

Dit laatste geef ik reeds gedurende geruime tijd uitsluitend en zie nooit prikkeling ontstaan, het heeft geen onaangename geur, kan zonder enig bezwaar een hele week blijven zitten, geeft daardoor geen extra gebruik van textiel en recidief komt vrijwel niet voor; 50 cm<sup>3</sup> per persoon is voldoende, men kan gewoon zijn werk blijven doen.

Ik ben voorlopig niet van plan iets anders te gebruiken zolang dit middel te krijgen is. Dit schijnt echter niet lang meer het geval te zullen zijn, daar blijkbaar alleen uit legervoorraden geput wordt en men geen deviezen voor invoer beschikbaar stelt. Ik geloof dat dit oeconomisch een misrekening zal zijn, daar met disanthoegen veel meer verzuimdagen voorkomen, die met benzylbenzooat niet nodig zijn.

Bij tegelijk voorkomende pyodermieën (elke pyodermie is tegenwoordig verdacht van scabies) kan het zonder bezwaar overal over heen worden gesmeerd; ik geef dan tegelijk 3 d.d. 0.5 g prontosil gedurende 5 dagen.

In verreweg de meeste gevallen is dan alles met elkaar genezen, behalve bij furunculosis die moeilijker te genezen is en waarop prontosil niet werkt, maar ook dan geen verergering wat met dixanthoegen wel het geval is.

Klazienaveen, 9 Nov. 1947

R. BOER

## DE ASOCIALE EN DE ONBEKENDE LIJDER AAN BESMETTELIJKE LONGTUBERCULOSE

In het *Tijdschrift* van 1 November 1947 las ik het artikel van Collega A. M. MULDER over „Asociale besmettelijke tuberculoselijders”.

Iedere lezer zal het met hem en Collega STOFFELSMA eens zijn, dat men moet trachten een oplossing te vinden voor het vraagstuk der isolering van de asociale lijders aan open longtuberculose.

Maar een veel groter gevaar dan de *asociale* lijders vormen de *onbekende* lijders aan open longtuberculose. Het onderzoek van grote bevolkingsgroepen heeft ons geleerd, dat men *tenminste* moet rekenen op 1 open lijder op 2000 inwoners, waarschijnlijk zelfs op 1 of meer pro mille. Dat wil dus zeggen, dat in het district Schiedam, met 170.000 inwoners meer dan 100 patiënten met besmettelijke tuberculose rondlopen, die zich van hun kwaal niet bewust zijn. Zij stichten in hun onwetendheid ongetwijfeld meer kwaad dan de 5 à 10 asociale lijders in dit district. Het probleem: hoe spoor ik deze patiënten op, wordt niet opgelost door hier en daar het personeel van een fabriek door te lichten, door de onderwijzers, kinderverzorgsters en het P.T.T. personeel te onderzoeken, door in enkele plaatsen bij de schoolkinderen de reactie van PIRQUET te verrichten.

De enige oplossing is om een kleine photo 1) te maken van de gehele bevolking, en dit periodiek, b.v. om de 5 jaar, te herhalen.

Van de zeer grote moeilijkheden op technisch en organisatorisch gebied, die voor zo'n onderzoek overwonnen moeten worden, ben ik mij volkomen bewust. Dat het een zeer kostbaar onderzoek zal zijn, begrijpt ieder die hierover nadenkt. Dat het daarom in de allernaaste toekomst niet uitvoerbaar is, zal wel juist zijn.

Ik had het voorrecht een maand geleden Kopenhagen te bezoeken en heb gezien hoe men daar dit werk heeft aangepakt onder leiding van dr. KNUD WINGE, de genesheer-directeur van het consultatie-bureau aldaar. Men tracht de gehele bevolking van Kopenhagen (1.200.000 inwoners) op tuberculose te onderzoeken door middel van röntgenphotographie en tuberculinetests. De negatief reagerenden worden behandeld met B.C.G. Dit onderzoek slaagt slechts ten dele, ± 65 pCt. der

1) Met „kleine photo” wordt bedoeld „schermbeeldphoto”, dus de photographie van het doorlichtingsbeeld. Het woord „schermbeeldphoto” behoort m.i. zo spoedig mogelijk uit de medische woordenschat te worden verwijderd, evenals het nog lelijker synoniem „kleinbeeldphoto”.

bevolking geeft aan de oproep gehoor. Toch heeft men in ruim één jaar tijd 342 lijdens aan open longtuberculose ontdekt, die onbekend waren op het consultatiebureau, terwijl nog niet een derde gedeelte van de stad is bewerkt.

