

Van de 401 röntgenologisch verdachte gevallen kon van 392 patiënten het sputum onderzocht worden. Bij 24 patiënten werd een positief resultaat verkregen bij het eerste microscopisch onderzoek. Bij 35 patiënten bleek de kweek positief te zijn. Er werd geen negatieve kweek gevonden als het microscopisch onderzoek een positief resultaat had. Er was geen duidelijk verschil in positieve uitslagen, noch bij microscopisch onderzoek, noch bij kweek, tussen „collection sputum” en „spot sputum”.

Slechts één van de patiënten met positief sputum had wel eens tuberculostatica gebruikt. Er werd geen resistentie gevonden tegen streptomycine of INH.

Literatuur: HASAN, M. en HANSIKLIANG (1965) *J. Indones. med. Ass.* 15, 404.

W. DE JONG

De verspreiding van *Clostridium welchii* in een Javaans dorp. — In Indonesië worden herhaaldelijk ernstige, explosieve epidemieën waargenomen.

KWEE TAT THJONG en OEI KOEN HAY (1966) bespreken een na-onderzoek, verricht in een dorpje op Java waar tweemaal een identieke epidemie voorkwam. De verschijnselen waren koorts, braken, buikpijn, meteorisme, hoofdpijn, onrust en shock. Tijdens de eerste epidemie (1960) stierven 68 van de 130 zieken, tijdens de tweede epidemie (1963) 42 van de 84 zieken. Slechts bij één patiënt kon autopsie gedaan worden. Er werd een enteritis necroticans gevonden en er werd *Clostridium perfringens* (*Clostridium welchii*) type F geïsoleerd. Dit type produceert het zeer gevaarlijke beta-toxine.

Zeven maanden na de tweede epidemie kon bij 12 van de 33 te achterhalen overlevenden dit type F van *Clostridium welchii* nog in de faeces worden aangetoond. Het resultaat van het faecesonderzoek bij mensen uit dezelfde kampong, die niet ziek geweest waren, was negatief. In de faeces van verschillende varkens en een karbouw kon dezelfde bacil ook aangetoond worden. Evenzo vond men de bacil in grondmonsters uit het dorp. Het oppervlaktewater was zwaar besmet. Het putwater was positief, terwijl 9 van de 13 monsters die men op verschillende plaatsen en tijden uit de rivier nam, die langs het dorp stroomt, ook een positieve cultuur van *Clostridium welchii* type F opleverden.

In 5 verschillende soorten voedsel uit het dorp werd het micro-organisme aangetoond, zowel in groenten die in de rivier gewassen werden, als ook in vlees. De slacht in de dorpen geschiedt zeer primitief; het is heel goed mogelijk dat het vlees besmet wordt met de darminhoud van het slachtdier. Het exotoxine F van *Clostridium welchii* is niet bestand tegen verwarming tot 80° C gedurende 10 minuten, zodat aangenomen wordt dat het koken van (bewaard) voedsel voldoende bescherming geeft. De sporen zijn echter bestand tegen verwarming tot 100° C gedurende enkele uren. De suggestie die de auteurs doen, geen put- of rivierwater meer te gebruiken, had achterwege gelaten kunnen worden, tenzij men de hele bevolking zou willen overplaatsen, waarna men waarschijnlijk op de nieuwe woonplaats voor dezelfde moeilijkheden gesteld zou worden.

Vaccinatie met toxoïde en therapie met anti-toxine-serum moeten zeker overwogen worden.

Literatuur: KWEE TAT THJONG en OEI KOEN HAY (1966) *J. Indones. med. Ass.* 16, 436.

W. DE JONG

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

SUBSIDIE HIPPOCRATES STUDIEFONDS

Het Hippocrates Studiefonds stelt voor het jaar 1968 f 3000 beschikbaar voor wetenschappelijk werk op medisch gebied. Het College van Regenten, bestaande uit de volgende leden, beslist, wie voor 1968 in aanmerking komt voor een subsidie.

Prof. Dr. F. J. KOOREMAN, chirurg te Rotterdam

Dr. P. RUITINGA, internist te Hilversum

Dr. J. M. SOETERS, kinderarts te Bosschenhoofd

Prof. Dr. H. MULLER, chirurg te Rotterdam

Prof. Dr. J. DE GRAEFF, internist te Leiden

T. Y. KINGMA BOLTJES, arts te Menaldum

J. A. E. VAN DER FEEN, arts te Goes.

Het geld moet worden besteed voor de financiering van wetenschappelijk werk, dat iets te maken heeft met de geneeskunde in de ruimste zin van het woord. Eventueel kan een subsidie ook worden toegekend aan een instelling of persoon, die reeds van andere zijde financiële steun ontvangt.

