

hoogtezon, mits de temperatuur niet verhoogd was en gedurende die behandeling niet steeg. Het effect op de algemene toestand was meestal goed, geen effect werd hier gezien op het asthma, en ook niet op de bekende huidaandoeningen daarbij. De ervaring in de vroegere vacantiëkolonies (sinds Mei 1947 gezondheidskolonies genoemd), was dat als men wat wilde bereiken bij asthma-patiëntjes, het verblijf buiten maanden moest duren. In Mont Dore acht men drie jaar nodig, en TURBAN zeide: een verblijf *boven 1800 meter, mits van lange duur*, doet 68 pCt. der asthma-patiënten genezen. Ook in ons land kan men horen: als de sloten maar dicht liggen, hebben de kinderen geen last van asthma. Als er een kostschool op een hoog punt op de Veluwe zou worden gesticht, waar asthma-kinderen de gehele duur van het lager onderwijs konden verblijven, zouden deze herstellen (misschien ook wel 68 pCt.). Zie het succes van het verblijf der asthma-patiëntjes in het Haagse kinderziekenhuis. In *Frankrijk* luidt de opinie: „aan zee geen asthma”. Voor patiëntjes uit een bosstreek is verblijf aan zee zeker te proberen. Volgens coll. VAN DER WILK, de medische inspecteur van het Centraal Genootschap voor Gezondheidskolonies, valt het verblijf aan zee bij asthma meestal goed uit. De uitspraak van TROUSSEAU: „l'asthme est une maladie nerveuse”, wordt door vooraanstaande paediaters gedeeld. Toch kan de invloed van voedsel- en ook van huisallergeen niet worden ontkend. Een onderzoek in de polycliniek van prof. DE KLEYN, daartoe ingesteld, leerde, dat 50 pCt. der allergische syndromen aan allergenen konden worden toegeschreven. Van de huisallergenen zijn de schimmels de bekendste, die voornamelijk in de naden der vloeren zitten (zie het proefschrift van LOYENGA): een droge streek is dus te verkiezen, mits het huis ook goed is: de slaapkamer van de astmapatiënt moet een naadloze vloer hebben. Behalve een enkele maal bij zuigelingen (zie het *Tijdschrift* van 12 November 1938, artikel van prof. VAN LOOKEREN CAMPAGNE) komt asthma niet vóór het derde jaar voor. De schrik en ongerustheid van de moeder vooral in het begin der aanvallen, doen haar alles aangrijpen, om haar kind tot rust te krijgen. Opwinding is, evenals bij kinkhoest, niet goed. Daardoor — helaas — zijn er kinderen die geleidelijk leren van moeders goedheid misbruik te maken en een aanval opwekken, als zij hun zin niet krijgen. Voor dit soort asthma helpt gezinsverhuizing naar een andere streek niets. Zijn de kinderen ouder, dan kan een verblijf van lange duur in een goed geleide inrichting herstel geven. Maar dan moet het kind in die inrichting goed opgevoed worden en de moeder duidelijk worden uitgelegd, hoe zij kan medewerken aan het herstel van haar kind. De ademgymnastiek geeft goede resultaten, voordelen zijn: betere longventilatie, los houden van de naar stijfheid neigende wervelkolom, en het gevoel van de patiënt, dat er iedere dag wat aan zijn asthma gedaan wordt. Voor die kinderen is het verblijf buiten van September tot Mei het nuttigst.

Nunspeet, October 1948

A. VERSCHOOR

STOLLINGREMMENDE BEHANDELING VAN THROMBOSE

Naar aanleiding van de opmerking van coll. HUYGEN (*N. T. v. G.* blz. 3444, 1948) moge ik in het kort het volgende antwoorden:

Inderdaad staat het vast, dat heparine een ongeorganiseerde thrombus oplost. Deze organisatie heeft echter meestal in 24 uur, zeker binnen 48 uur plaats (ALLEN, BARKER en HINES, *Periph. vascul. diseases.* 1946). Uiteraard heeft men een dergelijke werking nooit van dicumarine kunnen aantonen, daar dit 2 tot 3 dagen nodig heeft om zijn werking te ontvouwen. Het na enkele dagen verdwijnen van alle verschijnselen van de intussen georganiseerde thrombus tijdens de dicumarinetherapie blijft toch telkens een verrassing, die wij niet geheel bevredigend kunnen verklaren.

