

van laagzittende uretersteen met een door hem ontworpen „Schlingenkatheter”. Aan een referaat over dit onderwerp in het *Tijdschrift*, bleek toen geen behoefte te bestaan.

In een overzicht uit de Utrechtsche clinic wordt nu (*N.T.v.G.*, 88, 27/28) als belangrijke noviteit (want verder geeft het artikel geen nieuwe gezichtspunten) deze „Schlingenkatheter” van ZEISS in combinatie met de „Giongo-Steinlöser” vermeld.

Het aantal door collega VAN DER VUURST DE VRIES hiermee behandelde zieken is echter zoo klein (bij 3 gelukt, bij 2 mislukt en bij 1 twijfelachtig), dat eenig enthousiasme voor deze nieuwe methode hieruit niet te putten is. Zijn opmerking, dat „slechts bij uitzondering voor de laaggelegen uretersteen operatieve hulp noodig zal zijn” lijkt dan ook geheel uit de lucht gegrepen. De bedoeling van den schrijver zal toch wel geweest zijn genoemde methode bij huisartsen en specialisten meer bekendheid te doen krijgen. Dat het hem, met zijn kleine materiaal (140 gevallen in 32 jaar) niet mogelijk is de gegevens van ZEISS en anderen te bevestigen is duidelijk. Nadere gegevens (cijfers) uit het werk van ZEISS en enkele navolgers zouden dus niet overbodig zijn geweest om de waarheid van deze opmerking te staven en de waardeering voor het werk van ZEISS te verhoogen.

De belangrijkste gegevens van ZEISS laat ik hier daarom volgen: Bij 255 uretersteen werd 19 × direct geopereerd; blijven over 236. Hiervan werden na een drinkkuur en zoo voort 30 (= 12.7 pCt.) uitgedreven, terwijl 127 met den luscatheter werden verwijderd; dit is dus in totaal „conservatief” 157 (= 66.5 pCt.) tegenover voordien ± 19 pCt. Dit verschil geeft het succes van den luscatheter. Van de met den catheter te passeeren steenen werden 79.8 pCt geëxtraheerd en wel op 23 hoogzittende 8 en op 136 laagzittende steenen 119 (dus 34.8 pCt., respectievelijk 87.5 pCt.)

Laaggelegen steenen geven dus dé indicatie voor den luscatheter, temeer daar aan de extractie van hoogzittende steenen groot gevaar (afscheuren van den ureter van de nier) is verbonden.

Na 2 zittingen had ZEISS reeds bij 70 pCt. der geëxtraheerde steenen succes. De techniek met verschillende luscatheters bij in vorm en grootte wisselende steenen wordt door hem uitvoerig beschreven. Op een photo geeft hij alle geëxtraheerde steenen in natuurlijke grootte, waaruit duidelijk blijkt, dat lang niet alle misschien wel spontaan afgegaan zouden zijn. De methode vereischt van den „operator” zeer veel geduld, tijd, nauwgezetheid en oefening. Dit wordt echter ruimschoots beloond door de goede resultaten, waardoor aan vele patiënten verschillende colieken en soms een groote operatie bespaard worden.

Nadeelen zag ZEISS niet. Navolgers zijn alle zeer enthousiast; wel beschrijft BUSCH enkele gevallen met verwikkelingen (stenose en infectie), doch ook volgens hem wegen de groote voordeelen op tegen de geringe bezwaren.

LITERATUUR

ZEISS, *Z. f. Urol.* 1937, 31, Afl. 10; *Z. f. Urol.*, 1937, 31, Afl. 4; *Z. f. Urol.*, 1939, 33, Afl. 3. (zeer uitvoerig overzicht); *Zentr. f. Chir.*, 1940, No. 41 (reeds 200 gevallen).

DEGE, *Z. f. Urol.*, 1939, 33, Afl. 7.

PIERACH, *Med. Klinik*, 1940, No. 11.

FUNFACK, *Z. f. Urol.*, 1940, 34, Afl. 5 (over den Giongo-Steinlöser).

BOEMINGHAUS, *der Chirurg*, 1940, bldz. 309 en *Med. Welt*, 1940, No. 12: Referaten Chirurgenkongress; „Konservatieve und chirurgische Behandlung des Harnleitersteins”, 1940, in de reeks „Die Urologie in Einzeldarstellungen”.

BUSCH (uit de clinic van BOEMINGHAUS), *Z. f. Chir.*, 30 Januari 1942, *Therapie der Gegenwart*, November 1942, bldz. 401.

Zaandam, 14 Juli 1944

J. VEEN

ZIEKTE VAN HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN?

De pigmentaties bij de ziekte van ALBRIGHT behoeven in het geheel niet slechts aan één zijde voor te komen. De exophthalmus (aan één zijde) maakt ostitis fibrosa disseminata niet onmogelijk; dat de botafwijkingen gegeneraliseerd zijn, pleit voor beide afwijkingen.

