

alcaliseren van de urine met (ten minste) 15 gram bicarbonas natr. per dag (6 doses van 2½ gram); dit voort te zetten (ten minste) 1 dag na het stopzetten van het sulfadiazine, omdat de uitscheiding daarvan nog een dag of drie doorgaat.

Gelijkwaardige alcalisatie bereikt men door middel van 18 gram citras natricus of 21 gram lactas natricus per dag.

„Kan concrementvorming worden tegengegaan door toediening van veel vocht?” vraagt VAN DITZHUYZEN. Ja, zeggen Amerikanen, maar daarvoor is nodig 1 liter water per gram sulfadiazine. Dit is dus een onuitvoerbaar opgave bij een dosering van 8 gram per dag. Buitendien, bij een patiënt die gedehydrerd is ten gevolge van braken, diarrhee of overmatig zweten, garandeert een grote vloeistofopneming nog geen grote urine-uitscheiding, welke ten minste 1½ liter per dag moet zijn. Daarom wordt aangeraden, ter voorkoming van niercomplicaties, niet te vertrouwen op geforceerde vloeistofoediening alleen, doch het accent te leggen op alcaliseren.

OSCAR BETHEA, de samensteller van het *Yearbook of General therapeutics*, 1946, schrijft, dat hij bij de sulfadiazine-therapie geen nierverwikkelingen meer heeft waargenomen sinds hij als gewoonte aannam iedere gram sulfadiazine te alcaliseren met 1 gram bicarb. natr. en 2 gram citras natricus.

De nieuwere sulfonamides, waaronder het sulfadiazine, ontwikkelden zich gedurende de oorlog. De Geallieerde Hoofdquartieren hielden hun officieren van gezondheid op de hoogte van de nieuwe en actuele geneesmiddelen door middel van korte pamfletten. De U.S. Navy deed dit door middel van de *Atlantic Fleet Medical Letter*; de Britten door een *Royal Naval Medical Bulletin*. Het onderwerp sulfonamides kwam veelvuldig ter sprake. Daarbij werd steeds weer ghemerd op de navolgende drie punten:

1. Sulfonamides should be administred in adaequate doses or not at all.
2. Force fluids; urine output at least 1½ liter.
3. Alcalize the urine to pH 7.5.

Uit de in de aanvang geciteerde artikelen blijkt wel, dat een adaequate dosis is gegeven, n.l. 8 gram per dag. Aangezien noch het forceren van vloeistofopneming, noch het alcaliseren der urine wordt genoemd, vermoed ik dat hierin de reden van de haematurie en niersteencoliek is gelegen.

Leeuwarden, 10 December 1947

F. WIEBENGA

SCHEURBUIK BIJ KINDEREN BENEDEN ÉÉN JAAR

Naar aanleiding van de mededeling van den Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid over bovenstaand onderwerp in het *N.T.v.G.* van 6 Dec. meen ik op het volgende te mogen wijzen:

Scheurbuik bij zuigelingen komt de laatste jaren inderdaad veel meer voor dan vroeger. Bijna altijd ziet men de ziekte in combinatie met rhachitis. Van Nov. 1946—Nov. 1947 nam ik in Nijmegen en omgeving 17 gevallen waar, alle röntgenologisch gecontroleerd. Geen der gevallen werd als zodanig herkend.

De goede gronden, welke dr. BANNING heeft om aan te nemen dat de oorzaak moet worden gezocht in het gebruik van gestandaardiseerde melk zullen wel gefundeerd zijn, zodat ik ze niet zo maar in twijfel mag trekken. Ik zou hierbij echter het volgende willen opmerken:

Alle door mij behandelde kinderen met infantiel scorbuut en rhachitis waren zuigelingen die zonder uitzondering zes tot acht maanden lang uitsluitend met gesteriliseerde karnemelk van Nutricia gevoed waren. Steeds kwam dit in elke anamnese weer uitdrukkelijk naar voren.

In het merendeel der gevallen had de moeder nimmer een consultatiebureau voor zuigelingen bezocht.

Opmerkelijk was, dat de meesten dezer kinderen afkomstig waren uit gebieden die zwaar door de oorlog geleden hadden, met name: De Betuwe en Noord-Limburg.

Aangenomen dat het meer frequent voorkomen van infantiel scorbuut bij zuigelingen is toe te schrijven aan het gebruik van gestandaardiseerde melk, hoe moeten dan de volgende feiten worden verklaard?

I. Infantiel scorbuut bij zuigelingen werd voor het eerst weer waargenomen na 1942, terwijl in November 1940 de melk reeds gestandaardiseerd is.

