

1. Men hoeft geen primaire slechte hartwerking aan te nemen.
2. De lage bloeddruk van de patiënten bevestigt, dat het indikkingsmechanisme van het bloed bij deze patiënten werkzaam was.
3. Het feit van het juist bij een baring (en wel bij een moeilijke, dikwijls met narcose eindigende baring) ontstaan van dit longoedeem, wordt aldus verklaard.
4. Men kan met genoemde zienswijze het juist bij mitralisstenose ontstaan van longoedeem verklaren, immers ook hier zou de physiologische neiging tot oedeemvorming na een zwaren partus tot localisatie in de longen kunnen leiden, door de bij deze afwijking toch reeds hogere druk in de longcirculatie dan normaal.

Amsterdam, 21 Augustus 1947

A. S. NOACH, *Semi-arts*

OVER DE BEHANDELING VAN HET NAGEBOORTETIJDPERK

Het artikel van prof. HOLMER zal menigeen hebben verrast. Wanneer men een leering van prof. KOUWER hoort verkondigen, dat de nageboorte drie minuten na de geboorte van het kind actief te voorschijn moet worden gebracht, is men benieuwd de drijfveer te vernemen tot deze afwijkende behandeling. Deze drijfveer is vrees voor bloedverlies. Tijdens den partus zou het bloed in korte tijd zo indikken, dat bij een bloeding bedenkelijk veel bloedkleurstof verloren zou gaan. Vandaar de activiteit.

Nog onlangs (*Proc. of the Royal Society*, 1946) betoogde THEOBALD het tegendeel „it is evident that the hydraemic state lessens the number of red blood corpuscles lost during delivery etc.” Het zou te veel ruimte vereisen op de theoretische beschouwingen van prof. HOLMER in te gaan; ik wil alleen opmerken, dat niet velen op het idee zouden komen, bij de zwangere een uitgeputte bijnierschors aan te nemen, die te weinig cortine zou secretieren; de bijnierschors controleert onder andere de Na-huishouding; circuleert er te weinig cortine, dan verliest het lichaam Na en vocht, zoals bij een patiënt met M. ADDISONI.

Een zwangere onderscheidt zich juist van een niet zwangere door haar vermogen om meer Na en water in de weefsels vast te houden. Men zou dus niet aan een tekort doch eer aan een teveel aan cortine moeten denken, dus hyperfunctie der bijnierschors.

In Amerika is er een uitgebreide literatuur ontstaan over de vraag, of de geslachtshormonen (door de placenta gemaakt) in de zwangerschap een zelfde werking zouden kunnen ontwikkelen als cortine, waarop vooral progesteron zo zeer gelijkt in chemisch opzicht, met andere woorden of de Na- en waterretentie door de geslachtshormonen kan zijn veroorzaakt. Hier is veel voor en ook wel wat tegen; de zaak is onbeslist.

Doch zelfs wanneer de geslachtshormonen de Na- en waterretentie zouden veroorzaken, zal de bijnierschors daarbij wel betekenis kunnen hebben. De gewichtstoename, de cholesterolphoping, het microscopische beeld (mitoses) wijzen op hyperfunctie. In ieder geval zal een bijnierschorspraeparaat, zo het werkelijk werkzaam is, de Na- en waterretentie vergroten, reden waarom de prophylactische toediening tijdens den partus, van een dezer dure praeparaten moet worden afgekeurd.

Na lezing van het stuk van prof. HOLMER geloof ik, dat de behandeling van het nageboortetijdperk, zoals de ouderen die aangaven (TREUB liet ongeveer een half uur afwachten, KOUWER drie kwartier) de voorkeur verdient. Persoonlijk heb ik nooit spijt gehad zo te hebben gehandeld en heb behalve een enkel abnormaal geval nooit bedenkelijke bloedingen waargenomen, terwijl het kraambed bij conservatief handelen gunstig verloopt (geen stinkende doekjes, geen koorts). Van een handelwijze zoals prof. HOLMER voorschrijft, zag ik een enkele keer het resultaat, reden waarom ik hoop, dat deze methode geen gemeengoed zal worden.

Amsterdam, 22 Augustus 1947

R. SCHUURMANS

OVER DE BEHANDELING VAN HET NAGEBOORTETIJDPERK

In het *N. T. v. G.* van 16 Augustus 1947 vestigt prof. HOLMER weer eens onze

aandacht op de ernst der „nabloeding”. Elke medicus met verloskundige practijk heeft hierover wel de onaangenaamste ervaringen.

