

stadium. Naar onze indruk dient de therapie in dergelijke twijfelachtige gevallen dan ook te bestaan uit een gedurende een week voortgezette rust. Dit geldt, in verband met het bovenstaande, in het bijzonder voor patiënten die zich voorheen bovenmatig hebben vermoeid of door een trauma waren getroffen.

Juli 1952

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.



DODELIJKE LONGEMBOLIE MET LANGDURIG ZIEKTEBELOOP

Naar aanleiding van het artikel van dr. O. H. DIJKSTRA¹ meen ik te mogen wijzen op het volgende ziektegeval²:

Een man van 56 jaar werd 7 dagen na een maagsectie 's ochtends om 9 uur plotseling benauwd. Wij stelden de diagnose longembolie en behandelden hem met papaverine en heparine intraveneus, waarna de toestand snel verbeterde. In de loop van de dag herhaalden deze aanvallen zich nog twee maal. Beide keren werd weer intraveneus papaverine toegediend. Inmiddels werd volgens een gebruikelijk schema voortgegaan met het toedienen van heparine en begonnen met dicumacyl. De laatste aanval, de volgende dag om 1,30 u., was dodelijk. Obductie (dr. VAN DER LINDE): ruiterebolus van de arteria pulmonalis, geen verdere embolieën in de longvaten, geen infarcering, geen bron van de embolus gevonden (de onderste ledematen werden niet geseceerd).

Wij tekenen hierbij het volgende aan: Een ruiterebolus wordt altijd als dodelijk beschouwd. Ook in dit geval was het zo, echter pas na 16 uur. Men moet dus wel aannemen: 1e. Dat de embolus het vat niet geheel had afgesloten. 2e. Dat er een andere oorzaak van de dood ten gevolge van embolie moet zijn dan de mechanische afsluiting van het vat alleen. 3e. Dat de vasoconstrictie rondom de embolus (en wellicht reflectoir de andere longvaten en de hartvaten?) de oorzaak van de dood is, daar vaatverwijdende middelen tot drie maal toe bij deze patiënt in het acute stadium een verbluffend effect hadden.

Dat wij op den duur in dit geval met onze therapie geen succes hadden is begrijpelijk, daar een ruiterebolus niet naar de peripherie van de longvaten kan worden verslept, maar blijft hangen op de bifurcatie van de arteria pulmonalis. Heeft men echter een embolus in een van de takken van de arteria pulmonalis, dan kan men zich voorstellen dat deze embolus bij vasodilatatie door de bloedstroom voortschuift naar de peripherie. In dit geval heeft de patiënt een goede kans in leven te blijven. Wij konden dan ook verschillende patiënten met een ernstige embolie, met behulp van vaatverwijdende middelen in het leven houden.

Literatuur: ¹O. H. DIJKSTRA (1952) *N.T.v.G.* 96, 1585. ²*Onderzoekingen over thrombose en embolie in de chirurgische kliniek*, Academisch proefschrift 1950, Amsterdam. ³A. L. DE VETTEN (1952) *Archivum Chirurgicum Neerlandicum* 4, 68.

Tilburg, 28 Juni 1952

A. L. DE VETTEN, *chirurg*

DE PROEFBARING

In de klinische les van prof. HOLMER over de proefbaring¹ staan verschillende opvattingen, die tot bedenkingen aanleiding geven, omdat zij in hun algemeenheid kunnen worden misverstaan. Een ervan zij nader genoemd. Na de beschrijving van de met een uitgangstang eindigende proefbaring wordt gezegd: „Het is nu gebleken, dat het benige baringskanaal ruim genoeg is om een voldragen of nagenoeg voldragen kind, zonder dat dit wordt beschadigd, door te laten. Wanneer in de toekomst de baring wordt opgewekt vóór het kind te groot is, zal de vrouw steeds langs de natuurlijke weg kunnen worden verlost”. Hieruit valt moeilijk iets anders te concluderen, dan dat voor de bevordering van een normale, volgende baring na een uitgangstang bij een pelvis angusta of een slecht functionnerend bekken min of meer als routinemethode wordt aanbevolen de partus arte praematurus, die — wil zij overigens doelmatig zijn — in de 36e week of eerder dient te worden uitgevoerd. Naar mijn mening is deze ingreep bij bedoelde indicatie om twee redenen onjuist. Vooreerst wordt een methodiek aanbevolen, die op verloskundige en paediatrische gronden vrijwel nooit meer

