

geestelijke afwijkingen. De noodzakelijkheid van een dergelijk plan is, volgens BELL, onmiddellijk duidelijk indien men zich realiseert, dat bijvoorbeeld de problemen van oude mensen in hoofdzaak van psychologische aard zijn (*Med. Off.*, no. 2072, 1948).

E. SLUITER

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zo nodig enige bekorting aan te brengen



KINKHOESTTHERAPIE

Naar aanleiding van vraag no. 33 in het *Tijdschrift* van 19 Juni merk ik op, dat ik in 1947 tijdens een epidemie bij ongeveer 200 kinderen het polyvalente kinkhoestvaccin van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te Utrecht à 6000 millioen kiemen per cm^3 zowel prophylactisch als therapeutisch met overtuigend succes heb toegepast. In geen enkel gezin, waarin een kind kinkhoest had en de andere kinderen driemaal met het vaccin werden ingespoten, deed zich een tweede ziektegeval voor, terwijl bij kinderen met kinkhoest vijf inspuitingen de frequentie der aanvallen snel deden afnemen en de ziekteduur aanmerkelijk bekortten.

Bij een recente epidemie bleek het succes van hetzelfde vaccin prophylactisch eveneens zeer goed, therapeutisch echter minder élatant te zijn. Mijn indruk is, dat het algemene therapeutische effect des te beter is, naarmate de plaatselijke reactie op de inspuitingen heviger is. Mogelijkerwijze berust het verschil in therapeutisch succes bij deze twee epidemieën op een verschil in virulentie of in variëteit van de bacil van BORDET-GENGOU.

Bij een zuigeling van $2\frac{1}{2}$ maand, die alarmerende kinkhoestaanvallen kreeg, ondanks de 5 therapeutische vaccin-injecties, gaf ook een 6e injectie à 12000 millioen kiemen geen verbetering. Gelukkig kreeg het kind borstvoeding; het dronk wel slecht, doch braakte weinig. Het gelukte ons anti-pertussisserum (humaan) uit Amerika te krijgen. Na twee intramusculaire inspuitingen à $2\frac{1}{2}$ cm^3 met 24 uur tussenpoos, was het kind geheel genezen. Het succes was verbluffend, zodat mijns inziens in Nederland, ondanks de deviezenschaarste, dit serum steeds aanwezig zou moeten zijn, voor levensgevaarlijk zieke patiëntjes.

Van de in enkele ernstige gevallen toegepaste vitamine-C-therapie meen ik geen verbetering te hebben gezien.

Meerssen, 19 Juni 1948

A. TH. L. M. MERTENS

KINKHOESTTHERAPIE

In het nummer van dit tijdschrift van Zaterdag 19 Juni 1948 lees ik op blz. 1863 onder het hoofd *Vraag en antwoord* over kinkhoesttherapie in vraag 33 het volgende: „Het vaccin pas ik reeds sinds 10 jaren nog maar zelden toe, daar ik er nooit meer enig nut van zag (oorspronkelijk, ongeveer 20 jaren geleden, wel!)”.

Persoonlijk heb ik dezelfde ervaring opgedaan. Toenmaals (ongeveer 20 jaren geleden) paste ik ook veel vaccinothérapie toe, na een voordracht van prof. ALDERSHOFF.

Aanvankelijk scheen mij het vaccin goed te moeten worden beoordeeld. In 50 pCt. ongeveer der gevallen verkortte het de duur van het beloop en verminderte het aantal stuipen per etmaal. In 25 pCt. der gevallen gaf het niets. In 25 pCt. gaf het sterke reacties, zodat de ouders van geen tweede injectie meer wilden weten.

Toen bij mij thuis kinkhoest was, werd mijn dochter — waarschijnlijk te laat — ingespoten en toch kreeg zij zeer ernstige kinkhoest; 2 andere kinderen werden vroeg prophylactisch ingespoten en het resultaat was schitterend. Naderhand is het vaccin mij volkomen nutteloos gebleken.

Bij een bezoek aan het Rijksserologisch instituut te Utrecht deelde ik mijn ervaringen mede; het antwoord was dat men in Nederland dezelfde ondervinding had opgedaan, wat men toeschreef aan een verandering of aanpassing van het virus.