In Amerika wordt een reclame campagne ingeluid onder het motto: „Van ieder periodiek een thoraxphoto”.

De organisatie van dit onderzoek in Nederland kan reeds nu worden voorbereid. Ik ben van mening, dat dit onderzoek behoort te geschieden door de consultatiebureaux, die ingericht moeten worden op bevolkingsonderzoek. Voor het platteland zullen rijdende röntgenautobussen onsmisbaar zijn.

Schiedam, 9 November 1947

F. DE STOPPELAAR  
*districtsuberculose-arts*

#### DE TRANSPLEURALE METHODE VOOR DE OPERATIEVE BEHANDLING VAN DE ESSENTIËLE HYPERTENSIE

Het is mogelijk, dat het gemakkelijker is om de thoracale grensstreng en de N. splanchnici te bereiken op de manier, welke collega WIJNEN in het *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde* (25 October) aangeeft, dan op de classieke, door WHITE-SMITHWICK aangegeven wijze.

Wij geloven echter niet, dat het doen van twee transthoracale ingrepen bij patiënten met essentiële hypertensie, die toch al een „bad risk” voor operatieve behandeling vormen, erg aan te bevelen is, daar er een goede retropleurale methode bestaat. Immers de gevaren van postoperatieve complicaties na thoracotomie (atelectase, bronchitis, pleura-exsudaat) zijn toch nog steeds groter, dan die van een operatie, waarbij de pleura niet wordt geopend.

Men kan langs retropleurale en retroperitoneale weg, na resectie van de twaalfde rib, de thoracale ganglia Th. VIII-XII en de lumbale ganglia L. I en L. II bereiken. Wil men hoger gaan, dan kan men, volgens POPPEN, na partiële resectie van de 4de rib ook nog de ganglia Th. IV-VII verwijderen. Dit laatste hebben wij nog niet gedaan; voor het overige zijn we in de Amsterdamse Neurochirurgische Cliniek steeds met de door WHITE-SMITHWICK aangegeven methode gemakkelijk uitgekomen.

Amsterdam, 9 November 1947

M. DE GROOD

#### DIPHThERIE EN SERUM

„Dat de prognose voor de lijder aan diphtherie des te gunstiger is, naarmate eerder serum wordt ingespoten, iets wat overigens al dikwijls is beweerd, maar wat nog steeds door velen werd betwijfeld”, zoals VAN SPANJE in het *N.T.v.G.* van 8 November 1947 schrijft, volgt — mijns inziens — toch ook duidelijk uit de daling van de temperatuur binnen 1 of 2 maal 24 uren na de injectie van een flinke hoeveelheid serum. Het wachten op de uitslag van een enting uit de keel is derhalve onverantwoordelijk. Beter bij een verdacht geval serum in te spuiten, terwijl achteraf blijkt, dat geen diphtherie in het spel is, dan omgekeerd. De inspuiting van het serum zal geen schade veroorzaken bij gebleken negatieve reactie, zal eer zelfs het organisme prikkelen tot grotere weerstand. Maar wel kennen velen de slechte afloop van een nalatigheid in deze zaak.

Dit zegt VAN SPANJE heel duidelijk, doch van deze uitspraken waren wij, die van 1 Oct. 1906 tot 1 Oct. 1908 de patiënten in de diphtherie-barakken van het ziekenhuis aan de Coolingsingel te Rotterdam behandelden, ten volle overtuigd en deze komen tot uiting in mijn artikel over diphtherie in het *Tijdschrift* van 1909, tweede helft no. 5 (Serumbehandeling, intubage en pyocyanase), waarbij vooral de behandeling der toxische gevallen met pyocyanase mij getroffen had. Dat een aanvangsdosis van 12000 E. tot 20000 E nodig is, hebben wij uit de in genoemde jaren behandelde gevallen niet kunnen bespeuren, omdat zulke hoge begindoses niet werden gegeven. Hierbij moeten wij niet vergeten, dat naar de barakken — behalve de uit sociaal oogpunt gevaarlijke — de ongunstige gevallen met benauwd