

Belangrijk om te weten is, dat dikwijls infecties met *staphylococci* de influenza vergezellen. Zij zijn soms de verwekkers van haemorrhagisch-etterige pneumonieën, die dikwijls met den dood eindigen. Hier is waarschijnlijk het sulfathiazol en het sulfamethylthiazol het beste middel. Indien men er niet over kan beschikken, moet sulfapyridine gegeven worden of anders de sulfanilyl-sulfanilamideverbindingen (uliron). Sulfanilamide helpt waarschijnlijk hier in het geheel niet.

Haemophilus influenzae bestrijdt men waarschijnlijk het beste met sulfapyridine, doch hierover is nog weinig met zekerheid bekend en de uitkomsten zijn niet zoo goed als die bij pyogene cocci. Bij klebsiella (Kapselbacteriën) gebruike men sulfapyridine.

Een overzicht van de praeparaten laat ik hier volgen:

Bij streptococci-infecties: SULFAPYRIDINE (handelsnamen: eubasine; dagénan; sulfapyridine). Doseering bij ernstige infecties (volwassenen): om de 4 uur: 1 gram. Te beginnen met 4 gram, 2 gram, 1 gram en zoo voort.

SULFANILAMIDE (handelsnamen: erysipán; orgasepton; prontosil album; septosil; streptocid; streptopan en zoo voort). Doseering: om de 4 uur 1.2 gram (4 tabletten van 0.3 gram). Te beginnen met 4.8 gram.

Bij pneumococci-infecties: SULFAPYRIDINE (als boven).

SULFAMETHYLTHIAZOL (handelsnamen: sulfamethylthiazol; ultra-septil). Doseering als sulfapyridine. Sulfanilyl-sulfanilamide (handelsnaam: uliron C). Methylsulfanilyl-sulfanilamide (handelsnaam: uliron B). Doseering van beide laatste onvoldoende bekend: 4—6 gram per 24 uur?

Bij staphylococci-infecties: SULFAMETHYLTHIAZOL.

SULFATHIAZOL (handelsnamen: Ciba 3714; sulfathiazol). Doseering van beide als sulfapyridine of hooger.

Sulfapyridine. Doseering als boven.

Bij infecties met *Hæmophilus influenzae*: SULFAPYRIDINE.

Sulfanilamide (?). Sulfathiazol en -methylthiazol (?).

Bij infecties met *Klebsiella* (kapselbacteriën: bij voorbeeld type FRIEDLÄNDER: SULFAPYRIDINE.

Voor een juiste keuze van het chemotherapeuticum is een bacteriologisch onderzoek van exsudaten of sputum noodzakelijk. De geoeffende komt hier reeds zeer ver met het bekijken van een lege artis gemaakt — en volgens GRAM gekleurd uitstrijkpraeparaat. De kweekproef moet dit onderzoek aanvullen. Huisartsen doen hier goed in bepaalde gevallen van influenza-pneumonie hulp van den bacterioloog te vragen met het verzoek om een snel, eventueel oriënteerend bacteriologisch onderzoek.

Groningen, 29 Januari 1941.

J. MULDER

OVER PLASTICITEIT VAN HET BEEN

De opmerkingen van collega TEENSTRA (zie bl. 294, dit *Tijdschrift* 1941) leggen den vinger op de wonde plek van mijn geschrift: hij wijst er op, dat het niet bewezen is, dat het rechter been steeds in adductie getrokken werd, zonder ooit in abductie te worden gebracht. Inderdaad heb ik dit ook slechts als *waarschijnlijk* aangeduid, doch voor mij is deze aanneming vrijwel zekerheid. Immers de redeneering van den heer TEENSTRA zou juist zijn voor een beweeglijk heupgewricht; waarschijnlijk echter niet in het geval van een reeds spontaan, practisch geheel verstijfd gewricht. De weeke deelen om het gewricht heen hebben hier den invloed van het ontstekingsproces ondergaan, m. a. w. het gewricht zit in een enorme littekenmassa. Een slechts korten tijd werkende kracht, zooals bij een onverhoedsche beweging of bij het aannemen van een andere houding, zal aan den stand waarschijnlijk niets kunnen veranderen, zoolang er niet van een hevig trauma, bij voorbeeld bij een ongeval, sprake is. Dat er dus een abductie in de heup ontstaat, zelfs zoo, dat er een druk ontstaat in de lengte in de spang, lijkt mij niet waarschijnlijk. Om dezelfde redenen lijkt het mij onwaarschijnlijk, dat er buiging ontstaat bij pogingen om te gaan zitten, of torsies in de spang bij pogingen tot rotatie van het been.

