

Nederlands Hervormde Diakonessen Inrichting, het oude Amsterdam-West en Amsterdam-Centrum. Het gebied breidde zich echter als een olievlek over de stad uit. Enkele jaren na de oprichting werd Amsterdam-Noord reeds met een auto bezocht; toen werd het al duidelijk dat men in Amsterdam, met haar drukke verkeer, niet alleen dienst moest verlenen met behulp van auto's, doch ook poliklinieken moest inrichten. Uiteindelijk is in 1962 een begin gemaakt met een uitbreiding van het werkgebied tot in de omstreken van Amsterdam; thans ligt dit gebied in een grote cirkel om de stad, van Holysloot, Ipendam, Halfweg, Badhoevedorp, Amstelveen, tot aan de grens van de gemeente Weesp.

Op 6 november 1961 werd de Amsterdamse Trombose-dienst door een zwaar verlies getroffen, doordat de bezielende leider, Dr. H. K. KETTENBORG, overleed. Zijn gezondheid was al lange tijd niet meer zo goed, maar tot het laats heeft hij al zijn krachten aan de dienst gegeven.

Dankzij de uitvoerige aanwijzingen die hij achterliet, kon zijn werk zonder moeite worden voortgezet. Het hoofdgebouw in de Huidekoperstraat 20, had hij nog juist, kort voor zijn dood, kunnen inwijken.

Het overleg tussen de Amsterdamse Trombosedienst en andere trombosediensten in Nederland, die voor het grootste gedeelte door het Rode Kruis worden geleid, is voortreffelijk, terwijl ook met de ziekenfondsen een goede samenwerking bestaat. Dit laatste is zeer belangrijk, te meer daar de stijging van de kosten uiteraard problemen met zich meebrengt.

De trombosediensten hebben het belang van hun taak voor de algemene gezondheidszorg reeds lang bewezen, en het is dankzij de grote initiatiefnemers op dit gebied, zoals Prof. Dr. F. L. J. JORDAN, Dr. H. K. KETTENBORG, Dr. E. A. LOELIGER en anderen, thans niet meer mogelijk deze diensten weg te denken.

Bij het steeds frequenter voorkomen van cardiovasculaire aandoeningen zal, zo menen wij, het aantal patiënten nog wel blijven toenemen.

Amsterdam, juli 1963

J. E. JAPIKSE

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### FISSURALE KYSTEN IN DE BOVENKAAK

De patiënt *D* in het artikel van de tandartsen VAN DER KWAST en ROORDA (1963) had een kyste zoals deze voor het eerst is beschreven door de neusarts ZUCKERKANDL in 1882. Daarna zijn over deze kysten zeer veel publikaties over een groot aantal patiënten verschenen in de rinologische literatuur. Hieruit blijkt:

1. Enig verband met het bot is nooit gevonden; het is een kyste van de weke delen en niet „vooral van de weke delen”, zoals door VAN DER KWAST en ROORDA wordt geschreven.

2. Voor de wijze van ontstaan van deze kyste waren vele mogelijkheden. Daardoor is hierover zo veel gepubliceerd en het was de aanleiding tot nieuwe onderzoeken over de anatomie en de zo ingewikkelde embryologie van het voorste gedeelte van de neus. Het meest waarschijnlijk is de oorsprong uit de scheve aangezichtsspleet, zoals vooral is aangetoond door het fraaie werk van KLESTADT. Maar de fissurale genese werd reeds genoemd door BLUMENTHAL in 1913; het lijkt dus toch wel overdreven nu opeens de naam van KLESTADT op te sieren met „von”.

Naar aanleiding van dit laatste moet mij toch iets van het hart. Als men voor het eerst gaat schrijven over een onderwerp, is het verstandig, te beginnen met een studie van wat hierover reeds is gepubliceerd. Het maakt toch wel een ietwat vreemde indruk, dat in de naam van de auteur en de titel van het enige artikel dat wordt aangehaald, zo vele fouten staan. Juist is: W. KLESTADT: Embryologische und literarische Studie zur Genese der Gesichtsspaltenzysten und ähnlicher Gebilde.

*Literatuur:* KWAST, W. A. M. VAN DER, en L. A. M. ROORDA (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 1479.

Groningen, 20 augustus 1963

EELCO HUIZINGA

Met belangstelling namen wij kennis van de opmerkingen van Prof. Dr. E. HUIZINGA. Het is ons — ook uit de literatuur — bekend dat de naso-alveolaire kyste uitsluitend voorkomt in de weke delen. Wij schreven dan ook, dat de kyste zich op (en niet *in*) de maxilla ontwikkelt, maar dat ze wel een indeuking in de bovenkaak kan veroorzaken. Wij geven gaarne toe, dat onze toevoeging „vooral” verwarrend kan werken.