wordt toegepast. Ten tweede zal in den regel na de beschreven uitgangstang — die immers moest worden verricht omdat de vrouw niet meer door eigen kracht de weerstand van de bekkenbodem kon overwinnen — bij de volgende baring juist deze factor grotendeels zijn opgeheven en onder goede leiding van flink persen veelal wel kunnen worden overwonnen. Elke (ontijdige) ingreep zou onverantwoord zijn, aangezien dus in den regel een normale volgende partus te verwachten is.

Literatuur: A. J. M. HOLMER (1952) *N.T.v.G.* 96, 1574.

Nijmegen, 29 Juni 1952

H. HOYNG

De opmerking van dr. HOYNG staat of valt met de erkenning van de juistheid van zijn stelling, dat de partus arte praematurus — wil deze doelmatig zijn — vóór of uiterlijk in de 36e week zou moeten plaatsvinden.

De opvatting, dat het hoofd van het kind in de laatste maand van de zwangerschap niet in grootte toeneemt, wil ik graag bestrijden. In overeenstemming met de in de aanhef van de klinische les gegeven definitie van de proefbaring zal het opwekken van de partus vóór de 36e week in dit verband wel nooit in overweging worden genomen.

Hiermee vervalt het eerste van dr. HOYNG's bezwaren. Deze vroeg geboren en onderscheiden zich naar mijn ervaring, onmiddellijk noch later, van de à terme ter wereld gekomen kinderen.

Met het tweede argument ben ik het in zoverre eens dat een volgende uitdrijving door eigen krachten kan plaatshebben. Dit zal zelfs meestal het geval zijn. De slotconclusie is echter niet de mijne, daar ik, in geval zich kennelijk een wanverhouding tussen hoofd en bekken ontwikkelt, het baringsmechanisme in gang wens te brengen. Ik meen voldoende duidelijk te hebben betoogd dat de verloskundige van heden niet meer geneigd is te trachten — in geval van extreme wanverhouding — een baring langs de natuurlijke weg na te streven.

Leiden, 17 Juli 1952

A. J. M. HOLMER

EEN NIEUWE KANKERTHERAPIE MET VERRASSENGE RESULTATEN?

Naar aanleiding van een artikel in de *Maasbode* van Zaterdag, 12 Juli j.l. getiteld „Een nieuwe kankertherapie met verrassende resultaten” stellen ondergetekenden, zulks namens hun werkgroep, er prijs op het volgende aan hun collegae mede te delen.

Sinds December 1950 heeft zich een klein aantal Utrechtse specialisten tot een werkgroep verenigd, om een speciale studie te maken omtrent vraagstukken, de cancerologie betreffende. Aan deze werkgroep was ook een chemicus verbonden. Het spreekt vanzelf, dat onderzoekingen op dit terrein jaren van ingespannen werk eisen, dat eventuele resultaten en mislukkingen met de grootste critiek dienen te worden verwerkt en dat dit werk in alle stilte behoort te geschieden. De leden van de groep hadden zich verbonden publicaties alleen gemeenschappelijk te doen plaats vinden.

Het artikel in de *Maasbode*, geïnspireerd door de chemicus, is verschenen zonder voorkennis of medewerking van de groep, die de verantwoordelijkheid hiervoor geheel afwijst, te meer daar de medische medewerkers ervan overtuigd zijn, dat zij zelf tot op heden geen positief gegeven bezitten, dat ervoor pleit, dat de met name genoemde substanties choline en polydyne een electieve werkzaamheid bezitten op een kwaadaardig gezwel.

Het artikel in de *Maasbode* heeft helaas verwachtingen gewekt en aanleiding gegeven tot aanvragen om behandeling. Deze aanvragen worden door ons afgewezen, daar wij niets meer te bieden hebben dan de bekende therapie, zoals die overal elders geschiedt.

Utrecht, 16 Juli 1952

A. J. BOEKELMAN

A. P. ÖFNER

BRIEFWISSELING



Wegens vacantie van de binderij zal No. 31 van het *Tijdschrift* een paar dagen later verschijnen.

REDACTIE