

de vaginale weg toch niet te verkiezen. En zou men bij de drie patiënten, bij wie het niet gelukte de blaas los te maken, dezelfde moeilijkheid hebben gehad bij de abdominale methode?

Zonder twijfel is de kans op peritoneale shock en op meteorismus bij een laparotomie iets groter dan bij een vaginale exstirpatie, doch ik heb daarvan nooit belangrijke hinder ondervonden. Bij de vaginale methode geen kans op stompcarcinoom; deze zaak raakt echter niet de vraag: vaginaal of abdominaal, doch de vraag: abdominale totale of abdominale supravaginale exstirpatie? Bij de vaginale weg geen mogelijkheid van littekenbreuk; ik heb na de abdominale verwijdering nooit een littekenbreuk gezien. Korte verpleegduur bij vaginale operaties: mijn patiënten staan na een abdominale operatie op dezelfde dag op als die van collega HOYNG.

Wij zien dus dat de mortaliteit bij beide methodes even klein kan zijn; het bezwaar van de eventuele onmogelijkheid de adnexa te verwijderen, blijft voor mij bestaan en de aangevoerde voordelen der vaginale methode zijn van geen of uiterst geringe betekenis.

Amsterdam, 6 December 1948

J. A. VAN DONGEN

DALING VAN ESSENTIËLE HYPERTENSIE IN DE GRAVIDITEIT

In bovengenoemd artikel van coll. LÖWENBERG (dit *Tijdschrift* bl. 4021, 1948), trof mij deze passage:

Behandeling: Het was niet mogelijk de bloeddruk door de volgende behandelingsmethodes te doen dalen: veel rust, enz.

Als het eerst genoemd wordt hier aan het begrip rust grote waarde toegekend. Persoonlijk heb ik deze nooit zo hoog aangeslagen, temeer toen een oud-internist, essentiële-hypertensielijder, mij eens mededeelde, bij zichzelf het effect van de rustfactor in een langdurige vakantieperiode te hebben nagegaan. Hij was tot de conclusie gekomen, dat hij beter in beweging had kunnen blijven.

Zou de psychische factor zich bij de rust niet nadelig kunnen doen gelden?

Trouwens, wij weten over het ontstaan van hypertensie nog te weinig, gezien de verschillende veronderstellingen die zich in de literatuur voordoen, waarbij ook de verklaring van het bovengenoemde geval er een is, en zoals uit dit geval ook weer blijkt, wat de therapie betreft. Hier denk ik ook aan de tegenstanders indertijd van het zoutarme dieet. Zo heeft het mij de laatste paar jaar getroffen, dat op hogere leeftijd een reeds lang bestaande hypertensie aan het dalen was. Het geval betreffende een oude dame, boven de acht kruisjes, die jarenlang een flinke essentiële hypertensie had van soms ver boven de 200 mm Hg, die haar bloeddruk na verschillende contrôles met enkele maanden tussenruimte, zag dalen tot 170 mm Hg, was wel het opmerkelijkst. Het dieet had langzamerhand veel van zijn waarde verloren en medicamenten werden niet gebruikt (minder krachtige hartactie?), hetgeen ook weer niet voor alle patiënten op hogere leeftijd opgaat.

Gorssel, December 1948

G. C. J. KRUISINGA

DALING VAN ESSENTIËLE HYPERTENSIE IN DE GRAVIDITEIT

Belangstellenden in het vraagstuk van de betrekkelijk zeldzame daling van een prae-existente hypertensie in de graviditeit, hetwelk door collega LÖWENBERG (*N.T.v.G.* 92, bl. 4021, 1948) aan de orde werd gesteld, moge ik nog naar de volgende literatuurbronnen verwijzen:

P. P. FOA et al. *Am. J. Med. Sci.* 204, 350, 1942; W. J. DIECKMANN, *The toxemias of pregnancy*, MOSBY Comp. 1941, St. Louis; J. P. CORBIT, *Am. J. Med. Sci.* 201, 876, 1941; COHEN and THOMSON, *J.A.M.A.* 112, 1556, 1939; M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE, *Belg. T.v.Gen.* 3, 193, 1947; G. S. BURWELL, *Am. J. Med. Sci.* 195, 1, 1938; D. C. HARE and M. N. KARN, *Quart. J. Med.* 22, 381, 1929; E. W. PAGE,

