

doch meestal ligt de oorzaak dieper: de onmisbaarheid van een huismoeder, de kans op ontslag uit de betrekking, de wens naar verheimelijking, en zo voort. Dit onderwerp verhief zij dan naar een hoger plan, zodat verbetering van arbeidsvoorwaarden, geestelijke zorg voor ouders en kinderen, versterking van het gezinsleven, bestrijding van prostitutie en vooral van promiscuïteit, toezicht op zwakzinnigen, hulp aan ongehuwde moeders, het probleem van de vrije tijd, huisvesting, reclassering, misbruik van sterke drank, morele zorg voor de militairen — „van wie er dwizenden dit jaar ons bureau passeerden” — stuk voor stuk met een kernachtige formulering werden gekenschetst. De bijdrage van Zr. M. A. DUVEKOT ter gelegenheid van de hier ter sprake gebrachte symposia gaf zeker het wijdsta uitzicht op het vraagstuk.

J. J. VAN LOGHEM

BERICHTEN EN MEDEDELINGEN

VERKEERSONGEVALLEN. — De cijfers over de oorzaken der verkeersongevallen hebben aangetoond, dat ruim 80 pCt. van deze ongevallen, met inbegrip van de daaruit voortvloeiende gevolgen, te wijten zijn aan verkeersovertredingen van bestuurders van verkeersmiddelen en van voetgangers. Omtrent het aantal slachtoffers der verkeersongevallen, onderscheiden in doden en gewonden, heeft het Centraal Bureau voor Statistiek een overzichtje van 1932—1946 samengesteld. Enkele cijfers wil ik hier geven:

jaar	verkeers- ongevallen	doden	gewonden	materiële schade
1932	41.195	700	11.384	35.692
1935	43.043	763	14.138	36.687
1939	47.645	828	15.726	41.321
1940	28.369	777	9.034	23.888
1941	15.089	547	6.045	11.528
1943	8.939	580	4.007	6.098
1945 (Aug.—Dec)	7.791	572	4.214	5.932
1946	26.265	1175	11.382	21.525

Hieruit blijkt, dat van 1932 af een vrijwel onafgebroken stijging over de gehele linie tot 1939 is vast te stellen. Hierna is een daling ingetreden, tot en met 1943, waarna wederom een stijging is waar te nemen. Vooral het cijfer der verkeersongevallen met dodelijke afloop stijgt onrustbarend. Het karakter der verkeersongevallen is tijdens en na de oorlog van ernstiger aard geworden dan voordien (L. M. I. F. HOLLINGA, *De Sociale Verzekeringsgids*, no. 3, September 1947).

E. SLUITER

INGEZONDEN

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



HET SHOCKSYNDROOM BIJ MALARIA

Naar aanleiding van de klinische les van prof. DE LANGEN 1) over: „Het shocksyndroom bij malaria”, zou ik gaarne enige opmerkingen willen maken. Vooropgesteld zij, dat ik als reserve-officier thans één jaar in de tropen vertoef, zodat

1) N. T. v. G., 12 Juli 1947.

2) Grotendeels gepubliceerd in *J.A.M.A.* 1946 en 1947.

mijn ervaring zeker niet te vergelijken is met die van prof. DE LANGEN. Toch blijken er verschillen van opvatting tussen hem en een aantal naar Indië uitgezonden artsen te bestaan, weshalve het wellicht nuttig is, ook het standpunt van een der anderen te horen.

Gedurende een spoed-tropencursus in Nederland leerden wij, wat betreft de malaria-behandeling, de gebruikelijke methodes door de tropen-artsen toegepast, zoals deze in de genoemde klinische les worden besproken. Wij waren echter ook in staat kennis te nemen van de Amerikaanse ervaringen gedurende de oorlog. Vooral de officiële rapporten van de Geneeskundige Dienst van het Amerikaanse leger 2), zijn het lezen alleszins waard. Het is mij helaas niet mogelijk de juiste bronnen van deze gegevens op te geven.

