

INGEZONDEN.

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.

LICHTGEVENDE VERF ALS NOODVERLICHTING IN ZIEKENHUIZEN BIJ „VERDUISTERINGEN”.

Mij werd de gelegenheid gegeven de producten der fabriek „Spaarstroom” te Kapelle (Zuid Beveland) te bezichtigen en te beproeven. Genoemde fabriek maakt lichtgevende verf, die na activeering ongeveer 5 uur blijft nalichten. Ze verspreidt dan een vaalgroen licht, en een plaat ter grootte van 1 M² is voldoende om in een zeer groot vertrek een schemering te verwekken, die toelaat zich veilig te bewegen en de voorwerpen voldoende te onderscheiden. Van buitenaf is er alleen als men den neus tegen een ruit drukt „iets” van te zien.

Activeering geschiedt door dag- en electricch licht, maar zeer snel door een PHILIPS ultravioletlamp (Philoria), die zelf bijna geen licht uitstraalt. Aangezien genoemde verf vrij duur is (f 30.— per M²) bespoot de fabriek op mijn verzoek wit lint ermee, zoodat dit dertig cent de meter kost. In een donker vertrek heb ik me toen kunnen overtuigen, dat gespannen met punaises: deurlijsten, stoelen, schakelaars en zoo voort, goed zijn te markeeren. Ieder kan dit volgens eigen phantasie uitbreiden (trapeuning, drempels).

Moet de verduistering zoo snel geschieden, dat van gewoon licht geen gebruik meer mag worden gemaakt, dan kan dit met genoemde lamp in eenige seconden gebeuren. Faalt het electricche licht dan gaat het ook met een zaklantaarn. Met twintig meter lint doet men in een kamer al heel wat.

De verf kan op alle stoffen worden aangebracht en houdt volgens mededeeling, 8 jaar zijn kracht. „Als het ernst wordt” kan dit misschien bijdragen het werken in verduisterde ziekenhuizen te vergemakkelijken.

Goes, 29 April 1939.

J. F. O. HUESE.

DE BEHANDELING VAN HET ULCUS PEPTICUM DOOR DEN HUISARTS.

In het *Tijdschrift* van 8 April l.l. verscheen in de rubriek „Therapie” een bijdrage van collega J. P. VOÛTE onder bovengenoemden titel. Terwijl we zijn conclusie, dat door vroegere diagnose en snellere voldoende behandeling, de resultaten der interne therapie nog aanmerkelijk beter zouden kunnen worden, geheel onderschrijven, meenen we, *ter vermindering van misverstanden*, met klem te moeten opkomen tegen zijn conclusie aangaande de waarde der chirurgische behandeling (die hij onbevredigend noemt).

Allereerst betreft dit de door hem geciteerde gegevens over de *genezingskansen na resectie*. Het is bekend dat tegenwoordig de meeste chirurgische klinieken de resectie als „*méthode de choix*” bij het ulcuslijden prefereeren boven de gastro-enterostomie, vooral op grond van het veel grooter percentage blijvende genezingen.

Uit het proefschrift van EEF TINCK SCHATTEKERK citeert VOÛTE, dat na een gastro-enterostomie 53—65 pCt. geen klachten meer had (afhankelijk o.a. van de localisatie van het ulcus) en na een resectie slechts 42—64 pCt. Op het eerste gezicht lijkt dit vreemd, doch het wordt begrijpelijk als men nagaat wat EEF TINCK SCHATTEKERK (bldz. 44) over de interpretatie zijner getallen zegt, namelijk: „In onze kliniek werd tot enkele jaren geleden resectie nagenoeg alleen uitgevoerd bij patiënten, die één of meerdere malen waren geopereerd of een zoo groot en diep ulcus hadden, dat palliatieve therapie te gevaarlijk werd geacht. *Vanzelfsprekend waren de meeste resecties dus gecompliceerde en moeilijke operaties die extra gevaren met zich brachten*”. Hieruit is duidelijk dat men de gegevens uit een kliniek die een zoodanig standpunt inneemt, niet als norm mag aanvaarden bij de beoordeeling der resectie-resultaten.

