

van 2.8 Meter. Iedere afdeeling heeft een zusterkamer, douches, privaten, en ruimten om de dagkleederen en de reisdekens gedurende den nacht te ventileeren. Over dag is er geen patiënt in de zalen, behalve op de etensuren, daar er voor de *tijdelijk*-bedlegerigen twee ziekenzaaltjes (ieder 4×10 M. en ieder voor 6 bedden) zijn bestemd, iedere afdeeling (mannen of vrouwen) met een zusterkamer; om dit gebouwtje zijn eveneens 3 warandes om sommige patiënten te kunnen isoleeren (ligwarandes kunnen er niet te veel zijn, daar de patiënten steeds buiten zijn en de wind in ons land dikwijls wisselt); de 1ste étage dient voor personeel, droogzolder en bergplaats voor patiëntengoederen. Aan deze ziekeninrichting sluit zich de keuken aan (in den trant zooals te Laren) met een afzonderlijke spoelinrichting voor vaatwerk. Centrale verwarming door warm water (kan door iederen arbeider bediend worden; voor stoomverwarming is een machinist noodig) met *gladde* geleidingsbuizen (radiatoren zijn stofnesten) in alle zalen, alsmede waterleiding voor closets, douches en waschinrichtingen. HAENTJENS.

OVER DE GENEZING VAN LONGTUBERCULOSE IN
VERSCHILLENDE STADIA.

Aan Dr. HUININK.

Geachte Collega,

Het komt mij voor, dat Gij mijn stukje in dit *Tijdschrift* n^o. 4 slecht gelezen hebt. Gij meent namelijk, dat de lezer daaruit zou moeten begrijpen: de patiënt kan voorloopig wel thuis blijven en als het erger wordt, kan hij altijd nog wel naar een sanatorium. Geachte collega, dat heb ik allerm minst gezegd. In de laatste alinea kunt Gij duidelijk lezen: „Dat het wenschelijk is de patiënten in het algemeen hoe eer hoe liever aan een sanatorium-behandeling te onderwerpen, spreekt van zelf; hoe lichter de aandoening, hoe gemakkelijker zij onder overigens dezelfde omstandigheden geneest.” Het zijn echter die bijkomende omstandigheden, die voor de al of niet geneeslijkheid zoo zwaar meewegen en die men, mijns inziens, te veel verwaarloost. Bouwende op de resultaten van het physisch onderzoek der longen bepaalt men de kansen van genezing en vergeet te veel de andere organen. Heeft een patiënt een lichten topkatarrh en slechte digestieorganen, dan loopt hij veel meer kans van niet te beteren dan een patiënt met een flink infiltraat, maar met een uitstekende maagdarmpunctie.

Verder zegt Gij, dat Gij nooit spreekt van genezen bij het verlaten van het sanatorium. Welnu, dat doe ik ook niet; ik spreek niet eens van duurzame verbetering; dan moet de patiënt eerst het bewijs geleverd hebben, dat hij alles in het maatschappelijk leven weer zonder schade kan meemaken. De patiënten, bij wie ik dan ook van genezen sprak, zijn reeds van ouderen datum en hebben hunne werkzaamheden reeds twee jaren en langer hervat. Als voorbeeld zou ik U kunnen aanhalen (en ik kies juist dit voorbeeld, omdat Prof. PEL het gevolgd heeft en dus de juistheid constateeren kan) een onderwijzer, die hier in slechten toestand met een flink infiltraat in

beide longtoppen opgenomen werd; alle andere organen waren perfect in orde. Deze patiënt is na eenige maanden ontslagen in een uitstekende conditie; aan de toppen nog lichte demping en bronchiaal ademen (litteekenweefsel) aanwezig; geen reutels. Deze patiënt geeft nu reeds twee jaren lang onderwijs zes uren daags in een lagere school zonder de minste stoornis. Wanneer een patiënt dit doen kan zonder hinder, zonder eenig ziekteverschijnsel, dan spreek ik van genezen. Dat er demping en bronchiaal ademen kan blijven bestaan waar litteekenweefsel zit, is duidelijk; het verdwijnen daarvan is dan ook meer afhankelijk van de al of niet aanwezigheid van functionneerend, dus luchthoudend, longweefsel vóór het geschrompelde weefsel.

U dw. coll.,

Heiloo, 31 Jan. 1904.

T. HOEKSTRA.

Hiermede houden wij deze zaak voorloopig voor voldoende besproken.

(Redactie).

ANCHYLOSTOMIASIS IN DELI.

Geachte Redactie!

In het Weekblad van 21 November 1903 blz. 1220 komt de volgende mededeeling voor: „De Minister verklaart, dat hem van het voorkomen van wormziekte in Deli niets anders bekend is, dan wat Dr. STEINER daaromtrent schreef in het *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederl.-Indië*, deel XLII, afl. 4”. Deze mededeeling is eenigszins merkwaardig, als men het volgende bedenkt: „Auf das Vorhandensein und die Gefahr der Ankylostomen hat auf der Ostküste Sumatras als erster Dr. MAURER aufmerksam gemacht, laut Protocoll der „Geneeskundige Vereeniging” vom 22 April des Jahres 1896, aufgenommen im Deel XXXVI afl. 6 van het *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië*”.

Aldus Dr. SCHÜFFNER van de Senembah-Maatschappij, in een rapport aan zijn directie over de jaren 1898 en 1899. Dr. SCHÜFFNER zelf, die zich veel moeite gegeven heeft om omtrent deze ziekte meer kennis te verkrijgen en te verspreiden, wijst er in bovenbedoeld rapport — waarvan ik slechts betreur, dat het niet algemeen bekend is — op, dat „die Verbreitung des Ankylostoma-Wurmes auf einzelnen Unternehmungen eine riesenhafte zu nennen ist”. Zijn onderzoekingen hadden tot resultaat de constateering van het feit, dat op een tweetal ondernemingen 67—70 pCt. van de werklieden „stärker infiziert” waren, en zeker zou men over 90 pCt. gekomen zijn, als men alle gevallen van lichte infectie had medegeteld. Nu is het mij niet bekend, of van dit rapport, nadat het in druk was gebracht, ook aan het Bestuur van het Gewest Oostkust van Sumatra (vulgo Deli) een exemplaar is gezonden. Maar wat ik wel weet, is, dat de geneesheeren, in dat gewest woonachtig, ieder jaar een „Jaarlijksch Overzicht der meest belangrijke ziektevormen voorgekomen onder de Chineezzen en Inlanders in dienst bij enz.” hebben in te dienen, en dat wel van iedere onderneming afzonderlijk. Die „meest belangrijke ziektevormen” zijn op het ons toegezonden formulier, aldus onderscheiden: malaria, typhus, dysenterie, cholera, beri-beri, pokken,