

groter zijn. Alleen een intraveneuze infusie met heparine waarborgt een vrij gelijkmatige spiegel, doch deze methode is meestal voor patiënten en verpleging te belastend, tenzij de infusie om andere redenen toch noodzakelijk is.

*Literatuur:* BEARMAN, J. E. e.a. (1964) Cooperative study: Sodium heparine and sodium warfarine in acute myocardial infarction. *J. Amer. med. Ass.* **189**, 555. — ENGER, E. (1963) Initial heparin therapy as a supplement to per-oral anticoagulants in acute myocardial infarction. *Acta med. scand.* **174**, suppl. 397. — HENSEN, A., M. J. MATTERN en E. A. LOELIGER (1964) De bruikbaarheid van heparine lente. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1753. — HOFFMAN, F. G. (1963) Effective subcutaneous heparine therapy in myocardial infarction. *Amer. J. med. Sci.* **246**, 69. — HUGHES, M. L. (1963) Comparison of continuously longterm heparine and oral anticoagulant therapy. *Amer. Heart J.* **65**, 615.

Gouda, 29 september 1964

[E. LOPES CARDOZO  
W. M. VLAARDINGERBROEK

Gaarne willen wij de collegae LOPES CARDOZO en VLAARDINGERBROEK danken voor hun nuttige opmerkingen en aanvullingen van onze bijdrage over de werking van heparine lente.

De voornaamste indicatie voor het geven van heparine is inderdaad de initiële behandeling van veneuze trombose. Voor de behandeling van het hartinfarct lijkt het geven van heparine overbodig (ENGER 1963).

Onze dosering van 50.000 E per dag vindt haar oorzaak mede in de publikaties van STAMM (1963) die aantoonde dat longembolieën als complicatie van veneuze trombose slechts dan worden gezien, wanneer de heparine-behandeling minder dan 400 mg (= 40.000 E) per dag bedraagt.

Dat wij de verkregen lange stollingstijden als gevaarloos beschouwden, is slechts ten dele waar, immers bij enkele patiënten (1, 2 en 8) werd de dosering gehalveerd en bij een patiënt (7) vroegtijdig gestaakt. In de conclusie is dan ook duidelijk gesteld, dat deze dosering soms te hoog is. Anderzijds blijkt zowel uit de literatuur als uit eigen ervaring dat bloedingen vrijwel niet gezien worden tijdens kortdurende heparinebehandeling, ook niet wanneer men 4 maal daags 150 mg heparine intraveneus geeft, ondanks het feit dat hierbij de stollingstijd (trombelastografisch gemeten) gedurende vele uren per dag onmeetbaar lang is.

Wel bleek een onzer patiënten (9) vrijwel niet te reageren; een dergelijke ook door LOPES CARDOZO en VLAARDINGERBROEK met gewone subcutaan toegediende heparine waargenomen onvoldoende reactie (bij intraveneuze toediening komt dit praktisch niet voor) vormt ons grootste bezwaar tegen het subcutaan spuiten van heparine.

*Literatuur:* ENGER, E. (1963) Initial heparin therapy as a supplement to per-oral anticoagulants in acute myocardial infarction. *Acta med. scand.* **174**, Suppl. 397. — STAMM, H. (1963) Current use of heparin in venous thrombosis. *Thrombos. Diathes. haemorrh.* **9**, Suppl. 2, bl. 61.

Leiden, 14 oktober 1964

A. HENSEN  
E. A. LOELIGER

## ANKYLOSTOMIASIS BIJ UIT WEST-NIEUW-GUINEA TERUGGEKEERDE DIENSTPLICHTIGEN

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega OOSTERVELD (1964) zou ik het volgende willen opmerken.

Tijdens mijn verblijf als landmacht-arts gedurende 19 maanden in Sorong zijn er twee militairen geweest, die behandeld werden wegens ankylostomiasis. De diagnose medebehulp van eosinepreparaten van faeces is geverifieerd door het laboratorium van het Gouvernementshospitaal in Sorong. De behandeling bestond uit herhaalde kuren met Alcopar. De resultaten hiervan werden beoordeeld op grond van eosinepreparaten.

Door het toenmalige Hoofd Geneeskundige Dienst Landmacht is de door collega OOSTERVELD gevonden hoge besmettingsgraad met *Ancylostoma* bij systematisch onderzoek bij de compagnie in Fak Fak voldoende naar voren gebracht, en soortgelijk onderzoek gepropageerd. Door gegeven omstandigheden is het in Sorong niet tot een massaal faecesonderzoek bij alle militairen kunnen komen. Wel is bij iedere patiënt met gastro-intestinale verschijnselen of niet vaststaande diagnose faecesonderzoek verricht. Hierbij is zeker geen besmettingsgraad van 30 pct gevonden. Dit kan op verschillende oorzaken berusten. Ook is een geringer voorkomen van *Ancylostoma* bij de landmacht-onderdelen in Sorong niet geheel uitgesloten.

Mij is verder een geval bekend geworden van larva migrans op de voet en het onderbeen bij een militair, die van het eiland Jefman kwam en daar door collega BOERIGTER reeds was onderzocht. In samenwerking met het gouvernementshospitaal zijn de uit de huidlaesie gewonnen larven gedetermineerd als *A. braziliense*.

Een andere militair met larva migrans is lokaal behandeld zonder verdere diagnose.

De negatieve uitlatingen van collega OOSTERVELD over het tekortschieten van de Militair Geneeskundige Dienst met betrekking tot Nieuw-Guinea kan ik niet onderschrijven.

*Literatuur:* OOSTERVELD, W. J. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1879.

's-Gravenhage, 29 september 1964 A. B. KUNST

Collega KUNST merkt op dat te Sorong bij militairen nimmer een massaal faecesonderzoek is verricht; dit is in strijd met de opdracht die het Hoofd Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht op Nederlands Nieuw-Guinea naar aanleiding van mijn bevindingen destijds heeft gegeven.

Over mijnwormbesmetting bij militairen te Sorong is dus niets bekend, op wat casuïstiek na.

Mijn onderzoek te Fak-Fak betrof ongeveer 1200 man, zowel militairen van de landmacht als mariniers, die schier allen bij patrouillewerk betrokken zijn geweest en dus een nauw contact met de plaatselijke bevolking hebben gehad.

Wat collega KUNST met negatieve uitlatingen bedoelt, is niet duidelijk. Ik constateerde slechts dat op mijn herhaalde meldingen van hoge mijnwormbesmettingsgraden bij militairen door de Militair Geneeskundige Dienst geen passende maatregelen zijn genomen.

Amsterdam, 12 oktober 1964

W. J. OOSTERVELD