

ik, dat het zeker aanbeveling verdient, deze vaccinatie toe te passen. En omdat ook studenten en militairen, als zij tuberculose krijgen, zo vaak ziektebeelden tonen, die gezien worden in aansluiting aan een eerste besmetting, zou ik deze bevolkingsgroepen eveneens met B.C.G. willen behandelen. Dit wordt nog ondersteund door de ervaring, dat zo een groot percentage dezer jonge mensen nog negatief op tuberculine reageert, terwijl zij een grote kans lopen besmet te worden.

December 1947

INGEZONDEN

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



AANGEBOREN HARTGEBREKEN BIJ DEXTROCARDIE EN DEXTROPOSITIE VAN DE AORTA

Naar aanleiding van het bovengenoemde artikel van collega HOEKSTRA in het *N. T. v. G.*, 92, I, 9, blz. 638, 1948, dat voor oningewijden wel volkomen onbegrijpelijk moet zijn, zou ik gaarne enige opmerkingen willen maken.

Als ik op ongebruikelijke wijze met de zeer positief gestelde samenvatting begin, dan is dit om erop te wijzen, dat het korte eraan voorafgaande artikel geenszins, „op eenvoudige wijze het ontstaan van aangeboren anomalieën en gebreken verklaart” (blz. 640), zoals deze samenvatting dit tracht te suggereren. Zeer voorbarig is het dus, nu reeds te wijzen op mogelijkheden van therapeutisch ingrijpen bij deze afwijkingen, zoals de schrijver dit doet in de samenvatting.

Dat BOERHAAVE in 1703 de toepassing der mechanica in de geneeskunde aanbeval om zich „een goed inzicht te verschaffen in deze tot nu toe duistere materie” is begrijpelijk, wanneer wij de uitspraak bezien in het licht van de tijd, waarin deze grote meester der geneeskunde leefde. Het is echter niet toelaatbaar hieraan thans een zeker gezag te ontnemen om ontwikkelingsprocessen zuiver mechanisch te gaan verklaren.

Normale en pathologische ontwikkelingsprocessen zijn niet op eenvoudige wijze te verklaren met behulp van krachten, wier aanwezigheid men slechts vermoedt en waarmee men gaat werken, zoals in de mechanica gebruikelijk is, zonder bovendien rekening te houden met de anatomische toestanden in het embryo. De experimentele embryologie heeft ons de laatste 30 jaren geleerd, dat er bij de vorming van het embryo krachten werkzaam zijn, wier aanwezigheid wij zonder gebruikmaking van het experiment in het geheel niet zouden kunnen vermoeden. Ik meen dan ook, dat men geen recht heeft te veronderstellen, dat de krachten, die de draaibeweging van het hart veroorzaken, eenvoudig zijn te herleiden tot „de translatie (groeirichting) en spankracht, die tegengesteld aan de translatie gericht is” (blz. 638). Mochten deze krachten al betekenis hebben, dan nog zal de primitieve hartbuis hierop niet als starre buis reageren, doch als levende aanleg met eigen groeipotenties, die mede de toekomstige vorm en ligging kunnen bepalen, terwijl eventueel ook van de omgeving nog vormende invloeden zouden kunnen uitgaan.

Hoe een schuifdraaibeweging van een arcus aortae van rechts (dus van een oorspronkelijk rechts aangelegde aortaboog) naar links kan plaats vinden, zoals in de 4-de alinea van blz. 640 wordt aangegeven, is mij niet duidelijk. Naar het mij voorkomt zal toch een rechtszijdig aangelegde aortaboog steeds over de rechter hoofdbronchus en aan de rechter zijde van trachea en oesophagus moeten lopen. Hoe deze boog naar links kan terugdraaien, bij welk proces