De raad van Prof. HUIZINGA om, alvorens over een onderwerp te schrijven, eerst de hierover verschenen literatuur te bestuderen, heeft — hoe kan het anders — onze volledige instemming. De publikatie van KLESTADT is weliswaar de enige, die door ons werd vermeld; wij namen echter van meer publikaties kennis. Zo kunnen wij hier nog het artikel vermelden van de Nederlandse keel-, neus- en oorarts Dr. E. HUIZINGA (1925).

De zesde van de tien wenken voor inzenders van kopy, die in het *Tijdschrift* worden afgedrukt, luidt echter: „Vermeld in uw tekst *alleen de strikt noodzakelijke* auteurs”.

Wij zijn Prof. HUIZINGA erkentelijk voor de correctie betreffende de naam van de auteur en de titel van de *enige* door ons aangehaalde publikatie.

*Literatuur:* HUIZINGA, E. (1925) On cysts near the nose entrance. *Acta oto-laryng.* (Stockh.) 8, 505.

W. A. M. VAN DER KWAST  
L. A. M. ROORDA

### NAVELTETANUS

Het artikel van DE REUS (1963) geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Ook in Haïti is de naveltetanus een groot probleem, zoals blijkt uit statistieken van het Hôpital Albert Schweitzer in de Artibonite vallei aldaar: In 1958 werden opgenomen 102 baby's met tetanus; van hen overleden er 48 (39 pct). Deze getallen waren voor 1959 resp. 173 en 93 (49 pct), voor 1960 231 en 117 (51 pct), voor 1961 269 en 161 (60 pct).

Dit relatief gunstige percentage is te danken aan onze wijze van behandeling; hierover is een publikatie in voorbereiding; de gegevens zullen wij gaarne aan belangstellenden toezenden.

Ook in Haïti bevallen de meeste vrouwen thuis; de baring wordt geleid door een vroedvrouw (femme sage) die meestal niet erg steriel werkt. Er zijn prenatale klinieken die door veel vrouwen worden bezocht, maar ook dan vindt de bevalling thuis plaats.

Om deze toestand te verbeteren, zijn de volgende maatregelen getroffen:

1. In de verschillende prenatale klinieken worden nu ook de moeders in de 6e, 7e en 8e zwangerschapsmaand met tetanustoxoid ingeënt. Het aantal kinderen van op deze

wijze behandelde vrouwen is thans nog te klein voor een definitief oordeel over de resultaten van deze methode.

2. Iedere maand wordt er in het ziekenhuis een bijeenkomst belegd, waar de vroedvrouwen in de streek door een arts onderwezen worden in steriel werken enz. Indien de cursus met goed gevolg is doorlopen, wordt hen door het ziekenhuis een „verloskoffertje” gegeven, waarvan de inhoud geregeld wordt aangevuld. Het is langzamerhand voor de vroedvrouwen in de buurt een eer geworden om tot deze groep te behoren. Het resultaat: Bij 50 bevallingen door hen gedaan, slechts één (!) geval van tetanus, terwijl bij de overige bevallingen dit percentage veel hoger is.

3. In de prenatale klinieken wordt de moeders aangeraaden, als zij thuis bevallen, onmiddellijk na de bevalling de baby naar het ziekenhuis te brengen, met of zonder placenta. Deze raad verspreidde zich, met als gevolg dat nu veel pasgeborenen naar het ziekenhuis worden gebracht, van wie de moeder geen prenatale zorg heeft gehad.

In het ziekenhuis wordt het kind gewassen met een desinfectans (pHisohex), de navelstreng wordt afgebonden; vervolgens krijgt de baby 3000-5000 E tetanus-antitoxine (er wordt geen huidreactie verricht) benevens 200.000 E procainepenicilline. Daarna mag het kind weer mee naar huis worden genomen.

Bij honderd aldus behandelde pasgeborenen (zonder prenatale zorg) werd door ons slechts één geval van lichte tetanus neonatorum gezien. Het betrof een patiëntje dat op de 3e levensdag 5000 E tetanus-antitoxine had gekregen; het werd op de 6e levensdag in het ziekenhuis opgenomen.

*Literatuur:* REUS, Tj. DE (1963) Enige aspecten van navel-tetanus in Deli (Indonesië). *Ned. T. Geneesk.* **107**, 1265.

Haiti, 18 augustus 1963

PH. W. H. ESKES

## EEN KLIMATOLOGISCHE EN ALLERGOLOGISCHE STUDIE VAN HET CONSTITUTIONELE ECZEEM

Naar aanleiding van de reactie van Prof. POLANO (1963) op mijn artikel zou ik gaarne nog het volgende willen opmerken:

Natuurlijk zijn er nog andere verklaringen dan de in mijn publikatie gesuggereerde, mogelijk voor het feit dat bij voor huisstof allergische patiënten dikwijls een exacerbatie van het eczeem in het najaar wordt gezien.

Een rechtstreeks bewijs dat het huisstof in dit geval het etiologische agens is, kan inderdaad slechts door middel van provocatie-tests geleverd worden. Ik hoop echter spoedig hiertoe in staat te zijn.

