

bevordert om nog *onbekende* redenen de resorptie van het exsudaat (cursivering van mij, o. d. c.).

2e. In de tekst worden drie patiënten vermeld bij wie geen succes werd geogst. In de samenvatting zijn het er vijf.

3e. De eerste patiënt wordt half Januari 1950 ziek met hoge temperatuur (39° C). Op de temperatuurcurve, waarnaar wordt verwezen, schommelt de temperatuur echter op die eerste dag, 18 Januari, tussen 37.8° en ruim 38.5° C.

4e. 28 Januari 1950 wordt 1 liter gepuncteerd. 1 Februari, vier dagen later, wordt lucht subcutaan ingebracht. Volgens de conclusie is dit twee weken na de punctie gedaan.

Almelo, 18 Februari 1951.

P. G. OP DE COUL

INBLAZING VAN LUCHT ONDER DE HUID ALS BEHANDELINGSMETHODE VAN PLEURITIS

Inderdaad ligt tussen 28 Januari en 1 Februari geen periode van twee weken en moet de vermelding van deze termijn als een „slip of the pen” worden beschouwd, die aan de strekking van het geheel geen afbreuk doet.

Met de overige critiek betreffende mijn eerste patiënt (punt 2) ben ik het echter niet eens. 15 Januari was de temperatuur inderdaad 39° C, maar deze dag staat niet op de curve vermeld. Inderdaad is de temperatuur enkele dagen wat lager, 18 Januari 37.8 - 38.5° C. Maar later is de temperatuur weer hoger en gedurende de observatie-periode (voordat met luchtinsufflaties werd begonnen) schommelde deze tussen 37.6 en 39.3° C. Dit blijkt ook uit de gereproduceerde curve.

Tenslotte wil ik nog even ingaan op de schijnbare tegenstrijdigheid, die collega OP DE COUL in mijn conclusie meent op te merken en door hem in punt 2 wordt besproken. In de tekst staat dat bij 3 patiënten „zelfs na 3 tot 4 weken behandeling geen verbetering werd gezien”. In de samenvatting staan 5 teleurstellende resultaten vermeld. Dit komt doordat bij twee patiënten de insufflaties reeds na twee weken werden gestaakt daar er geen resultaat werd verkregen.

Amsterdam, 1 Maart 1951

J. C. GERRITS

ENIGE MODERNE METHODES VOOR DE CONSERVATIEVE BEHANDELING VAN HET ULCUS CRURIS HAEMOSTATICUM

Naar aanleiding van bovengenoemd artikel (dit *Tijdschrift*, 24 Februari 1951) zij het mij vergund nog een ander gezichtspunt naar voren te brengen.

Zoals door schrijver wordt opgemerkt, verklaren vele onderzoekers de huidverschijnselen met het oedeem door veneuze insufficiëntie. Dit oedeem behoeft niet alleen het gevolg te zijn van abnormale circulatietoestanden in de onderbenen.

Uit het onderzoek van KULWIN e.a. blijkt dat bij veneuze stasis meestal een arteriolitis bestaat van de vaten van de huid, gepaard met een aanzienlijke vernauwing van de huidarteriolen. Deze lumenvernauwing nu zou door zuurstofgebrek de oorzaak kunnen zijn van een beschadiging van de huidcapillaria. Er ontstaat een capillaritis met doorlaatbaarheid van de wand, aanleiding gevend tot eiwitrijk oedeem.

Ik zou voor de behandeling van ulcus cruris haemostaticum een elastisch „ideaal” verband willen aanbevelen. Aan varicosan en zinklijmverband kleeft het bezwaar dat, bij ambulante behandeling, het verband zich niet aanpast bij het, door het verdwijnen van het oedeem, dunner wordende been. Het elastische verband wordt echter iedere morgen opnieuw strak om het been gezwachteld, zodat dit veel efficiënter kan werken.

Tilburg, 25 Februari 1951

J. DE JONGH

DE GECOMBINEERDE OPERATIEVE EN INJECTIE-BEHANDELING VAN VARIQUEUZE VENAE SAPHENAE

Naar aanleiding van bovengenoemd artikel (dit *Tijdschrift*, 95, 619, 1951) zou ik gaarne enkele opmerkingen willen maken.

