

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen

ISOLATIEDUUR VAN DIPHTHERIEPATIËNTEN

In het belangwekkende artikel van VAN DER WEY 1) trof mij de korte duur van de isolatie der diphtheriepatiënten. Deze bedraagt 3 weken als zij eenmaal, 4 weken als zij tweemaal, en 6 weken als zij driemaal serum hebben gehad. De vraag komt op of volgens deze normen niet talrijke besmettingsbronnen zullen worden uitgezonden. Over dit vraagstuk bestaan er enkele uitspraken, die het tegendeel zouden bewijzen.

De eerste is, dat het keelafstrijkpraeparaat van diphtherielijders na 2 maanden voor 90 pCt. negatief is 2). Het komt mij echter voor, dat deze stelling niet onvoorwaardelijk opgaat. Ik vond bij eigen materiaal de volgende cijfers:

aantal	bacillendragers	diphtheriepatiënten	totaal
	46	38	84
keel- en neusafstrijk 3 × negatief na:			
0—4 weken	bij 27 = 59 pCt.	bij 13 = 34 pCt.	bij 40 = 47 pCt.
1—2 maand.	33 = 72 pCt.	23 = 60 pCt.	56 = 67 pCt.
2—3 maand.	39 = 85 pCt.	27 = 71 pCt.	66 = 79 pCt.
3—4 maand.	39 = 85 pCt.	33 = 87 pCt.	72 = 86 pCt.
4—5 maand.	40 = 87 pCt.	35 = 92 pCt.	75 = 89 pCt.
5—6 weken	42 = 91 pCt.	35 = 92 pCt.	77 = 92 pCt.
6—7 maand.	44 = 95 pCt.	36 = 94 pCt.	80 = 95 pCt.
7—8 maand.	45 = 97 pCt.	37 = 97 pCt.	82 = 98 pCt.
14—16 maand.	46 = 100 pCt.	38 = 100 pCt.	84 = 100 pCt.

Volgens deze cijfers wordt de 90 pCt. dus pas na 5 maanden bereikt. Nu komt hier de tweede, vrij algemeen aangenomen stelling te hulp namelijk dat de bacillen bij patiënten en dragers in den regel na 6—8 weken avirulent zouden zijn 3). Ook hiervoor vond ik andere getallen.

Duur van de virulentie.

	diphtheriepatiënten	bacillendragers	totaal
tenminste 0—6 weken	2	1	3
6 weken—2 mnd.	1	—	1
2—3 mnd.	5	—	5
3—4 mnd.	—	—	—
4—5 mnd.	1	3	4
5—6 mnd.	1	—	1
6—7 mnd.	—	1	1
12 mnd.	1	—	1

Het is jammer, dat deze getallen niet grooter zijn, maar als voorloopige uitkomst moet er uit worden afgeleid, dat in 80 pCt. der gevallen de virulentie 4 à 5 maanden behouden bleef.

Daar thans de diphtherie zoowel in frequentie als in ernst toeneemt en ook onder de tevoren actiefgeïmmuniseerde patiënten maligne gevallen voorkomen (VAN DER WEY), mag de vraag dus gesteld worden of de duur der isolatie niet moet worden uitgebreid.

Naar mijn meening moet deze vraag bevestigend worden beantwoord.

Wel is waar zal het vermoedelijk evenmin als vroeger uitvoerbaar blijken om de afzondering in alle gevallen voort te zetten tot keel- en neus-afstrijkpraeparaat definitief negatief zijn, maar bij een zeer groote meerderheid schijnt dit zeer wel te bereiken.

Wat de verpleegruimte en -kosten betreft, leert een eenvoudige beschouwing, dat deze zeer zouden meevallen. CLAUBERG 4) vond voor den duur der besmettelijkheid van diph-

1) N. T. v. G. 1943, I, bl. 205.

2) HAGEN, Frankfort, *Kinderaerztl. Prax.* 1932.

3) LENTZ, Berlijn *ibid.*

4) *Münch. med. Woch.* 1935, bl. 944.

therie-patiënten een gemiddelde van 18 dagen voor den typus mitis en een gemiddelde van 43 dagen voor den typus gravis. Deze gemiddelden zijn berekend uit minima en maxima van 1—191 dagen (mitis) en 5—161 dagen (gravis). Wanneer men dus elk dezer patiënten zóó lang verpleegd zou hebben tot zijn besmettingsgevaar volledig geweken was, dan zou bij de eindrekening gebleken zijn, dat men aan verpleegkosten niet meer besteed had dan het bedrag dat noodig ware geweest om alle in de barak opgenomen patiënten voor zoover met mitis-infectie gedurende $2\frac{1}{2}$ week (18 dagen) en voor zoover met gravis-infectie gedurende 6 weken (43 dagen) te verplegen. Hetgeen niet buitensporig te noemen is.

