

*Literatuur:* BIRKENHÄGER, W. H. (1975) Op weg naar een placebo-cultuur? *Ned. T. Geneesk.* 119, 1601.

Naarden, oktober 1975 W. SCHUURMANS STEKHOVEN

De heer SCHUURMANS STEKHOVEN heeft in zijn exposé op onnavolgbare wijze een boemerang-effect voorbereid, zodat iedere reactie van mijn kant te veel van het goede zou zijn.

Rotterdam, november 1975 W. H. BIRKENHÄGER

### *Zoutarmdieet bij de behandeling van hypertensie*

Prof. Dr. W. H. BIRKENHÄGER (1975) spreekt in zijn „Advies voor de medicamenteuze behandeling van hypertensiepatiënten in de huispraktijk” over matiging van zoutgebruik. Deze uitdrukking is weinig exact en biedt geen houvast voor de praktijk. Op dezelfde datum verscheen in de *Lancet* een Leading article (1975), waaruit ik citeer: „Current practice allows no place for salt restriction in the management of hypertension. The doctor who tells his hypertensive patient with normal renal function to avoid salt is wrong on two grounds. Firstly, the reduction in salt intake with such advice falls far short of that required to produce a significant effect upon blood-pressure. Secondly, existing drugs are potent enough to render the misery of effective lifelong salt restriction unnecessary.”

Een duidelijke uitspraak hierover in het Tijdschrift zou ik op prijs stellen.

*Literatuur:* BIRKENHÄGER, W. H. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 971. — Leading article (1975) *Lancet* I, 1326.

Zaandam, oktober 1975 H. MUNTENDAM

Een exacte uitspraak over het zoutgebruik zou betekenen, dat de dosis keukenzout in grammen wordt aangegeven. Ik neem aan dat collega MUNTENDAM een dergelijk advies met een korrel zout zou nemen. Wij zullen dan ook in deze materie van exactheid moeten afzien.

Het is mij niet duidelijk geworden, of de inzender zich met het citaat uit de *Lancet* tegen mijn formulering heeft willen afzetten, maar ik veronderstel dat zulks niet het geval is. Wij onderschrijven de uitspraak in de *Lancet* in zoverre, dat zoutrestrictie op zichzelf te weinig therapeutische betekenis heeft om daarvoor de patiënt aan banden te leggen. Niettemin zullen de „haviken” onder ons toch een poging wagen dit bij de patiënt erdoor te krijgen.

Aan de andere kant zijn er de „duiven”, die de patiënt in het geheel niet willen bevoogden. Dit lijkt ons evenmin een juiste benadering. Tussen excessief zoutgebruik en bloeddrukverhoging bestaat in de epidemiologie en in het proef-dierlaboratorium een duidelijke relatie. Soms treft men een patiënt bij wie het gebruik van exorbitante hoeveelheden zout een bewijsbare factor is in de bloeddrukverhoging. Bij dergelijke patiënten mag het zoutgebruik niet onbesproken blijven, temeer omdat bloeddrukverlagende middelen de retentie van zout door de nieren in de hand kunnen werken.

Zo komt men als vanzelf naar vaderlandse zede tot de formulering dat matiging de voorkeur verdient. Het is een kwestie van „smaak” hoe men zo’n advies wil concretiseren. In feite behoeft slechts het zoutvaatje aan tafel buiten handbereik te blijven.

Rotterdam, november 1975

W. H. BIRKENHÄGER

### *Familie-onderzoek naar het voorkomen van atypische cholinesterase*

Met veel belangstelling lasen wij het artikel van Ir. J. C. PRONK, Dr. S. J. VAN DER WAL en Dr. T. H. THÉ (1975), over familie-onderzoek naar het voorkomen van atypische cholinesterase en in het bijzonder de twee ziektegeschiedenissen. In beide gevallen werd tweemaal suxamethonium toegediend. Dit zal stellig de duur van de apnoe beïnvloed hebben. De eerste gift was bedoeld om de intubatie mogelijk te maken. De reden van de tweede gift suxamethonium werd niet vermeld. Gezien het verdere verloop van de anesthesieën stellig geen spierspanning. Wij willen daarom bepleiten alléén op geleide van bepaalde verschijnselen (in dit geval het al of niet aanwezig zijn van spierspanning) tijdens een anesthesie een bepaald geneesmiddel toe te dienen. Verder zijn wij van mening dat men bij een kort durende ingreep, zoals appendectomie (patiënte A) beter handbeademing kan toepassen, omdat men dan kan „voelen” of er al dan niet spierspanning optreedt, waardoor het verloop van de operatie wordt gehinderd, en ook dán pas een relaxans kan toedienen.

Gaarne zouden wij de aandacht willen vestigen op het toedienen van panthenol (Bepanthen) bij deze vervelende complicatie, zoals beschreven werd door VAHRSON (1968). Deze auteur beveelt een dosering aan van 2000 mg panthenol. Begint de patiënt binnen 7 minuten niet spontaan te ademen, dan kan nogmaals 1000 mg panthenol toegediend worden. Toxische verschijnselen worden niet waargenomen.

Het is niet duidelijk hoe het panthenol werkt. Er worden verschillende mogelijkheden genoemd: competitie, acetylcholine-synthese, cholinesteraseremming, elektrolyt-verschuiving. VAHRSON beschrijft een wisselend succes van panthenol wat het herstel van de spiertonus betreft.

Onze laatste patiënt, die een — biochemisch vastgestelde — homozygote afwijking in de plasma-cholinesterase-activiteit had, onderging op 17 augustus 1975 een neusoperatie. Hij kreeg bij het begin van de anesthesie 90 mg suxamethonium. De operatieduur was 55 minuten. Een half uur na het beëindigen van de operatie bestond een totale paralyse. Er werd toen 2000 mg panthenol toegediend en later — zoals boven beschreven — nogmaals 1000 mg. Binnen een kwartier kon de patiënt worden gedetubeerd.

*Literatuur:* PRONK, J. C., S. J. VAN DER WAL en T. H. THÉ (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1544. — VAHRSON, H. (1968) Über die Anwendung des Panthenol als Antidot gegen Succinylcholin. *Z. prakt. Anästh.* 3, 391.

Alkmaar, oktober 1975

H. EPPENS  
H. Z. SCHRAFFORDT KOOPS  
B. P. A. SEERDEN