

## INGEZONDEN

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



### DE BEHANDELING VAN ADDERBEET

In verband met het artikel van collega VAN DER KROON<sup>1</sup> lijkt het mij misschien van belang te wijzen op de therapeutische werking van subcutane injecties van physiologische zoutoplossing of zelfs van aqua destillata in dergelijke gevallen, zoals die door SERGENT<sup>2</sup> op grond van proeven op dieren is bewezen.

SERGENT spoot muizen met adder- of schorpioengif in. Alle contrôledieren stierven hieraan binnen 2 uur. De muizen daarentegen, die, na de gifinjectie, een vloeistof ingespoten kregen, anders dan specifiek therapeutisch serum, overleefden het experiment in 10,3 pCt van de gevallen. Bij 59,1 pCt trad de dood vertraagd in en slechts 30,4 pCt stierven binnen dezelfde tijd als de contrôle-exemplaren. De auteur gebruikte voor zijn proeven in totaal 927 muizen. Het bleek uit overeenkomstige experimenten, dat de therapeutische werking van aqua destillata nagenoeg geheel gelijk was aan die van physiologische zoutoplossing. Er was reden om aan te nemen, dat het uitsluitend de toediening van een grote hoeveelheid vloeistof is, die de therapeutische werking uitoeft. De proeven waren zeer scherp gesteld, want waar in een bepaalde serie specifiek antiserum slechts definitief 2 op 5 muizen redde, redde de waterinjectie er bijna 1 op de 5. Hypertonische zoutoplossingen werkten minder goed. Normaal paardenserum deed het niet beter dan zoutoplossing. Voor bijzonderheden moge ik verwijzen naar de aangehaalde literatuur. Om kort te gaan is de praktische conclusie, die men uit het experimentele werk van SERGENT kan trekken de volgende: Wanneer men geen specifiek antiserum of andere willekeurige sera bij de hand heeft voor de behandeling van mensen of huisdieren, gebeten of gestoken door giftproducerende dieren, is het in ieder geval nuttig grote hoeveelheden physiologische zoutoplossing subcutaan toe te dienen terwijl veelal zelfs subcutane injectie van aqua destillata uitstel van executie of zelfs genezing kan brengen. In ieder geval kan men, naast de locale behandeling en de algemene, zoals door collega VAN DER KROON aangegeven, met deze therapie beginnen en dan later nog antiserum toedienen. Uiteraard bezit ik zelf niet de geringste ervaring op dit gebied.

<sup>1</sup>A. A. VAN DER KROON (1952) *N.T.v.G.* 96, 944. <sup>2</sup>E. SERGENT (1935) *C.R.Acad. Sci. (Paris)* 200; (1936) *Ann. Inst. Pasteur* 57.

Groningen

J. ARIËNS KAPPERS

### HUISARTS EN ANTI-COAGULANTIA

In het verslag van collega JORDAN<sup>1</sup> over de Utrechtse thrombosedienst trof mij de uitspraak, dat de huisarts, wat betreft de behandeling van thrombose-patiënten, de keuze heeft tussen de „ouderwetse” behandeling of opneming in het ziekenhuis voor de moderne behandeling. Door de apparatuur, zorg en routine die deze patiënten vereisen, zou behandeling door de huisarts onmogelijk zijn. Ik pas deze behandeling echter al 6 jaar geregeld toe, met goede resultaten, en zonder bloedingen. In den beginne moest ik de thrombokinase zelf maken, thans is deze in poedervorm in de handel verkrijgbaar. Ik heb een patiënt van 57 jaar meer dan 3 maanden met dicumacyl behandeld en de prothrombinetijd gehouden op het dubbele van normaal.

Tijdrovend is de contrôle niet in die mate, dat dit een bezwaar zou zijn; het kost per keer 10 minuten, enkele minuten langer dan een normale visite. De apparatuur bestaat uit 2 buisjes, thrombokinase, een recordspuit, een flesje physiologische zoutoplossing en een horloge met een secondewijzer.

Natuurlijk is het een vereiste, dat de huisarts vertrouwd raakt met de therapie en de gevaren daarvan overziet.

De ouderwetse behandeling is naar mijn mening slechts aangewezen voor die patiënten, die abnormale risico's geven bij dicumacyl-therapie.

Het lijkt mij een vereiste, dat elke student doorkneet wordt in deze therapie, zodat hij haar later kan toepassen. Plaatsgebrek in de ziekenhuizen, de relatief grote frequentie van de aandoening en de soms lange duur der behandeling dwingen in die richting. Het is slechts een quaestie van opleiding en daaraan mankeert nog veel juist op dit gebied.