Van het beste middel, waarover we beschikken om de baarmoeder tot contractie te brengen, ermetrine, zegt prof. HOLMER alleen, dat het verboden is het toe te passen vóór de geboorte van de placenta.

BOERSMA vestigde in het N. T. v. G. van 12 Juni 1937 onze aandacht op dit praeparaat. Hij spoot het, in navolging van RUNGE, onmiddellijk in na de geboorte van het kind.

Sedert vele jaren heb ik dit voorbeeld gevolgd. Als de uitdrijving begint leg ik het spuitje met ermetrine gereed, en zodra het kind geboren is, en ik mij overtuigd heb, dat er geen tweede vrucht in den uterus is, geef ik de vrouw de intramusculaire inspuiting. Terstond inspuiten is van belang. Spuit men wat later in, zoals ik in het begin deed (na het verzorgen van de navelstreng), dan is het bloedverlies duidelijk groter dan bij de onmiddellijke inspuiting.

Mijn resultaten met deze methode zijn precies hetzelfde als beschreven door BOERSMA.

1. Veel snellere en gemakkelijker geboorte van de placenta. Manueel heb ik geen nageboorte meer behoeven te verwijderen.

2. Het bloedverlies is steeds veel geringer dan vroeger, vaak vrijwel nihil.

3. *Ernstige nabloedingen heb ik niet meer gezien.*

Evenmin als BOERSMA zag ik onaangename gevolgen van deze wijze van toediening van het praeparaat. Ik beschouw ermetrine als een van de allergrootste aanwinsten in ons therapeutisch arsenaal, en stel het op één lijn met insuline, de lever- en schimmelpraeparaten.

Het is gewenst, dat collegae, die ermetrine op de bovenbeschreven wijze toepassen hun resultaten mededelen. Wij weten dan spoedig of deze methode ook gevaren meebrengt.

Wageningen, 20 Augustus 1947

C. P. BURGER

DE WET VAN HET ASEPTISCHE WONDVERLOOP

Het verheugt mij, dat collega DE GROOD de wet van het aseptische wondverloop als juist erkent. Ik heb deze nooit voor oorlogsgewonden geformuleerd, maar voor ongevalswonden. De oorlogschirurgie is een afzonderlijk hoofdstuk. Wie X-photo's van splinterbomverwondingen gezien heeft en dan aan een combinatie denkt van deze met bacteriologische oorlogvoering, weet dat hier geen redden aan is.

Maar dit wil niet zeggen, dat van de oorlogsgewonden niet veel meer gered zouden kunnen worden bij behandeling met strenge antisepsis. Na granaatsplinterextractie is de antiseptische wondbehandeling een redding voor tallozen geweest, terwijl degenen die hierbij deze behandeling verwaarloosden, met amputaties, gewrichtsettering, functieverlies en zo voort geconfronteerd werden.

Wat bijtverwondingen aangaat daarvoor behoeft men niet zo bang te zijn, als men maar extra voorzorgen neemt, dat is steeds herhaalde reiniging en meermalen herhaalde jodiumtinctuurovergieting na de excisie. Herhaaldelijk heb ik paarde- en hondebeten gehecht, eventueel over een jodoformgaasslip. Zeker zijn er bij bijtverwondingen meer bacteriën dan bij industriële verwondingen, maar als men bedenkt in hoe korte tijd 5 pCt. jodiumtinctuur, vaste, 24—48 uur oude *cultures* doodt (enkele minuten), dan hoeft men niet bevreesd te zijn.

Het treft, dat de in mijn stuk genoemde open schedelfractuur een straatverwonding was. De zeer grove en onregelmatige wond van de linker wenkbrauw was door botsing met een uitstekend deel van een auto (dus waarschijnlijk niet steriel) ontstaan. De getroffene werd op de straat gesmakt en liep daarbij nog een grote wond aan het achterhoofd op. De schedelwond werd na excisie, verwijdering van vele beensplinters en volgieten met tinctura jodii over een jodoformgaasslip, die na 4 dagen verwijderd werd, gehecht. De achterhoofdwond werd geheel gesloten. Alles per primam genezen. Als extra voorzorg antitetanusserum en 3 dagen penicilline.