

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

### „FARMACOGENE” AGRANULOCYTOSE BIJ GRIEP

Bij vier van de ruim 80 patiënten die met griep en complicaties in het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg werden opgenomen, bleek een sterke depressie van de granulocytenproductie te bestaan. Bij twee hunner moest de dodelijke afloop daarmee in verband worden gebracht. Met grote waarschijnlijkheid was de agranulocytose bij twee patiënten toe te schrijven aan het gebruik van Pyramidon-bevattende geneesmiddelen, beide malen op eigen initiatief. Bij de andere was het verband niet te achterhalen.

Het zeer verspreide ge-(mis-?)bruik van allerlei patentgeneesmiddelen door onze, met een geraffineerde, hardnekkig volgehouden reclame farmacofiel gemaakte bevolking, maakt het nodig, met deze complicatie rekening te houden en bij ernstiger beloop van de griep nauwkeurig navraag te doen naar gebruikte huismiddeltjes en ten spoedigste een bloedbeeld te maken.

Tilburg, 7 oktober 1957

J. B. STOLTE

### INFLUENZA

Het hieronder gemelde is gebaseerd op gegevens, zoals deze uit het gehele land op de Interne afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Leiden (Prof. Dr. J. MULDER) en op de Geneeskundige Hoofdinsectie van de Volksgezondheid binnenkomen.

De influenza is thans in epidemische vorm over het gehele land verspreid; de hoogste ziektecijfers worden daarbij gemeld uit scholen. Op grond van opgaven der huisartsen kan het aantal dagelijks waargenomen gevallen op ongeveer 100.000 worden gesteld. Met de uit autopsie-materiaal en aangiften bekend geworden sterfgevallen is de letaliteit voorlopig te berekenen op omstreeks 1 tot 2 per 10.000 ziektegevallen. De epidemie heeft dus ongetwijfeld een goedaardig karakter, hoewel het totale aantal sterfgevallen, waarbij de influenza van betekenis is, geenszins mag worden onderschat.

In de gegevens der autopsieën (102 sterfgevallen tot 7 oktober 1957) overheerst de sterfte onder de jeugdige personen (67 = 66 pct); doch van 76 sterfgevallen die langs administratieve weg over een week bekend zijn geworden, waren er slechts 30 (39 pct) jonger dan 40 jaar. Waarschijnlijk leidt dus een ernstig beloop van de ziekte bij ouderen niet zo vaak tot opname in een ziekenhuis.

Steeds meer blijkt dat er een aantal factoren is, dat een ongunstige invloed op het beloop van de ziekte heeft, nl. bestaande hart- en longafwijkingen (van 102 autopsieën werd in 9 gevallen mitralis stenose gevonden) en naar het schijnt ook de zwangerschap. Verder is het aantal sterfgevallen onder adolescenten (10-19 jaar) betrekkelijk groot: van 30 overledenen onder de leeftijd van 40 jaar in de week van 29 september tot 5 oktober behoorden er 15 tot deze groep.

Staphylococcus aureus neemt een uitermate belangrijke plaats in bij de verklaring van de oorzaak van overlijden: in 35 gevallen waarbij het influenza-virus na de dood uit de long werd gekweekt, werd 24 maal ook deze stafylokok geïsoleerd. Over de herkomst van deze stafylokokken bestaat nog niet voldoende zekerheid. In enkele gevallen was contact van de influenza-patiënt met een lijder aan staphylococcosis aantoonbaar, vaak was zulks niet het geval. Het kan van groot belang zijn te speuren naar contact met stafylokokken buiten het gezin van de patiënt.

Resumerend mag men stellen, dat er onder de talrijke lijders aan ogenschijnlijk goedaardige influenza enkelen zijn, die de bijzondere waakzaamheid van de behandelende arts vragen: patiënten met een bestaande hart- of longaandoening, zieken met complicerende pneumonieën (in het bijzonder degene die zijn veroorzaakt door stafylokokken welke in enkele uren tot de dood kunnen leiden) en tenslotte de zwangere die influenza krijgt.

Ik verzoek de artsen nogmaals dringend, de sterfgevallen van influenza te melden aan de provinciale inspecteurs van de volksgezondheid (of de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst) door middel van de aangiftekaart voor besmettelijke ziekten. Op deze wijze beschik ik tijdig over gegevens die onontbeerlijk zijn voor een juist inzicht in de stand van zaken.

's-Gravenhage, 11 oktober 1957

C. BANNING,  
Geneeskundig Hoofdinsecteur  
van de Volksgezondheid

### AMBULANTE BEHANDELING VAN DE MAAG- EN DUODENUMZWEER

Zeker mogen wij collega BURKENS dankbaar ervoor zijn, dat hij nog eens (DEKKERS 1955) de nadruk erop legt, dat niet ieder vastgesteld ulcus een rustkuur behoeft, en dat dus de nog bij vele artsen, onder wie ook internisten, bestaande kortsluiting: ulcus = rustkuur, dringend om herziening vraagt. Automatische is ongewenst bij iedere vorm van therapie — zeker bij de zo veelvuldig voorkomende ulcusziekte, die schijnbaar zo grillig verloopt — ook al in verband met de ook door BURKENS genoemde economische gevolgen (onnodig verlies van arbeidsproductiviteit door onnodige bedrustkuren).

Over de indicatie moge daarom iets naders worden gezegd. Het spreekt vanzelf dat men de patiënt met een bloedend ulcus met bedrust moet behandelen, bij voorkeur in een kliniek, mede ten einde tijdig een eventueel noodzakelijke chirurgische therapie te kunnen instellen, iets wat nog niet iedere opnamecontrole-arts schijnt in te zien. Van de mogelijkheid, een „dreigende perforatie” te herkennen, zijn wij, in tegenstelling met BURKENS, niet overtuigd.

Moeilijker wellicht nog is het stellen van de indicatie op de ernst van de pijn, aangezien het vormen van een goede indruk hieromtrent een goed vermogen tot aanvoelen, en een zeer nauwkeurige tijdrovende anamnese vergt. Duur, begin, einde, tijdstip en veelvuldigheid van de pijnperiodes, verband met voorafgaande maaltijden, intensiteit, karakter van de pijn, moeten hierbij alle in aanmerking worden genomen; een bruikbare methode daartoe is, de patiënten een week lang nauwkeurig te laten noteren wat zij voelen en wat zij eten. Soms blijken de aanvankelijk als ernstig opgegeven klachten onbelangrijk te zijn, en omgekeerd. Dit hangt in hoge mate af van de wijze waarop de patiënt zijn klachten psychisch verwerkt (hetgeen iets anders is dan dat de ulcusziekte zelf langs psychosomatische weg zou ontstaan). De schijnbare grilligheid der klachten is voornamelijk een gevolg van de psychische instelling van de patiënten, hetgeen waarschijnlijk heeft bijgedragen tot het ontstaan van de — ook volgens de psychosomatici (GROEN) nog steeds onbewezen — werkhypothese, de psychosomatische theorie.

Ook de wijze waarop de patiënt tegen ziekte en haar geldelijke gevolgen is verzekerd, is van invloed. Het is algemeen bekend, dat de onverzekerde zelfstandige kleine ondernemer ondanks hevige pijn, ja zelfs een flinke bloeding, verzoekt aan het werk te mogen blijven, terwijl de werk-