Kandidaten voor een dergelijke subsidie dienen zich vóór 15 mei 1968 te richten tot de secretaris-penningmeester van het College van Regenten, Prof. Dr. J. DE GRAEFF, Prins Hendriklaan 3 te Oegstgeest. Een dergelijke aanvraag moet vergezeld gaan van een nauwkeurige omschrijving van het doel waarvoor het geld zal worden besteed. Degenen die een dergelijke subsidie ontvangen, zijn verplicht, na een jaar een verslag van hun werkzaamheden aan het College van Regenten aan te bieden.

INGEZONDEN

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

ONTSTEMMINGSTOESTANDEN EN PRODUCTIEVE PSYCHOTISCHE EPISODEN BIJ EEN JONGEN MET PRIMAIR GEGENERALISEERDE EPILEPSIE

Prof. STAM (1968) schrijft over een moeilijk te behandelen epileptische jongen „ten aanzien van wie men — ten einde raad — een blijvende asylering gaat overwegen”. Collega RENSINK (1968) ziet deze oplossing „vanuit rein menselijk standpunt”, als een maatregel waartoe men pas in de allerlaatste plaats zal overgaan. „Alles is beter dan hem als redeloze rabiaat in een gesloten inrichting te houden, waarbij de toekomst van dit jonge menskind al a priori is geruïneerd.”

Misschien zijn beide overwegingen c.q. uitingen aanvaardbaar — althans te begrijpen — als men bedenkt dat de eerste is ontstaan in een psychiatrische universiteitskliniek, de tweede bij een huisarts die, naar hij schrijft, o.a. zijn praktijk had op Saba (daardoor minder goed bekend met de alhier bestaande toestanden?).

Wat betreft het eerste: ik vraag mij af hoe men in een universiteitskliniek of waar ook elders een „blijvende asylering” kan overwegen. De gang van zaken ten aanzien van „moeilijke psychiatrische gevallen” is aldus, dat zij ófwel (meestal) rechtstreeks vanuit de maatschappij ófwel (soms) vanuit de psychiatrische universiteitskliniek in een psychiatrische inrichting c.q. ziekenhuis worden opgenomen. Van „asylering” (wat bedoelt men er eigenlijk mee?) is geen sprake. De patiënt wordt evenals in de universiteitskliniek behandeld overeenkomstig de kennis en de eisen van de tijd, gedurende een periode dat behandeling nodig is. Of het

verblijf in de inrichting „blijvend” zal worden, staat nimmer bij voorbaat vast!

Wat betreft de opmerking van collega RENSINK: „wie zou deze epileptische jongen — „zijn toekomst ruinerend” — als redeloze rabaat in een gesloten inrichting willen vasthouden?” Niemand die „vanuit een rein menselijk standpunt” denkt! Het maakt de indruk dat collega RENSINK geen hoge dunk heeft van de psychiatrische inrichting en van de aldaar aanwezige therapeutische mogelijkheden. Waarom kan niet eenvoudig worden aangenomen dat de behandelend psychiater — de beschreven toestanden wel degelijk kenkend — ernaar zal streven op zo kort mogelijke termijn de meest optimale „modus vivendi” voor zijn patiënt te vinden, in de inrichting of daarbuiten?

Deze regels werden geschreven omdat ik wel eens de indruk heb dat een zekere vorm van discriminerend denken, vroeger betrekking hebbend op de psychiatrische patiënt, zich in onze tijd richt op „het asiel”, op „de inrichting”. Men kan zich daartegen (ten dele) wapenen: bv. door de psychiatrische inrichting aan te duiden met termen als „psychiatrisch ziekenhuis” of „psychiatrisch centrum”.

Het ware echter beter, dat bepaalde vooroordelen ten aanzien van „het asiel” en „de gesloten inrichting” geheel konden worden weggenomen.

Literatuur: RENSINK, E. H. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 574. — STAM, F. C. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 305.

Zuidlaren, 25 maart 1968

G. RIPPEN

Ik kan het niet eens zijn met collega RIPPEN'S aanbeveling voor de huisarts „maar eenvoudig aan te nemen, dat de desbetreffende specialist zeker de patiënt de optimum behandeling zal laten wedervaren”. Met het volste vertrouwen in de specialisten (ik heb inderdaad vele jaren, op geïsoleerde post zélf de specialist op velerlei gebied moeten trachten te evenaren), heb ik wel eens vragen, wat betreft de behandeling van een patiënt en vind het dan zeer juist, hem vertrouwensvol met mijn vragen aan boord te komen. Waarom zou de huisarts ook geen interesse voor dit specialisme kunnen hebben en er zelfs ervaring in kunnen hebben? Ik ben Prof. STAM dan ook zeer dankbaar voor zijn verklaring, al blijft voor mij de vraag van de therapie nog niet geheel beantwoord.

