

# INGEZONDEN

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

## DE VERDRAAGBAARHEID EN DE WIJZE VAN TOEPASSING VAN CAPAINE

Aangezien ons vele vragen bereikten over het verdragen worden van bovengenoemd praeparaat, deel ik hier zeer beknopt mede wat daarover tot nu toe bekend werd. Zooals reeds werd vermeld 1) wordt het door shockpatiënten zeer goed verdragen; deze ervaring is bij een tweede reeks van 20 patiënten, die in de Chirurgische kliniek te Groningen werden behandeld, volkomen bevestigd. Daar echter de reactiviteit bij shockpatiënten veelal is gedaald, noem ik hier de ervaringen uit de Kinderkliniek van het Zuider-Ziekenhuis te Rotterdam, welke door dr. J. H. P. JONXIS, in samenwerking met prof. dr. R. BRINKMAN zijn verkregen 2). Een caseïne-hydrolysaat, zooals ook het capaine is, was oorspronkelijk toegepast voor intraveneuse eiwitvoeding (R. ELMAN 3), A. T. SHOHL 4), L. FARR 5)), met goed resultaat; er werden echter steeds onaangename bijreacties gezien. Bij het „capaine” is de enzymatische hydrolyse zoo uitgevoerd, dat er nog juist geen vrije aminozuren, doch een mengsel van polypeptiden ontstaan, dit wordt bij intraveneuse toediening goed verdragen en voor een behoorlijk gedeelte geassimileerd. Spoot JONXIS te snel en te veel in (1 g per kg per kwartier), dan konden misselijkheid, warmtegevoel, roodheid en hoofdpijn ontstaan, soms met een temperatuursverhoging tot 39°; na eenige uren waren deze verschijnselen verdwenen. Bij langzame toediening in een zout- of glyucose-infuus (tot 3 g per kg per 24 uur) deden zich nimmer reacties voor. Indien de patiëntjes eenige dagen achtereen capaine intraveneus per druppelclysma kregen, steeg zeer waarschijnlijk tengevolge van een sterke specifiek dynamische stofwisselingsverhoging, de temperatuur tot 38°.

Bij voeding per os van een zestal jonge zuigelingen met een voeding, welke 650 cal. per l bevatten, met capaine als eenige eiwitbron (overeenkomend met 2 pCt. eiwit), zoodat de kinderen stikstofvoeding overeenkomend met 2 g eiwit per kg per dag kregen, was de gewichtstoename normaal.

In een aantal gevallen werden iets oudere kinderen op analoge wijze gevoed, doch nu werd het capaine intraveneus gegeven bij een eiwitarm dieet. De stikstofbalans, die eerst negatief was, werd duidelijk positief; ongeveer 40 pCt. van de gegeven stikstofvoeding werd blijvend vastgehouden. In geen der gevallen werd uitscheiding van aminozuren of van eiwit in de urine waargenomen, evenmin als dit bij de door ons met capaine behandelde shockpatiënten het geval is.

Dr. JONXIS kreeg den indruk, dat een intraveneus druppelclysma met capaine bij acute voedingsstoornissen, en ook bij chronische voedingsstoornissen bij jonge zuigelingen met gedaalde tolerantie een goed resultaat geeft. Dit alles mag, met onze eigen ervaringen op eiwitvoedingsgebied (intraveneus) ons dus doen verwachten, dat het capaine, op de juiste wijze toegediend, goed wordt verdragen en als intraveneuse eiwitvoeding mag worden beschouwd.

Wat de wijze van toepassing van capaine bij shockpatiënten betreft, vestigen wij nog eens de aandacht op de volgende richtlijnen, die hierbij moeten worden gevolgd. Men geve het capaine als intraveneus vochtinfuus (0.9 pCt. NaCl- of 5 pCt. glyucose-oplossing), dat wil zeggen gemiddeld 100 cm<sup>3</sup> capaine op 1000 cm<sup>3</sup> vocht. Dit vocht kan vrij snel inloopen en eventueel in vrij groote hoeveelheden. De bloeddruk is hiervoor de reguleur. Noodig is dus een transfusie-apparaat. In diepe shocktoestanden kan zelfs 150 cm<sup>3</sup> capaine op 1000 cm<sup>3</sup>/uur vocht worden toegediend. In den regel gelukte het ons den gedaalden bloeddruk weer normaal te doen worden. Het spreekt echter vanzelf, dat het

1) N. T. v. G. bl. 521, 1944.

2) *Maandschrift voor Kindergeneeskunde*, ter perse.

