

van de zouter van Penicilline. Deze bereidingen moeten in goed gesloten vaten op een donkere, droge plaats bij een temperatuur van ten hoogste 10° bewaard worden, doch niet langer dan gedurende 3 maanden.

Namens de Pharmacopée-Commissie

D. VAN OS, voorzitter

Groningen, 27 Mei 1946

POLYMYOSITIS TUBERCULOSA

Naar aanleiding van de mededeeling van de collegae P. VAN DER MEER en J. ZELDENRUST over een geval van polymyositis tuberculosa (*N. T. v. G.* 20 April 1946) een zeer korte soortgelijke bijdrage:

Patiënt A., 23 jaar, had in Mei 1941 pleuritis exsudativa dextra en werd in Juni 1941 in Oranje-Nassau's Oord opgenomen.

De pleuritis verbeterde snel met absolute bedrust (röntgenologisch werd het een dikke „Schwarte”). De bezinkingssnelheid bleef 2 jaar lang hoog (50 en 90 mm na 1 uur). Het sputum was microscopisch steeds negatief. De kweeken van sputum en maaginhoud zijn steeds wisselend positief en negatief.

April 1942: elastische zwelling in rechter musc. latissimus dorsi, die los van de huid, snel verweekt; bij punctie wordt 12 cm³ dikke groene etter geloosd; reactie van ZIEHL-NEELSEN positief; cultuur (LOEWENSTEIN) positief. Conclusie: tuberculeus spier-„absces”.

Zomer 1942: locale zwellingen in rechter musc. erector trunci, alle centraal verweekend; zij worden gepuncteerd. Sommige perforeren spontaan. Ook na de punctie ontwikkelen zich zich vullende, resp. fistelende spierabscessen in den linker musculus biceps brachii en rechter musc. quadric. femoris. Therapie: bedkuur, vitamines, locale bestraling (hoogtezon of zoo mogelijk natuurzon) en levertraanzalf.

Eind 1943: de bezinkingssnelheid is gedaald onder 40 mm. Cultures zijn nu *negatief*. De fistels scheiden nog een weinig af.

Midden 1944: ontslag, de longen zijn genezen.

In Maart 1946 bezocht patiënt ons nog eens: de algemeene toestand is zeer goed. Alle fistels zijn op één na dicht.

Daar er van bot- of lymphklierhaarden ook hier geen sprake was, stelden wij destijds eveneens de diagnose op „primaire” spiertuberculose: dus een geval van asymmetrische multiloculaire spiertuberculose (de primaire haard was in de rechter long ➤ pleuritis rechts en positieve cultuur). Röntgenphoto: links geen afwijkingen. De in 2 jaar ontstane zwellingen zijn op te vatten als haematogene uitzaaiingen van den longhaard uit. Waarom zoo zelden haematogene metastases? Praedisponerende factoren (trauma-hyperfunctie, en zoo voort) konden hier door anamnese en grillige localisatie der abscessen worden uitgesloten. Bijzondere immunologische toestand?

Cultuur of caviaproef van het bloed van deze patiënten (door ons indertijd verzuimd) kan ons wellicht iets meer leeren.

Sanatorium „Oranje-Nassau's Oord”

R. B. SPANJAARD

Renkum, 11 Mei 1946

METAALDRAAD ALS HECHTMATERIAAL

Het gebruik van sterk, dun hechtmateriaal, dat weinig reactie in het weefsel veroorzaakt, moet van groot belang worden geacht voor de chirurgie en voor het hechten van pezen in het bijzonder. In de laatste jaren hebben wij naar een methode gezocht om, zonder de pees al te zeer te beschadigen, een dunnen metalen hechtdraad door de peesuiteinden te brengen. Aanvankelijk stond ons niet het geschikte materiaal ter beschikking. Immers, het moet aan zekere mechanische eischen voldoen: vele soorten dun metaaldraad zijn stug (waardoor ze lastig te hanteeren zijn) en breken na het leggen van een knoop reeds bij geringe tractie aan den draad op den knoop.

De Amerikaansche chirurg BUNNELL, die zich geheel heeft toegelegd op de chirurgie van de hand 1), gebruikt op groote schaal het „18-8 molybdeen stainless steelwire” als

1) *Surgery of the hand*, 1945.

hechtmateriaal en in het bijzonder voor het hechten van pezen. Het is een legering met 18 pCt. chroom, 8 pCt. nikkel en 2 pCt. molybdeen.