Daar wij zowel van de „orthodoxe” Nederlandse behandelingsmethodes als van de Amerikaanse ervaringen kennis namen, zijn wij wellicht met een wat andere instelling in Indië aan het werk gegaan dan vroeger het geval was. Doordat het aantal in Indië achtergebleven tropenartsen zeer gering is, waren wij niet of nauwelijks in staat met hen van gedachten te wisselen. Zodoende hebben wij ons min of meer een eigen mening gevormd. Het spreekt vanzelf, dat dit al zoekende is geschied.

Ik meen, dat de veelal veranderde levensomstandigheden in Indië ook tot uiting komen in het beloop van ziekten. Als voorbeeld dienen de schimmel-infecties der huid. De omvang en de ernst waarmee deze thans plegen voor te komen gedurende het eerste halve jaar onder naar Indië gezonden troepen, moeten wel veel verschillen van het beloop dezer ziekten vroeger. Deze waarneming wordt door tropenartsen bevestigd. Ongetwijfeld zijn het kazerneleven en de vaak primitieve hygiënische omstandigheden van betekenis. Maar het zeer frequent voorkomen van diepe infiltraten en multiple abscessen, en de lange ziekteduur wekken vaak de verwondering van collegae met tropenervaring. Een ziekte als dengué, die gedurende het eerste jaar zo frequent bij Europeanen in de tropen zou voorkomen, heb ik in haar classieke vorm nog slechts één keer gezien. En het betreft hier een overzicht van vrijwel alle patiënten van een brigade. Ik kan mij dus voorstellen, dat de malaria ook neiging heeft anders te verlopen dan vóór de oorlog, hoewel ik deze veronderstelling niet met bewijzen kan steunen. De uitwendige omstandigheden zijn in ieder geval veranderd. De invasie van Europeanen welke thans plaats heeft in een land waar de malaria sterk is toegenomen, waar dus in bepaalde gebieden een zeer grote besmettingskans is, vormt mede een factor, die van invloed kan zijn op het karakter der ziekte. Daarbij moet men er rekening mee houden dat — ingevolge de hygiënische voorschriften — door de militairen in de zogenaamde malariagebieden dagelijks $\frac{1}{2}$ g kinine als prophylacticum moet worden ingenomen. Dat een langdurig gebruik van deze kleine hoeveelheid kinine atypische reacties op het medicament tot gevolg kan hebben, wanneer het in therapeutische dosis wordt toegediend, is, hoewel moeilijk bewijsbaar, toch zeker niet zo maar uit te sluiten.

Nog een ander mijns inziens belangrijk feit is, dat onze patiënten geselecteerde, krachtige jonge mannen zijn. Gaat men uit van een geneesmiddelen-dosering per kg lichaamsgewicht, dan heeft men voor een grenadier — en dezen behoren tot degenen die geneeskundig door ons verzorgd worden — zeker een hogere dosis nodig dan die, welke veelal gebruikelijk is voor de gemiddelde Europeaan.

Als officier van gezondheid moeten wij er allereerst naar streven de patiënten zo snel mogelijk wederom geschikt voor de dienst te maken. Men kan zeggen dat een soldaat met malaria ten minste drie weken ongeschikt is voor de dienst te velde. De recidieven en de anaemie kunnen op deze ongeschiktheid zeer hinderlijk een ongunstige invloed hebben.

Onze ervaringen hebben betrekking op 200 gevallen van malaria tertiana en 20 gevallen van malaria tropica. Wat betreft de behandeling der malaria, hebben wij aanvankelijk het uit Nederland meegekregen schema gevolgd, dit wil zeggen

1—1½ g kinine gedurende 6—7 dagen. In het malaria-arme gebied van Buitenzorg, waar onze eerste ervaring werd opgedaan, was deze dosering in de meeste gevallen voldoende. Wanneer de kinine werd uitgebraakt, kregen de patiënten mepacrine of atebriane (300 mg gedurende 6 à 7 dagen), daar het bleek, dat dit middel over het algemeen beter verdragen wordt. Veel verschil in de resultaten van kinine en atebriane zagen wij niet.