Bij ons wordt de vaccinothérapie van kinkhoest haast niet meer toegepast.
St. Niklaas-Waas, 23 Juni 1948

ALB. VAN DRIESSCHE

PENICILLINE-AËROSOLBEHANDELING

Het artikel van dr. E. LOPES CARDOZO c.s. in het *N. T. v. G.* 92, 1767, 12 Juni 1948, heb ik met zeer veel belangstelling gelezen. Ook mijn ervaringen met penicilline-aërosolbehandeling van chronische etterige bronchitides en bronchiëctasieën zijn in het algemeen gunstig. Hoewel bij de bronchiëctasieën helaas slechts tijdelijk succes werd verkregen, is de behandeling toch als prae-operatieve therapie van groot belang.

Ik zou het indicatiegebied willen uitbreiden met een groot aantal patiënten, bij wie chronisch ziek zijn en invaliditeit dreigen en wier tijdige behandeling en genezing voor de volksgezondheid dus van groot belang zijn. Het betreft hier de patiënten, die aan ernstige vormen van bronchitis acuta of (broncho-) pneumonie hebben geleden, die wel „genezen” zijn, maar waarna een hoestprikkel is blijven bestaan. Ditzelfde ziet men ook na pertussis, mazelen, influenza, viruspneumonie, enz. De patiënten zijn schijnbaar genezen, zijn namelijk wel koortsvrij geworden, maar blijven hoesten en krijgen in de volgende maanden herhaaldelijk opnieuw bronchitis of pneumonie of „vatten kou”. Kortom, geleidelijk ontstaat het ziektebeeld van recidiverende of chronische bronchitis of van bronchiëctasieën.

Door de patiënt, noch door de arts wordt in het algemeen veel acht geslagen op de geringe hoestklachten of het herhaaldelijk „kou vatten” na zo'n acute aandoening der ademhalingswegen, omdat alarmerende symptomen ontbreken, terwijl ook het röntgenonderzoek geen afwijkingen aantoot. Als de patiënt koorts heeft, wordt vaak (opnieuw) chemotherapie toegepast tot de acute phase van het recidief weer verdwenen is.

Daar wij thans weten, dat het blijven hoesten na een acute infectie der ademhalingswegen veel voorkomt en de voorloper is van het chronisch worden van de bronchitis of van de bronchiëctasie, met later ontstaan van emphyseem en ten slotte invaliditeit van de patiënt, is het duidelijk, dat hieraan aandacht moet worden besteed. Een rationele therapie zal hier dus bestaan in de vroegtijdige behandeling van deze patiënten, wanneer zij nog in het acute stadium zijn.

In deze gevallen nu is de penicilline-aërosolbehandeling een machtig hulpmiddel en zij leidt naar mijn ervaring meestal reeds in korte tijd tot succes (3 tot 7 dagen, 100.000 E. per dag). Wegens het gevaar van het penicilline-resistent worden van bacteriestammen, is het niet gewenst elke acute aandoening der ademhalingswegen direct op deze wijze te behandelen, maar wanneer zij niet spontaan (met bedrust, enz.) totaal geneest, is behandeling nodig.

Naast de penicilline-aërosoltherapie is een volledige reconvalescentieperiode met veel verblijf in de frisse lucht (vooral in streken van ons land met zandgrond) en eventueel ademhalingsoefeningen van belang voor het volledig genezen van de infecties der ademhalingswegen.

Amsterdam, 23 Juni 1948

J. C. GERRITS

AFGIFTE LEVERTRAANBONNEN AAN ONBEVOEGDEN

Uit verschillende te onzer kennis gekomen feiten, blijkt, dat betrokkenen de hun door ons Bureau voor hun receptuur verstrekte levertraanbennen bij niet-gebruik ter beschikking van onbevoegden stellen.

Wij maken hen erop attent, dat een dergelijke handelwijze in strijd is met de bestaande distributievoorschriften en leidt tot een onrechtvaardige bevoordeling van niet-gerechtigden.