

Slechts aan dit superieure wond-antisepticum van jodium in alcoholische oplossing schrijf ik toe, dat ik in de vele gevallen, waarbij de patiënten 5—12 uren na den verdachten coitus (te Batavia werd het percentage van aan venerische ziekten lijdende prostituées boven de 90 geschat) werden behandeld, geen enkele mislukking heb kunnen boeken.

Na de beschreven uitwendige penseeling met 2 pCt. joodtinctuur komt de intra-urethrale behandeling aan de beurt, welke dus in hoofdzaak tegen gonococcen is gericht. Dáárvoor nu moet men, mijns inziens, geen protargol 5 pCt. gebruiken zolang er nog argyrol 5 pCt. bestaat. Want een 5 pCt. oplossing van protargol in de urethra gebracht doet in den regel den patiënt ineenkrimpen van pijn, gepaard met een ongewenschten urinedrang en meestal nog gevolgd door een zoo genaamde „chemische” urethritis die eenige weken kan duren. Een argyroloplossing van 5 pCt., die in de urethra wordt gebracht, geeft echter *niet de minste pijnreactie of gevoeligheid*, en een „chemische” urethritis heb ik daarvan dan ook nooit gezien. Dat argyrol in dezelfde concentratie aangewend minder antiseptisch op gonococci of andere microörganismes zou werken dan protargol is mij niet bekend (argyrol bevat zelfs 30 pCt. zilver tegen protargol 8 à 9 pCt.).

Door middel van een goedlopend urethraspuitje, bij voorkeur uitgerust met een ebonieten of rubber aanzetstuk, spuit men, nadat de patiënt vlak te voren zijn blaas heeft leeg geürineerd, achtereenvolgens 1, 2, 3, 4 en 5 cm³ argyrol 5 pCt. in de urethra, na telkens de voorafgaande ingespoten hoeveelheid te hebben laten afvloeien. Daarna bevestigt men een in een verbandgaaszestientje gewikkeld stuk watten door middel van leucoplast voor de urethra om bezoedeling van de onderkleeren door nog eenige druppels afvloeiende argyroloplossing te voorkomen. De patiënt wordt er verder nadrukkelijk op gewezen om pas na 4 uren weer te urineeren.

Nooit heb ik bij mijn patiënten na zoo'n zorgvuldige desinfectie gonorrhoe of een andere urethritis zien ontstaan.

Haarlem, 11 November 1940.

P. J. VAN PUTTE.

DE BEHANDELING VAN ECZEMA NATUM DER ZUIGELINGEN.

In het N. T. v. G. van 26 Oct. 1940 raadt collega I. VAN DER HEIJDEN aan, om het eczema natum der zuigelingen te behandelen met luiers, die met boorzuur geïmpregneerd zijn. In een of twee weken is het eczeem dan genezen. Ik twijfel er niet aan, dat deze behandeling inderdaad oneindig veel beter is dan die met zalven. Ik zeg zonder groote overdrijving: oneindig veel beter.

Echter, naar mijn ervaring, kan een soortgelijke behandeling veel eenvoudiger geschieden. In de eerste negen jaren van mijn practijk heb ik allerlei zalven geprobeerd, met zeer gering resultaat; ongeveer negen jaar geleden kreeg ik van collega SLUIJMER uit Alkmaar het volgende recept: acidi borici 5.—, acidi tannici 5.—, acidi salicylici 5.—, talci Veneti ad 100.—, m.f. pulvis d.s. strooipoeder.

Hij beval mij dit zoo warm aan, dat ik het toegepast heb en steeds met succes; ik meen te kunnen zeggen, dat het eczeem doorgaans in drie dagen verdwenen is. De billen worden dan met koud water gereinigd, drooggebet, vooral niet gewreven en daarna met het bovengenoemde poeder bedekt.

Amsterdam, 6 Nov. 1940.

TH. H. SCHLICHTING.

OVER DE BEHANDELING VAN LIJDERS AAN RHEUMATOIDE ARTHRITIS ENZ.

Naar aanleiding van de opmerkingen van collega KUIPERS in dit *Tijdschrift* (9 Nov. j.l.), zou ik gaarne nog het volgende in het midden willen brengen. Bij het door KUIPERS in zijn dissertatie bewerkte materiaal was de doseering 100—200 mG. sol. B. ol per keer (1934—1939), zooals KUIPERS in zijn naschrift op mijn artikel zeide. Sedert medio 1937 zou deze verlaagd zijn tot 100—150 mG. per keer. Echter

de totale hoeveelheid per kuur was 2—2.5 G. en aanvankelijk zelfs 3.5 G.. Bij het materiaal van KUIPERS werd dus steeds 2—2.5 maal meer gegeven dan bij ons materiaal. Wij gaven namelijk nooit meer per kuur dan 1 G.

