

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*).

PSEUDO-RUBEOLA

De argumenten, door collega HUYGEN aangevoerd, maken inderdaad roodvonk, typische roodvonk onwaarschijnlijk, maar sluiten m.i. lichte roodvonkgevallen niet uit. Het exantheem is daarbij vaak atypisch, keelklachten ontbreken dikwijls en het is begrijpelijk, dat er weinig complicaties worden gezien. Vreemd is wel, dat er geen enkel kenmerkend geval van roodvonk tijdens deze epidemie werd waargenomen.

Vóór roodvonk kan men echter de volgende argumenten aanvoeren: 1. het betrekkelijk korte incubatiestadium, 2. het wisselende beeld en het vluchtige van de exanthenen, 3. de rechutes, 4. de wijze van verspreiding.

Het is jammer, dat collega HUYGEN bij zijn uitvoerige en accurate onderzoek geen voorbeelden heeft genoemd.

Gaarne vestig ik nog de aandacht op tabel IV. Hieruit blijkt de zeer geringe diagnostische waarde van het bloedbeeld bij lichte en twijfelachtige gevallen van exanthematische ziekten.

Literatuur: HUYGEN, F. J. A. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1744. — JAGER, J. en F. J. A. HUYGEN (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 2138.

Rotterdam, 20 november 1957

J. JAGER

De argumenten die collega JAGER noemt, zouden inderdaad op roodvonk hebben kunnen wijzen. Het doet mij genoegen dat collega JAGER het er echter toch mee eens blijkt te zijn, dat de door mij aangevoerde argumenten het onwaarschijnlijk maken, dat deze epidemie een roodvonk-epidemie is geweest. Met de laatste opmerking kan ik het volledig eens zijn: de waarde van het bloedbeeld blijkt voor de differentiële diagnose van acute exanthematische ziekten in individuele gevallen inderdaad slechts gering te zijn.

Lent, 4 december 1957

F. J. A. HUYGEN

PYODERMIE-BEHANDELING EN STAFYLOKOKKEN-INFECTIES IN HET ZIEKENHUIS

Het artikel van collega VAN PUTTE is bijzonder belangwekkend en actueel, doch wij verwonderen ons over de grote waarde die aan de kopersulfaat-oplossing 1/500 werd toegekend. Wij meenden nl. te weten dat kopersulfaat een slecht desinfectans is. DEN DOOREN DE JONG schrijft: „In tegenpraak met het volksgeloof gaat van koperzouten slechts een geringe desinfecterende werking uit”, en KINGMA BOLTJES: „Daar Ag- en Cu-ionen door eiwitten worden gebonden, merkt men alleen een desinfecterende invloed in betrekkelijk schoon water”. Koperzouten worden weinig als desinfectantie gebruikt, daar ze niet erg werkzaam zijn”.

In *Antiseptics, disinfectants, fungicides, and chemical and physical sterilization* door G. F. REDDISH staat in het hoofdstuk over de zware metalen dat deze, behalve kwik en zilver slechts een zwakke bactericide werking hebben. De zouten van deze metalen werken wel gunstig op de wondgenezing, doch vermoedelijk in hoofdzaak door hun adstringerende werking. Een 10 pct oplossing van kopersulfaat blijkt niet in staat, *M. pyogenes* binnen tien minuten te doden.

Dat de wondgenezing door een 1/2-pct-oplossing van kopersulfaat wordt bevorderd, willen wij graag aanvaarden, doch

dat deze zelfde oplossing als huiddesinfectans nuttig zou zijn lijkt ons twijfelachtig.

Een tweede opmerking die ons trof, was, dat sulfaverbindingen met succes bij diepe stafylokokken-infecties kunnen worden gebruikt. Wij menen dat men hiermee in het algemeen slechts teleurstellingen zal boeken.

Literatuur: PUTTE, P. J. VAN (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 2117. — REDDISH (1957) *Antiseptics, disinfectants, fungicides, and chemical and physical sterilization*. Lea en Febiger.

Deventer, 25 november 1957

J. BIJLMER
A. J. SAUER

De verwondering van de onderteekenaars van het bovenstaande ingezonden artikel zal waarschijnlijk in bewondering voor Sol. CuSO₄ 1/500 overgaan, nadat zij dit middel bijv. 3 maanden bij hun pyodermiepatienten in het ziekenhuis en bij het verplegend personeel correct hebben toegepast. The proof is the pudding is in the eating!

Het is bekend dat men voorzichtig moet zijn met het gelijkschakelen van proeven met medicamenten op bacteriën in vitro en in vivo. Er spelen in vivo zoo veel meer, en als regel onbekende, factoren een rol, die uiteindelijk geheel andere uitkomsten geven dan men uit de proeven in vitro meende te kunnen verwachten. Welke medicus practicus zou bijv. ooit salvarsan hebben durven gebruiken bij zijn syphilispatienten, als hij de proeven met *spirochaetae pallidae* in vitro als richtsnoer had genomen? Wie zou ooit bij een urethritis gonorrhoea met gonorrhoeische complicaties naar kunstmatige warmte hetzij door diathermie of koortsverwekkende medicamenten, hebben gegrepen, wanneer de resultaten van de proeven met gonococci in vitro als uitgangspunt waren genomen? (P. J. VAN PUTTE, Acad. Proefschr. Utrecht 1924, P. J. VAN PUTTE, Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten 1940 Bd. 145, blz. 470).

