

over de problemen van virulentie en stabiliteit bij het levende vaccin. Hierna stelde men richtlijnen op voor de uitbreiding van het onderzoekingswerk van de afdeling voor tuberculose-bestrijding der U.S. Public Health Service, waarvan enkele hieronder mogen volgen:

Het vaccin voor geheel Amerika zal in één enkel laboratorium gemaakt worden en niet door de industrie geleverd mogen worden, dit in tegenstelling tot vrijwel alle sera en vaccins die in de U.S.A. verkrijgbaar zijn: de intracutane entingsmethode wordt voorlopig aanbevolen, in afwachting van het vinden van betere methodes, waarmee het aantal ernstige plaatselijke reacties nog verder verminderd kan worden; het vaccin zal niet ter beschikking van huisartsen worden gesteld. Men zal het effect van B.C.G.-vaccinatie nagaan bij bepaalde bevolkingsgroepen die aan bijzonder ernstige infectiekansen blootstaan, zoals bij voorbeeld de Indianenstammen, verpleegden en verplegers in krankzinnigengestichten, personeel van ziekenhuizen en sanatoria, en studenten in de geneeskunde en tenslotte bij hen die op de onderste treden der maatschappelijke ladder staan en die een zeer hoge tuberculosemortaliteit tonen — doch het slechts toepassen bij individuen die een negatieve tuberculinereactie hebben. Op grote schaal zullen vergelijkende proeven worden genomen om de eventuele noodzaak van revaccinatie na te gaan, en verder zal men het effect van vaccinatie onderzoeken in een gemeenschap van ten minste 100.000 personen, liefst een deel van een der staten.

Tenslotte wil men nog door uitgebreid internationaal contact en verdere conferenties komen tot een standaardmethode voor de cultuur der bacillen en bereiken, dat men vergelijkbare resultaten krijgt. Uncle Sam wil dus blijkbaar op zijn manier op grote schaal, grondig en kritisch, zijn achterstand op het gebied der prophylactische vaccinatie tegen tuberculose inhalen en „quand il s'y met, ce n'est pas pour rire”.

F. DEKKING

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zo nodig enige bekorting aan te brengen



BLOOTSTELLING AAN INFECTIEZIEKTEN

In het betoog van prof. VAN GILSE (*N. T. v. G.*, blz. 404, 1947) is één punt, waartegen bij mij toch wel bedenking bestaat en dat is de propaganda, dat ieder meisje vóór het huwelijk zo mogelijk rubeola moet zien te krijgen. Zijn deze infectieziekten werkelijk zo onschuldig dat zij als enig blijvend gevolg de zo gewenste immuniteit achterlaten? Juist de onverwachte fatale gevolgen bij de ongeboren vrucht moeten ons tot voorzichtigheid stemmen. Is het niet mogelijk, dat met name de virusziekten een blijvende beschadiging van sommige organen kunnen achterlaten, ik denk hierbij in de eerste plaats aan het endocrine apparaat. Kunnen onze verschillende diatheses misschien op deze wijze verklaard worden, de X-factor bij zovele ziekten en kwalen?

Geheel op phantasie berusten deze overwegingen niet. In de tandheelkunde kent men hypoplasieën van het email, die voorkomen aan de blijvende tanden, wanneer het jonge kind lijdende is geweest aan lues, rhachitis of *acute infectieziekten*. Aan de plaats der aandoening is ongeveer het tijdstip en de duur der aandoening af te lezen. De algemene opvatting is, dat deze groei en verkalkingsstoornissen ontstaan door beschadiging van endocrine klieren (bij de nagels kan men iets dergelijks vinden, echter zonder blijvende afwijkingen). Deze stoornissen zijn

meestal voorbijgaand, maar is het zeker, dat een restitutio ad integrum is gevolgd?

Ook bij het melkgebit komen verkalkingsstoornissen een enkele maal voor; de verkalking van het gebit neemt een aanvang in de 17e week der graviditeit. In de meeste gevallen schijnt de ernstige voedingsstoornis, die zich op deze wijze openbaart, tot de dood der vrucht te leiden. Het kan echter belangwekkend zijn bij rubeola gedurende de zwangerschap ook op het melkgebit te letten.