Te Buenos-Aires zag ik op de kliniek van prof. FINOCHIETTI de volgende methode toepassen: In de lies wordt de vena saphena opgezocht. Men praepareert tot aan de inmonding in de vena femoralis en bindt alle vaten af, die men daarbij tegenkomt. Vervolgens wordt de vena saphena zo dicht mogelijk bij de inmonding afgebonden. Daarna wordt boven de binnenenkel een vat bloot gelegd, geopend en een iets gewijzigd apparaat van BABCOCK wordt, zo hoog als het kan, ingevoerd. De vena saphena wordt nu in één keer, of als dit niet gaat, in twee of drie gedeelten uitgerukt.

Na het sluiten van de huid wordt een drukkend verband om het gehele been aangelegd.

De operaties geschieden in locale anaesthesie. Na behandeling moeten de patiënten dadelijk proberen te lopen, wat vaak niet meevalt. Volgende dagen wordt het echter snel beter. Men was erg tevreden over de aldus verkregen resultaten. Het kwam ook mij voor, dat de gevolgde werkwijze afdoend is en geen overlast bezorgt.

Rotterdam, 25 Februari 1951

A. A. VAN PUYVELDE

NOODZAKELIJK DRIEMANSCHAP

Prof. DEELMAN schrijft in ons *Tijdschrift* van de vorige week, dat de opleiding van Nederlandse geneeskundigen en de geneeskundige voorziening van Nederland *gescheiden* problemen zijn en dat het ene probleem de Universiteit aangaat en het andere de maatschappij. Wie dit anders ziet, zo geeft hij te kennen, „verdoezelt” „de grondslagen van de dreigende moeilijkheden”.

Helaas is er dus tussen hem en mij, evenals tussen dr HULST en mij, een onoverbrugbare kloof. Mijn betoog strekte immers tot het tegendeel. Het universitaire en het sociale probleem kunnen, naar mijn mening, slechts *in vereniging* worden opgelost: de medische faculteiten behoren te worden toegerust naar maatschappelijke behoefte.

Dat het door mij aangeduide driemanschap „imaginair” is, geef ik gaarne toe. Maar gesteld dat er bij de drie betrokkenen — overheid, professie en faculteiten — belangstelling voor het onderwerp bestaat, dan zal het toch niet moeilijk zijn een overleg in levende lijve te verwezenlijken.

Amsterdam, 10 Maart 1951

J. J. VAN LOGHEM

PLEURITIS TUBERCULOSA EN LONGTUBERCULOSE 1)

Cöll. VAN VLIET schrijft over pleuritis tuberculosa en de zich daarna ontwikkelende longtuberculose. Zou men de vorming van het exsudaat niet teleologisch kunnen zien en het beschouwen als een hulpmiddel van het organisme, bij wijze van eeuwenlange „voorloper” van FORLANINI's pneumothorax om *bestaande* tuberculeuze longhaarden groter kans op genezing te geven? Zouden derhalve de gevonden pleuritides niet steeds een aanwijzing voor reeds bestaande specifieke longprocessen zijn en zou de *later* gevonden longtuberculose dan niet wijzen op niet-genezen (ondanks de „natuurlijke” pneumothorax van FORLANINI) of gereactiveerde longprocessen?

Alkmaar, 8 Maart 1951

C. STEINZ

RÖNTGENBESTRALING BIJ TENDINITIS CALCAREA VAN DE SCHOUDER 2)

In het ook door prof. KEIJSER aangehaalde boek van A. F. DE PALMA staat o.a. dat de schrijver weliswaar enkele snelle genezingen heeft gezien na bestraling doch dat hij er verder niet enthousiast over is en het nauwelijks meer adviseert. Uit de nieuwere literatuur kan men opmaken dat de röntgentherapie slechts in een klein aantal gevallen afdoende helpt. Bij de chronische aandoeningen helpt het naar ons gevoel het minste. De acute beelden reageren vaak zo verbluffend fraai op injecties van novocaine, in het gebied van de bursa

1) *N.T.v.G.*, 95, 684, 1951.

2) *N.T.v.G.*, 95, 590, 1951.