II. Met het standaardiseren van koemelk ondergaat het vitamine C-gehalte geen verandering, toch neemt het aantal gevallen van infantiel scorbuut toe.

Ik ben van mening, dat andere oorzaken hiervoor kunnen worden aangegeven. De dikwijls ongeregelde en slechte melkvoorziening heeft vele artsen er toe gebracht de laatste jaren steeds meer, ook aan gezonde zuigelingen, gesteriliseerde en gecondenseerde karnemelk voor te schrijven. Ik geloof, dat hierin een groot gevaar ligt, als in de toekomst niet op betere wijze met de vitamine-behoefte van het groeiende organisme rekening wordt gehouden.

Gecondenseerde karnemelk wordt volgens fabrieksvoorschrift gedurende 20 minuten op 105 graden verhit, zodat practisch al het vitamine C er wel uit verdwenen zal zijn. Daarbij komt dat de reclame van de fabriek, dat aan de karnemelk vitamine D is toegevoegd misleidend is, daar, zoals ook uit de boven aangehaalde gevallen blijkt, de toegevoegde hoeveelheid niet voldoende praeventief werkt, en de meeste moeders, gezien deze mededeling, het niet nodig vinden vitamine D nog in andere vorm toe te dienen; aan het totaal ontbrekende vitamine C van deze karnemelk wordt steeds stilzwijgend voorbijgegaan. Neemt men daarbij in aanmerking, dat vooral in de peripherie en in de getroffen gebieden het sociaal-hygiënische werk de laatste tijd dikwijls te wensen overlaat, waarvoor verschillende factoren genoemd kunnen worden als: te weinig wijkverpleegsters, slechte vervoersmogelijkheden, te weinig hulp in de huishouding, waardoor de moeders onvoldoende in de gelegenheid zijn de consultatiebureaux te bezoeken, dan heeft men hierin een zeer aannemelijke verklaring voor de belangrijke toeneming van infantiel scorbuut en rhachitis bij zuigelingen. Het is mogelijk dat het gebruik van gestandaardiseerde melk daarbij bovendien nog betekenis heeft, doch mijns inziens is dit van ondergeschikte betekenis.

Nijmegen, 11 December 1947

C. J. A. BAKX

ONVOLDOENDE BEHANDELING THUIS, ALS FACTOR VAN HET SANATORIUMPLAATSGEBREK

Met grote vreugde las ik de voortreffelijke klinische les van dr. BRONKHORST, over spontane cavernegenezing. Er blijkt wel duidelijk uit, hoeveel er door conservatieve behandeling met absolute bedrust te bereiken is. Dat dit thuis ook zeer goede resultaten oplevert, weten o.a. alle artsen in mijn district, die altijd vasthielden aan het absolute bij deze bedrustbehandeling.

Maar uit BRONKHORST's klinische les valt een andere les te trekken.

Als de zo ervaren directeur van ons grootste sanatorium in zijn slotzin schrijft: „De onderschatting van de grote praktische waarde van deze eenvoudige behandelingsmethode”, dan betekent dat een ernstige klacht.

De klacht namelijk, dat een deel van de patiënten, dat in de sanatoria opgenomen wordt, thuis onvoldoende is voorbehandeld, geen absolute bedrust enz. gehouden heeft, waardoor de genezing vertraagd, ja misschien verijdeld kan zijn.

En die klacht is des te ernstiger, nu er al jaren plaatsgebrek is in onze sanatoria.

Van zijn 350 patiënten verdwijnt er bij 100 z.g. spontaan een caverne. En laten we nu eens laag schatten, dat dit bij 50 thuis net zo goed gegaan was, dan wil dat zeggen, dat deze 50 bedden vrij geweest waren voor 50 patiënten, die wel een voor tuberculose specialistische behandeling behoeften. Men kan zelf narekenen hoeveel bedden dit in al onze sanatoria kan bedragen.

Mochten alle behandelende artsen hun patiënten met longtuberculose thuis absolute bedrust laten houden, dan zou het best kunnen blijken, dat er in de sanatoria helemaal geen plaatsgebrek meer is voor hen, die werkelijk een specialistische behandeling behoeven, te meer daar voor deze door een goede voorbehandeling thuis de duur van het sanatoriumverblijf zoveel mogelijk verkort is. De ervaring leert, dat men er op moet staan, dat de bedrust thuis volstrekt is, dus geen voet buiten bed. Want begint men eenmaal met iets toe te staan, dan is het hek van de dam en de resultaten dienovereenkomstig.

Arnhem, 12 December 1947

A. M. MULDER, *districtsterculosearts*