Hoog Blaricum, 18 Februari 1943

G. J. HUËT

PSYCHOSES BIJ DIPHTHERIE?

In zijn opstel in dit *Tijdschrift* van 20 Februari 1943, bl. 357 deelt collega mr. P. A. H. BAAN mede, dat in de psychiatrische hand- en leerboeken de diphtherie vermeld staat als een infectieziekte, die niet tot een psychose zou leiden. In de literatuur over infectieziekten vind ik evenmin psychoses bij diphtherie vermeld. Zelf heb ik (op een zéér groot aantal diphtheriegevallen) nooit een psychose gezien.

Collega BAAN beantwoordt echter de vraag van het voorkomen van diphtherie-psychoses bevestigend en deelt twee gevallen hiervan mede. Deze kunnen mij echter allerminst overtuigen. Van het eene ziektegeval (patiënte C.), dat „onder de diagnose diphtherie” werd opgenomen, ontbreekt het bewijs geheel. De schrijver vermeldt zelfs: „*Het onderzoek naar diphtheriebacillen viel hier steeds negatief uit.*” Deze patiënte had mijns inziens een angina met sterk gezwollen tonsillen.

De andere zieke, patiënte B. had inderdaad diphtherie. Zij had „een maniaaal syndroom bij een debilitas mentis”, zij was „van huis uit wat hypomaniacaal”, zij had „eenige dagen hooge koorts gehad” (bij diphtherie is een *matige* temperatuursverhoging de regel). *Zou het diphtherietoxine hier wel van betekenis zijn geweest* en zou bij haar niet evengoed een andere ziekte met hooge koorts de psychose hebben kunnen uitlokken?

Rotterdam, 22 Februari 1943

P. H. KRAMER

DE KUNSTMATIGE ADEMHALING BIJ SCHIJNBARE VERDRINKING

In een nog niet gepubliceerde verhandeling over het vraagstuk van de verdrinking ben ik tot een opvatting gekomen, welke in beginsel met die van MIJNLIEFF (dit *Tijdschrift*, bl. 361) overeenstemt. Ook ik beschouw de toepassing van de kunstmatige ademhaling bij hulpverlening aan drenkelingen, zooals deze aan leeken wordt aanbevolen, als een verwerpelijk middel. Met de wijziging, die MIJNLIEFF voorstelt kan ik het echter nog niet geheel eens zijn. Diens voorschrift omtrent *geringen* en *zeer geringen* druk bij de uitademing is wellicht voor geoefende handen uitvoerbaar; de practijk leert echter dat weinigen hun kracht kennen. Beheersching zal vele helpers spoedig psychisch vermoeien en vooral indien gunstig gevolg wegblijft, zullen zij zich gemakkelijker laten verleiden tot grootere krachtsaanwending. Er zijn echter belangrijker theoretische bezwaren. De kennis van de pathogenese der verdrinking wijst er op, dat druk op de borst ernstig gevaar moet opleveren. Het wekt verwondering dat hiermede in het algemeen zoo weinig rekening wordt gehouden. In de literatuur vindt men de verdrinking onder de asphyxiën gerangschikt. Bij de behandeling van de zeer verschillende vormen volgt men in hoofdzaak dezelfde methode. Het ziektebeeld van de verdrinking is in bijzondere mate gekenmerkt door uitgebreide en ernstige beschadiging van het organisme. MIJNLIEFF schenkt bijzondere aandacht aan de longafwijkingen. Op zichzelf zijn deze reeds belangrijk genoeg. Er is echter meer. Als bij geen anderen vorm van „asphyxie” is er een zeer sterke stuwung in rechter hart, groote venae en lever. De rechter boezem is gespannen en zoo groot als een vuist. Het leverparenchym is door de hooge veneuse spanning ernstig beschadigd. Deze toestand wordt nog verergerd door een omstandigheid, waaraan pathogenetisch nog weinig waarde is toegekend, namelijk de resorptie van het verdrinkingswater. Men heeft dit proces wel als een gunstig verschijnsel beschouwd, daar de longen hierdoor van een hoeveelheid vocht bevrijd worden. Het is echter aannemelijk te maken, dat een overstrooming van het lichaam met water het osmotische evenwicht van weefselvochten en