

en postoperatieve zorg en in de primaire radiologische mogelijkheden. De verbeterde prognose, die volgens het onderzoek van WOLFF e.a. nu bereikbaar is, mag op rekening van actinomycine D worden geschreven.

*Literatuur:* KOOPAL, S. J. A. (1968) Treatment of nephroblastoma. *Arch. chir. neerl.* **20**, 195. — Referaten (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 229 en 1540. — (Writing committee Children's Cancer Study Group.) WOLFF, J. A., W. KRIVIT, W. A. NEWTON Jr. en G. J. D'ANGIO (1968) Single versus multiple dose D actinomycin therapy of Wilms tumor. *New Engl. J. Med.* **279**, 290.

P. A. VOÛTE Jr.

#### *Microbiologie en epidemiologie*

**Resistentie van *Pseudomonas aeruginosa* tegen carbenicilline.** — Carbenicilline is onder andere werkzaam tegen *Pseudomonas aeruginosa* (Referaat 1967). Het lag in de verwachting dat vroeg of laat het ontstaan van resistentie de behandeling van *Pseudomonas*-infecties met carbenicilline zou bemoeilijken, vooral toen bekend werd dat het betrekkelijk eenvoudig is, in vitro carbenicilline-resistente stammen te verkrijgen (BELL en SMITH 1969).

DARRELL en WATERWORTH (1969) isoleerden binnen een periode van drie maanden dergelijke stammen bij zeventien patiënten, o.a. uit sputum, urine en wondvocht. Op twee na waren allen, toen de resistente *Pseudomonas*-stammen bij hen geïsoleerd werden, behandeld met penicillines, meestal carbenicilline of ampicilline. Bij sommige patiënten waren de geïsoleerde microorganismen van meet af aan zeer resistent tegen carbenicilline; bij anderen bleek de resistentie zich in de loop van de behandeling te ontwikkelen. Soms betrof het hier een nieuw, nog niet eerder bij de desbetreffende patiënt geïsoleerd type, doch soms ook hetzelfde.

Wanneer voor carbenicilline gevoelige stammen in aanvankelijk zeer lage, doch daarna toenemende carbenicilline-concentraties gekweekt werden bleken ze zeer resistent te worden.

De schrijvers veronderstellen dat het in vivo ontstaan van carbenicilline-resistentie het gevolg is van een té lage dosis, dan wel berust op toenemende overheersing van een van meet af aan resistent type. Voor het ontstaan van resistentie tegen carbenicilline tijdens toediening van ampicilline hebben zij geen verklaring kunnen vinden.

Zij menen dat infecties met *Pseudomonas aeruginosa* alléén behandeld moeten worden wanneer ze een werkelijke bedreiging vormen (bv. sepsis), en wanneer dan ook ter plaatse van de infectie een voldoende concentratie van carbenicilline bereikt kan worden. Hiervoor moet in het algemeen 20 tot 30 g per dag worden ingespoten (bij urineweginfecties kan men meestal met minder volstaan); zelfs wanneer deze hoeveelheid gecombineerd wordt met probenecidum (Benemid), worden aan het oppervlak van huid en bronchi nog onvoldoende concentraties bereikt. Wellicht, zo besluiten zij, kan de combinatie van carbenicilline met gentamycine eveneens het ontstaan van resistentie verhinderen.

*Literatuur:* BELL, S. M. en D. D. SMITH (1969) Resistance of *Pseudomonas aeruginosa* to carbenicillin. *Lancet* **I**, 753. — DARRELL, J. H. en P. M. WATERWORTH (1969) Carbenicillin resistance in *Pseudomonas aeruginosa* from clinical material. *Brit. med. J.* **III**, 141. — Referaat (1967) Carbenicilline, een nieuwe penicilline, vooral werkzaam tegen *Pseudomonas pyocyanea*. *Ned. T. Geneesk.* **111**, 2033.

J. GEERLING

## INGEZONDEN

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

### DE ANAMNESE VAN CORONARIAZIEKTEN

Het doet een praktizerend arts vreemd aan in de overigens voortreffelijke klinische les van Prof. MEIJLER (1969) bij een duidelijk progressief coronariaalijden knobbeltjes boven de gewrichten van de middenhandsbeentjes en langs de Achillespezen zonder meer als tubereuze plaques geduid te zien.

In eerste instantie zou hier aan een auto-immuunziekte gedacht moeten worden. Bovendien blijken de knobbeltjes ook gesignaleerd te zijn bij de vader van de besproken patiënt. Deze man overleed op 52-jarige leeftijd.

Uit de gepubliceerde gegevens blijkt niet dat uitgebreid in deze richting is gezocht.

*Literatuur:* MEIJLER, F. L. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1881.

Pey-Echt, 27 oktober 1969

P. N. EDIXHOVEN

### ABORTUS PROVOCATUS

Mijn eerste bijdrage in 1969 als (sociaal) geneeskundig medewerker aan het Wegener Couranten Concern betrof de abortus provocatus. De hoofdredactie meende, dat het niet de taak was van Veluwe-kranten zoals de *Nieuwe Apeldoornse Courant* om bij dit soort onderwerpen voorop te lopen, en weigerde het artikel. Op 12 juli, een half jaar later, achtte men de tijd wel rijp en publiceerde het alsnog. Zulks om aan te tonen, hoe snel de ontwikkeling gaat in de huidige tijd en om duidelijk te maken, dat hier geen sprake is van primair reageren op het „ingezonden” van collega VERHAGE (1969). Overigens heeft VERHAGE natuurlijk recht op zijn mening, maar ik meen, dat deze mening, als zijnde te ongenueanceerd, in deze tijd niet meer houdbaar is. Wel levert deze wit-zwart mening de bezitter een gemak op: hij onttrekt er zich mee aan alle twijfel, die eventueel bij hem op zou kunnen komen, want de beslissing is er immers al. En toch . . . als men leest, dat de Amerikaanse schatting over abortus provocatus criminalis in de Verenigde Staten 1:1 beloopt, dus 1 criminele abortus op één normale geboorte, als VAN EMDE BOAS uit 1946 meldt dat 80 vrouwen 238 zwangerschappen doormaakten, dat van deze zwangerschappen 116 gewent waren, dat daarvan zegge en schrijve vier in abortus eindigden, maar dat van de 122 overige, ongewenste, graviditeiten er 64 in abortus eindigden, dan spreekt dit boekdelen. De arts heeft dan m.i. de plicht, er aan mee te werken, dat het aantal criminele abortus vermindert. Natuurlijk moet dit in de eerste plaats door middel van voorlichting, maar zelfs de beste voorlichting zal niet elke ongewenste zwangerschap voorkómen. Achten wij, medici, het echter onze taak, de gezondheidszorg tot het hoogst mogelijke peil te brengen, dan is het ook onze taak, onbevoegde uitoefening van de geneeskunde te bestrijden en zeker in die gevallen, waar dit rechtstreeks levensgevaar voor de betrokkenen mee kan brengen. Omgekeerd zal men er dan de meest deskundige mee moeten belasten, de gynaecoloog(!) al dan niet in commissie, maar met een onder eigen verantwoordelijkheid genomen beslissing.

*Literatuur:* VERHAGE, J. C. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1747.

Nieuw Milligen, 5 oktober 1969

M. B. BLOCH