Verkrommingen zijn bij den patiënt van collega REISBERMAN niet te verwachten, daar deze hoofdzakelijk aan de onderste extremiteiten voorkomen en als een gevolg van de belasting bij een ostitis fibrosa zijn op te vatten. Als collega REISBERMAN de schedelphoto in een geval van lipoidgranuloon, door SNAPPER beschreven, aanhaalt, wordt slechts de

moeilijkheid verschoven. Immers de beide eerste gevallen door SNAPPER beschreven als lipoidgranuloom, hebben dezen zelf veel hoofdbrekens gekost. Beide gevallen toch toonden abnormale pigmentaties (het meisje leed bovendien aan pubertas praecox!!) zonder de typische verschijnselen van de ziekte van HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN en bij beide kon prof. DE VRIES slechts na herhaalde proefuitbeiteling schuimcellen vinden. Het is dan ook niet te verwonderen, dat er stemmen zijn opgegaan, die deze diagnose in twijfel trekken en de schuimcellen als degeneratieproduct opvatten. Collega REISBERMAN zal het tenslotte met mij eens zijn, dat de ziekte van ALBRIGHT als differentieel-diagnosticum wel in aanmerking komt en zeker eerder dan een carcinose bij een jongen van 20 jaar met normale bezinking en een ziektebeloop van 10 jaar!

Berg en Dal, 11 Juli 1944

E. M. HESLINGA

LUESBESTRIJDING

Zou het in verband met de sterke toeneming van lues niet mogelijk zijn de WASSERMANN-reactie kosteloos te laten geschieden? Men zie ook het *Tijdschrift* van 1 en 8 Juli 1944, blz. 641, over het veelvuldig voorkomen van lues latens e causa ignota.

Amersfoort, 14 Juli 1944

A. C. H. HÖWELER, *heel-, neus-en oorarts*

ERGOMETRINE BIJ DE BEVALLING

Met belangstelling heb ik het artikel van collega SCHUT gelezen, waarin hij waarschuwt tegen het ondoordacht voorschrijven van ermetrine bij den partus. Zelf deed ik soortgelijke ervaringen op, met dit verschil echter, dat ik in de twee jaren, gedurende welke ik regelmatig ermetrine compositum „Organon” voorschreef ter inleiding van den partus of ter versterking van weëën, nooit eenig nadeel voor moeder of kind heb gezien, totdat Organon, waarschijnlijk door tijdsomstandigheden genoodzaakt, het hydrochloras-ermetrine door het ermetrine-tartraat heeft moeten vervangen. Bij 9 patiënten deed ik de volgende ervaring op:

Eenmaal afsterven der vrucht. Dosis 12 dragée's in 2 dagen.

Tweemaal ernstige asphyxie. Dosis 6 dragée's.

Viermaal matige asphyxie. Dosis 3 tot 6 dragée's.

Tweemaal geen bijzonderheden. Dosis 1 tot 3 dragée's.

Het ermetrine compositum durf ik in de huidige samenstelling niet meer toe te passen.

Lisse, 11 Juli 1944

F. HAASE Jr.

ERGOMETRINE BIJ DE BEVALLING

Collega SCHUT heeft critiek geleverd op het gebruik van ergometrine bij de bevalling. Terecht waarschuwt hij tegen de ernstige gevolgen van overdoseering van dit middel gedurende de bevalling. Bij twee van zijn waarnemingen is de doseering te hoog geweest en daardoor werd het kind dood geboren. Bij het derde geval is een normale doseering toegepast, namelijk van 6 tabletten ermetrine compositum. Bij deze vrouw werden eerst thuis ergometrine-compositum-tabletten gegeven, echter zonder resultaat. Hoeveel toen gegeven werd is tot mijn spijt niet vermeld. Later (hoeveel?) werd deze vrouw in een ziekenhuis opgenomen en kreeg toen 6 tabletten ermetrine compositum, om de 1½ uur één. Hierna ontwikkelde zich een tetania uteri, waardoor het kind stierf. Het is niet duidelijk waarom deze toestand bij de eerste toediening aan huis niet is ontstaan. Was de bevalling later reeds begonnen? Men moet bij een bevalling, die reeds in gang is, voorzichtig doseeren! Is het ook mogelijk, dat bij deze vrouw verkeerde tabletten zijn gebruikt evenals SCHUT voor een andere vrouw beschrijft? Het komt voor, dat in plaats van ermetrine compositum ++ ermetrine-tabletten worden gegeven. Hierin is de hoeveelheid ermetrine aanmerkelijk hooger. Deze ermetrine tabletten kunnen uitsluitend buiten de bevalling, bij voorbeeld in het kraambed of bij menstruatiestoornissen gebruikt worden. Het zou beter zijn om den naam ermetrine compositum te wijzigen, zoodat vergissingen bij de aflevering minder gemakkelijk kunnen voorkomen.

SCHUT vermeldt verder, dat hij somtijds een verhoogde spanning van den uterus heeft waargenomen. Deze verhooging van tonus vindt men ook soms na kleine giften pituitrine