

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zo nodig enige bekorting aan te brengen



DE ORTHOPAEDISCHE CHIRURGIE

In *The Journal of Bone and Joint Surgery*, October 1947 vindt men een presidentsrede van LEROY C. ABBOTT, uitgesproken in the American Orthopaedic Association. Hij betoogt, dat het vroeger gerechtvaardigd mocht zijn, dat de zogenaamde algemene chirurgie een alles beheersende plaats innam, maar dat deze vrijwel niet meer bestaat. Het is ook een speciële afdeling geworden, namelijk de buikchirurgie. De orthopaedie is de behandeling met handgrepen, operaties, oefening en „rehabilitatie” bij aandoeningen van het locomotorische stelsel. Vóór 1900 was de enige grotere chirurgische ingreep op dit gebied van afbrekende aard, namelijk de verwijdering van een tuberculeus heupgewricht. Thans bestaat er een grote variatie van ingrepen. Langzamerhand is aan de orthopaedische chirurg ook de behandeling van verwondingen en infecties van beenderen en gewrichten en het verrichten van amputaties opgedragen. In 70 pCt. van de medische scholen in de Verenigde Staten worden de beenbreuken, osteomyelitis, gewrichtsinfecties en beengezwellen uitsluitend in de afdeling voor orthopaedie behandeld. Indien een leraar in de chirurgie zo ijverig was in het bestuderen van zijn vak, dat hij het gehele gebied wenste te beheersen, een wens, die meer van eerzucht blijk geeft dan lofwaardig is, zou hij zijn gehele leven lang een leerling blijven en de belangrijke gelegenheid missen om richting te geven aan de groei van een klein gebied der chirurgie. Ook in de Verenigde Staten is de orthopaedische chirurgie in de meeste medische scholen nog een onderafdeling en heeft nog geen autonomie. Het is gewenst, dat overal chirurgische groepen worden gevormd. Dezen zouden de student en assistent de betekenis van elk onderdeel moeten laten zien. Deze groepen zouden zeer belangrijke gemeenschappelijke vraagstukken kunnen oplossen; zo zouden de neurochirurg en de orthopaedische chirurg tezamen de aandoeningen van de tussenwervelschijf moeten bestuderen, de neurochirurg, de uroloog en de orthopaedisch chirurg de verlammingen bij ruggemergsaandoeningen. ABBOTT denkt zich in elke medische school een groep beoefenaars van de verschillende afdelingen der chirurgie, allen gelijkwaardig. De leiding zou worden opgedragen aan een van hen, niet op grond van zijn speciële vak, maar op grond van zijn bekwaamheid voor onderwijs, brede ontwikkeling en geschiktheid in de omgang, met een open blik voor de ontwikkeling van alle onderdelen. De grondbeginselen der chirurgie, de algemene chirurgie, die wij allen gemeen hebben als basis voor onze kennis, zouden onderricht moeten worden door hem, die daartoe het geschiktst is.

Rotterdam, 7 Februari 1948

J. VAN ASSEN Jzn.

DE BEHANDELING VAN HET NAGEBOORTETIJDPERK

Naar aanleiding van de ingezonden stukken in dit *Tijdschrift* over „De behandeling van het nageboortetijdperk”, waarin o.a. geschreven werd over het gebruik van ermetrine vóór de geboorte van de placenta, zij het mij vergund op dit punt ook mijn ervaringen te vermelden. Van 1919 tot 1946 heb ik een grote algemene praktijk met veel verlossingen gehad. Tot 1939 heb ik betrekkelijk dikwijls een nageboorte manueel moeten verwijderen. In 1939 hoorde ik voor het eerst op het artsencongres te Oss (georganiseerd door Organon) over het gebruik van ermetrine en dat dit kon worden gegeven vóór de geboorte van de placenta, in tegenstelling met ergotine. Na die tijd is mijn gedragslijn steeds geweest als volgt. Na de geboorte van het kind, zo nodig, 15 à 20 minuten afwachten, als de vrouw niet vloeiende. Ging ze wel vloeien, dan werd terstond ingegrepen.