Thans, in Soekaboemi, waar de malaria gedurende de oorlog sterk is toegenomen, zijn onze bevindingen heel anders. Het betreft hier patiënten uit het Zuid-Westelijke deel van Java, een streek die vroeger ook al bekend stond wegens het frequent voorkomen van malaria. De in Buitenzorg toegediende hoeveelheid kinine was hier in zeker 25 pCt. der gevallen niet voldoende. Ik versta onder niet voldoende niet een „kinine-resistentie” — zo die al mag voorkomen — maar een traag reageren op kinine, waardoor de ziekteduur verlengd wordt en waardoor de reconvalescentie vaak weken in beslag neemt.

Wanneer men de zeer zieke, vaak dubbel geïnfecteerde tertiana-patiënten, bij wie meermalen dagelijkse koortstoppen boven de 41° C. voorkomen, 4 à 5 dagen laat wachten op de blijvende temperatuursdaling, verlengt men naar mijn stellige overtuiging de reconvalescentie onnodig. Naar aanleiding van een Amerikaanse behandelingswijze, waarbij men alle patiënten een aanvangsdosis van 360 mg mepacrine intra-musculair toedient — ik wil echter zeker niet zeggen dat men dit bij alle malaria-lijdens moet doen — ben ik er toe overgegaan, de patiënten die na 3 maal 24 uur niet voldoende op de 1½ g kinine daags reageerden, in te spuiten met 360 mg mepacrine. De temperatuur daalde dan prompt en de verdere behandeling bestond uit 300—400 mg mepacrine per dag. Toen het aantal patiënten, dat deze parenteraal toegediende dosis mepacrine nodig had, steeds toenam, werd een proef genomen met een hogere aanvangsdosis der kinine. Naar analogie van de bij sulfapraeparaten gebruikelijke dosering leek mij een dergelijke handelwijze met kinine alleszins gerechtvaardigd. Een en ander had een dergelijk goed resultaat, dat deze methode thans als routine wordt gevolgd. De patiënten krijgen nu: de eerste 24 uur 2½ g kinine, de tweede 24 uur 2 g en de volgende 5 maal 24 uur 1½ g. Sinds dit schema wordt gevolgd, behoort het parenteraal toedienen van mepacrine bij de niet-brakende patiënten tot de uitzonderingen. De patiënten zijn in de regel na 2 maal 24 uur koortsvrij, de reconvalescentie duurt niet langer dan twee weken en de anaemie is slechts bij uitzondering van belang. Wat betreft het aantal recidieven kan nog moeilijk een oordeel worden gevormd, omdat de waarnemingstijd daarvoor te kort is. Toch heb ik de indruk, dat ook deze minder in aantal zijn geworden. Plasmochine wordt alleen als nakuur gegeven, wanneer er gameten in het bloed worden gevonden, en wel 30 mg daags gedurende 5 dagen. De thans door ons toegepaste kuur bestaat dus uit het geven van totaal 12 g kinine in 7 dagen, waarbij dan de eerste en tweede dosis hoger zijn dan tot dusverre gebruikelijk was. Volgens de „orthodoxe” kuur geeft men in het geheel 7—10 g kinine, terwijl een autoriteit als NAPIER 1) 1.8 g daags geeft in ernstige gevallen, hetgeen neerkomt op 12.5 g in totaal. Er zijn na de oorlog Amerikaanse publicaties verschenen, waaruit blijkt, dat men zelfs 35 g gaf in 7 dagen. Dit laatste lijkt echter wel wat al te straf.

Men schijnt vroeger in Indië al te hebben opgemerkt, dat men de malaria „streeks-gewijze” moet behandelen. Dat er verschillen bestaan tussen de vereiste doseringen, bij voorbeeld in Buitenzorg en in Soekaboemi, is dus niets nieuws. Wel is het opmerkelijk, dat onze dosering beslist hoger blijkt te moeten zijn, dan die welke vroeger in Soekaboemi werd toegepast. Wij zouden vooralsnog niet gaarne afstand doen van het door ons gevolgde doseringsschema, omdat blijkt, dat juist aan de eisen van de militair-geneeskundige dienst thans behoorlijk wordt voldaan.

