

zodanig, dat bouwkosten en onderhoud tenslotte door de gebruikers worden betaald. Men kan ze dus overal neerzetten, waar zulks nuttig lijkt, mits het aanvangskapitaal kan worden voorgeschoten.

Uit de beschrijving en bij bestudering van de plattegronden der centra blijkt dat het gebouwen van één verdieping zijn, waarin huisartsen, tandartsen, wijkzusters en plaatselijke gezondheidsinspecteurs een plaats vinden. Voorts zijn er consultatiebureaus voor zwangeren en zuigelingen in gehuisvest. De centra zijn dus niet een soort „group practice”, maar bieden wel ongeveer dezelfde financiële voordelen aan de medewerkers.

Men heeft er van afgezien in de centra ook een laboratorium en een roentgeninstallatie te bouwen. Thans, nu er te Harlow drie medische centra zijn (er staan nog twee „op stapel”), denkt men er over, centraal een laboratorium en een roentgenafdeling op te richten, waarvan alle medische centra gebruik kunnen maken.

Het artikel van TAYLOR c.s. is lezenswaard, vooral omdat het een inzicht geeft in de problemen waarvoor de plannenmakers kwamen te staan. Men leest, waarom de centra zo beperkt zijn gehouden, waarom er bv. geen apotheker, geen opticien (en geen chiropodist!) een plaats hebben gevonden. Men bemerkt, dat tandartsen voor hun patiënten een afzonderlijke ingang eisten. Ook in technische vraagstukken krijgt men een voorlichting. Merkwaardig is, dat er geen centrale verwarming wordt toegepast; zou dit, behalve op de vermelde financiële bezwaren, niet mede berusten op de tegenzin van Engelsen in centrale verwarming?

Bovenal blijkt uit het artikel dat het systeem schipbreuk zou hebben geleden zonder de volle medewerking van de plaatselijke autoriteiten en de gemeenschapszin van de artsen en tandartsen, die in de gebouwen gingen samenwerken.

Voor Nederland, waar in de nieuw gewonnen gebieden allerlei mogelijkheden bestaan voor nieuwe vestiging, is het van groot belang, kennis te nemen van deze ervaringen aan de andere zijde van het Kanaal.

Literatuur: ¹CH. TAYLOR e.a. (1955) *Brit. med. J.* II, 863. ²Annotation (1955) *ibid.* II, 859.

M. M. HILFMAN

INGEZONDEN

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



INFLUENZA-A IN NEDERLAND

Omstreeks 11 januari werd in de Kromhout- en de Van Sijpenstein-kazerne te Utrecht bij militairen de klinische diagnose influenza gesteld (Dr. H. VAN GILS en Dr. H. VAN DUYL).

Op 26 januari werd bij een patiënt aldaar een influenza-A-virusstam geïsoleerd. De analyse der antigene structuur is nog in bewerking, maar vermoedelijk zal de stam identiek zijn met de groep die in 1953 werd gevonden.

Ook in Engeland zijn verspreide kleine ophopingen van influenza-A geïdentificeerd in december en januari. In Frankrijk zou influenza-B heersen. Van een grote epidemische verspreiding van land tot land blijkt bij deze influenza-A tot dusverre niets. Het schijnt alsof er bij dit virus een betrekkelijke rust heerst, die wellicht haar oorsprong heeft in een tekort aan virulentie.

Leiden, 30 januari 1956

J. MULDER

SULFA-PROFYLAXE VAN ACUUT REUMA

Het eerste nummer van de nieuwe jaargang bracht de belangwekkende beschouwingen van P. VAN DER MEER c.s.¹, van de Redactie² en van L. MEIJLER³ over de profylaxe van wat op de Tilburgse kinderafdeling reumatismus verus heet. Gaarne wil ik nog iets over

onze ervaringen met de sulfaprofylaxe mededelen. VAN DER MEER, STOPPELMAN, VAN CREVELD en GOSLINGS noemen wel mijn stuk van 1952, maar niet het vervolg hierop: dat van mijn toenmalige medewerkster mej. E. TEN BRINK⁴.

