

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 SHOUDER 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.

subdeltoidea, dat aan een andere therapie geen behoefte is. Na het inspuiten moeten bepaalde oefeningen met de arm worden gedaan. Op deze therapie berust ook de z.g. „procainetest” 1). Is na het inspuiten de pijn weg, dan is de proef positief (anders negatief); bovendien moet bij positieve uitslag de arm goed kunnen worden geabduceerd. In het geval van negatieve uitslag is de prognose minder goed, kans op laesies in de peeskap of een stijve, z.g. „frozen shoulder”, dit is een eindstadium van de periarthrititis humeroscapularis, anders gezegd een tendocapsulitis adhaesiva; therapie chirurgisch, daar met bestralen de stijfheid en de adhaesies zeker niet verdwijnen. De z.g. „needling technique” met 2 naalden waarbij men de tandpasta-achtige kalkbrij als het ware uit de bursa spuit, vindt men o.a. beschreven bij PITKIN 2) en bij PATTERSON en DARRACH 3). Geeft herhaalde novocainisering niet voldoende resultaat, dan komt operatie in aanmerking, waarbij keuze uit enige methodes mogelijk is. Bij hardnekkige chronische gevallen verdient acromionexcisie volgens WATSON JONES en ARMSTRONG warme aanbeveling.

Wij beschikken over een serie van 27 patiënten met pijnlijke en stijve schouders, alle in de laatste 15 maanden. De meeste hiervan zijn genezen met injecties van novocaine, enkele werden bestraald of nabestraald, enige geopereerd (bursa) en 2 ondergingen een acromionexcisie met fraai resultaat.

Andere röntgenologische afwijkingen bij deze periarthrititis, dan kalkafzetting, worden beschreven door o.a. HARRISON 4).

Haarlem, 9 Maart 1951

J. E. SWART

TOUR OF INDIA BY MEDICAL PRACTITIONERS

In October/November last year I was privileged to take a party of medical practitioners from this country for a goodwill tour of India. I am now making arrangements to repeat the tour over a period of six weeks during October/November this year.

The party will travel by air between London and Bombay and all journeys during our stay in India will be made either by air or by rail. Our itinerary will include visits to places of historical and archaeological interest such as the Taj Mahal, the Ajanta, Ellora and Elephanta Caves, as well as universities, hospitals and cultural centres in Bombay, Mysore, Bangalore, Hyderabad, Madras, Delhi, Agra, Kashmir, Calcutta and Darjeeling. The total cost will be approximately £ 250 per person.

My primary objective in organising the tour is to stimulate full comprehension of India's vast potentialities in those persons who are, by virtue of their profession, most favourably placed to strengthen the existing ties of friendship between Holland and India.

May I say therefore, that I would be very pleased to hear from any of your readers who are active in the medical profession, who would like to join the party. When writing, I should appreciate a few details of my correspondent's career, together with a small photograph if possible. There are six seats allotted to each country so that replies received first will be given preference. All letters should reach me before 31st March in view of the fact that transport and other reservations must necessarily be made several months ahead of the date of departure.

London W. 1, 128 Harleystreet, March 1st 1951

HINGORANI

VERLAMMING VAN DE N. ULNARIS

Het komt mij voor dat in het artikel van DE JONG en GEERLING 5) te weinig

1) BROWN, *J. of Bone & J. Surg.*, Aug. 1949.

2) *Conduction anaesthesia.*

3) *J. of Bone & J. Surgery*, 19, bl. 993, 1937.

4) *J. of Bone & J. Surg.*, Aug. 1949.

5) *N.T.v.G.*, 95, 192, 1951.