dan „alle aangeboren anomalieën en gebreken” zouden ontstaan, blijft mij een raadsel. Men behoeft slechts het beloop der arteriebogen in wasmodellen van reconstructies van jonge embryonen te bekijken of b.v. de afbeeldingen 132—134 in *Human Embryology* van HAMILTON, BOYD and MOSSMAN (1944) te beschouwen om te begrijpen, dat een naar links draaien van een rechtszijdig aangelegde boog onmogelijk is. Met het oog op de beoordeling van de bedoeling van de schrijver zou het wenselijk zijn, indien collega HOEKSTRA op blz. 638, waar hij het beloop der aorta beschrijft bij aangeboren hartgebreken en dextrocardie, duidelijk had aangegeven, wat hij bedoelt met de aorta, die „zowel ventraal als dorsaal van de oesophagus kan geraken”.

Daar in dit artikel critiek wordt uitgeoefend op schrijvers, die eerder over het thema der aangeboren hartgebreken theoretische beschouwingen hebben gegeven en tevens wordt teruggegrepen op pathologische gevallen, die reeds vroeger beschreven zijn, meen ik, dat een opgave van de namen der schrijvers en de plaats van publicatie niet had mogen ontbreken.

Alles bij elkaar genomen lijkt het op zijn minst wel wat voorbarig, dat de schrijver thans op grond van zijn eigen overwegingen anderen, die zich met dezelfde problemen hebben bezig gehouden, beschuldigt van autistisch denken (blz. 639).

Groningen, 12 Maart 1948

J. HUBERTHA BIJTEL
*lector a. h. Anatomisch-Embryologisch
 Laboratorium*

DICUMOLTHERAPIE DOOR DE HUISARTS

Mag ik naar aanleiding van vraag 15 in de rubriek Vraag en Antwoord in dit *Tijdschrift* van 13 Maart j.l. over de dicumolbehandeling door de huisarts het volgende opmerken.

Op het ogenblik heb ik een patiënt onder behandeling met een oppervlakkige thrombophlebitis links en een diepe thrombose van het rechter been. In overleg met collega BRUINS SLOT behandel ik de patiënt thuis met dicumol. Om de andere dag haal ik aan het Zuider Ziekenhuis de thrombokinase en bepaal thuis de prothrombinetijd, wat tenslotte zeer eenvoudig is. Tegelijk krijg ik dan van collega BRUINS SLOT de telkens opnieuw geijkte, normale, prothrombinetijd te horen. Zodoende is een goede vergelijking en een juist inzicht mogelijk. Wij zijn besloten, onder scherpe contrôle, de prothrombinetijd tot het dubbele van de normale op te voeren.

De toepassing van dicumol is in de huispractijk dus zeer goed mogelijk, mits er een goede samenwerking en een juiste, in wezen eenvoudige organisatie tussen kliniek en huisarts bestaat.

Rotterdam, 14 Maart 1948

J. A. BUURMAN

BEHANDELING VAN THROMBOSE MET DICUMARINE

Het treft mij herhaaldelijk in verschillende publicaties over thrombose en dicumarinebehandeling, dat gesproken wordt over een niet te bepalen prothrombinetijd aan het ziekbed in de algemene practijk, wat ten gevolge heeft dat de huisarts of conservatief moet behandelen, of de patiënt naar een ziekenhuis moet laten vervoeren. Ook in de zo zeer gewaardeerde rubriek Vraag en Antwoord (vraag no. 15), komt dit weer ter sprake.

Ik behandel echter al mijn thrombosepatiënten thuis met dicumarine op de volgende wijze; 1e dag: 3 maal 2 tabletten van 50 mg, 2e dag: 3 maal 1 tablet van 50 mg, 3e dag bepaling prothrombinetijd, indien deze goed is, d.w.z. niet boven 50 sec., geef ik weer 3 maal 1 tablet van 50 mg, 4e dag a.v., 5e dag weer bepaling prothrombinetijd enz.

Komt de prothrombinetijd boven 60 sec., dan ga ik voorzichtig verder met 1 tablet van 50 mg per dag; toont de prothrombinetijd verdere neiging tot stijgen dan staak ik. De prothrombinetijd bepaal ik zelf aan het ziekbed als