Het zou mij inderdaad ten zeerste interesseren, of men niet andere medicamenten aanwendt dan fenobarbital e.d., vooral bij deze gedragsstoornissen, want hierbij blijft toch m.i. de vraag open, of deze al dan niet door het gegeven medicament worden veroorzaakt. Omgekeerd zou het interessant zijn, bij die personen zonder epileptiforme aanvallen, bij wie men tóch barbituraten aanwendt en deze typische averse, antagonistische uitwerkingen moet beleven, te weten, of hier de patiënt niet dezelfde elektro-encefalografische afwijkingen vóór de medicatie heeft als Prof. STAM bij zijn patiëntje beschrijft, en waarvan hij zegt, dat bij de broertjes en zusjes dezelfde elektro-encefalografische afwijkingen worden gevonden, zonder dat er zich aanvallen voordoen. Eveneens rijst de vraag: als men nu deze broertjes en zusjes met fenobarbital behandelt, krijgt men dan ook deze gedragsafwijkingen? Helaas ken ik de publikatie van LANDOLT niet. Doen zich deze gedragsstoornissen voor omdat het elektro-encefalogram wordt genormaliseerd, of door de werking van het medicament? En waarom worden, indien dit laatste het geval is, dan geen andere medicamenten geprobeerd die op volkomen andere basis werken? Wij weten bv. dat er convulsies ontstaan bij gebrek aan pyridoxine (ontmergingsziekten). Evenzo zijn er publikaties, dat epilepsie met goede resultaten is behandeld met pyridoxine (dit *Tijdschrift* 1951, bl. 3643) en ik herinner mij,

dat in 1963 tussen mijn terugkomst uit Indonesië en vóór mijn vertrek naar de Antillen in 1963 proeven werden gedaan met Princi-B (250 mg B₁, 250 mg B₆ en 250 mg B₁₂). Op deze basis heb ik op de Antillen bij minstens 3 patiënten met sinds de geboorte bestaande epilepsie aanvalsvrijheid bereikt. Ik zou werkelijk zeer dankbaar zijn, hierop van specialistische zijde commentaar te mogen ontvangen.

Ook vind ik het opmerkelijk, dat zoals Prof. STAM schrijft, elektro-encefalografische afwijkingen, zoals die zich voordoen bij de broertjes en zusjes van een patiënt met primair gegeneraliseerde epilepsie, verdwijnen na de puberteit, terwijl de aanvallen bij het door hem beschreven patiëntje juist verschenen. Hier is dus de mogelijkheid van een hormoon-c.q. vitamine-deficiëntie niet uitgesloten. Zijn er hier al eens proeven genomen?

Rijpwetering, 5 april 1968

E. H. RENSINK

GENESE EN BEHANDELING VAN CARDIALE SHOCK

In het commentaar van collega KOSTER (1968) op de genese en behandeling van cardiale shock mis ik de, vooral in de Verenigde Staten bestudeerde, hulp door mechanische ondersteuning resp. vervanging van de circulatie. Vermeldenswaard zijn vooral het gebruik van counterpulsation en extracorporale circulatie. Beide methoden zijn reeds incidenteel, met wisselend resultaat, klinisch toegepast. Het aantrekkelijke van de laatste is dat de behandeling niet hoeft te worden gestaakt wanneer het hart geheel niet meer functioneert. Het blijft dan de vraag of het hart zich in de periode van kunstmatig onderhouden circulatie voldoende kan herstellen. Dat zal, zoals na iedere coronaire afsluiting, afhangen van het beschikbaar komen van, al of niet pre-existente collateralen. Hoewel men dit moet afwachten, is het verkrijgen van een goede circulatie, blijkens ervaringen met de extracorporale circulatie o.a. in de hartchirurgie, vrijwel altijd bereikbaar, mits de shock niet te lang heeft bestaan. Het spreekt vanzelf dat een goede circulatie het hart en de andere vitale organen zeer ten goede komt.

Hoewel aan sommigen de noodzakelijke canulaties en apparatuur zullen tegenstaan, is deze behandeling toch zeker het vermelden en bestuderen waard.

Literatuur: KOSTER, M. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 562.

Amsterdam, 27 maart 1968

H. H. J. ZWART

BERICHTEN BUITENLAND

China

Een Chinese Hippocrates. — In *Medical News* (22 maart bl. 8) geeft Dr. LYLE EDDAR een beschrijving van CHANG CHUNG-CHING, die in het jaar 168 van onze jaartelling „arts” werd. Hij kwam op tegen millennia-oude traditionele opvattingen omtrent ziekten en hun behandeling. Volgens hem stelt de bedreven arts een diagnose pas na zorgvuldige observatie; de middelmatige arts past ondervraging toe, en de mediocre vakman doet aan palpatie (bedoeld is het voelen van de pols). Hij bestreed de waarde van acupunctuur, moxa en massage.

Duitsland

Seksuele voorlichting op scholen. — In het aanstaande schooljaar zullen op de scholen in Hessen richtlijnen van kracht worden betreffende de seksuele opvoeding van de kinderen. De opstellers van de richtlijnen gaan ervan uit dat de ouders de voornaamste taak hebben ten aanzien van