

landse sanatoria zijn middel beproeft en reeds van ten dode opgeschreven patiënten het leven heeft gered.

J. J. VAN LOGHEM

BERICHTEN EN MEDEDELINGEN

DE ONZICHTBARE HANDSCHOEN. — Huidaandoeningen komen als beroepsziekten in de industrie veel voor; in Engeland zouden over de jaren 1921—1936 74 pCt. der beroepsziekten beroepshuیداandoeningen zijn geweest. Een groot aantal daarvan moet worden toegeschreven aan de reinigingsmiddelen, die na de arbeid worden gebruikt; vele dezer nemen het vet uit de huid weg, die daardoor droog en barsterig wordt en geen bescherming biedt tegen allerlei schadelijke invloeden. Ter beschutting van de hand is de rubber handschoen zeer nuttig, maar aan het gebruik ervan zijn toch ook bezwaren verbonden. In bepaalde omstandigheden kan de „onzichtbare handschoen” uitkomst brengen. Hiertoe wordt de goed schoon gewassen en grondig afgedroogde hand met een soort pasta nauwkeurig ingesmeerd. De pasta droogt spoedig op en het achtergebleven dunne laagje vormt de onzichtbare handschoen. Er zijn verschillende soorten pasta's ter beschikking (tot nu toe 12) al naar gelang de stof waarmee men moet werken. Het „uitrekken” van de handschoenen, die in water oplosbaar zijn, is eenvoudig: men steekt de handen in een bak met lauw water, weldra laat het dunne vlies los en kunnen de handen er uit worden getrokken.

De „invisible glove” bezit een vrij grote stevigheid. Zij zal vermoedelijk ook wel nadelen bezitten, al was het maar dat het „aantrekken” der handschoen grote zorgvuldigheid vereist. Bij de elders opgedane ervaringen wordt nog geen melding gemaakt van beschadiging der huid door de pasta's. De prijs is voor de toepassing geen beletsel; zij bedraagt ongeveer f 0.25 voor een behandeling tweemaal daags gedurende 5 tot 6 dagen. De pasta's zijn nog niet verkrijgbaar op bestelling (P. A. VAN LUYT, *De Veiligheid*, No. 3, 1948). E. SLUITER

INGEZONDEN

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



HANGING CAST

Het is niet de bedoeling van een ingezonden stuk, alle voordelen van een reeds verschenen behandelingsmethode samen te vatten, daartoe diene voor een aandachtig lezer de publicatie zelve. Het zij mij evenwel veroorloofd te wijzen op enkele punten van het stukje van coll. HUDDLESTON SLATER, die m.i. op onjuiste wijze de publicatie van coll. HOUBEN interpreteren. Zoals deze reeds liet uitkomen, berust het principe van het hanging cast voornamelijk op een geregelde tractie. Bovendien wordt het mogelijk door middel van het gipsverband elke gewenste stand te geven aan ellebooggewricht en onderarm. Bij regelmatig toepassen van dit verband leert men, dat de dislocatie van de fractuur onder invloed staat van de positie van de onderarm. Een blijvende gunstige stand van de humerusfractuur wordt dan ook onderhouden door een juiste positie van de in gips gefixeerde onderarm en de op een gunstige plaats aangebrachte lus. Het grootste voordeel van dit rekverband is de mogelijkheid van een spoedig mobiliseren van het schoudergewricht. Verbanden welke de bovenarm tegen de borstwand fixeren, verhinderen dit volkomen en bemoeilijken nadien de abductie zoals de ervaring ons uit den treure leerde. Dat de fractuur geneest ondanks onvoldoende fixatie wordt in het artikel van coll. HOUBEN ook als irrationeel doch vrijwel bewezen geacht. Het „enthousiasme” over dit verband berust op de practische inslag dezer eenvoudige methode, die

voor de patiënt weinig onaangenaam is. Hij heeft althans een minder stuntelig gevoel dan bij het dragen van velerlei soorten confectietoestellen, die aldra nog slechts bij de schoonmaak in een kast worden teruggevonden. De uitkomsten zijn bij een goede indicatie uitstekend en wij mogen ons veeleer op een goede stand op röntgenphoto's beroepen, dan op schemata welke de gedachte van een auteur te gemakkelijk weergeven.