In beide gevallen werd eerst getracht met de handgreep van GREDÉ de nageboorte te doen komen. Lukte dit niet, dan werd 0.3 cm³ ermetrine ingespoten. Nadeel heb ik daar nooit van gezien en na 1939 heb ik slechts één keer een placenta manueel moeten verwijderen. Waarom juist 0.3 cm³ werd ingespoten, kan ik moeilijk zeggen; de dosering was geheel intuïtief. Maar toen ik er een paar keer succes mee had gehad, ben ik er bij gebleven, met het vermelde resultaat.

Wassenaar, 19 Februari 1948

J. R. KOLLEWIJN

DE CEPHALINE-CHOLESTEROLUITVLOKKINGSPROEF

Naar aanleiding van het artikel van H. SMITSKAMP en H. DEKEMA 1) over de betekenis van bovenvermelde leverfunctieproef zoals deze door HANGER in 1939 is ingevoerd, zou ik gaarne nog een mededeling willen doen over een klein aantal bepalingen, dat bij een aantal verschillende patiënten van de interne afdeling van het Ziekenhuis Calvariënberg te Maastricht, werd verricht. Het cephaline werd hiervoor volgens HANGER bereid door drs. VAN ENGELSHOVEN, apotheker-scheikundige, verbonden aan het ziekenhuis.

In totaal werd slechts een 20-tal bepalingen verricht, helaas niet bij icteruspatiënten. Hieronder werden 6 flink positieve uitvlokkingen gevonden en wel 3 bij 3 lijderezen aan chronisch gewrichtsrheuma. Alle drie patiënten hadden een sterk verhoogde bezinkingssnelheid, 2 hadden een negatieve reactie van TAKATA, 1 had een positieve reactie van TAKATA. Twee positieve uitvlokkingen vonden wij bij twee typhuspatiënten (typhus abdominalis en paratyphus B), die beiden een negatieve reactie van TAKATA en slechts licht verhoogde bezinkingssnelheden hadden. De zesde positieve uitvlokkingstest kwam voor bij een vrouw van 79 jaar met zeer hoge bezinkingssnelheid, een urine-infectie en een longinfiltraat met omkering van het eiwitspectrum (albumine 33 per duizend, globuline 44 per duizend). Het bleek ons dus, dat in de positieve gevallen de reacties van TAKATA (en van MANCKE SOMMER) vaak negatief waren.

Omgekeerd hadden wij ook een geval met carcinoommetastases in de lever met ascites, met sterk positieve reacties van TAKATA en MANCKE SOMMER, doch met zwakke cephaline-cholesteroluitvlokking.

Ofschoon onze ervaring wel heel klein is, is het toch wel opmerkelijk dat bij de drie onderzochte patiënten met chronisch rheuma de cephaline-uitvlokkingsproef positief was. In het nieuwe boek van COMROE over rheuma vonden wij over deze proef niets vermeld. Misschien verdient het aanbeveling in de toekomst deze proef bij een groter aantal reumapatiënten te doen.

Maastricht, 16 Februari 1948

E. E. TWISS

HONDSOLHEID

Het belangwekkende artikel van prof. dr. A. PONDMAN over Hondsdolheid (dit *Tijdschrift*, 7 Februari 1948) geeft mij aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen:

Opmerkelijk is, dat in verreweg de meeste gevallen van hondsdolheid reuen aangetast bleken, terwijl teven slechts betrekkelijk zelden door de ziekte werden getroffen. Reeds in oude veterinaire statistieken komt zulks duidelijk tot uiting, zo b.v. kwam de ziekte 175 maal voor bij wijfjes tegen 15 maal bij mannetjes; en 45 maal bij wijfjes, tegen 2 maal bij mannetjes. Ongetwijfeld zal hierbij het feit, dat teven meer worden vastgehouden en niet — zooals de reuen — vrij kunnen rondlopen, van invloed zijn. In dit verband wil ik wijzen op de uitdrukking: hij bijt reuen en teven; ook overdrachtelijk gebruikt in de betekenis van: hij is een lastig persoon.

Het is verder wel statistisch vastgesteld, dat hondsdolheid het gehele jaar door voorkomt, doch de toppen der frequentie in de regentijden vallen. De eetlust van de door hondsdolheid aangetaste hond toont soms deze eigenaardig-

1) N.T.v.G., van 14 Februari 1948.