

## BERICHTEN EN MEDEDELINGEN

TUBERCULOSE IN POLEN EN IN DUITSLAND. — In 1944 stierf  $\frac{1}{2}$  pCt. der bevolking van Warschau aan tuberculose. Dit is waarschijnlijk het hoogste cijfer, dat ooit gezien werd. Volgens MARC DANIELS (*Epidemiological Information Bulletin* van de UNRRA) was de mortaliteit aan tuberculose in Warschau vóór de oorlog vier maal zo groot als die van de gehele blanke bevolking van Amerika (Zo staat het er!). In 1944 was het 15 maal zo veel. Volgens hem is de mortaliteit aan tuberculose drie maal zo groot onder de Polen als onder de Duitsers. Tot zo ver *The Medical Officer* van 19 Juli (blz. 25).

In *The Lancet* van 26 Juli 1947 (blz. 144) komen de volgende cijfers uit Duitsland voor: de sterfte aan tuberculose in de Engelse, Franse en Russische zone was in 1946 0.6 per duizend en in de Amerikaanse zone 0.566 per duizend. In Berlijn alleen was het sterftecijfer 2.57 per duizend. Deze cijfers zijn minder dan een derde van die, door de *Manchester Guardian* van 4 Juni gepubliceerd.

De laatste cijfers uit Duitsland (1947) tonen aan, dat in de Engelse zone 24295 bedden door tuberculosepatiënten zijn bezet; in de Amerikaanse zone 21045. Dit betekent 177 tot 223 bedden per 100 sterfgevallen. (In Engeland zijn er minder dan 100 bedden per 100 sterfgevallen). Mortaliteit en morbiditeit („as revealed by mass radiography”) aan tuberculose in Duitsland verschillen niet veel van die in Engeland.

K. D. G. FH. SIMONS

## INGEZONDEN

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

NOTA'S GENEES- EN VERBANDMIDDELEN, VOOR 1 JULI 1946  
AFGELEVERD AAN RIJKSRECHTHEBBENDEN

Nog niet ingediende vorderingen betreffende genees- en verbandmiddelen, voor 1 Juli 1946 afgeleverd aan personen, die recht hebben op verstrekking van medicamenten op Rijkskosten, moeten *uiterlijk 1 October a.s.* zijn ingezonden bij den Chef van de Militair Pharmaceutische Dienst, Sarphatistraat 110 A, Amsterdam.

Nota's over het tijdperk tot 1 Juli 1946, welke na 1 October 1947 binnenkomen, zullen *beslist niet meer* in behandeling worden genomen.

Het nieuwe militair tarief, dat sinds 1 Juli 1946 van toepassing is, geldt *niet* voor bovenbedoelde vorderingen. Deze moeten volgens het oude tarief worden berekend, namelijk volgens *taxe 2* van de N.M.P. blz. 163 t/m 165.

Voor ieder Ministerie, ten laste waarvan de vordering komt, moet een afzonderlijke nota worden ingezonden, welke bevat, wat per kalenderjaar c.q. gedurende de eerste zes maanden van 1946 werd afgeleverd.

E. E. J. LE GRAND,

Amsterdam, 19 Augustus 1947

Chef v. d. Mil. Pharm. Dienst

ACUUT LONGGOEDEEM NA DE BARING BIJ TEVOREN GEHEEL  
GEZONDE VROUWEN

Na lezing van het artikel van prof. HOLMER in het nummer van 16 Augustus van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* leek het mij mogelijk nog een andere verklaring voor het ontstaan van longoedeem te geven dan de door dr. LINDEBOOM 1) genoemde. Immers vooral na een zware bevalling zou de bijnier te kort gaan schieten en het bloed snel ingedikt worden, waardoor oedemen kunnen ontstaan.

Deze nu kunnen zich ook ontwikkelen in de longen. Misschien werkt daarbij de chlooraethyl-aethernarcose, die in het artikel bij beide patiënten is vermeld, door toxische invloed op het longweefsel deze longlocalisatie in de hand. De voordelen van deze zienswijze zijn:

1) G. A. LINDEBOOM, *N. T. v. G.*, 33, 1947.