Ten slotte: waarom zouden wij niet een kernachtige Angelsaksische benaming mogen overnemen? Relata refero. Ja, ik wil aan het woord hanging cast zelfs de voorkeur geven boven de benaming schuifknops of krukverband.

's-Gravenhage, 7 September 1948

P. NYST

BEHANDELING VAN PNEUMONIE MET SULFONAMIDES IN DE ALGEMENE PRACTIJK BIJ KINDEREN

Gaarne enige opmerkingen over de behandeling van pneumonie met sulfonamides in de algemene practijk bij kinderen, naar aanleiding van het ingezonden artikel van J. D. SIBIE (*N.T.v.G.* 1948, no. 35, blz. 2696).

Percoccide (sulfamethylpyrimidine) is inderdaad weinig giftig, maar dit geldt in even grote mate voor sulfadiazine. Het laatste is echter helaas erg duur. Aanvankelijk vreesde men, dat de methylgroep in het percoccide meer kans zou geven op complicaties van de kant van het zenuwstelsel, naar analogie van ultraseptyl (sulfamethylthiazol). Deze vrees is echter ongegrond gebleken.

Een doeltreffende prophylaxis van kristallurie stelt 3 eisen: 1e. tegelijk met het sulfonamide behoort tenminste evenveel bicarbonas natricus te worden gegeven; 2e. de vochtopneming moet ruim zijn (waarop ook coll. SIBIE wees); 3e. de dosering moet niet hoger zijn dan nodig.

Herhaaldelijk blijkt, dat aan de eerste eis in de gewone practijk niet wordt voldaan. In het artikel is ook niet vermeld, dat tegelijk met het percoccide bicarbonas natricus werd toegediend. Verder was de dosering zeer hoog. Kinderen met pneumonie behoren te krijgen 150 mg sulfonamide per kg lichaamsgewicht per dag; een jongen van 8 jaar met een normaal gewicht (van 25 kg) dus $3\frac{3}{4}$ g. Hij kreeg echter 17 g in 3 dagen, dus bijna 6 g per dag. En juist bij percoccide is de dosering van 150 mg per kg lichaamsgewicht al aan de hoge kant, omdat percoccide langzamer wordt uitgescheiden dan de andere sulfonamides, en daarom ook in wat lagere dosering kan worden gegeven.

De sulfonamidetherapie bij pneumonie moet zeker 5 dagen duren. De koorts zakt, als de therapie aanslaat, wel eerder, maar op dat tijdstip zijn de bacteriën nog niet dood. Als men dus te vroeg stopt, bestaat juist kans op recidief of op resolutio retardata.

Als men gegronde redenen heeft om te vrezen, dat een allergische reactie op sulfatherapie zal ontstaan, is het geven van percoccide niet aangewezen, omdat het immers zo langzaam wordt uitgescheiden. De beste therapie van allergie is: onttrekken van het allergeen en dit is bij percoccide niet mogelijk, als het nog in het lichaam verblijft. Daar er in dit geval m.i. echter geen bepaalde reden scheen te bestaan, dat er een allergische reactie inderdaad zou ontstaan, was men vrij te kiezen tussen percoccide en sulfadiazine.

Iets over eigen ervaringen: enige tientallen kinderen met pneumonie genazen prompt met percoccide. Eén kind echter reageerde niet op percoccide; toen dit na 4 dagen vervangen werd door sulfadiazine, volgde snel genezing. Sindsdien geef ik zwakke kinderen en zuigelingen liever sulfadiazine.

Het verdient aanbeveling tegelijk met het sulfapraeparaat vitamine C te geven, bij voorbeeld bij een kind van 8 jaar, wegend 25 kg, poeders met sulfapraeparaat, bicarbonas natricus \overline{aa} mg 515 en acid. ascorb. mg. 25, om de 4 uur 1 poeder. Het lijkt mij toe, dat de algemene toestand en de eetlust zich sneller herstellen dan zonder dit vitamine. (Bovendien heeft vit. C misschien een anti-allergische werking.)

Zuigelingen en jonge kinderen moeten na de genezing van de pneumonie