

verzonken mini-osteosynthesemateriaal. In een groot deel der gevallen blijkt dit ook bij comminatieve fracturen mogelijk.¹ Pas als dit (technisch) niet mogelijk blijkt en de resectie onvermijdelijk is kan het plaatsen van een prothese worden overwogen.

LITERATUUR

- ¹ Vierhout RJ, Oostvogel HJM, Vroonhoven ThJMV van. Internal fixation of fractures of the head of the radius. *Neth J Surg* 1983; 35: 13-6.

R. J. VIERHOUT

Emmen, oktober 1986

Collega Vierhout stelt dat resectie van de radiuskop bij jonge mensen vermeden moet worden. In veel gevallen is primaire osteosynthese mogelijk. Vanzelfsprekend gaat ook onze voorkeur uit naar osteosynthese. De indicatie tot osteosynthese wordt door ons gesteld bij dislocatie van meer dan 1 mm of fracturering van meer dan 1/3 van de circumferentie van de radiuskop.

In de aangegeven periode werden 151 radiuskopfracturen behandeld: 97 patiënten kregen conservatieve therapie en 54 patiënten ondergingen een operatie. In onze groep patiënten bestond bij 20 patiënten een dusdanige verbrijzeling dat primaire osteosynthese niet mogelijk was. Slechts in die gevallen is het plaatsen van een siliconprothese te overwegen.

W. S. MEIJER

A. J. VAN BEEK

Rotterdam, oktober 1986

Chemotherapeutica en antibiotica bij urineweginfecties

Een van de middelen die door Hoepelman en Verhoef worden aanbevolen is nitrofurantoïne (1986; 1788-90). In de tabel vermelden de auteurs de gangbare, maar te hoge dosis van 4 dd 100 mg. Zoals ik al eerder in dit tijdschrift betoogd heb, is een dosis van 4 dd 50 mg ruim voldoende om bacteriostatische concentraties in de urine te verkrijgen bij patiënten met normale nierfunctie.¹ Toepassing van nitrofurantoïne in deze hoeveelheid leidt niet tot misselijkheid, braken of anorexie, bijwerkingen die bij hogere doses vaak voorkomen. Het is te betreuren dat dit in Nederland nog steeds niet is doorgedrongen tot de artsen die urineweginfecties behandelen. Vrijwel onveranderd wordt aan patiënten de te hoge dosis van 4×100 mg voorgeschreven. De dosis van 4×50 mg voorkomt de onaangename bijwerkingen van het middel zonder verlies aan werkzaamheid. Daarenboven is nitrofurantoïne in een dosis van 50 mg, 's avonds, uitstekend geschikt als profylaxe bij recidiverende urineweginfecties.²

Er is dan ook weinig aanleiding om, zoals de schrijvers suggereren, de plaats van dit middel in ons therapeutisch handelen opnieuw te bepalen. Mits op de juiste manier gedoseerd, kan nitrofurantoïne ongetwijfeld het middel van eerste keus blijven voor de behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties bij patiënten met een normale nierfunctie.

LITERATUUR

- ¹ Koene RAP. Bijwerkingen van nitrofurantoïne. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1290.
² Barley RR, Gower PE, Roberts AP, Wardener HE de. Prevention of urinary-tract infection with low-dose nitrofurantoin. *Lancet* 1971; ii: 1112-4.

R. A. P. KOENE

Nijmegen, oktober 1986

Wij zijn collega Koene erkentelijk voor zijn reactie. Inderdaad is 4 dd 50 mg nitrofurantoïne gedurende 10 dagen voldoende om een ongecompliceerde urineweginfectie bij een vrouw te behandelen.¹ Wij hebben ons echter gehouden aan de in de Engels-Amerikaanse literatuur gebruikelijke en in ons land in het *Farmacotherapeutisch Kompas* aangeraden dagdosis van 400 mg.² Het is niet geheel juist dat nitrofurantoïne in een dagdosis van 200 mg geen aanleiding geeft tot misselijkheid, braken of diarree. Gossius beschrijft deze bijwerking bij 10% van zijn patiënten en bij slechts 2% van zijn controlepersonen. Met deze dosering zag hij bij 25% van zijn patiënten een 'minor adverse reaction', bij 10% van zijn patiënten moest de therapie om deze reden zelfs worden gestaakt. Ook de veel ernstiger pulmonale en neurotoxische bijwerkingen worden in Zweden, waar nu juist deze lage dosis wordt gebruikt, in toenemende frequentie gezien.³ Omdat het overigens zeldzame chronische pulmonale syndroom juist bij langdurig continu gebruik van nitrofurantoïne in lage dosering is beschreven, hebben we de overigens doeltreffende suppressie therapie met 50 mg ante noctem in het laatste deel van de tabel weggelaten.

