

van de Heilige DYPHNA-Kerk. Er werd een psychiatrische dienst met een commissie van toezicht ingesteld; kerkelijke en maatschappelijke functionarissen belastten zich met de algemene en zakelijke belangen der patiënten. Alle vormen van psychisch lijden — behalve seniele dementie en stoornissen van agressief karakter — komen te Gheel voor behandeling in aanmerking. Na een korte periode van observatie in een gesticht ter plaatse wordt de patiënt in een gezin opgenomen. Van de 4000 gezinnen is bijna de helft bij de dienst ingeschreven. In 1948 werden 2080 volwassenen en 298 kinderen te Gheel verpleegd.

Gheel heeft van de oorlog te lijden gehad. Er zijn inwoners en patiënten gedood en tal van huizen vernield. Ook laat zich begrijpen, dat de traditie van het Gheelse gezin, de verzorging van een zieke als eretaak en burgerplicht te beschouwen, zich in de moderne tijd niet zo krachtig handhaaft als vroeger. Desondanks is Gheel, zoals uit bovenstaande cijfers blijkt, in volle actie. Gheel heeft op eigen wijze aangetoond — eeuwen, voordat er sprake was van een menselijke of een deskundige behandeling van krankzinnigen — dat het verblijven in een passend arbeidsmilieu met ervaren verzorgers voor psychisch gestoorden van de grootste betekenis is. Ook vele Nederlandse patiënten danken aan Gheel hun genezing of vonden er een dragelijk bestaan.

J. J. VAN LOGHEM

BERICHTEN EN MEDEDELINGEN

HET VOORKOMEN VAN TUBERCULOSE BIJ BUREN VAN LIJDEERS AAN TUBERCULOSE. — Bij een onderzoek van dr. ALICE STEWART¹ naar de invloed van de behuizing op de verspreiding van tuberculose, ging zij na of er bij de burens van tuberculose-patiënten meer gevallen van tuberculose voorkwamen dan bij de bevolking in het algemeen. Het resultaat van het onderzoek was, dat inderdaad onder de burens meer nieuwe gevallen van tuberculose voorkwamen dan had mogen worden verwacht, indien een aantal willekeurige personen was onderzocht.

Literatuur: ¹ALICE STEWART (1952) *Proc. R. Soc. Med.* **45**, 15.

M. M. HILFMAN

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.



DE RESULTATEN MET DE IJZEREN LONG

In zijn artikel wekt prof. DE LANGEN¹ de indruk, dat naar zijn mening bij de behandeling van patiënten met poliomyelitis de ijzeren long niet dient te worden gebruikt, omdat naar zijn ervaring het lijden, indien het dodelijk verloopt, niet verzacht wordt, en de patiënt, die zijn ziekte overleeft, een zwaar verlamd, volkomen invalide mens wordt.

Dat het lijden van patiënten met een ernstige ademhalingsverlamming door verpleging in de ijzeren long niet wordt verzacht, zullen velen, die hiervan ervaring hebben, niet met prof. DE LANGEN eens zijn, zoals reeds blijkt uit het door hemzelf geciteerde artikel van A. P. VAN DER WEY.

Bij polyradiculitis (ziekte van GUILLAIN-BARRÉ) is echter een algeheel herstel in de meeste gevallen mogelijk.

Dat wij aan poliomyelitis een groot aantal patiënten moeten laten sterven, hoewel wij weten, dat een belangrijk gedeelte daarvan (VAN DER WEY: 30 pCt; FALCONI: 37 pCt) in leven kan worden gehouden, zij het ook met ernstige defecten, komt mij op principiële gronden onjuist voor. Een der grondslagen van ons beroep is toch, dat voor ons slechts het leven van betekenis is, maar dat wij ons over de waarde van dit leven geen oordeel hebben te vormen. Indien wij een dergelijke beoordeling van de waarde van het leven ook gingen toepassen bij andere ziekten, bij voorbeeld bij kwaadaardige gezwellen, psychoses, oorlogs-

chirurgie, scheidt ons door dit bewuste nalaten van medisch handelen slechts een kleine stap van de actieve euthanasie. Het is daartegen, dat ik ernstig bezwaar meen te moeten maken.

