

VERNAUWT DE N. SYMPATHICUS DE KRANSSLAGADEREN?

Ik ben prof. SUERMONDT en dr. SIKEMEIER ten zeerste dankbaar voor hun antwoorden op mijn vraag, of de N. symphaticus de slagaderen van het hart vernauwt. Daaruit is wel duidelijk gebleken, dat hieromtrent een volkomen tegenstelling bestaat tusschen de Fransche en de Duitsche onderzoekers. Ik acht mij niet bevoegd tot critische beoordeeling van de verschillende proeven, waarop de betrokken partijen hun meening gronden; ik zou alleen willen vragen, of LERICHE c.s. ook ontkennen een verwijdenden invloed van de sympathicusstof adrenaline op de kransslagaderen van het hart en willen opmerken, dat in het bekende boek van STARLING: *Principles of human Physiology* (6e uitgave, 1933, dus een jaarna LERICHE's bekendmaking van zijn onderzoekingen) de Duitsche zienswijze geheel wordt aangehangen.

In hoever dit aangezien mag worden als vertegenwoordiger in dezen van de Angel-Saksische physiologenwereld, is mij echter niet bekend en evenmin in hoe ver LERICHE c.s. nog beschouwd kunnen worden als de uitzondering op den algemeenen regel. Maar hoe dit ook zij, voor mij blijft nog steeds de volgende bedenking bestaan. Vermeerderde lichamelijke of andere arbeid gaat gepaard met versterkte hartwerking door middel van sympathicusprikkeling. Ook het hart zelf heeft hiervoor noodig ruimere doorstroming met O₂ enz. bevattend bloed. Deze wordt verkregen door een adaequate verwijding van de kransslagaderen. En schijnt het dan wel waarschijnlijk, en het doelmatigst voor zoo'n adaequaten bloedtoevoer, dat in dien N. sympathicus de vasoconstrictoren voor die slagaderen gelegen zouden zijn?

Collega SIKEMEIER gaat aan het eind van zijn uitvoerige uiteenzetting van het physiologische gebied over op dat van de pathologie en de therapie. Als blijk van belangstelling moge ook ik met een enkele opmerking overstappen. M.i. wijst hij er terecht op, dat bij de betrokken patiënten niet veel meer te wachten is dan vaatverwijding na doorsnijding van de „vasoconstrictoren”, omdat in deze gevallen de hartslagaderen daartoe wel niet meer voldoende in staat zijn door arteriosclerose en andere degeneratieve processen en dat dus hoofddoel van de operatie moet zijn de bestrijding van de pijn. Intusschen is ook hier bezinning noodig. Want hoe onaangenaam ook voor de betrokkenen, de pijn heeft ook haar bedoeling in de schepping. In zijn zoo echt practische clinische les over: *Angina pectoris* (*Ned. Tijdschrift v. Geneesk.* van 7 Juni 1930), die ik dezer dagen weer eens met genoegen las, zegt prof. HIJMANS VAN DEN BERGH, dat men de pijn bij angina pectoris kan beschouwen als een sein, dat den patiënt terughoudt van arbeid, waartoe zijn hart wegens onvoldoenden bloedtoevoer niet in staat is. Het moet gevaarlijk zijn, zelfs indien het zou gelukken, dit pijnsignaal uit te schakelen. Hij laat hier echter terstond op volgen aan het eind van zijn les:

„Onnoodig te zeggen, dat met zulk een theoretische beschouwing het laatste woord over deze therapie geenszins is gesproken. Het vraagstuk is in studie. Wie aan deze onderzoekingen geen zelfstandig aandeel neemt, zal moeten afwachten, wat de toekomst brengen zal”. Mij dunkt, men proeft in deze beschouwing het bezonken oordeel van den zoo ervaren clinicus. Laten wij met hem hopen, dat deze toekomst op dit gebied nog veel goeds in haar schoot moge bergen. Uit dit alles blijkt echter wel, en men voelt het ook wel aan uit het stukje van collega SIKEMEIER, voor welk een eigenaardige verantwoordelijkheid de heelkundige, ook al wordt hij daarbij gesteund door een ervaren internist, komt te staan, aan wiens hoofd, hart en hand wordt toevertrouwd het ingrijpen in het zoo samengestelde spel der krachten, die onze hartwerking voortdurend beheerschen.

Zeist, 22 November 1937.

C. VAN GELDER,
rustend arts.

Als physioloog blijf ik voorloopig nog de opvatting aanhangen, dat de thoracaal autonome innervatie op de kransslagaderen verwijdend werkt en de N. vagus vernauwend.

Amsterdam, 23 November 1937.

G. VAN RIJNBEEK.