Op grond van de aanvullingen van collega Koene zien wij geen reden voor wijziging van onze conclusies: (a) tenzij meer studies bevestigen dat een eenmalige dosis nitrofurantoïne doelmatig is bij de behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties, lijkt het tijd om de plaats van dit geneesmiddel opnieuw te bepalen en (b) een acute ongecompliceerde urineweginfectie bij een niet-zwangere vrouw kan het best bestreden worden met een kortdurende therapie of met een eenmalige hoge dosis co-trimoxazol.

LITERATUUR

- ¹ Gossius G. Single dose nitrofurantoin therapy for urinary tract infections in women. *Current Therapeutic Research* 1984; 35: 925-31.
² Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1986: 583-4. *Farmacotherapeutisch Kompas* 1986.
³ Holmberg L, Bouman G, Böttiger, et al. Adverse reactions to nitrofurantoin. *Am J Med* 1980; 69: 733-8.

I. M. HOEPELMAN

J. VERHOEF

Utrecht, oktober 1986

Galsteenileus

Met genoegen las ik het artikel van Van der Vliet en Van Hillo over galsteenileus (1986; 1777-9). Terecht wijzen zij erop, dat men allereerst moet streven naar het opheffen van de obstructie door een enterotomie ter verwijdering van de steen. Er wordt echter niet gesproken over de plaats van de enterotomie. Met grote nadruk moet gesteld worden, dat de enterotomie nooit op de plaats van inklemming dient te geschieden. Hier is de darm al vaak ernstig beschadigd, met een grotere kans op naadlekkage na operatie. Zonder moeite lukt het altijd de steen weer richting maag te masseren, de aanvoerende lis is immers uitgezet. Een centimeter of 20 proximaal van de inklemmingsplaats kan men dan zonder noemenswaardig risico in een gezond stuk ileum de enterotomie aanbrengen en de steen verwijderen.

Voor wat betreft de biliodigestieve fistel: in principe nooit exploreren! Blijf er ver vandaan. De natuur heeft een wonderbaarlijk knap stukje werk geleverd door de steen te luxeren in de tractus digestivus. Mochten er later problemen ontstaan (op zichzelf zeldzaam) dan kan men altijd in tweede instantie à froid een eventuele correctie aanbrengen.

W. G. SILLEVIS SMITT

Zwolle, oktober 1986

Het advies van collega Sillevius Smitt om de enterotomie bij een galsteenileus proximaal van de inklemming aan te brengen is een waardevolle aanvulling op de desbetreffende klinische les. Hoewel het terugmasseren van de obstruerende steen in de gedilateerde darm eenvoudiger is dan het antegraad masseren tot in het caecum, dient men te waken voor verdere beschadiging van de darmwand. Men kan aldus genoodzaakt worden een darmresectie uit te voeren, welke bij deze ernstig zieke patiënten met meer complicaties gepaard gaat dan een eenvoudige enterotomie.

Ten aanzien van de behandeling van de biliodigestieve fistel stellen wij ons eveneens op hetzelfde standpunt. De meeste patiënten met galsteenileus zijn gebaat met een zo klein mogelijke chirurgische ingreep, die slechts het opheffen van de

obstructie tot doel heeft. Een cholecystectomy is in een later stadium slechts geïndiceerd bij recidiverende klachten over de galwegen. Een uitvoerige bespreking van de verschillende facetten van de chirurgische behandeling van galsteenileus en de ervaringen met de gecombineerde Maastrichtse en Rotterdamse patiëntenpopulatie wordt door ons elders gepubliceerd.¹

LITERATUUR

¹ Hillo M van, Vliet JA van der, Wiggers T, et al. Gallstone obstruction of the intestine. Surgery; wordt gepubliceerd.

