

in deze vene optreedt, waarmee de typische symmetrische uitbreiding (meestal beperkt tot het onderste twee-derde deel van het scrotum) zijns inziens verklaard kan worden.

Tevens suggereert BOWESMAN dat de typische zithouding van de Afrikaan waardoor deze vene makkelijk afgeknikt wordt door het pendelende scrotum, bijdraagt tot het ontstaan van dit gangreen. De subcutis bevat geen vet, waardoor er weinig steunweefsel voor de bloedvaten is. Infectie zou bij deze ontstaanswijze secundair kunnen zijn. Sterfte hebben wij ondanks „less advanced medical care” waargenomen. Ook BOWESMAN schrijft „this condition is seldom fatal”.

Bij een aantal van onze patiënten werden in een huidbiopt microfilariae gevonden, zodat tevens Onchocerciasis bestond. In hoeverre deze bevinding (o.a. lymfe-afvloedstoornissen; ADAMS en MAEGRAITH 1967) voor het veelvuldig voorkomen van het gangreen van Fournier in Afrika een rol speelt is mij niet bekend.

Literatuur: ADAMS, A. R. D. en B. G. MAEGRAITH (1967) *Clinical and tropical diseases*. 4e druk. Blackwell, Oxford. — BOWESMAN, CH. (1960) *Surgery and clinical pathology in the tropics*. Livingstone, Londen. — EICKHOFF, C. TH. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 759.

Nijmegen, juni 1977

J. J. MANNI

Problemen met de diagnostiek van het post-operatieve hartinfarct

Met veel belangstelling las ik de klinische les van collega Roos (1977).

PRYS-ROBERTS (1977) wijst er op dat patiënten met een ischemische hartspier een geringe hypotensie tijdens een operatie beter doorstaan dan een hypertensie. Hypertensie geeft een verhoging van de perifere vaatweerstand en daardoor een toename van de arbeid van de hartspier. Komt daarbij nog eens tachycardie, die de tijd van de diastole korter maakt en daardoor ook de tijd beschikbaar voor de coronaire flow, dan komt de perfusie van de hartspier bij

deze patiënten in het gedrang. Duurt een verminderde perfusie van het myocard 5 tot 10 minuten, dan kunnen blijvende beschadigingen van de myocardiocellen ontstaan en eventueel een hartinfarct.

Laryngoscopie, endotracheale intubatie en vooral pijn door chirurgische stimuli kunnen bij hypertensie-patiënten excessieve hypertensie, tachycardie, ritmestoornissen en verschijnselen van myocardischemie in het ECG teweegbrengen.

PRYS-ROBERTS dringt er dan ook zeer sterk op aan geen electieve chirurgie uit te voeren bij patiënten met onbehandelde hypertensie en bestaande therapie niet te staken. Deze auteur, die een aantal zeer belangrijke artikelen publiceerde over anesthesie en hypertensie in de *British Journal of Anaesthesia*, schreef dit reeds in 1971. In 1972 beschreef hij dat hypocapnie door „overbeademing” tijdens anesthesie bij hypertensie-patiënten gepaard kan gaan met een verlaging van de bloeddruk, verlaging van de cardiac output, ritmestoornissen en electrocardiografische tekenen van myocardischemie (PRYS-ROBERTS e.a. 1971, 1972).

Bovengenoemde punten zou ik gaarne willen toevoegen aan de factoren, die een ischemische hartspier ongunstig kunnen beïnvloeden.

Collega Roos schrijft verder dat narcose en grote chirurgische ingrepen een verhoogd risico vormen voor het ontstaan van een hartinfarct in de post-operatieve periode bij patiënten met coronaria-afwijkingen. Het feit dat ademsufficiëntie de belangrijkste complicatie is na grote chirurgische ingrepen (punt 4) is voor HACK en ROMMELSHEIM (1976) reden geweest tot de aanbeveling deze patiënten post-operatief primair na te beademen om post-operatieve hypoxemie te voorkomen; vooral bij patiënten met coronair-sclerose en na een reeds doorgemaakt hartinfarct. Zij noemen dit „prolonged anaesthesia”.

Literatuur: HACK, G. en K. ROMMELSHEIM (1976) *Prakt. Anästh.* 11, 17. — PRYS-ROBERTS, C. (1977) In: M. D. VICKERS, *Medicine for anaesthetists*, Blackwell Scientific Publications, Oxford. — PRYS-ROBERTS, C. e.a. (1971) *Brit. J. Anaesth.* 43, 531; (1972) *Brit. J. Anaesth.* 44, 335. — ROOS, J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1497.

Alkmaar, september 1977

H. EPPENS

BERICHTEN

Binnenland

De gewijzigde Rijsoctrooiwet. — Per 1 november is de Rijsoctrooiwet gewijzigd waardoor Nederland zich aansluit bij het Europese octrooi-overdrag dat op 7 oktober jl. in werking trad. Drs. S. ELZAS bespreekt in het *Pharmaceutisch Weekblad* van 28 oktober jl. in een commentaar, „Stof-octrooi”, eerst de betekenis van deze veelomvattende wetgeving voor de dagelijkse farmaceutische praktijk. De essentie is dat nu een zg. stof-octrooi wordt ingevoerd, waardoor de stof als zodanig wordt beschermd ongeacht de wijze van bereiding. Dit was in Nederland tot dusverre niet het geval. (Bovendien kunnen ook bereidingswijzen door octrooi beschermd worden.) Doordat het stof-octrooi in Nederland ontbrak, waren fijnmazige netten gewezen, waardoor de

gezochte stofbescherming wel werd verkregen, maar dit ging ten koste van de duidelijkheid en gepaard met alle nadelen van ingewikkelde constructies.

De Europese octrooi-raad zal in de loop van 1978 aan het werk gaan en binnen enkele jaren zullen Europese octrooiën in Nederland geldig worden. Schrijvers conclusie is dat er in de komende twee jaren nog geen bijzondere veranderingen merkbaar zullen zijn. Maar in zijn tweede artikel, „Intimidatie door octrooihouders”, beschrijft ELZAS de moeilijkheden die nu reeds gaan ontstaan omdat het vermelden van octrooirechten op het produkt of op de verpakking niet meer wettelijk vereist is (bv. als: Ned. octrooi nr. . . .). Daaraan werd in de praktijk in de laatste jaren al weinig meer de hand gehouden. Het wordt nu voor de apotheker bijzonder moeilijk om vast te stellen of een stof die voor een lagere prijs door een contactpersoon van de fabrikant wordt aangeboden wel