Zou er enige grond schuilen in het aannemen van blijvende defecten na de virusziekten, dan dient natuurlijk het streven gericht te zijn op het voorkomen van deze aandoeningen. Er zal dan een vaccinatiemethode moeten worden gevonden.

Aan de andere zijde kunnen we misschien nog eens gebruik maken van de voorkeur voor embryonale en jonge cellen om met een virus tot een bestrijding der maligne tumoren te komen.

Hilversum, 27 Juni 1947

J. R. JANSMA

ACUUT RHEUMA

Met belangstelling las ik het stuk van collega VAN LOOKEREN CAMPAGNE over rheuma en zie, dat hij zowel het acute rheuma als roodvonk beschouwt als een infectie met streptococcus haemolyticus. Ongeveer 25 jaar geleden stuurde ik een ingezonden stuk over roodvonk aan het *Tijdschrift*, waarin ik door ervaring en uit literatuurstudie tot de overtuiging kwam, dat zowel roodvonk als acut rheuma veroorzaakt worden door streptococcus haemolyticus, maar dat bepaalde omstandigheden de oorzaak zijn van het ontstaan van nu eens roodvonk, dan weer acut rheuma. De redactie nam het stuk niet op. Ik beschreef daarin een opmerkelijke bijzonderheid. Een jongen van ongeveer 15 jaar kreeg een acute polyarthrit met zwelling en pijn, zonder enige uitslag. Ik herinner mij niet meer of hij over zijn keel klaagde. Na enige dagen begon hij *flink* te *vervellen*, precies als bij roodvonk. In de loop der ziekte kwam een zuster van hem in contact met mijn zootje (ongeveer 1 jaar oud), dat toen een lichte roodvonkuitslag kreeg en daarna lichte vervelling. Nergens was er roodvonk of angina in de praktijk. Ik moest dus hiertussen verband zoeken. Hier moest dezelfde infectiebron en wel de streptococcus haemolyticus zich op twee manieren openbaren, namelijk in acut rheuma en in roodvonk. Het is altijd mijn gewoonte bij roodvonk of angina alle huisgenoten en de zieke zich de keel te laten ontsmetten met tinct. myrrhae 3/250, gecombineerd met salic. natricus. Hiervan 3 à 5 maal daags 1/2 tot 1 eetlepel, langzaam *doorslikken*. Gorgeldranken helpen niet, ook niet van andere samenstellingen. Soms is na 24 uur een beslag geheel verdwenen. Bij diphtherie of beginnend peritonsillitisabsces is de invloed niet zo duidelijk of negatief.

den Dolder, 30 Juni 1947

G. F. WESENHAGEN

OPEN DUCTUS BOTALLI

Door mijn afwezigheid is het artikel van collega D. P. R. KEIZER (dit *Tijdschrift* 24 Mei 1947) mij aanvankelijk ontgaan. Nu inmiddels tevens gebleken is, dat hierop nog niet door anderen gereageerd is, meen ik een woord van protest te moeten laten horen.

Ongetwijfeld zijn wij collega KEIZER dank verschuldigd voor het publiceren van deze belangwekkende waarneming, die ook een uitvoeriger beschrijving zeker waard is. De indicatie voor deze operatie en de vanzelfsprekendheid waarmee ook in het genoemde artikel hierover geschreven wordt, zijn voor mij echter ten enenmale onbegrijpelijk.

Uit de beschrijving lees ik, dat alleen de te hoge diastolische druk de diagnose van ongecompliceerden ductus BOTALLI ante operationem niet waarschijnlijk maakte. Dit laatste is zonder twijfel juist, wanneer men ziet dat niet alleen een pulsus celer ontbrak — hetgeen vaak het geval is — maar ook de diastolische druk in absolute zin te hoog bevonden werd, althans in de latere observatie. Er zijn trouwens nog andere atypische bevindingen, zoals het electrocardiogram.