Wat betreft de dicumarine-prophylaxis: inderdaad acht ik een routine-prophylaxis bij operatiepatiënten, waarvan coll. VAN VEEN (*N. T. v. G.* blz. 3562, 1948) enkele voorbeelden geeft, niet aangewezen. Slechts in enkele gevallen,

waar er een zeer gegronde vrees voor thrombo-embolie bestaat, zal prophylactisch dicumarine gegeven mogen worden. Maar dan ook kort na de operatie, daar de thrombophilie, die o.a. door een vermeerderd aantal circulerende thrombocyten en hun verhoogde agglutinatievermogen veroorzaakt wordt, reeds op de 5e dag ontstaat. Om op dit tijdstip dus een verminderde stolling te verkrijgen, zal in verband met de vertraagde werking van het dicumarine reeds vóór de 3e dag met de prophylaxis moeten worden begonnen.

Dat wij niet bezorgd hoeven te zijn voor een „gevaarlijke hypoprothrombinaemie” blijkt al uit tabel I, waar VAN VEEN op de derde dag na de operatie bij onbehandelde patiënten al weer een normale prothrombinetijd vindt. Sommigen beginnen reeds met de toediening op de dag vóór de operatie (BUTSCH en STUWART, *Arch. of Surg.* 45, 551, 1942), doch dit levert m.i. een onnodig risico op,

Het is evenmin aan te bevelen met een dosis van 300 mg te beginnen. zoals ik in mijn artikel reeds aangaf, daar hiermee soms het doel voorbijgeschoten wordt en de prothrombine-index beneden de therapeutische zône kan dalen, een feit, dat ook duidelijk uit de voorbeelden van coll. VAN VEEN blijkt.

In deze gevallen uit 1947, die gecompliceerd werden door een bedenkelijke bloeding, 5—7 dagen post operationem, werd namelijk 300 mg als eerste dosis gegeven, en 2 van deze patiënten kregen de volgende dag nog eens 200 mg. In het volgende jaar (1948), tabel I, gaf hij 200 en 150 mg en hiermee werd de therapeutische zône niet of nauwelijks bereikt. Of de patiënten met deze laatste dosering werkelijk beschermd zijn tegen thrombo-embolie, zou uit zeer grote statistieken moeten blijken. Ikzelf heb enige malen de indruk gekregen, dat dit niet het geval is. Hiervan deelde ik een voorbeeld mee.

De conclusie, dat voor de door mij aanbevolen wijze van prophylaxe (te beginnen met 200 mg op de 1e en 2e dag na de operatie) moet gewaarschuwd worden, lijkt mij naar aanleiding van deze voorbeelden dan ook niet gegrond.

Een overigens zeer belangrijke factor is het gebruik van een betrouwbaar thrombokinaseparaat, dat hier helaas nog steeds niet in de handel is.

De resultaten van de stollingremmende behandeling zullen zeker nog belangrijk verbeteren, indien men een meer constant paraat tot zijn beschikking zal krijgen.

Den Haag, 10 November 1948

N. KNOTTENBELT

WANNEER MOET MEN LIJDERS AAN GALSTENEN LATEN OPEREREN?

In het *N.T.v.G.* van 30 October jl. bespreekt coll. BOOM de quaestie hoe lang men bij een afsluitingsicterus door steenvorming de operatieve behandeling mag uitstellen. Het treft mij dat hij daarbij weinig vaste richtlijnen geeft. Enerzijds deelt hij mede dat velen een maand wachten en hierop heeft hij geen critiek; anderzijds zegt hij, dat men vooral niet langer dan 3 maanden moet wachten. Ik had graag gezien, dat juist van zulk een deskundige zijde nauwkeurig was aangegeven, welke weg hier het beste is. Zeker had dit gepast in zijn overigens zo heldere en didactisch waardevolle uiteenzetting.

In een ziekenhuis, waar tussen internist en chirurg een goede samenwerking bestaat, behoren patiënten met afsluitingsicterus aanvankelijk op de Interne Afdeling thuis. De chirurg gaat hiermede gaarne accoord, mits hij weet, dat zijn hulp niet onnodig laat zal worden ingeroepen. Persoonlijk sta ik op het standpunt, dat 3 maanden *steeds* te lang is en ik denk, dat de meeste chirurgen het hierin met mij eens zullen zijn. Doch ook van interne zijde is men meer en meer doordrongen van de gevaren, die een te lang wachten met zich brengt. Men leze bv. wat coll. SCHALM in zijn boek *Ziekten van de lever en de galwegen* op blz. 376 schrijft: „In geen geval wachte men langer dan 6 weken. De operatieve ingreep is dan dringend geboden met het oog op het ontstaan van beschadiging van het leverparenchym. Ook in twijfelgevallen, wat betreft de diagnose, zal men na verloop van deze termijn tot operatie moeten