Am. J. Obst. Gen. 53, 275, 1947; E. W. PAGE et al. *ibidem* 41-53, 1941; S. RODBARD and L. N. KATZ, *ibidem* 47, 753, 1944; J. L. MASTBOOM, *Eclampsie in haar ontstaan en gevolgen*, N. Holl. Uitg. Mij 1948, A'dam. blz. 57, 58, 66, 67, 68, 71 en 100; F. J. BROWNE, *Brit. Med. J.* 2, 283, 1947; D. E. REID and A. M. TEEL, *Am. J. Obst. Gyn.* 37, 886, 1939; L. C. CHESLEY and J. E. ANNITTO, *Am. J. Obst. Gyn.* 53, 372, 1947 en 53, 851, 1947.

Overigens lees ik met verbazing, dat deze „essentiële” hypertensie (gem. 180/120 mm Hg) aanleiding was tot enige aarzeling, deze zwangerschap doorgang te doen vinden, en wel omdat:

1e. de ervaring leert, dat de meeste dezer gevallen geen invloed onder vinden van de graviditeit (ca 60 pCt.);

2e. de essentiële hypertensie weliswaar aanleiding kan geven tot het ontstaan van prae-eclampsie, doch bij goede behandeling slechts zelden tot eclampsie leidt;

3e. de essentiële hypertensie in ernstige gevallen zelfs aanleiding kan geven tot het ontstaan van abortus, partus immaturus of partus praematurus;

4e. in casu een der belangrijkste prophylactische hulpmiddelen (de diëtetiek) door patiënte werd veronachtzaamd (reden tot klinische observatie!);

5e. in geval van progressie nog steeds de mogelijkheid openstaat de graviditeit voortijdig te doen eindigen;

6e. de kans op een daling van de prae-existente hypertensie in de zwangerschap in het geheel niet zo uitermate zeldzaam is naar onze ervaring.

Tenslotte is de veronderstelling van een *verminderd circulerend bloedvolume* in gevallen met weliswaar uitgebreide varices, maar daarentegen zonder zoutbeperking of uitscheiding daarvan, niet in overeenstemming met de physiologie van de circulatietoestanden gedurende de zwangerschap (COHEN en THOMSON).

Amsterdam, 5 December 1948

J. L. MASTBOOM

SOCIALE EN ASOCIALE GENEESKUNDE

Het feit, dat prof. FORMIJNE het wenselijk oordeelde de nadrukkelijk gegeneraliseerde beschuldiging te uiten van „inertie in de strijd tegen de uitwassen van de sociale geneeskunde” (*N.T.v.G.*, 4 Dec. 1948), is voor mij aanleiding nog eens op het oorspronkelijk artikel van schrijver (*N.T.v.G.*, 23 Oct. 1948) terug te komen.

Prof. FORMIJNE noemt hierin een aantal foutieve beslissingen van sociaal-geneeskundigen, op grond waarvan hij o.m. de mening uitspreekt, dat deze en dergelijke fouten de „erkenning” van de sociale geneeskunde in de weg staan. Is prof. FORMIJNE werkelijk van mening, dat dit een steekhoudend argument is? Zo ja, dan loopt bij voorbeeld de curatieve geneeskunde ernstig gevaar haar „erkenning” te verliezen. Men doet beter een tak van wetenschap op haar eigen verdiensten, in plaats op die (van enkele) harer beoefenaren te beoordelen.

In het bedoelde artikel oefent prof. FORMIJNE scherpe critiek zonder ook maar de geringste poging te doen een weg aan te wijzen waarlangs verbetering te bereiken zou zijn. Hier vond alleen afbraak, geen opbouw plaats. Niemand toch zal kunnen volhouden, dat met vijf bladzijden, waarvan een deel aan algemene beschouwingen is gewijd, tot de kennis van de onderwerpen hartgebreken, beginnende longtuberculose, bloedbezinking, electrocardiographie, nephritis en bloeddrukverhoging in hun sociale betekenis veel kan zijn bijgedragen, tenzij dan voor collegae, die „onvoldoende bekendheid met eenvoudige principes der klinische geneeskunde” bezitten.

„Ook over andere aspecten van de sociale geneeskunde zou veel te zeggen zijn”. Het kader, waarin deze opmerking is geplaatst, doet verdere critiek verwachten. Wanneer deze critiek niet constructiever is dan de thans geleverde,