Ik neem gaarne aan dat Sol. CuSO₄ 1/10 niet in staat is om stafylokokken binnen de 10 minuten te doden. Maar waarom hebben de geachte inzenders zo'n grote haast? In mijn artikel is nergens sprake van 1/5 pct. oplossing van kopersulfaat, zoodat ik aanneem dat de inzenders 1/5 pct. bedoelen.

Naar ik meen heb ik duidelijk aangegeven dat de handen van patienten en verplegend personeel na het contact met de Sol. CuSO₄ 1/500 niet mogen worden afgedroogd, doch aan de lucht moeten drogen op de beschreven manier. Hoe lang zal daarbij door de snelle verdamping van het water de Sol. CuSO₄ 1/500 op 1/500 blijven? Wat zou bijv. die groenachtige verkleuring in de nagelplooien zijn?

Wat de twijfel van de geachte inzenders betreft aangaande de goede werking van sulfathiazol (ik gebruik practisch uitsluitend Cibazol) bij diepe stafylococcen-infecties, wil ik volstaan met de aanhaling van GOODMAN en GILMAN (*The Pharmacological Basis of Therapeutics* 1946 blz. 1093 en 1094):

„A rapidly growing number of clinical reports testify to the value of sulfathiazole in a large variety of staphylococcal infections. These include furunculosis, septicemia, contaminated wounds and fractures, osteomyelitis, cellulitis, cortical abscesses of the kidney, sinusitis, otitis media, mastoiditis, epidural abscess, etc.”

„Spink and Hansen reported recovery in all 15 of their cases of staphylococcal septicemia.”

„Sulfathiazole therapy has accounted for one of the rare instances of cure of staphylococcal meningitis, there being only approximately 13 cases of such recoveries recorded in medical literature.”

Aangaande furunculosis strookt dit met mijn eigen ervaring. Over de overige genoemde aandoeningen heb ik geen persoonlijke ervaring. Zoals ik in mijn artikel schreef leg ik echter de grootste nadruk op de *uitwendige* therapie, en de *uitwendige* prophylaxis.

Goes 12 december 1957

P. J. VAN PUTTE

BERICHTEN

BUITENLAND

ENGELAND. — OVERVULLING VAN HET BEROEP? Een departementaal comité, onder voorzitterschap van Sir HENRY WILLINK, kreeg in februari 1955 de opdracht over de „medical manpower question” te rapporteren. De Minister wenste een schatting van het aantal geneeskundigen, dat in de toekomst bestemd is, in de onderdelen van de medische praktijk werkzaam te zijn, en van het aantal studenten in de geneeskunde, dat nodig zal zijn het aantal artsen op peil te houden.

De vrees, dat de professie reeds bezig is te worden overvuld, bleek ongegrond. De 27 medische scholen in Groot-Brittannië en Noord-Ierland leveren op dit ogenblik niet teveel artsen. Na 1961 zal de produktie moeten worden verminderd wegens inkrimping van het aantal militaire artsen en wegens afnemning van het aantal „from overseas”. Het is dus nodig, het aantal studenten dat tot de scholen wordt toegelaten, zo spoedig mogelijk met ongeveer 10 pct te doen dalen. Van 1975 af zal het misschien nodig zijn, de produktie te verhogen, om de professie op peil te houden. Hiermede zal men dus aan de medische scholen reeds in 1970 rekening moeten houden.

Het spreekt vanzelf, dat de schattingen van het rapport-Willink voor een lange reeks van jaren vaag blijven. Wat de buitenlandse lezer echter treft, is, dat de gezamenlijke numerus clausus van de medische scholen op dit ogenblik overeenkomt met het nodige aantal. Ook is het opmerkelijk, dat de geringe overmaat, die over enkele jaren dreigt, door een geringe wijziging van het gezamenlijke aantal toe te laten studenten kan worden vermeden. Numerus clausus en numerus fixus liggen dicht bijeen (*British Medical Journal*, 23 nov. 1957, bl. 1227).

— WORST IN HET PARLEMENT. Na de oorlog hebben Parlementsleden jaar op jaar de Minister voor Voedselvoorziening gevraagd, de samenstelling van „sausages” te reglementeren. Soms maakte een minister zich er met een geste van quasi-wanhoop en een grapje van af; andere ministers zijn meer serieus. Ditmaal vroeg een volksvertegenwoordiger aan de minister of hij een „statement on the future of the meatcontent of sausages” wilde geven. Gebruikelijkerwijze antwoordde de minister: „As a result of my studies, I foresee practical difficulties in laying down compulsory standards for sausages, but I am not yet ready to take a decision”. Het Parlements lid hield vol, dat een aantal worstenmakers de worst als een „profitable dustbin” beschouwen, waarop de minister zei te weten, „that very deep passions were aroused by this subject”, maar hij nam liever geen beslissing dan een verkeerde beslissing (*Medical Officer*, 6 december 1957, bl. 329).

