

Welke microorganismes in het spel zijn geweest, is onbekend. Als een der meest voorkomende oorzaken wordt inderdaad het zwemmen beschouwd. Nu komt otitis externa ook veel voor bij mensen, die helemaal niet zwemmen. In Indië baadt men zich ten minste tweemaal per dag, het zogenaamde mandiën. Hierbij wordt een emmertje water boven het hoofd uitgegoten. Ongetwijfeld komt er dus steeds wat water in het oor. Het leidingwater in Batavia heeft een hoog chloorgehalte. Het zou mogelijk kunnen zijn, dat het chloor prikkelend op de tere bekleding der uitwendige gehoorgang werkt en deze aldus praedisponceert voor het binnendringen van microorganismes.

Batavia, 1 Februari 1948

J. W. BOTTERMAN

**DRINGENDE OPROEP NAMENS DE RUBEOLA-WERKGROEP
VAN HET INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE,
IN OVERLEG MET DE GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE
DER VOLKSGEZONDHEID**

Hoewel er op het ogenblik geen uitgebreide epidemieën van rode hond in ons land zijn, komen er toch telkens geïsoleerde gevallen voor die misschien op het begin van een nieuwe voorjaarsepidemie wijzen.

Bij ons enquête-onderzoek zijn ons tot nu toe meer dan 60 gevallen bekend geworden van aangeboren afwijkingen, veroorzaakt door rode hond, door de a.s. moeder doorstaan binnen de eerste 3 à 4 maanden van de zwangerschap. De epidemie in het voorjaar van 1947 veroorzaakte in een kleine plaats van circa 20.000 inwoners reeds in ten minste 4 gevallen afwijkingen bij het kind.

Op grond van de ervaringen, bij de toediening van mazelenreconvalescentenserum verkregen, is de enige, ons ter beschikking staande methode te trachten de gravida, die zelf nog geen rubeola gehad heeft, doch gevaar heeft gelopen er mee besmet te zijn, tegen de gevreesde ziekte te behoeden, door haar in te spuiten met 50 à 60 cm³ reconvalescentenserum of -plasma.

De voorraad reconvalescentenbloed is echter geheel uitgeput! Wij vragen daarom dringend de medewerking der artsen om bij hun reconvalescenten, 10 à 14 dagen na het verdwijnen van het exantheem, een hoeveelheid bloed af te (laten) nemen — bij kinderen tot 12 jaar ten hoogste 100 cm³; bij volwassenen 250 tot 500 cm³ — en dit bloed beschikbaar te stellen voor serum- (of plasma-)bereiding.

Het is daarbij nodig dat de diagnose rubeola zoveel mogelijk met zekerheid wordt gesteld, daar het zeer kostbare en moeilijk te verkrijgen prophylacticum anders nutteloos zou worden gebruikt. Wij verzoeken de artsen daarom een uitstrijkpraeparaat te maken van het bloed van de rubeolapatiënt en dit praeparaat na te kijken of te laten nakijken op plasmacellen. Pas indien, naast de bekende klinische verschijnselen, plasmacellen gevonden zijn, is de diagnose rubeola verantwoord. Het bloedbeeld is het duidelijkst op de 3e of 4e dag van het exantheem.

Organisatie:

1) Verzamelen van het reconvalescentenbloed:

Indien de arts zijn patiënt kan overhalen, zich beschikbaar te stellen voor het afnemen van bloed, en hij de venapunctie zelf wil verrichten, kan hij steriel glaswerk en verzendmateriaal aanvragen bij het Rijks-Instituut voor de Volksgezondheid, Sterrenbosch 1, Utrecht.

Indien de arts de venapunctie niet zelf wil verrichten, kan hij zich wenden tot de medische leider van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandsche Roode Kruis in zijn rayon, aan wie bij rondschrijven verzocht is, zijn medewerking bij de beoordeling van de bloeduitstrijkpraeparaten op plasmacellen, en bij het afnemen van reconvalescentenbloed te willen verlenen.