¹C. D. DE LANGEN (1952) *N.T.v.G.* 96, 549.

Arnhem, 9 Maart 1952

E. VAN DER VOORT MAARSCHALK

DE RESULTATEN MET DE IJZEREN LONG

Mijn ervaringen met de ijzeren long zijn vrijwel gelijk aan die van prof. DE LANGEN¹ en collega VAN DER WEY. Niet alle patiënten aan poliomyelitis gingen dood, een enkele herstelde min of meer, doch gewoonlijk bleef er een bijna volledig verlamde, invalide patiënt over. Doch mogen we dan nog om gevoelsoverwegingen de ijzeren long achterwege laten? Wordt de waarde van het leven, afgezien nog van religieuze beginselen, uitsluitend bepaald door de hoeveelheid functionerend spierweefsel?

Onze laatste patiënt, een vrouw van 31 jaar, lag ruim 5½ week in de ijzeren long, en was, ondanks de vrijwel totale verlamming, steeds opgewekt en zeer dankbaar. Zij hoopte natuurlijk nog op verdere verbetering, maar mocht dit niet het geval zijn, dan is zij nog blij in het leven te zijn gebleven, om, zij het dan als invalide, toch van haar bed uit voor de opvoeding van haar kinderen te zorgen.

Mooie resultaten zag ik echter bij enige patiënten met verlammingen ten gevolge van diphtherie en de ziekte van GUILLAIN-BARRÉ.

1e. Een man van 35 jaar werd 27 Januari 1951, 6 weken na het begin van een toxische diphtherie, wegens polyneuritis diphtherica met slikverlammingen en perifere verlammingen opgenomen. De verlamningsverschijnselen namen toe, er ontstond een paralyse van de ademhalingspijpen, er ontwikkelde zich pneumonie en myocarditis met een nodaal rythme.

De vijfde dag moest patiënt naar de ijzeren long worden overgebracht, waarin hij 6 weken verbleef, aanvankelijk in een zeer slechte, soms hopeloos lijkende toestand; doch hij overleefde deze periode en de myocarditis verbeterde. 19 Maart kon hij de ijzeren long verlaten en 11 Mei 1951 verliet patiënt in goede toestand het Gasthuis. Bij latere contrôle bleek hij weer volledig valide.

2e. Een vrouw van 39 jaar werd 4 Mei 1948 uit het Zuiderziekenhuis, waar zij sinds 14 dagen was opgenomen wegens ziekte van GUILLAIN-BARRÉ, met opstijgende verlammingen, gecompliceerd door pneumonie, met spoed overgebracht wegens een plotselinge, totale ademhalingsverlamming. Gedurende het vervoer was voortdurend kunstmatige ademhaling toegepast en zuurstof toegediend. Ad finem vitae werd zij in de ijzeren long gelegd, vervolgens behandeld met prostigmine, atropine en penicilline en verder alle maatregelen, die bij de verpleging van een bewusteloze patiënt in de ijzeren long noodzakelijk zijn. In de loop van de middag verbeterde de algemene toestand en sprak de patiënte wat wartaal. 's Avonds werd het bewustzijn beter. 5 Mei kon zij zelf korte tijd oppervlakkig ademen. 7 Mei kon patiënte de ijzeren long verlaten. Bij ontslag op 7 October was patiënte geheel gemobiliseerd, alleen de kniepees- en Achillespeesreflexen ontbraken beiderzijds, welke toestand zich heeft gehandhaafd.

Ondanks deze successen ben ik zeker niet geestdriftig over de resultaten van de ijzeren long, vooral niet bij de behandeling van poliomyelitis, doch ik zou het instrument niet gaarne meer missen, evenmin als het verplegende personeel van het St. Franciscus Gasthuis, dat al zijn zorgen en toewijding gedurende dag en nacht, soms maanden lang, in enige gevallen beloond zag met het aan het leven teruggeven van een volledig herstelde patiënt.

¹C. D. DE LANGEN (1952) *N.T.v.G.* 96, 549.

Rotterdam, 9 Maart 1952

J. A. G. TEN BERG