

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.

Het gaat bij kneusverwondingen riet zo zeer om de verwijdering van ieder hoekje necrotisch weefsel, dat trouwens niet zo terstond gediagnosticeerd kan worden, maar wel om het na reiniging volgielen van ieder hoekje en gaatje met 5 pCt. tinctura jodii.

Open wondbehandeling bij onvoldoende antisepsis is nooit een waarborg tegen anaërobe infecties; gesloten wondbehandeling bij *intensieve* antisepsis nagenoeg altijd.

Laag-Keppel (Kerkrade), 20 Augustus 1947

B. A. G. VERAART

EMBOLIE VAN DE ARTERIA BRACHIALIS.

Dat bij een lege artis uitgevoerde anaesthesie van den plexus brachialis ook de adventitia van de art. subclavia geïnfiltréerd zal worden, komt mij onwaarschijnlijk voor, daar men dan moet aannemen, dat het naburig gelegen ganglion stellatum eveneens anaesthetisch zal worden, hetgeen bij mijn patiënte beslist niet het geval was.

Hoewel men met een spontane verplaatsing van een kleinen embolus rekening moet houden en ook het bestaan van een spasmus der arteria brachialis een mogelijkheid biedt, is het mijns inziens toch niet verantwoord de door mij aangegeven en ongevaarlijke ingreep achterwege te laten.

Mijn behandelingsschema had ik kunnen uitbreiden met de mij uit de Angelsaksische en andere literatuur bekende methodes, welke ik echter niet alle verantwoord vond om bij patiënten toe te passen.

Gaarne had ik mijn methode aan een groep patiënten getoetst, maar een embolie van een arteria brachialis is nu eenmaal zeldzaam.

Desondanks meende ik in het belang van patiënten met een deigelijke afwijking te handelen, door op deze ongevaarlijke en succesvolle methode te wijzen.

Maastricht, 20 Augustus 1947

A. G. BRANDSMA

DE BLOEDTRANSFUSIEDIENSTEN IN HET BUITENLAND NA DE TWEEDE WERELDOORLOG

Op bladzijde 2222 in het *N. T. v. G.* van 9 Augustus 1947 bespreekt collega HOEKSTRA in zijn belangwekkend feuilleton over bloedtransfusiediensten de moeilijkheden waarvoor, onder andere in Nederland, de transfusiediensten en het Centr. Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Ned. Roode Kruis zijn komen te staan. Men zou uit deze passage kunnen opmaken, dat de eisen die het Nederlandse leger aan dit Centr. Laboratorium stelt, mede tot het ontstaan van deze moeilijkheden bijdragen. Dit is mijns inziens in genen dele overeenkomstig de feiten; integendeel, juist door het begrip en de actieve medewerking die de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht, van de bevrijding af tot heden, voor de Bloedtransfusiedienst aan de dag heeft gelegd, kon het Centr. Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst zich belangrijk uitbreiden en werd door plaatsing van gemobiliseerde officieren van gezondheid en militair mannelijk en vrouwelijk hulppersoneel (tezamen de militaire bloedtransfusiedienst vormende) het personeelsvraagstuk vereenvoudigd. Onder andere de door collega HOEKSTRA genoemde hulp bij de bestrijding van een mazelenepidemie bij repatriërenden en het onderzoek van den Rhesusfactor zijn en worden grotendeels door militaire medewerkers verricht. De civiele (Roode Kruis) en militaire Bloedtransfusiediensten hebben natuurlijk een eigen opdracht te vervullen, maar juist hier is een nauwe en vruchtbare samenwerking tussen burgerlijke en militaire gezondheidszorg tot stand gekomen ten bate van onze zieke en gewonde landgenoten, civiel en militair, hier te lande en overzee.

Wij zijn het volkomen met collega HOEKSTRA eens, dat de Bloedtransfusiedienst zonder effectieve steun en goede organisatievorm de hem toekomende plaats in dienst van de volksgezondheid niet zal kunnen innemen.

De Bloedtransfusiedienst, waar onder mede te verstaan het Centraal Laborato-