In de hieronder genoemde steden, die als centra dienen, is deze bereiding reeds lang geregeld; de volgende voorzieningen blijven voorlopig van kracht:

1e. *Amsterdam*: De artsen kunnen zich wenden tot de G.G.D., afdeling Bloed-transfusiedient (Medische leider: dr. J. J. C. P. A. ROOVERS). Deze belast zich met het nazien van bloeduitstrijkpraeparaten op plasmacellen, en regelt het afnemen van het rubeola-reconvalescentenbloed.

2e. *Arnhem*: Melding bij de G.G. en G.D. van ieder vermoedelijk geval van rubeola.

3e. *Enschede*: Melding bij dr. VISMANS.

4e. *Groningen*: Melding bij dr. ZIELSTRA, Acad. Ziekenhuis.

5e. *Den Haag*: Melding bij de directeur van het Gemeente-Ziekenhuis Zuidwal.

6e. *Leiden*: Melding bij de afdeling Keel-, neus-, oorheelkunde (prof. VAN GILSE of arts HILDERNISSE, assistent).

7e. *Rotterdam*: Alle gevallen, ook verdachte, opgeven aan de G.G. en G.D. Voor het vaststellen der diagnose, o.a. door bloeduitstrijkpraeparaten (plasmacellen), het bevorderen van afstaan, alsmede het afstaan van bloed, worden de patiënten door een arts bezocht terwijl door een verpleger gegevens van epidemiologisch belang (bron der infectie, gevallen bij contacten) verzameld worden. Het afnemen van bloed en het verder verwerken hiervan, evenals het inspuiten bij daarvoor in aanmerking komende gravidæ alsmede de contrôle op het verdere beloop der zwangerschap geschiedt aan de verloskundige afdeling van het Coolsingelziekenhuis.

8e. *Utrecht*: Steriele flessen aanvragen bij het Rijks-Instituut voor de Volksgezondheid. Het door middel van venapunctie verkregen bloed in deze flessen opvangen en flessen met inhoud daarna op de snelste wijze verzenden aan het R.I.V.

II. Voor aanvragen van reconvalescentenserum (toediening intramusculair) of reconvalescentenplasma (toediening intraveneus) wende men zich tot het dichtstbijzijnde centrum of tot het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te Utrecht, doch niet zonder gegevens te verstrekken omtrent:

a) de vondst van plasmacellen in het bloeduitstrijkpraeparaat van de rubeolapatiënt;

b) de laatste menstruatie van de in te spuiten grávida.

Wij hopen, dat deze aansporing tot goede resultaten zal leiden, zodat wij niet wederom in de pijnlijke situatie komen te verkeren, dat een grávida, welke in nauw contact geweest is met een rubeolapatiënt, door gebrek aan serum niet kan worden beschermd.

Tijdige seruminspuiting voorkomt het geboren worden van kinderen met aangeboren gebreken! Een vrij groot aantal gravidæ werd reeds behandeld. Tot nu toe werden uit deze moeders alleen kinderen zonder afwijkingen geboren volgens de ervaringen te Leiden en Rotterdam (Coolsingel, coll. LINTHORST, afd. verloskunde). Wij menen dus hiermede op de goede weg te zijn. De kosten van het te leveren serum of plasma kunnen door de ziekenfondsen worden betaald volgens overleg met de betrokken instanties.

Hieraan zouden wij nog willen toevoegen, in verband met het wetenschappelijk onderzoek, een opwekking om aan de werkgroep (Oorheelkundige kliniek te Leiden) te berichten: 1e. positieve en niet minder ook negatieve bevindingen bij kinderen van moeders, die gevaar hebben gelopen, 2e. het ontstaan van een rubeola-infectie in gesloten gemeenschappen (zoals weeshuizen, kampen, kazernes enz.).

Tenslotte verzoeken wij de vruchten van abortus (die nogal eens spontaan voorkomt) met de placentæ gefixeerd op te sturen naar genoemde kliniek. Een werkgroep bestaande uit anatoom-embryoloog, patholoog-anatoom, oog-arts, oorarts, hartarts, obstetricus en virusonderzoeker belast zich met het nadere onderzoek.

Een populair geschriftje om patiënten duidelijk te maken waar het om gaat, is in de reeks van dergelijke uitgaven van het Instituut voor Praeventieve

Geneeskunde onlangs verschenen bij STENFERT KROESE's Uitgevers-Mij. te Leiden (prijs: f 0.10).

