

INGEZONDEN

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

VREEMDE VOORWERPEN IN HET GEBIED VAN DE KEEL-NEUS-OORARTS

Mag ik aan de casuïstiek van collega W. A. HORRÉE (1966) één geval toevoegen?

In februari 1964 verscheen vervroegd op mijn spreekuur, een als rustige, genuïne epilepticus bekend staande 40-jarige patiënt, die — mogelijk geluxeed door een otitis media, waarvoor hij onder otologische behandeling was — na jaren weer een insult had gekregen. Daarbij zou hij, zoals hij met stelligheid beweerde, een grote gebitsprothese ingeslikt hebben, waardoor hij nog keelpijn had. Daar aan de prothese een metalen plaatje zat, liet ik de patiënt doorlichten, en een buikoverzichtsfoto maken, wat geen resultaat opleverde, evenmin als de laryngoscopie en de gedurende enige tijd volgehouden ontlastingscontrole.

Vijf maanden later, toen zowel de patiënt als ik het verloren gebit al waren vergeten, zag ik hem voor epilepsiecontrole terug. Hij zag er bedrukt en vermaagerd uit, alsof hij vele insulden had gehad, maar dit bleek niet het geval te zijn geweest. Pas na enige aarzeling biechtte hij op, dat hij de laatste maanden niet meer in de „smaak”, of liever in dit geval in de „reuk” viel bij andere mensen, die hem verweten, dat hij zo uit de mond rook. De in de bekende advertenties aanbevolen preparaten om het sociale contact weer te helpen herstellen, hadden bij hem gefaald, en zo was de in die advertenties geschetste situatie van: Ik mijd mijn medemens en wordt gemedend, bij deze van huis uit toch al kwetsbare man, ontstaan.

Zowel de patiënt als ik dachten dat de veranderde medicatie voor deze foetor ex ore verantwoordelijk zou zijn, maar voor alle zekerheid liet ik hem nog eens het spreekuur van de keel-neus-oorarts bezoeken. Tot onze grote verbazing, kwam toen het vergeten „ingeslikt” gebit weer op de „proppen”, verscholen onder dikke proppen etter plus necrotisch weefsel hoog in de rhino-pharynx; destijds was er bij het onderzoek niet naar boven gekeken.

Toen de patiënt van zijn corpus alienum bevrijd was, bestond er voor hem ook geen olfactorische aanleiding meer om zich als een corpus alienum tussen andere mensen te hoeven voelen.

Literatuur: HORRÉE, W. A. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1424.

Meppel, 8 augustus 1966

P. J. VAN DER BURG,
zenuwarts

TWIJFEL AAN DE WERKZAAMHEID VAN AMPICILLINE ALS PROPHYLACTICUM BIJ CHRONISCHE BRONCHITIS

Hoewel geen gegevens beschikbaar zijn omtrent de concentratie van ampicilline in het bronchusslijmvlies, moet worden aangenomen dat deze hoger is dan in het mukeuze sputum (MAY 1966). Bij patiënten met een chronische bronchitis bevindt zich, ook in een klinisch-rustige fase, meestal *Haemophilus influenzae* tussen de bronchusepitheelcellen en in de submucosa. Behalve door een hernieuwde besmetting, is een exacerbatie van de bronchitis mogelijk door opvlammen van deze sluimerende infectie. Men neemt algemeen aan dat

27 AUGUSTUS 1966 NED. T. GENEESK. 110 NR. 35

infectieuze exacerbaties bijdragen tot het ontstaan van de morfologische veranderingen die bij chronische bronchitis vaak worden gezien (HERS 1961; MARTIN en BOATMAN 1965; REYNOLDS 1965; WRIGHT en STUART 1965) en die voor het ziektebeloop op de lange duur ongunstig moeten worden geacht.

Door profylactische toediening van breed-spectrumantibiotica, inclusief ampicilline (MILLARD en BATTEN 1963), verminderen duur en ernst van de exacerbaties. Voor een groot deel berust deze gunstige werking waarschijnlijk op het tegengaan van de bacteriegroei in en onder het bronchus-slijmvlies. Indien de infiltrerende bacteriën worden gedood (wat door ampicilline mogelijk is), neemt de kans op kolonisatie sterk af. Dit lijkt van essentiële betekenis te zijn ten aanzien van het voortschrijden van de ziekte.

Het lijkt mij dan ook een onderwaardering indien collega VAN BEUSEKOM (1966) stelt dat van profylactisch toegediende ampicilline ten hoogste (cursief van mij, K.) kan worden verwacht dat geen verdere uitbreiding van de infectie naar het bronchiale en peribronchiale weefsel zal plaatsvinden.

Literatuur: BEUSEKOM, J. A. H. VAN (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1361. — HERS (1961) *Bronchitis, First International Symposium*, bl. 149. Kon. Van Gorcum. — MARTIN, H. B. en E. S. BOATMAN (1965) *Progress in research in emphysema and chronic bronchitis*, Vol. II, bl. 171. Stritchel, Karger. — MAY, J. R. (1966) *Ampicillin therapy*. Proceedings of the Symposium, Exc. Medica Found. — MILLARD, F. J. C. en J. C. BATTEN (1963) *Brit. med. J.* **I**, 644. — REYNOLDS, R. C. (1965) *Brit. med. J.* **I**, 161. — WRIGHT, R. R. en C. M. STUART (1965) *Brit. med. J.* **I**, 210.

's-Gravenhage, 2 augustus 1966

K. F. KERREBIJN

DE ZIEKE BEJAARDE EN HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

Met grote instemming heb ik het pleidooi van collega ZWANEVELD (1966) voor het opnemen van psychisch gestoorde bejaarden in het psychiatrisch ziekenhuis gelezen. Zoals hij zelf schrijft, heerst nog al te veel de opvatting, dat deze patiënten uit de psychiatrische kliniek geheel of gedeeltelijk moeten worden geweerd.

Ik zou echter aan collega ZWANEVELD willen vragen, waarom anderen moeten zorgen voor de psychisch zieke bejaarde, die niet meer zo ver geneest dat hij naar huis terugkeren kan. Het is toch veel logischer, uit het misluktingspercentage en de gemiddelde overlevingsduur het aantal „long stay”-plaatsen te berekenen dat nodig is. Men kan dan een regelmatige doorstroming hebben, mits men deze „long stay”-afdeling in hetzelfde kader en op hetzelfde terrein plaatst. Men heeft dan bovendien het onschatbare voordeel, dat bezigheidstherapie en andere vormen van resocialiserende behandeling ook ter beschikking blijven van de niet-genezen patiënt.

Het artikel van ZWANEVELD bewijst bovendien nog eens te meer, dat wij — om „displaced persons” te helpen — niet naar het buitenland behoeven te gaan; een deel van de bejaarden, die in een ziekenhuis worden opgenomen, is door dit feit alleen al tot „displaced persons” geworden.

Literatuur: ZWANEVELD, H. L. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1354.

Hilversum, 1 augustus 1966

J. TH. R. SCHREUDER