

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 teruggerepen 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 oppervlakige 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

volgt: de inhoud van een ampul thrombokinase (A. Ch. F.) wordt opgelost in 1 cm<sup>3</sup> aqua bidest. en hiervan zuig ik 0.2 cm<sup>3</sup> op in een 1 cm<sup>3</sup> spuit; hierna naald verwisselen, venapunctie, opzuigen van 0.8 cm<sup>3</sup> bloed van patiënt, benevens een kleine luchtbel.

Daarna stopwatch indrukken en de injectiespuit rustig op en neer bewegen, dus om en om wentelen, waardoor de luchtbel in het nog vloeibare bloed telkens zal opstijgen.

Zodra de luchtbel niet meer beweegt, druk ik de stopwatch in, en lees de tijd af.

Deze tijd neem ik als prothrombinetijd, en deze verschilt slechts gemiddeld 2 tot 5 seconden van de tijd volgens de ingewikkelde laboratoriummethode bepaald, met dien verstande dat de laatste tijd 2 tot 5 sec. lager ligt. Vind ik met mijn huis-, tuin- of keukenmethode, als ik het zo eens mag uitdrukken, dus 60 sec., dan is de absoluut juiste tijd dus 55 tot 58 sec.

Gaarne geef ik toe, dat ik genoemde methode nog niet in vele gevallen heb toegepast, aangezien thrombose tegenwoordig in de practijk gelukkig niet zo veel wordt gezien; ik paste de methode in ongeveer 12 gevallen toe, met goed gevolg.

Misschien is het de moeite waard deze eenvoudige bepaling van de prothrombinetijd in een groter aantal gevallen te laten controleren.

Scheveningen, 14 Maart 1948

J. C. DE WIT

### ULCUS PEPTICUM POSTOPERATIVUM NA MAAGRESECTIE VOLGENS BILLROTH I

Met enkele woorden wil ik gaarne even antwoorden op de ingezonden mededeling van Collega VERBEEK in het *N.T.v.G.* van 13 Maart. Ik ben zeer verheugd dat uit deze korte gedachtenwisseling blijkt, dat wij het in grote trekken eens zijn. Met de methode, die VERBEEK ontwikkeld heeft, zijn inderdaad de bezwaren tegen de BILLROTH I-methode bij grotere afwijkingen aan het duodenum verminderd, al wil ik erop wijzen, dat een objectieve beoordeling van de resultaten van een operatiemethode slechts na een lange tijdsduur bewijskracht verkrijgt.

Daar zovele chirurgen gebruik maken van de BILLROTH II-methode met uitschakeling van het zieke gebied in het duodenum met alle nadelen hiervan (b.v. nabloedingen) en dus de gemakkelijke weg bewandeld wordt, is het waardevolle van het werk van VERBEEK, dat hij voorstander is van de radicale resectie, dat hij, zoals in zijn boek is beschreven, een methode aangeeft, die ten volle rekening houdt met de schadelijke betekenis, die het zieke deel van het duodenum heeft en tenslotte dat techniek vooral, maar ook de methode, staat of valt met degenen die deze toepast.

Ik hoop dat VERBEEK ons na vele jaren de resultaten van zijn maagoperaties zal willen mededelen.

Rotterdam, 15 Maart 1948

C. DE GROOT

### GEVAREN VAN DE BEHANDELING MET TRIDIONE-PRAEPARATEN

Misschien is het niet overbodig, nu veel reclame voor tridione wordt gemaakt (zie de bijlage betreffende absentol in het *Tijdschrift* van 13 Maart j.l.) te wijzen op de gevaren die het gebruik van dit geneesmiddel met zich brengt.

Nadat door de Amerikaanse schrijvers reeds dodelijk verloopende gevallen van aplastische anaemie en agranulocytose (*J. A. M. A.* 132, blz. 11 en blz. 13, 1946) waren beschreven, komen ook thans van Engelse zijde (*Lancet*, Februari 1948, blz. 221) mededelingen over agranulocytose met noodlottig gevolg. Een dezer gevallen betreft een kind van 9 jaar dat het medicament slechts vier weken had gebruikt, daarna een huiduitslag kreeg en een week later overleed.