

dagen scherp omschreven grof-vlekkige erythemen aan de buigzijde der armen en aan de binnenkant der bovenbenen. De oogleden waren iets oedemateus. Bloedbeeld normaal.

In de veronderstelling met een erytheem van de negende dag te doen te hebben werd de therapie eerst voorzichtig, later normaal voortgezet. Het eind van de eerste kuur werd zonder verwickelingen bereikt. Ook een tweede kuur kon patiënte zonder verwickelingen verdragen. Nu en dan echter had zij een snel verdwijnende roodheid aan de armen en de avond na de injectie wat dikke oogleden. De diagnose werd veranderd in „fixe salvarsanexanthenen”. Ook hier zou voortzetting van de behandeling geen kwaad aanrichten 1).

Tijdens de 4e injectie van de 3e kuur kreeg patiënte een ernstige „nitridoide crisis”. Deze gevaarlijke toestand werd met 1 cm³ adrenaline 1 per duizend gelukkig bedwongen. De volgende dag toonde patiënte duidelijke purpura op armen en benen. Verder had zij bloedingen uit het tandvlees. Er bestond een matige thrombopenie.

Het bovenstaande bevestigt dus de waarneming van collega NEERING, dat het erytheem van de negende dag zeker geen onschuldig verschijnsel is, waarbij men de arsenobenzol-bismuththerapie zo maar kan voortzetten. Ernstige verwickelingen kunnen volgen en men doet er goed aan alle erythemen, hoe snel zij ook ontstaan en hoe vluchtig van karakter ook, met het vereiste wantrouwen te bezien.

Ook meen ik te mogen zeggen, dat hier van echte scarlatina, morbilli, rubeola enz. zoals MILIAN zich dit voorstelt, geen sprake is. M.i. is dit verschijnsel toxisch en niet infectieus. Voortzetting van de behandeling is soms mogelijk, maar men moet steeds op zijn hoede zijn voor toxische en allergische verschijnselen.

Heerenveen, 25 Mei 1948

T. A. J. VAN DOORMAAL, huidarts

DE BEHANDELING VAN ANGINA LACUNARIS

De bijdrage van dr. H. A. VOET betreffende de behandeling van angina lacunaris met sulfanilamides 2) werpt een probleem op, dat vooral voor de medicus practicus van groot belang is. Het was begrijpelijk dat na de oorlog, toen de sulfanilamidepraeparaten ruimer verkrijgbaar werden, de huisarts dit middel ook voor angina zou gaan proberen. Ik heb nu sedert ongeveer 2 jaar deze patiënten behandeld volgens de volgende methodes.

I. 25 personen werden behandeld met H₂O₂ 3 pCt.-spoelingen. 250 g + 3 g tinct. myrrhae en pulv. ac. acet./400, pyramidon 100. 3 dd 2 poeders, totdat de temperatuur normaal was.

II. 8 patiënten behandelde ik gedurende 3 dagen met penseling met tinct. jodii 3 pCt.

III. Ongeveer 40 personen werden behandeld met sulfanilamides; ongeveer 30 met sulfanilamide (locopraeparaat) of orgaspeton; 10 met percoccide.

De vergelijking maakte het niet alleen mogelijk een indruk van de werkwijze te krijgen, doch, mochten de sulfanilamidepraeparaten niet aan de verwachtingen voldoen, dan was de goedkopere behandeling met spoelingen en poeders (vooral in verband met de fondspractijk) verre te prafereren. Mijn indruk is echter, dat ik aan mijn patiënten te kort doe, als ik geen sulfanilamides geef. Welk praeparaat gebruikt wordt is echter, in tegenstelling met andere aandoeningen, van weinig belang.

Het gewone sulfanilamide (loco-praeparaat) werkte even goed als percoccide. Het tijdstip waarop de patiënten onder behandeling komen, is echter van groot belang. Hoe eerder behandeling, des te beter resultaat; bij keelklachten heb ik mijn patiënten er langzamerhand aan gewend mij dadelijk te raadplegen. Patiënten binnen de 24 uur onder behandeling gekomen reageren uitstekend.

1) E. F. ZURHELLE, *N. T. v. G.* II nr. 21, bl. 2454, 1932.

2) *N. T. v. G.* II, bl. 1380, 1948.