Op onze polikliniek staan of stonden in totaal onder controle ruim 120 kinderen, die aan acuut reuma hebben geleden. Zij worden profylactisch behandeld met 1 gram sulfa (sulfadiazine of Gantrisin) per dag; aan kleine kinderen (beneden 25 kg) geven wij 1 tablet per dag. Met de toediening wordt al begonnen, voor de patiëntjes het ziekenhuis verlaten. Van het begin (1949) af hebben wij het sulfa-preparaat het gehele jaar door, winter en zomer, laten geven. Gedurende de eerste zes weken na het ontslag worden bloed en urine poliklinisch gecontroleerd. Daarna laten wij, met de ernstige vermaning om vol te houden, de kinderen „los” en zien wij hen nog eens of tweemaal per jaar terug. Als zij de voor de kinderarts geldende leeftijdsgrens hebben bereikt, wordt bij het afscheid het advies gegeven, met het nemen van de sulfatabletten door te gaan tot het 18e jaar. Ik heb de indruk, dat de huisartsen, na aanvankelijke scepsis over het algemeen thans vlot aan deze preventie medewerken. Het is mijn ervaring, dat de kinderen de tabletjes trouw innemen, zelfs met scrupuleuze zorg, en dat zij hun ouders erom vragen, als deze niet eraan denken. In het begin heb ik het een paar maal beleefd, dat de toediening werd gestopt, of omdat de ouders ze verwaarloosden, dan wel de kinderen de tabletten niet lekker vonden, en ook een enkele keer, omdat de huisarts de toediening niet langer nodig vond. Er zijn toen enkele recidieven voorgekomen, die tussen 2 en 6 maanden na het stoppen van de sulfatabletten verschenen, en die veel indruk maakten, omdat het juist kwaadaardige recidieven waren met pericarditis en noduli van Meynet. Deze gevallen worden als afschrikwekkend voorbeeld aan de anderen medegedeeld om de ijver bij de sulfatoediening aan te wakkeren. Bij twee kinderen, die het sulfa-preparaat zeer slecht en ongeregeld innamen, verscheen na drie jaar een recidief.

Er zijn ook enkele gevallen van recidief voorgekomen bij kinderen, die wel trouw zouden hebben ingenomen. Aangezien wij de laatste jaren geen recidieven meer hebben gezien, wordt het percentage recidieven berekend op het totaal regelmatig sulfa-slikkende kinderen steeds kleiner; het is thans gedaald tot beneden de 2 pct. Van de groep reuma-patiëntjes daarentegen, die voor de invoering van de sulfa-profylaxe in 1949 werden behandeld, kregen 33 pct recidieven. Weliswaar valt hierin de oorlogsperiode.

Wij hopen nu maar dat de gunstige toestand zonder recidieven blijft aanhouden, terwijl misschien ook dank zij ACTH enz. de primaire sterfte zal afnemen. Het pathologisch-anatomische beeld van het ernstige reuma met de pericarditis „en tartine de beurre”, dat vroeger vaak na 4 of 5 opnemingen wegens recidief, op de obductietafel kon worden bestudeerd, lijkt door de moderne therapie, gecombineerd met de profylaxe, verdwenen.

De kritiek kan met de tegenwerping komen, dat reuma van karakter is veranderd en daarbij steunen op opmerkingen van Engelse en Amerikaanse zijden (GLOVER, WOLFF). Het zou daarom in hoge mate belangrijk zijn, inlichtingen te hebben over de recidiefkansen in de vele plaatsen van Nederland, waar de preventie niet wordt beoefend.

Wat nu de reacties op deze langdurige sulfa-toediening betreft: in geen enkel geval hebben wij wegens bloed- of urine-afwijkingen de toediening moeten staken. In één geval ontstond heftige urticaria na sulfadiazine, welke onaangename reactie zich na overschakeling op Gantrisin niet meer voordeed. Het nadeel van het ontstaan van sulfa-resistente streptokokken bij 120 kinderen in een gebied, dat vele tienduizenden mensen omvat, is te verwaarlozen. Ik zie nog geen aanleiding om op Penidural-injecties over te schakelen, omdat toxische reacties op de sulfa-preparaten niet werden gezien, omdat de door VAN DER MEER c.s. gevreesde slordigheid bij het toedienen erg blijkt mee te vallen en omdat voor Penidural-profylaxe de patiënt maandelijks moet terugkomen en een onaangename prik is vereist. Natuurlijk moet streptococcus-pharyngitis zeer zeker met een krachtige penicilline-dosis worden behandeld. Ook daardoor kunnen nieuwe gevallen worden voorkomen.

Literatuur: ¹P. VAN DER MEER (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 21. ²Red. Kant. *ibid.* 26. ³L. MEYLER en P. VAN DER MEER, *ibid.* 46. ⁴E. TEN BRINK (1955) *Geneesk. Gids* **33**, 65.

Tilburg, 21 januari 1956

J. L. KEYZER