Deze twee door hem niet genoemde krachten zouden in den gedachtengang van coll. TEENSTRA eveneens van beteekenis moeten zijn. Geheel anders is het met de adduceerende krachten. Deze werken vrijwel voortdurend, zij het ook wisselend in sterkte. De zeer groote gevolgen van deze krachten worden verklaard door het continue karakter ervan.

Onjuist is de meening van den heer TEENSTRA, wanneer hij uit de buiging van de spalk meent te mogen aannemen, dat eraan den medialen kant een drukspanning heeft geheerscht. Wanneer men een stok buigt door de uiteinden naar elkaar toe te brengen, ontstaat in de binnenbocht een druk, in de buitenbocht een trekspanning, beide in lengterichting. Geheel anders ontstond de buiging in ons geval. Hier bestond een trekspanning, zoowel in de binnen- als in de buitenbocht. Want alles wat zich lateraal van het draaipunt bevond, stond aan trekspanning bloot. Ook de binnenkant van de spalk was sterk in lengte toegenomen. De buiging ontstond (anders dan bij het voorbeeld van den stok), doordat bij de ontstaande adductie de spalk tegen het caput femoris werd gedrukt; door den tegendruk van dit beenstuk ontstond de kromming. Deze druk werkt echter slechts op een gedeelte van de spalk en, wat van het hoogste gewicht is: deze druk stond loodrecht op de trekspanning. In mijn betoog ware slechts van belang een druk in de lengterichting, die de trekspanning zou afwisselen. Druk, loodrecht op de lengterichting, geeft een geheel ander probleem, dat ik uit mijn vraagstelling zorgvuldig geweerd heb als niet ter zake doende, doch waarvoor ik coll. TEENSTRA naar de werken van ROUX moge verwijzen.

Tenslotte over het woord „groei”. Het werkt verwarrend als men daaronder geheel verschillende begrippen samenvat. In het geval van het beentransplantaat sprak ik van lengtevermeerdering om een verwarring met de spontane, physiologische lengtetoeneming te voorkomen. Diktegroei, door toeneming in de richting der weke deelen, is niet te vergelijken met de lengtetoeneming van een spang, welke aan beide uiteinden in been levend vastzit. Immers hier kan de lengtevermeerdering niet door appositie, zooals bij de diktetoeneming, doch slechts door interstitieele beenvermeerdering ontstaan. Het door coll. TEENSTRA aangehaalde „ingroeien” van een transplantaat heeft in het geheel niets met een eigenlijken groei te maken. Het beteekent geen toeneming in lengte, dikte, volume, doch het wil zeggen, dat er een levende verbinding is ontstaan tusschen transplantaat en zijn nieuwe, beenige bed, hetzij doordat het transplantaat in zijn geheel, hetzij ten deele, is blijven leven, hetzij dat het is vervangen door nieuw, levend been uit de aangrenzende weefsels.

Groningen, 20 Januari 1941

I. BOEREMA

DE TOEKOMST VAN DE GEMEENTELIJKE GENEESKUNDIGE ARMEN- VERZORGING

De commissie inzake de gemeenteartsen meent ten onrechte, dat ziekenfondsen en armenpractijk principieel verschillen. Behalve bij de doktersfondsen (geen ziekenfondsen in engeren zin) ontbreekt bij de ziekenfondsen tusschen arts en patiënt een regeling bij voorbaat. Er is alleen een regeling tusschen arts en *fonds*, dat ten behoeve van den toekomstigen patiënt allerlei bedongen heeft. En in de armenpractijk een overeenkomstige regeling tusschen arts en *gemeente*. In beide verhoudingen arts-patiënt is dus een buitenstaander ingeschakeld. Hoe tallooze ziekenfondspatiënten betalen trouwens de premie niet zelf (dienstboden, groepen arbeiders, pupillen, enz.).

De begrippen paupers, gedeeltelijk armen en tijdelijk armen gaan vloeiend in elkaar over. *De gemeentelijke geneeskundige armenverzorging, zoowel in de steden als ten plattelande, heeft de grondslagen van de armenwet al lang verlaten en zich ontwikkeld tot een sociaal verzorgingsinstituut* (zie ook het proefschrift van SMIT).

Op tal van plaatsen gaat bij voorbeeld de geheele ziekenhuisopneming van fondspatiënten via den GG en GD, die uit gemeenschapsgeld het aan den kostprijs