

in het nageboortetijdperk, wanneer als zeker is vastgesteld, dat het de placenta altijd ruimschoots eerder losmaakt dan dat er ostiumtetanie kan ontstaan. De ervaring van coll. BURGER wijst in die richting en de veronderstelling blijft nog mogelijk, dat men in alle gevallen van placenta captiva te maken zou hebben gehad met een placenta, die wel tijdig los kwam te liggen in de uterus, maar niet tijdig werd verwijderd.

Toch loopt coll. BURGER het risico vroeg of laat met een placenta captiva te maken te krijgen. Dit lijkt niet verantwoord, omdat men naar mijn mening heel goed zijn doel bereikt zonder ermetrine. (Ook het geven van ermetrine na elk nageboortetijdperk komt in hoofdzaak ten goede aan eigen gemoedsrust).

In de klinische les van prof. HOLMER (in het kort: de placenta verwijderen zodra deze los ligt) in het *N. T. v. G.* van 16 Augustus 1947, welke les mij waarlijk uit het hart was gegrepen, wordt aangegeven hoe het bloedverlies tot een minimum kan worden beperkt. Reeds verscheiden jaren tracht ik de nageboorte steeds zo spoedig mogelijk te verwijderen, niet met de handgreep van CREDÉ, maar op minder ingrijpende wijze, niet uit gemakzucht, maar om onnodig bloedverlies achter de placenta te voorkomen en de baarmoeder de gelegenheid te geven zich verder te verkleinen.

Dit wordt door vele artsen gedaan en deze zullen eveneens vreugde hebben beleefd aan genoemde klinische les van prof. HOLMER, waarin deze behandelingswijze nu technisch wordt beschreven en van wetenschappelijk fundament voorzien. En met deze houding tegenover het nageboortetijdperk zou ik precies hetzelfde kunnen schrijven als coll. BURGER met de toepassing van ermetrine doet: 1e. de placenta komt snel en gemakkelijk, 2e. gering bloedverlies, 3e. ernstige nabloedingen heb ik niet meer gezien.

Aangezien niemand tot nu toe een enthousiast geluid liet horen over de klinische les van prof. HOLMER, meende ik dit thans te mogen doen.

Sneek, December 1947

H. GERRITSMAN

DE POGING TOT HET BEHANDELEN VAN DIPHThERIEBACILLEN-DRAGERS MET PENICILLINE

Vooruitlopend op een binnenkort verschijnende publicatie, wilde ik mijn adhaesie betuigen met de strekking van het artikel van collega w. H. BORST (*N. T. v. G.*, 92, 12, 1948). Op de afdeling voor besmettelijke ziekten in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam werd een nog groter aantal diphtheriebacillendragers als proef behandeld met penicilline, dat in de neus- en keelholte werd verstoven (gedurende drie dagen, alle drie uur, 500-1000 E. per cm³) of (en) intramusculair toegediend (100.000 E. p. d.). Een significante werking werd niet waargenomen. De uitkomsten werden uitsluitend beoordeeld op grond van de uitslag der *kweken* van de neus- en keelwat.

Moge deze opmerking eveneens kunnen bijdragen tot beteugeling van penicilline-verkwisting.

Amsterdam, 3 Januari 1948

J. E. MINKENHOF

AMOEBENDYSENTERIE

Naar aanleiding van het referaat van collega JENNER (*N. T. v. G.*, 91, IV, 3750) zou ik gaarne de volgende opmerkingen willen maken.

De Angelsaksers beschouwen *E. histolytica* als een obligaate pathogene parasiet en bijgevolg veronderstellen zij bij elke cystenuitscheider het voorkomen van grotere of kleinere amoebenzweren in de darm. Tegen deze hypothese zijn echter ernstige bezwaren te opperen.

FAUST deed in New Orleans een nauwgezet onderzoek naar het voorkomen van amoebenzweren bij personen, door ongevallen om het leven gekomen, en bevond 6 pCt. der gevallen positief. Naar aanleiding van een uitgebreid faecesonderzoek schat FAUST het percentage met *E. histolytica* besmette personen in diezelfde streek vele malen zo hoog. Er is dus wel een zeer grote gaping tussen deze 2 uitkomsten.

Het staat vast, dat bij apen *E. histolytica* zich veel vaker als onschuldige commensaal gedraagt dan als pathogene parasiet.