Uit de bewerking der statistiek door KUIPERS blijkt echter niet duidelijk, dat zelfs de onmiddellijke resultaten van zijn handelwijze zooveel beter zijn dan de onze. Ik meen dit in mijn publicatie te hebben aangetoond. Voor de exacte cijfers zij naar deze publicatie verwezen. Ook de uitkomsten van HARTFALL en medewerkers zijn in dit opzicht leerzaam.

Wel geeft KUIPERS aan, dat bij een aantal patiënten die 1 G. kregen sneller recidief ontstond, doch KUIPERS gaf niet op wanneer bij de patiënten die 2—2.5 G. gekregen hadden recidief ontstond. Een vergelijking van de door KUIPERS met de lage doseering verkregen uitkomsten, met die welke bij zijn hooge doseering verkregen werden, is dus niet mogelijk.

Hoewel KUIPERS de quaestie der recidieven „een zaak van bijzonder gewicht” noemt (immers men opereert ook geen breuk om te zien, dat de breuk terstond na de operatie verdwenen is, doch men wil weten hoe de toestand na enkele jaren is!), behandelt hij dit probleem in één korte alinea, waarbij hij vermeldt, dat „velen” gedurende $\frac{1}{2}$ —4 jaar na de goudbehandeling geen activiteitsverschijnselen kregen. Nadere bijzonderheden omtrent deze, voor dit probleem toch zeer belangwekkende, patiënten ontbreken ten ééne male. Het is zeer jammer, dat KUIPERS in zijn gedegen studie aan dit, één der belangrijkste vraagstukken der goudtherapie, zoo weinig aandacht besteedt en van deze „velen” zoo weinig gegevens vermeldt. Vergelijking van de late resultaten van de door KUIPERS gevolgde werkwijze met de onze (waarbij wij, het zij nogmaals gezegd, de helft gaven van de totale, door KUIPERS toegepaste doseering), is hierdoor helaas niet mogelijk.

Een bezwaar, dat KUIPERS nog tegen mijn artikel aanvoert is, dat ik de onmiddellijke resultaten der verschillende doseeringen bijeen genomen zou hebben. Indien KUIPERS mijn artikel goed zou hebben bestudeerd, zou hij gezien hebben, dat dit niet is gebeurd.

In de tabel zijn de resultaten namelijk gescheiden opgegeven voor de verschillende doseeringen. En ook in den tekst zelf is dit ten deele geschied. (Slechts ten deele omdat een tijdschriftartikel geen dissertatie is en men met de plaatsruimte zuinig moet zijn, en omdat dit daarenboven niet in de bedoeling van het artikel lag, dat een globaal overzicht van de onmiddellijke en late resultaten der goudtherapie, zooals wij deze toepassen, aan de Nederlandsche artsenwereld wilde kenbaar maken.)

Rest mij nog aan KUIPERS mede te deelen, dat de dosis van 100 mG. per keer gegeven werd van begin 1938 af. Dit feit heeft echter op de statistiek geen invloed, daar deze over de *totale* hoeveelheid loopt per één of meer uren. (Nooit meer dan 1 G per kuur.)

Van belang is nog, dat de meeste onderzoekers na aanvankelijk een hooge doseering te hebben aangeraden, deze bij nader inzien verlaagden. Ook KUIPERS deed dit en kwam van 150—200 mG. per keer tot 100 mG.. Bij ons is de ontwikkeling echter omgekeerd gegaan, en wij verhoogden onze dosis tot 100 mG. per keer, zoodat de werkwijze van KUIPERS en de onze elkaar in dit opzicht gevonden hebben. Echter de totale dosis van KUIPERS per kuur is nog 2 maal zoo hoog als de onze.

Dat de onmiddellijke resultaten van deze beide wijzen van doen niet veel van elkaar verschillen, toonde ik aan. Hoe zou het met de late resultaten zijn?

Tenslotte juichen ook wij de laatste opmerking van KUIPERS, waarbij hij pleit voor een zich met elkander verstaan der verschillende onderzoekers die over een belangrijk patiënten-materiaal beschikken, zeer toe. Ongetwijfeld zal men door meer eenheid nader komen tot de beantwoording der verschillende vraagstukken, die aan de goudbehandeling bij rheumatoïde arthritis kleven.