De dosering 6 g per dag bleek echter lang niet nodig te zijn. Meestal is een behandeling van 3 doses $4 \times$ daags 1 g sulfanilamide ruim voldoende. Wat betreft recidieven, kan ik niet zo geestdriftig zijn. Herhaaldelijk werden recidieven gezien. Ook dit is echter een moeilijk te beoordelen zaak.

Evenals personen, die een zeer slecht gebit hebben en nog nooit aan kiespijn hebben geleden, worden herhaaldelijk personen gezien, die grote tonsillen hebben, zonder er ooit last van te hebben. Beginnen deze personen echter met een tonsillitis, dan volgt vaak de ene op de andere, met alle ellende erbij, zoals peritonsillaire abscessen. Ik zag echter het laatste jaar weinig peritonsillaire abscessen, hetgeen ik aan de sulfanilamidebehandeling toeschrijf.

Toxische verschijnselen van de sulfapreparaten zag ik echter niet eenmaal, evenmin als bij het gebruik bij pneumonieën. Ik ben echter van oordeel, dat vaak onnodig hoge doses gegeven worden.

Roden, 21 Mei 1948

J. A. A. PIETERS

De Redactie ontving een ingezonden stuk van gelijke strekking van coll. J. DRUKKER te Amsterdam.

REDACTIE

PROSTATECTOMIE VOLGENS T. MILLIN

In het *N. T. v. G.* van 22 Mei 1948 schrijft dr. G. L. VAN DER ZWAAG over de prostatectomie volgens T. MILLIN. Hij brengt enkele wijzigingen aan in de oorspronkelijke techniek. Wat het invoeren van een NELATON-catheter vóór de operatie betreft, heb ik de indruk dat men dit beter achterwege laat. Men heeft een beter gezicht op het bed van de prostata, als men geen catheter invoert, en enig voordeel, bij voorbeeld wat oriëntering betreft, heeft de catheter niet.

Een tweede bezwaar tegen de gewijzigde techniek vond ik het slechts met 3 geknoopte hechtingen sluiten van de prostatakapsel. De gevolgen hiervan bleven bij een paar van zijn patiënten niet weg; twee maal vormde zich een urinefistel, welke zich gelukkig na korte tijd sloot. Bij de gebruikelijke doorlopende hechting van de prostata-kapsel heeft men veel minder kans hierop; ik zag het dan ook niet geschieden.

Bovendien mis ik in zijn beschrijving het knippen van een V-vormige wig uit de sphincter internus. Toen MILLIN (en ook ik) dit nog niet deed, ontstond soms een strictuur. Ik zag dit in één geval en het is bijzonder moeilijk deze strictuur weer in orde te krijgen (ik moest operatief ingrijpen). Sinds ik de wig uitknip, kwamen stricturen niet meer voor.

Ik deel de overtuiging van de schrijver, dat de operatie van MILLIN een zeer goede toekomst tegemoet gaat, maar men moet nog voorzichtig zijn met het beoordelen van de uitkomsten en de mortaliteit. Gedurende het Octobercongres van de Franse Urologen had ik gelegenheid daarop te wijzen: iemand had na 40 MILLIN-operaties een sterfte van 5 pCt. en was niet zo geestdriftig over de methode. Ik weer er toen op, dat de operatie van FREYER in het begin wel 25 tot 30 pCt. mortaliteit had, maar dat in de laatste jaren de sterfte wel zeer veel beter is (ik had bij voorbeeld een reeks van 100 operaties zonder een sterfgeval). Ik ben ervan overtuigd, dat wij bij de mijns inziens zoveel betere operatie volgens MILLIN ook tot zeer lage sterftetijfers zullen komen.

Amsterdam, 31 Mei 1948

D. VAN CAPPELLEN

SEXUELE VOORLICHTING 1)

Achter de tactvolle critiek van prof. VAN LOGHEM op een publicatie van mr. A. BOUMAN in *Sexuele Hygiëne* en het korzelige verweer van laatstgenoemde, schuilt een geladenheid van meningsverschillen ten aanzien van sexuele vraagstukken, welke helaas in dit tijdschrift zelden op nuttige wijze tot uiting komt. Dit gemis aan regelmatige bijdragen op sexuologisch gebied is voor mij reden

1) *N. T. v. G.* Jaarg. 91 (1948), Nr. 16, blz. 1180; id. Nr. 22, blz. 1660.