In de gematigde klimaatzônes, zoals bijv. in Nederland, is autochthone amoebendysenterie uiterst zeldzaam; echter is het voorkomen van *E. histolytica* bij de mens hier zeker geen uitzondering. Men zal bij deze cystenuitscheiders na purgieren wel minuta-vormen, maar geen histolytische vormen vinden en het zijn juist de laatste die de uiting van pathogeniteit zijn.

Men kan dit probleem pogen op te lossen door, zoals BRUMPT doet, het bestaan van een pathogene soort *E. histolytica* aan te nemen naast een niet pathogene soort *E. dispar*. Deze theorie heeft maar weinig aanhangers.

Dat *E. histolytica* een onschuldige commensaal kan zijn, is mijns inziens een onbetwistbaar feit en het behandelen van elke cystenuitscheider in een land als het onze lijkt mij volkomen misplaatst. Het behandelen van deze personen in de tropen is de overweging waard, maar schijnt mij vooralsnog een zaak van persoonlijk inzicht.

Amsterdam, 1 Januari 1948

J. BIJLMER

SANATORIUMOPNEMING

In het *N. T. v. G.*, van 20 December 1947, blz. 3718, schrijft coll. MULDER: „Mochten alle behandelende huisartsen hun patiënten met longtuberculose thuis absolute bedrust laten houden”. Het is natuurlijk zeer te waarderen, dat coll. MULDER probeert een uitweg te zoeken in de grote moeilijkheid, voor ernstige patiënten voor wie de genezingskansen, dank zij de chirurgie, zoveel zijn verbeterd, meer opnemingsmogelijkheid in sanatoria te krijgen. Voor deze zieken dus plaats te maken door hen, die een bedrustkuur nodig hebben, die kuur thuis te laten doen. De vraag is dus: „is de kans om te genezen voor deze laatste zieken minder groot thuis, dan in een sanatorium?” Het is de vraag, of de behandelende huisarts bereiken kan, dat de bedrust werkelijk streng wordt doorgevoerd bij deze mensen, die zich lang niet allen ziek voelen. Ook geloof ik niet, dat alle patiënten het kunnen. Hierbij zijn toch ook van grote betekenis de plaats van de woning, de inrichting ervan, de huiselijke omstandigheden, vaak even zo vele oorzaken voor mislukking der kuur, en dit geeft tijdverlies en dikwijls verergering van de toestand.

Men heeft de sanatoria in ons land gebouwd zoveel mogelijk in een bosrijke omgeving, liefst wat hoog, en vooral op droge grond. Vochtige gronden zijn niet alléén voor asthmalijders ongewenst. Bosomgeving heeft men gezocht, omdat in het bos beschutting is voor: *stof*, sterke *wind*, felle *koude*, felle *zon*. In het bos zijn niet zulke sterke wisselingen in temperatuur en in barometerstand, als op het vlakke land en in de steden. De plotselinge wisselingen in barometerstand hebben wel eens een haemoptoë ten gevolge. De voordelen van het bos zijn in een stad of dorp moeilijk te bereiken; men is al dankbaar, als de patiënt een kamer op het Zuiden kan krijgen, en . . . de omgeving niet bang is voor inregenen en het raam dus open mag blijven. Een ligtent, in de tuin, is voor vrouwen, meisjes en kinderen 's nachts niet geschikt, zij doen er geen oog dicht en BRONKHORST zegt: absolute rust is nodig, psychische rust ook. Een huismoeder, die thuis zal kuren, krijgt bijna alle kleine dagelijkse moeilijkheden te horen, die zich voordoen, als zij zelve er niet bij is, en waarvan zij, in het sanatorium zijnde, niet zo veel hoort. Bij jonge mensen komt, als zij thuis zijn, meestal veel bezoek, het verbod van de huisarts wordt te veel in de wind geslagen. Ieder ogenblik wippen de patiënten even het bed uit en blijven er vaak langer uit dan nodig is. Ik noem zo enkele praktijkervaringen.

Toen ik in 1904—1905 te Putten aan het sanatorium van HAENTJES werkte — omdat deze wegens ziekte weg moest, — werd mij vaak door bezoekende collegae gevraagd: „wat doet ge hier nu eigenlijk voor bijzonders?” Mijn antwoord was altijd: „niets bijzonders, wij *zorgen*, dat de patiënt doet, wat hij moet, voor zijn herstel”. Het begin was altijd strenge bedrust,