Evenmin is het bewezen, dat bepaalde zomerexacerbaties op allergie voor huidschilfers berusten; wel lijkt dit op grond van het gepubliceerde onderzoek waarschijnlijk, vooral omdat bij verder onderzoek inderdaad huidschilferallergieën in zweet kon worden aangetoond (BERRENS en YOUNG 1963). Over het nut van desensibilisatiekuren in het algemeen en bij constitutioneel eczeem in het bijzonder zijn de meningen in de literatuur verdeeld. Een bewijs voor het nut van dergelijke kuren kan eigenlijk alleen geleverd worden door vergelijking van de resultaten met die in een goede controle-groep van patiënten. Dit werd wat astma en rhinitis betreft, o.a. verricht door JOHNSTONE en CRUMP (1961) en door LOWELL (1962), die op grond hiervan tot een positieve uitspraak kwamen over het nut van desensibilisatie.

Het omvangrijkste onderzoek over desensibilisatie bij constitutioneel eczeem werd verricht door TUFT (1960). Deze vermeldt goede tot uitstekende resultaten bij 73 van de 95 door hem door middel van desensibilisatie behandelde patiënten. In de toekomst hopen wij nadere mededelingen te kunnen doen over onze ervaringen betreffende desensibili-

satie bij constitutioneel eczeem. Voorlopig lijken de resultaten bemoedigend en het leek ons daarom verantwoord, vooral in die gevallen waarin het alternatief een langdurige toediening van corticosteroidpreparaten zou zijn, een desensibilisatiekuur voor de patiënt te adviseren.

Duidelijk schadelijke bijwerkingen van de desensibilisatie bij patiënten met constitutioneel eczeem werden bij een goede uitvoering van de kuur door ons nog nooit waargenomen, hetgeen niet gezegd kan worden van langdurige toediening van corticosteroidpreparaten.

Een daarnaast geadviseerde eliminatie van bepaalde allergenen behoeft lang niet altijd zeer kostbaar te zijn, en vele patiënten zijn blijkens onze ervaring bereid, adviezen in dit opzicht op te volgen, ook al wordt er bij voorbaat op gewezen dat succes geenszins verzekerd is.

*Literatuur:* BERRENS, L. en E. YOUNG (1963) wordt elders gepubliceerd. — JOHNSTONE, D. E. en L. CRUMP (1961) *J. Paediat* **29**, 39. — LOWELL, F. C. (1962) *Proceedings of the IVth international congress of allergology*, bl. 155. Pergamon Press, Oxford, Londen, New York, Parijs. — POLANO, M. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 1577. — TUFT, L. (1960) *J. Allergy* **31**, 1.

Utrecht, 20 augustus 1963

E. YOUNG

## BERICHTEN BUITENLAND

### Canada

**Studie van het hartinfarct.** — Vijf artsen geven in de *Lancet* van 17 augustus (bl. 349) het eerste jaarverslag van de „Coronary unit” in het General Hospital te Toronto, nader door hen omschreven als „an intensive-care centre for acute myocardial infarction”. De unit beschikt over een zaaltje voor 4 patiënten en een kleiner vertrek voor continue electrocardiografische registratie en uitwendige hartmassage. De observatie is gericht op de hartwerking die door het vierledige instrument doorlopend in beeld wordt gebracht met een snelheid van 1,5 cm per seconde. In het verslagjaar werden 146 patiënten met hartinfarct opgenomen; 52 overleden, 34 in de eerste 48 uur, slechts een ná de 15e dag. Hartmassage werd bij 29 patiënten toegepast, 2 maal met goed gevolg.

### Engeland

**Nieuw ziekenhuis voor de studie van kanker.** — Onlangs werd een nieuwe afdeling van het Royal Marsden Hospital te Sutton bij Londen geopend. Deze biedt gelegenheid tot verpleging van 85 lijdende aan kanker en voldoet ook wetenschappelijk aan hoge eisen. De tweede fase van het bouwplan voorziet in de stichting van een afdeling van 95 bedden die tevens op onderwijs is berekend. (*Rif. med.*, bl. 840).

**Hospital manners.** — De minister van gezondheid vernam klachten over gebrekkige „communication between hospital staffs and patients”, en vroeg advies aan de Central Health Services Council. Het advies van een subcomité waarin geneeskundig en verplegend ziekenhuispersoneel waren vertegenwoordigd is onlangs onder de titel „Communication between doctors, nurses and patients; an aspect of human relation in the hospital service” verschenen. De redactie van de *British medical Journal* van 3 augustus (bl. 263) bewondert dit advies niet: het sub-comité dat was gemachtigd „to make or arrange for inquiries” heeft van deze machtiging geen gebruik gemaakt en van de literatuur over het onderwerp geen studie gemaakt. Overigens geeft de redactie toe: „when there are enough hospitals, fully staffed and planned in