitgesloten. De hepatotoxiciteit wordt dan ook door KLATSKIN (1969) gerelativeerd. Slechts het antireumatische geneesmiddel indomethacine zou in zeldzame gevallen een cholestatiche hepatitis kunnen veroorzaken. Bij de beoordeling van de hepatotoxiciteit van een antireumatisch geneesmiddel is het bovendien van belang te weten dat alleen al door de ziekte-activiteit van reumatoïde arthritis flinke niet-specifieke leverfunctiestoornissen kunnen optreden (VAN BERGE HENEGOUWEN e.a.; KERST 1967). Wij zouden dan ook stelling willen nemen tegen de opmerking van GOOSSENS dat een leverbeschadiging door deze middelen een bekende bijwerking is.

Literatuur: BERGE HENEGOUWEN, G. P. VAN, H. A. P. C. OOMEN, J. W. BOERSMA, F. B. BRONKHORST en K-H. BRANDT, Non-specific and chronic liver disease, suggestive of primary biliary cirrhosis in rheumatoid arthritis. *Neth. J. Med.* (ter perse). — KERST, A. J. (1967) *De leverfunctie bij reumatoïde arthritis*. Proefschrift Leiden. — KLATSKIN, G. (1969) Toxic and drug-induced hepatitis. In: L. SCHIFF, *Diseases of the liver*. 3e druk, bl. 532. Lippincott, Philadelphia. — PEREZ, V., F. SCHAFFNER en H. POPPER (1972) Hepatic drug reactions. In: H. POPPER en F. SCHAFFNER, *Progress in liver disease*. Vol. IV, bl. 597. Grune & Stratton, New York. — RØNNOV-JESSEN, V. en A. TJERNLUND (1969) Hepatotoxicity with papaverine. *New Engl. J. Med.* 281, 1333. — ZIMMERMAN, H. J. (1969) Papaverine revisited as a hepatotoxin. *New Engl. J. Med.* 281, 1364.

Arnhem, september 1974 G. P. VAN BERGE HENEGOUWEN
A. P. HARTMAN
J. M. WERRE
K-H. BRANDT

De behandeling van het panaritium

In de klinische les van collega VERSCHUEREN (1974) bestaat de behandeling uit afwachten tot er zekerheid is dat er een panaritium is en dan chirurgisch. Deze handelwijze is correct, een nadeel is echter de narcose.

Naar mijn ervaring is een andere behandeling van de vroege stadia van het panaritium (in dit verband met sensu strictiori genomen) mogelijk:

Op grond van de duur en de nauwkeurige inspectie en palpatie van het panaritium schat men het al of niet aanwezig zijn van een abces.

a. Stel waarschijnlijk geen abces: zeer nat verband onder plastic en windsel geven samen met penicilline oraal, verband 2 × daags aanleggen, iedere 12-24 uur controleren.

Reeds verschillende malen heb ik een vingerinfectie zo in enkele dagen zien genezen, soms na het verwijderen van een alsnog ontstaan abces.

b. Stel waarschijnlijk abces maar nog niet oud en slechts oppervlakkig: exploratie, evt. aanwezig pus verwijderen en verder als boven.

c. Stel te ver gevorderd panaritium: verwijzen naar chirurg.

Literatuur: VERSCHUEREN, R. C. J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1249.

Biervliet, september 1974

G. VERVAET

De behandeling van collega VERVAET zou ik niet durven adviseren. Terecht gebruikt hij het werkwoord „schatten” voor het beoordelen van de vinger op het al dan niet aanwezig zijn van een abces. De conservatieve behandeling van collega VERVAET staat of valt bij dit „schatten”, dat volkomen onbetrouwbaar is gezien de moeilijke differentiatie tussen beginnend infectie, infiltraat en abces. Op de risico's van antibiotica-gebruik zonder chirurgische uitruiming hoef ik niet meer terug te komen.

Groningen, oktober 1974

R. C. J. VERSCHUEREN

Oorsuizen, patiënten en dokters

Met dankbaarheid en bewondering heb ik het artikel van Prof. SCHMIDT (1974) gelezen. Het is dan ook enigszins „contre-coeur” dat ik een kanttekening meen te moeten maken bij nr. 3 van de indeling aan het eind van het artikel, waar „wortelgranulomen” als oorzaak van het oorsuizen worden genoemd.

Hieruit zou men kunnen afleiden dat avitale gebitselementen die géén peri-apicale afwijkingen op de röntgenfoto tonen, niet suspect zijn als oorzaak of bevorderende factor van een focale toxicose. (De laatste term is vollediger en beter dan „focal infection”, omdat niet alleen de bacteriën uit het dode element, maar ook de toxinen en de andere stofwisselingsprodukten, die in het dode element ontstaan, vaak een veel belangrijker rol spelen dan de microben.) Het is zelfs zo, dat bv. het medische team voor de „Herdforschung” aan de Weense Universiteit onder leiding van Prof. PISCHINGER, Prof. THIELEMANN, arts en hoogleraar in de tandheelkunde te Frankfurt, en de betreffende afdeling aan de „Ecole de Stomatologie” te Parijs (een universitaire instelling waar alleen artsen tot mondarts worden opgeleid) dit standpunt innemen, en enkelen zelfs het granuloom als een soort bescherming van het organisme tegen het ontstekings-, resp. toxisch proces zien.

Een langjarige ervaring met de operatieve verwijdering van zg. „röntgennegatieve” elementen op medische indicatie heeft mij geleerd, dat onder de fraaie kronen van „onverdachte” elementen vaak een weke massa zat, die én macroscopisch én histologisch zeer verdacht was voor pathogeniteit, welke verdenking bevestigd werd door het therapeutische succes.

Literatuur: SCHMIDT, P. H. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1357.

Amsterdam, september 1974

B. VAN OMMEN