J. A. VAN DER VLIET
M. VAN HILLO

Minneapolis,
Rotterdam, oktober 1986

Mededelingen en bekendmakingen

De medische verzorging in de jaren 1940-1945

Het Leidse 5 mei-comité streeft ernaar om ter herdenking van de bevrijding in 1945 en van de daaraan voorafgegane bezettingen jaren jaarlijks in de eerste helft van de maand mei een aantal evenementen te organiseren. Een centrale plaats in deze herdenking is steeds ingeruimd voor een tentoonstelling, waarvoor het historische en centraal gelegen Waaggebouw beschikbaar wordt gesteld. Zo werden in 1985 in het bijzonder de verzetsactiviteiten binnen de Leidse gemeenschap belicht, in 1986 was het thema het verzet in het toenmalig Nederlands Oost-Indië. Het bijeenbrengen van het materiaal voor een dergelijke tentoonstelling vergt veel overleg en tijd. Het 5 mei-comité doet dit graag, doch is daarbij toch voor een belangrijk deel aangewezen op de medewerking van vele anderen, die bereid zijn waardevolle en (of) interessante voorwerpen, artikelen of andere gegevens uit hun bezit voor een dergelijke expositie gedurende ca. 14 dagen in bruikleen beschikbaar te stellen. Tot dusver was een dergelijk beroep nimmer tevergeefs.

Het thema voor 1987 zal zijn de medische verzorging in de jaren 1940-1945. De expositie zal een beeld moeten geven van

de verzetsactiviteiten binnen het werkterrein van artsen, tandartsen en apothekers in de breedste zin alsmede van de wijze waarop onder uiterst moeilijke omstandigheden de medische hulpverlening moest worden uitgevoerd. De mogelijkheid om deze tentoonstelling te coördineren met evenementen binnen de universitaire gemeenschap en het Academisch Ziekenhuis te Leiden wordt nog bezien. Vooruitlopend hierop kon al een aantal contacten worden gelegd. Om ook ditmaal een representatief beeld van het gekozen thema te kunnen geven vraagt het comité verdere medewerking van artsen, tandartsen en apothekers die bij de directe patiëntenzorg betrokken zijn (geweest), van wetenschappelijke instellingen en hun medewerkers in de ruimste zin, van de vakpers en van de producenten van medische apparatuur of geneesmiddelen.

Reacties in elke vorm worden gaarne ingewacht door de leden van het comité, W. Pera, Verdamstraat 26, 2313 PN Leiden, tel. 071-131456; A. Abcouwer, De Sitterlaan 119, 2313 TM Leiden, tel. 071-141781 en mw. D.M. Groen-van Slingelandt, Pieterskerkhof 36, 2311 ST Leiden, tel. 071-141972.

Stichting 5 mei-comité Leiden,
W. PERA, voorzitter

Leiden, oktober 1986

Boekaankondigingen

P. Astrup en J.W. Severinghaus, *The history of blood gases, acids and bases*. (Uit het Deens vertaald.) 332 bl., fig. Munksgaard, Kopenhagen 1986. Prijs: geb. £ 23,25.

De schrijvers nemen de lezers mee door de tijd vanaf de eerste filosofische bespiegelingen over de vitale substantie die 'adem' was tot de laatste ontdekkingen. Uitgelezen illustraties begeleiden de tekst, vanaf de Vier Elementen van Karel van Mander III tot 'non-invasive blood gas monitors'. Het boek is des te aantrekkelijker omdat de klinisch-chemicus Astrup een groot aandeel heeft gehad in de ontwikkeling van het onderzoek van bloedgasen. De grote polio-epidemie in Kopenhagen (1952/'53) dreef Astrup en zijn medewerkers ertoe methoden en instrumenten te ontwerpen voor het meten van bloedgasen en het zuur/base-evenwicht. Severinghaus, thans hoogleraar in de anesthesiologie, was radarspecialist in de tweede wereldoorlog

en hij ging geneeskunde studeren om wetenschappelijk biologisch onderzoek te kunnen doen. Hij kwam, via bestudering van het verschijnsel hypothermie, uit bij de acidose en bloedgasanalyse.

Elkaar aanvullend, schreven zij samen een zeer leeswaardig boek, dat men niet als 'verleden tijd, overleden tijd' mag wegleggen. Het preludeert op de toekomst.

J. VAN DER HEIDE

Advanced medicine 22. Onder redactie van D.R. Triger. 416 bl., fig., tabellen. Baillière Tindall, Londen 1986. Prijs: geb. £ 19,95.

P. Vink en H. Daanen, *Gezond blijven*. 126 bl., fig., tabellen. De Tijdstroom, Lochem 1986. Prijs: ingen. f 21,-.