3) *J. A. M. A.* 112, 796 1939.

4) *J. Paed.* 15, 469, 1939.

5) *J. Paed.* 16, 679, 1940.

substitutiemiddel capaine, evenals het gedroogde plasma zal falen, indien er een tekort aan erythrocyten is. Dan treedt de transfusie van bloed in haar rechten.

Bij patiënten, die nog niet in manifesten shock verkeerden, kan men om den shock te vertragen, prophylactisch met een recordspuit tot 50 cm<sup>3</sup> capaine per uur intraveneus inspuiten. Onze ervaring hierover is echter nog gering.

Groningen, 21 Augustus 1944

L. A. G. HISSINK

#### DYSPHAGIA LUSORIA VAN BAYFORD-AUTENRIETH

Het is een reeds vaak door niet röntgenologisch-physisch onderlegde onderzoekers verkondigde en even zoo vaak experimenteel weerlegde meening, dat de weefselaard van een intrathoracaal gezwel de intensiteit der schaduw op het Röntgenscherf of de -film bepaalt en van belang zou zijn voor de differentieele diagnostiek. Afgezien van tumoren, die kalk bevatten of weefselementen waarvan de absorptiegrootte hiermede overeenkomt (tandelementen in een teratoom), is de intensiteit der schaduw, behalve van de Röntgenstraling alleen afhankelijk van de dikte en dichtheid van het doorstraalde gezwel. De dichtheidsverschillen der weefsels en vloeistoffen (transsudaat, exsudaat, etter, bloed en zoo voort) zijn echter in röntgenologisch-physischen zin dermate klein, dat zij voor het scherm noch op de photo optisch waarneembare verschillen opleveren.

Mits niet kalkhoudend en dergelijke, geven dermoiden, neurinomen, teratomen en sereuse cysteuse gezwellen derhalve dezelfde schaduwintensiteiten. Dat er andere röntgenologisch aantoonbare eigenschappen kunnen zijn, waardoor genoemde afwijkingen soms onderscheiden kunnen worden, gaan wij stilzwijgend voorbij.

Een gezwel dat zoo groot is, dat het slokdarm en luchtpijp verdringt, is röntgenologisch steeds aantoonbaar en ten overvloed nog planigraphisch te localiseeren.

Een geval, analoog aan de door dr. A. G. BRANDSMA onder bovenstaanden titel gepubliceerde dextropositio aortae, is uitvoerig anatomisch beschreven door W. KRAUSE in 1868. (anatomieboek van HENLE). In de buitenlandsche Röntgenliteratuur zijn sedert 1928 hierover talloze publicaties verschenen. Ik zag in de laatste 3 jaren 4 gevallen van dextropositio aortae (2 kinderen, 2 volwassenen) van wie alleen de volwassenen niet noemenswaardige slijklachten hadden en achtte om bovengenoemde reden publicatie in ons *Tijdschrift* overbodig. Het door dr. BRANDSMA beschreven geval is een dextropositio aortae type 2 B volgens KRAUSE, of variant B volgens ZDANSKY, met *persisteerenden linker descendeerenden aortawortel*.

Een specialist-röntgenoloog stelt de diagnose voor het scherm binnen één minuut en alvorens te besluiten tot het doen van een thoracotomie moet patiënt aan een dergelijk onderzoek onderworpen worden.

A. P. ÖFNER,

röntgenoloog van de Afd. voor longziekten  
van het St. Antonius Ziekenhuis

Utrecht, 16 Augustus 1944

#### AANDOENINGEN VAN LEVER EN GEWRICHTEN

Met belangstelling las ik het ingezonden stuk van collega W. HINGST (dit *Tijdschrift*, no. 33/34 blz. 776).

Een chronische cholecystitis en galsteenlijden, waarvan hier misschien sprake is, kunnen zeer goed in verband worden gebracht met de bij denzelfden patiënt ontstane rheumaklachten. De galblaasaandoening beschouwt men hierbij als een zogenaamd focal infect. De verbetering van galblaasklachten en rheuma na gebruik van folia orthosiphonis is in dit licht gezien ook begrijpelijk.

In het door collega HINGST genoemde geval is misschien bovengenoemde factor van beteekenis en bestaat er mijns inziens geen duidelijk verband tusschen leverfunctie en gewrichtsaandoening.

Leiden, 23 Augustus 1944

J. J. DE BLÉCOURT

#### ERGOMETRINE BIJ DE BEVALLING

Reactie van huisarts en specialist onder „Ingezonden” en in correspondentie geven mij aanleiding tot de volgende opmerkingen.