Wat betreft de bij malaria soms ontstaande shock — het eigenlijke onderwerp

1) *Principles and Practice of Tropical Medicine*, 1946.

van de klinische les — zou ik nog het volgende willen opmerken. Het is mij niet geheel duidelijk, waarom in de beschreven gevallen de shock niet eerder is herkend. Iedere modern geschoolde arts is toch vertrouwd met het shock-syndroom, terwijl mag worden verondersteld, dat men weet, dat de shock niet alleen bij traumata of bij grote bloedingen voorkomt. Als illustratie mag ik nog vermelden dat ons personeel — in het bijzonder op de shockherkenning en -bestrijding getraind — deze toestanden zeer goed kent. Nog onlangs werd ik gewaarschuwd, dat er een patiënt was opgenomen, die „waarschijnlijk een shock” had. Het bleek een lijder aan malaria tropica comatosa te zijn. De bloeddruk was 40 minimaal en 90 maximaal. Met infusie van zout- en glyucose-oplossing en intraveneuze toediening van 120 mg mepacrine, iedere 8 uur, was de man in 24 uur weer geheel bij kennis. Na een bulbaire parese, die op de 2e ziektedag aan het licht kwam, maar die op de 4e dag geheel verdwenen was, volgde een vlot herstel. De patiënt was na 2 maal 24 uur koortsvrij. Na 3 maal 24 uur was hij in staat de 400 mg mepacrine daags per os in te nemen.

Het is, gezien het enorme vochtverlies door zweten, niet verwonderlijk, dat deze patiënten door uitdroging snel in een shocktoestand kunnen geraken. Daarbij komt nog, dat bij soldaten door de oververmoeidheid en het grote vochtverlies, veroorzaakt door het patrouillelopen, de uitdroging in vele gevallen reeds vóór het uitbreken der ziekte kan bestaan.

Tenslotte vraag ik mij af, of de door prof. DE LANGEN beschreven patiënten ook in shock waren gekomen, indien zij aanvankelijk met een hogere dosis, c.q. parenteraal toegediend geneesmiddel waren behandeld. Het antwoord op deze vraag zal echter moeilijk te geven zijn.

Soekaboemi, 8 October 1947

D. J. HARTMAN,
res. off. v. Gez. 1e kl.

PHARMACOPEE-COMMISSIE

Mededeling X

In het in 1940 verschenen 1e supplement op de 2de druk van de 5de Uitgave van de *Nederlandsche Pharmacopee*, waarin als gevolg van het gebrek aan verschillende grondstoffen gewijzigde voorschriften gegeven worden voor de bereiding van een aantal praeparaten, vervallen de volgende artikelen:

Emplastrum Oxydi plumbici, Sapo kalinus en Spiritus saponatus, voor zover bij de bereiding wordt uitgegaan van Ruw oliezuur.

Secale cornutum.

De in de jaren 1941-1944 gepubliceerde *Mededelingen* I tot en met IX, waarin eveneens door de oorlogsomstandigheden noodzakelijke wijzigingen bekend gemaakt werden, zijn ingetrokken, behalve de navolgende gedeelten, welke voorlopig nog van kracht blijven:

Mededeling II:

Oleum Sesami.

Bij gebrek aan Oleum Sesami mag deze in Linimentum Ammoniae en Pasta Zinci oleosa vervangen worden door Oleum Rapae.

Vina en Vinum.

Bij gebrek aan Sherry-wijn mag deze als medicinale wijn en bij de bereiding van Vina vervangen worden door Griekse Mistella-wijn; bij gebrek daaraan door Algierse wijn en bij gebrek daaraan door witte Bordeaux-wijn.

Mededeling III:

Liquor Kresoli saponatus.

Bij gebrek aan Oleum Lini mag deze olie vervangen worden door een daarmede overeenkomende hoeveelheid Oleum Rapae.

Mededeling VII:

Glandulae Thyreoideae.

Bij gebrek aan schildklieren van schapen mogen ter bereiding van Glandulae