Alhoewel GAILLARD en SMOOK het chroomnikkelstaal schadelijker voor het weefsel bevonden dan het V2A-staal, wordt het in Amerika met veel succes gebruikt. In het begin van dit jaar stuurde dr. BUNNELL mij een monster van het 18-8 molybdeen roestvrij staaldraad. De metaaldraad blijkt buitengewoon soepel te zijn en heeft, ook na knopen, een groote trekvastheid, terwijl de gevormde knopen zeer klein zijn. Steeds wanneer groote stevigheid van een hechting wordt geëischt, kan dit materiaal in de chirurgie zeer bruikbaar worden geacht. Wij lieten een spoelhouder maken, waardoor het afwikkelen van den draad tijdens de operatie gemakkelijk gaat.

Daar deze metaaldraad in ons land niet verkrijgbaar is, heb ik een Zweedsche staalfirma bereid bevonden het te leveren en wel in een dikte van 0.17 mm (17 pCt. Cr, 9 pCt. Ni en 1.45 pCt. Mo). Voorts is een legering met 18 pCt. chroom en 8.7 pCt. nikkel verkrijgbaar in een dikte van 0.15 mm. Ter vereenvoudiging (deviezen, invoervergunning) wil ik voor de chirurgen, die er prijs op stellen dit materiaal in hun bezit te krijgen, gezamenlijk een bestelling doen; men kan de gewenschte hoeveelheid en dikte van den draad aan mij opgeven.

De prijs is niet nauwkeurig bekend, doch zij zal niet meer bedragen dan f 1.50 per 100 m.

G. L. CRIETEE,

*Chef der chirurgische kliniek
Afd. Gem. Ziekenhuizen*

's-Gravenhage, April 1946

SPONTANE CAVERNESLUITING

In zijn artikel over spontane cavernesluiting bij longtuberculose (*N. T. v. G.* 27 April 1946) wijst collega c. DE LANGEN terecht op de gunstige vooruitzichten hiervan.

Wij kennen allen gevallen van genezen caverneuse longtuberculose, waarbij pneumothoraxbehandeling onmogelijk bleek en waar dus de caverne zich spontaan moet hebben gesloten. Men zal hiervan, bij het ontstellend groote percentage pleuritislijders met positief sputum onder de uit Duitschland gerepatrieerden, bij wie een pneumothorax hoogst zelden gelukt, een dankbaar gebruik moeten maken. Toch is een enkel waarschuwend woord op zijn plaats tegen een te groot vertrouwen in de spontane cavernegenezing, die ik bovendien onderscheid van de spontane cavernesluiting.

Waar pneumothorax uitgesloten is en grootere chirurgische ingrepen voorsnog ongewenscht zijn, bepale men zich tot een conservatieve therapie, vertrouwend op spontane cavernesluiting, doch mobiliseere den patiënt pas $\frac{1}{2}$ jaar, nadat deze negatief sputum heeft gekregen en gehouden, en twee opeenvolgende cultures ook negatief zijn. Zoo ontstaat de beste kans op definitieve cavernegenezing.

Bij röntgenologisch duidelijke caverne en positief sputum is mijns inziens een pneumothoraxbehandeling (indien mogelijk) *altijd* te verkiezen boven conservatieve therapie. Eén treffend voorbeeld uit de practijk: Patiënt X., oud 39 jaar, wordt November 1945 opgenomen. Röntgenologisch is er een duidelijke ringfiguur rechts boven. Sputum microscopisch positief. December röntgenologisch nog een dunwandige ringfiguur; het sputum is echter bij herhaling negatief. Behandeling: conservatief. Cultures sputum en nuchtere maaginhoud negatief. Röntgenologisch: rechts boven: ring eerst wazig, tenslotte verdwenen. Conclusie: spontane cavernegenezing. Maart 1946: alle factoren zijn gunstig; dus wordt patiënt gemobiliseerd. Wegens ziekte van patiënts moeder mag hij eind Maart een dag naar huis. Bij terugkomst is het sputum microscopisch positief; röntgenologisch rechts boven ringfiguur.

Conclusie: Opnieuw ontstaan van een caverne, doordat de „cavernegenezing” nog pas een cavernesluiting was geweest.

Bij dezen patiënt was een vroegtijdige pneumothorax rechts beter geweest. Een te groot vertrouwen op de spontane caverne-„genezing” kan leiden tot teleurstelling en tot verlies van veel kostbaren tijd.

Sanatorium „Oranje-Nassau's Oord”

R. B. SPANJAARD

Renkum, 11 Mei 1946