— DE HERKOMST VAN DE MEDISCHE STUDENTEN. Wie op jeugdige leeftijd — 10 tot 11 jaar oud — tot de „grammar school” wordt toegelaten, doet de eerste stap naar de universiteit. „Late starters”, die zeer goede artsen hadden kunnen worden, maken weinig kans. Voorts moet men op 17- tot 18-jarige leeftijd met goede cijfers het „General Certificate of Education” behalen, om kans te maken, tot een medische school te worden toegelaten. Voor de oorlog

kon men slechts geneeskunde studeren, als de ouders in staat waren de lange en kostbare studie te betalen. Goed gesitueerde ouders zijn veel zeldzamer, en wie meer dan £ 2000 inkomen heeft, krijgt geen studiebeurzen voor zijn kinderen. De maatschappelijke status van de professie is dus bezig te veranderen; de meeste medische studenten komen, in tegenstelling tot vroeger, uit de klasse van lagere inkomens (*J. Amer. med. Ass.*, 2 nov. 1957, bl. 1177).

FRANKRIJK. — ROKEN EN BLAASKANKER. Het *Bulletin* van de Franse vereniging voor de studie van kanker (december 1956) bevat het verslag van een bescheiden onderzoek over de betrekking tussen blaaskanker en roken. Men vergeleek 60 lijdens aan blaaskanker met 60 patiënten zonder kanker, 60 patiënten met longkanker en 60 gezonde mensen. Zij vonden „the highest proportion of people smoking cigarettes, most of whom inhaled smoke, among those with cancer of the bladder” (*J. Amer. med. Ass.*, 9 nov. 1957, bl. 1299).

NOORWEGEN. — DE HYGIËNE IN DE KAPPERSWINKEL. Men heeft te Oslo een sanitaire overval uitgevoerd in 120 kapsalons, zowel voor vrouwen als voor mannen. MARK TWAIN, die gezegd heeft, dat alles op deze wereld verandert, behalve de barbier, kreeg ten dele gelijk. Het zwakke punt bleek, zoals verwacht kon worden, de „ontsmetting” van de instrumenten. De gewone gang van zaken was, dat een kam van hoofd tot hoofd ging, met de zak van de kapper als enig tussenstation. Slechts in 12 pct der salons had het personeel per persoon 3 kammen en gebruikte het een desinfecterende oplossing (*J. Amer. med. Ass.*, 9 nov. 1957, bl. 1301).

VERENIGDE STATEN. — VERANDERENDE TIJDEN. Een huisarts besluit zijn artikel, getiteld „A Statistical Analysis of General Practice”, met een korte karakteristiek van de taak van de huisarts vroeger en nu: „the day of painstaking, time consuming home treatment has been markedly changed by the advent of antibiotics and other wonderdrugs. The picture of the doctor sitting at the bedside through the night of crisis in pneumonia has now been replaced by the picture of the doctor making a telephone call to order an antibiotic to stop progression of a pharyngitis that might otherwise become a pneumonia” (*General Practitioner*), november 1957, bl. 133).

— „HOME CARE”. In aansluiting op het buitenlandse bericht over „Home Care” (bl. 2406) zij nog medegedeeld, dat er een uitvoerige studie is gepubliceerd over „Home Medical Care” in 19 ziekenhuizen te New York. De titel luidt: *Organised Home Medical Care in New York City. A Study of Nineteen Programs by the Hospital Council of Greater New York* (Harvard University Press, Cambridge Mass., 1956, 538 bl., 8 dollars).

— DE ARTS ALS AMATEUR-RADIO-TELEFONIST. Hoeveel artsen in de Verenigde Staten kunnen zich erop beroemen, dat hun telefoongesprekken de halve wereld rondgaan? Volgens een medewerker van „the leisure corner” in de *Journal of the American Medical Association* (9 november 1957, bl. 1308) zijn het er 2000: „radio-fans”, die vergunning hebben op de korte golf te zenden. Indien iemand QRR uitzendt, is het een SOS-roep; daarentegen is CUL OT VY 73 ES SS 88 2 UR XYL een gemoedelijk afscheid na een gezellig gesprek: „See you later oldtimer; very best regards and love to your wife”.

Het bouwen van een amateur-station behoeft niet kostbaar te zijn: een deskundige knutselaar bouwt het voor 30 dollar. Maar aan de meesten kost het 500 tot 800 dollars, al is het ook mogelijk er 100.000 dollars aan ten koste te leggen. Het *Radio Amateur Call Book* komt halfjaarlijks te Chicago uit