1. Men hoeft geen primaire slechte hartwerking aan te nemen.
2. De lage bloeddruk van de patiënten bevestigt, dat het indikkingsmechanisme van het bloed bij deze patiënten werkzaam was.
3. Het feit van het juist bij een baring (en wel bij een moeilijke, dikwijls met narcose eindigende baring) ontstaan van dit longoedeem, wordt aldus verklaard.
4. Men kan met genoemde zienswijze het juist bij mitralisstenose ontstaan van longoedeem verklaren, immers ook hier zou de physiologische neiging tot oedeemvorming na een zwaren partus tot localisatie in de longen kunnen leiden, door de bij deze afwijking toch reeds hogere druk in de longcirculatie dan normaal.

Amsterdam, 21 Augustus 1947

A. S. NOACH, *Semi-arts*

#### OVER DE BEHANDELING VAN HET NAGEBOORTETIJDPERK

Het artikel van prof. HOLMER zal menigeen hebben verrast. Wanneer men een leering van prof. KOUWER hoort verkondigen, dat de nageboorte drie minuten na de geboorte van het kind actief te voorschijn moet worden gebracht, is men benieuwd de drijfveer te vernemen tot deze afwijkende behandeling. Deze drijfveer is vrees voor bloedverlies. Tijdens den partus zou het bloed in korte tijd zo indikken, dat bij een bloeding bedenkelijk veel bloedkleurstof verloren zou gaan. Vandaar de activiteit.

Nog onlangs (*Proc. of the Royal Society*, 1946) betoogde THEOBALD het tegendeel „it is evident that the hydraemic state lessens the number of red blood corpuscles lost during delivery etc.” Het zou te veel ruimte vereisen op de theoretische beschouwingen van prof. HOLMER in te gaan; ik wil alleen opmerken, dat niet velen op het idee zouden komen, bij de zwangere een uitgeputte bijnierschors aan te nemen, die te weinig cortine zou secretieren; de bijnierschors controleert onder andere de Na-huishouding; circuleert er te weinig cortine, dan verliest het lichaam Na en vocht, zoals bij een patiënt met M. ADDISONI.

Een zwangere onderscheidt zich juist van een niet zwangere door haar vermogen om meer Na en water in de weefsels vast te houden. Men zou dus niet aan een tekort doch eer aan een teveel aan cortine moeten denken, dus hyperfunctie der bijnierschors.

In Amerika is er een uitgebreide literatuur ontstaan over de vraag, of de geslachtshormonen (door de placenta gemaakt) in de zwangerschap een zelfde werking zouden kunnen ontwikkelen als cortine, waarop vooral progesteron zo zeer gelijkt in chemisch opzicht, met andere woorden of de Na- en waterretentie door de geslachtshormonen kan zijn veroorzaakt. Hier is veel voor en ook wel wat tegen; de zaak is onbeslist.

Doch zelfs wanneer de geslachtshormonen de Na- en waterretentie zouden veroorzaken, zal de bijnierschors daarbij wel betekenis kunnen hebben. De gewichtstoename, de cholesterolfoping, het microscopische beeld (mitoses) wijzen op hyperfunctie. In ieder geval zal een bijnierschorspraeparaat, zo het werkelijk werkzaam is, de Na- en waterretentie vergroten, reden waarom de prophylactische toediening tijdens den partus, van een dezer dure praeparaten moet worden afgekeurd.

Na lezing van het stuk van prof. HOLMER geloof ik, dat de behandeling van het nageboortetijdperk, zoals de ouderen die aangaven (TREUB liet ongeveer een half uur afwachten, KOUWER drie kwartier) de voorkeur verdient. Persoonlijk heb ik nooit spijt gehad zo te hebben gehandeld en heb behalve een enkel abnormaal geval nooit bedenkelijke bloedingen waargenomen, terwijl het kraambed bij conservatief handelen gunstig verloopt (geen stinkende doekjes, geen koorts). Van een handelwijze zoals prof. HOLMER voorschrijft, zag ik een enkele keer het resultaat, reden waarom ik hoop, dat deze methode geen gemeengoed zal worden.

Amsterdam, 22 Augustus 1947

R. SCHUURMANS

#### OVER DE BEHANDELING VAN HET NAGEBOORTETIJDPERK

In het *N. T. v. G.* van 16 Augustus 1947 vestigt prof. HOLMER weer eens onze