P. H. G. VAN GILSE, *voorzitter*

Leiden, 14 Februari 1948

E. KAMERBEEK, *secretaresse*

ULCUS PEPTICUM POSTOPERATIVUM NA MAAGRESECTIE VOLGENS BILLROTH I

Naar aanleiding van het artikel van Collega VERBEEK in het *N. T. v. G.*, 92, 1, 5 van Zaterdag 31 Januari 1948 zou ik gaarne de volgende opmerkingen willen maken:

1e. Collega VERBEEK bespreekt o.a. de recidieven na de operatie volgens BILLROTH I en stelt de oude SCHOEMAKER-techniek daarvoor verantwoordelijk. TEN KATE, die het materiaal van SCHOEMAKER bewerkte, geeft 25 mislukkingen op 241 primaire resecties volgens BILLROTH I aan, waarvan 16 maal door het ontstaan van recidief, 4 maal wegens stenose, 5 maal wegens gastritis, bloeding enz. Het eerste recidief beschreef SCHOEMAKER in 1926. Ook TEN KATE wijst erop dat stenose kan worden vermeden door een andere techniek, met name een geknoopte binnenste zijden naad.

In het materiaal, dat ik mocht bewerken, kwam stenose van de anastomose niet voor. Onze techniek bestaat uit een binnenste doorlopende festonneernaad en een buitenste doorlopende naad, beide van resorbeerbaar materiaal. Heroperaties na BILLROTH I (412) hadden plaats wegens ulcus in de anastomose (4), recidief ulcus ventriculi (2), recidief ulcus duodeni (4), ontsteking van anastomose om zijden hechtmateriaal (1). De gevolgde techniek is dan ook naar mijn mening niet zo belangrijk, wel *wie* de operatie verricht. In ons materiaal bleek ook duidelijk dat recidieven opmerkelijk meer voorkwamen bij patiënten, die geopereerd waren door assistenten en vooral door de beginnende assistenten, een ervaring, die o.a. TEN KATE opdeed. De operatiemethode moet dus gekoppeld worden aan de operateur en deze gebruikt de techniek die hem het beste ligt. De publicaties van alle grotere maagchirurgen tonen dit aan (VON HABERER, FINSTERER, MAINGOT enz.)

2e. Zijn er andere factoren, die verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor de recidieven na resectie volgens BILLROTH I? Naar mijn mening wel. In ons materiaal bleek bij systematisch na-onderzoek dat bij degenen die klachten hielden na de resectie volgens BILLROTH I, dus niet alleen degenen die voor heroperatie in aanmerking kwamen, de aard van de afwijkingen van het duodenum bij eerste operatie — duodenitis, ulcus duodeni, periduodenitis — een opmerkelijke betekenis had.

Het duidelijkst is dit te staven met enkele cijfers: op 208 BILLROTH I-operaties voor ulcus duodeni 34 mislukkingen, d.i. 16.3 pCt.; op 159 BILLROTH II-operaties voor ulcus duodeni 5 mislukkingen = 3.1 pCt.; op 94 BILLROTH I-operaties voor ulcus ventriculi 4 mislukkingen, d.i. 4.3 pCt..

Er is dus een treffend verschil tussen de mislukkingen na BILLROTH I bij ulcus duodeni en ulcus ventriculi. Het is daarom naar mijn mening van belang bij het ulcus duodeni af te stappen van de methode BILLROTH I en in die gevallen een BILLROTH II-operatie te doen. In de gevallen van ulcus ventriculi is de BILLROTH I-operatie een methode, die inderdaad fysiologisch beter is dan de BILLROTH II, terwijl de resultaten ongeveer gelijk zijn aan de BILLROTH II-methode. In alle gevallen waar het duodenum afwijkingen toont, is de BILLROTH I-methode te ontraden.

3e. Collega VERBEEK noemt als oorzaak van het mislukken van BILLROTH I o.a. de te kleine resectie.

Afgezien van de vraag of alle resecties inderdaad grote resecties moeten zijn, welke vraag ik niet bevestigend zou willen beantwoorden, ben ik van mening uit eigen ervaring en na-onderzoek van ongeveer 700 patiënten, dat de resectie bij BILLROTH I nooit kleiner hoeft te zijn dan die bij de BILLROTH II-methode.