Persoonlijk heb ik een vijftigtal patiënten kunnen onderzoeken, die van 1923—

1925 door SCHOEMAKER waren geopereerd volgens zijn resectiemethode; (dit onderzoek werd verricht in 1938, dus tenminste 13 jaar na de operatie): ruim 75 pCt. was volkomen vrij van klachten.

MICHAËL onderzocht een reeks van 50 patiënten, behandeld volgens het BILLROTH II-principe, na 5 jaar: bij 46 pCt. was het succes volkomen, bij 24 pCt. was het resultaat goed, 14 pCt. had nog lichte klachten, maar was wel verbeterd; bij de overblijvende patiënten was het resultaat onbevredigend.

Een tweede en analogo bezwaar geldt de *mortaliteit na resectie*, door VOÛTE aangehaald, namelijk 16.8 pCt. De tovenaangehaalde opmerking van SCHATTEKERK demonstreert dit overduidelijk.

De mortaliteit na *ulcus*resecties in de kliniek van SCHOEMAKER van 1930—1937, bedroeg 5.7 pCt.; MICHAËL had bij zijn serie van 50 gevallen een sterfte van slechts 4 pCt.

Daar volgens VOÛTE ongeveer 80 pCt. der intern behandelde zweren niet geneest en volgens onze en vele andere gegevens van de ernstigste ulcera (immers juist deze komen bij den chirurg) door operatieve therapie tegen de 80 pCt. geneest of veel verbeterd, is het o.i. onjuist om te zeggen, dat de uitkomsten der chirurgische behandeling onbevredigend geacht moeten worden.

's-Gravenhage, 1 Mei 1939.

J. TEN KATE,
chef de clinique Chir.
Afd. Ziekenhuis Zuidwal.

WAT HEBBEN WIJ AAN ERMETRINE?

Op de vragen van collega BRUINSMA zou ik het volgende willen antwoorden. Ermetrine is een zeer goed middel om bloedingen uit de baarmoeder, die ontstaan na de geboorte van de placenta en die veroorzaakt worden door onvoldoende contractie der baarmoeder, snel en afdoende te stelpen (dus *niet* alle bloedingen, bij voorbeeld niet bloedingen door cervixscheuren, scheuren in het onderste uterussegment of ruptura perinaei. Hiervoor is het beter hechtingen en sangostop intramusculair te gebruiken.

Nu de twee andere vragen:

A. In welke periodes van den partus mogen wij ermetrine gebruiken?

- 1e. Bij patiënten, die men niet kent: terstond na de geboorte van de placenta.
- 2e. Bij patiënten, die men kent en die niet voor secule-extract of voor ermetrine overgevoelig zijn: terstond na de geboorte van het kind.

Voor de andere periodes van den partus geve men liever oleum ricini, kinine of thymophysine-injecties (over de tabletjes van 33 γ ermetrine, die Orgachemia mij voor voorzichtig proeven afstond, heb ik nog geen ervaring).

B. Welke doses moeten wij toepassen, hoe moeten wij deze toedienen en met welke tusschenpoozen?

1e. Na de geboorte der placenta kan men gerust volstaan met een intramusculaire injectie van 0,250 mG. Is de nood hoog, dan een intraveneuse injectie van 0.125 mG, na een half uur 1 tablet van 0.250 mG. Verder om de vier uur een tablet.

2e. Vóór de geboorte der placenta, terstond na de geboorte van het kind, geeft men een intramusculaire inspuiting van 0.125 mG. (dus de „intraveneuse dosis”).

3°. Vóór de geboorte van het kind zou ik zeer voorzichtig willen zijn en ten hoogste per os 1 tablet van 33 γ willen geven.

Mijn ervaringen zijn tot dusverre zoo, dat ik mij van toedienen voor de geboorte van de placenta in welken vorm ook heb onthouden. Verder, dat toediening van een intramusculaire inspuiting terstond na de geboorte van het kind nooit enig nadeel heeft veroorzaakt bij het doen geboren worden van de placenta en dat ermetrine-injecties of tabletten na de geboorte der placenta nooit eenige stoornis hebben gegeven bij gezonde vrouwen.

Murmerwoude, 27 April 1939.

H. TH. BOERSMA.