*Literatuur:* <sup>1</sup>F. L. J. JORDAN (1952) *N.T.v.G.* 96, 2108.

Winsum, 29 Augustus 1952

U. J. MANSHOLT

Ik ben het geheel met collega MANSHOLT eens indien hij zegt dat de behandeling met anti-coagulantia door de huisarts „mogelijk” is. Waarom ook niet, indien hij er de tijd en de energie voor over heeft zich geheel in de techniek der prothrombine-bepaling in te werken. Ook het vaststellen der dosering is niet moeilijk, doch eist ervaring welke hij in de loop der jaren uit zijn eigen practijk kan opdoen. De mededeling van collega MANSHOLT bewijst reeds dat een huisarts deze therapie zonder te grote risico's „kan” hanteren en ik meen te weten dat er meer collega's huisartsen, zijn die deze therapie zelf toepassen. Mijn indruk is evenwel dat het merendeel der huisartsen, waar de mogelijkheid bestaat, dankbaar gebruik maken van de hen geboden hulp. Dit heeft bovendien het voordeel dat niet iedere arts opnieuw ervaring behoeft op te doen met een wijze van behandeling waarbij het grote moeite kost tussen de twee klippen: bloeding en recidief, door te zeilen.

Wat betreft de laatste alinea van collega MANSHOLT moge ik opmerken dat de ervaring van het onderwijs leert dat wij onze eisen niet te hoog mogen stellen, en ertegen moeten waken het accent te veel op „techniek” te leggen, waardoor het gevaar dreigt dat minder aandacht wordt besteed aan fundamentele zaken, zoals omgang met patiënten, opnemen der anamnese, algemeen lichamelijk onderzoek. Natuurlijk moet een gulden middenweg worden gezocht.

Utrecht, 13 September

F. L. J. JORDAN

### POLIOMYELITIS EN TONSILLECTOMIE

De opmerking in het artikel van collegae HEMMES en STAPERT<sup>1</sup> over de samenhang van poliomyelitis en tonsillectomie, waarmee de „waarnemingen van andere landen bevestigd werden”, was voor mij aanleiding de literatuur van de laatste vijf jaar hierover nog eens door te nemen. Hierbij bleek echter, dat vrijwel alle onderzoekers tot de omgekeerde conclusie komen.

Nadat in 1910 door SHEPPARD op een samenhang was gezinspeeld, zijn er in de Verenigde Staten veel publicaties over dit onderwerp verschenen. De niet-Amerikaanse schrijvers beperken zich voornamelijk tot het verwerken van de Amerikaanse publicaties zonder hieraan nieuwe gegevens toe te voegen.

Twee onderzoekingen betroffen proeven bij apen. Injectie van virus in de keel gaf poliomyelitis, penselen van virus op een tonsillectomie-wond gaf geen poliomyelitis. Indien het virus in de keel werd gepenseeld en daarna tonsillectomie verricht, ontstond meestal een bulbaire vorm van poliomyelitis (FABER).

De andere publicaties werken met statistische gegevens, waarbij de volgende onderzoekers tot de conclusie komen, dat er geen verband tussen poliomyelitis en tonsillectomie bestaat: HAMILTON, WINBORN, ROBERTS, PEDERSEN, KINNEY, CUNNING, MILLER, EVATT, TREYNOR, WESSELHOEFT, en de Europeanen BØE en TEMPLIN. PEDERSEN zegt dat kinderen die wel en kinderen die geen tonsillectomie hebben ondergaan, gelijke kansen op poliomyelitis hebben. WINBORN komt zelfs tot de conclusie, dat juist personen, bij wie kort geleden tonsillectomie is verricht, een minimale kans op poliomyelitis hebben. ROBERTS gaat nog verder en zegt, dat het percentage poliomyelitis-gevallen bij willekeurige kinderen 31 maal zo groot is als bij die welke kort tevoren tonsillectomie hebben ondergaan, dat poliomyelitis nog nooit is voorgekomen binnen de maand na tonsillectomie bij personen boven de 18 jaar. CUNNING bevestigt het laatste en zegt bovendien, dat de bulbaire vorm voor meer dan 95 pCt voorkomt bij de niet geopereerde groep. Zijn belangrijke publicatie omvat een enquête gedurende vijf jaar omtrent alle in de Verenigde Staten voorgekomen gevallen van poliomyelitis, met als twee afzonderlijke groepen die waarbij poliomyelitis binnen een maand na tonsillectomie en die waarbij poliomyelitis binnen een maand na andere chirurgische ingrepen is ontstaan. Op grond van hun gegevens zijn verschillende onderzoekers, onder andere CUNNING EN TEMPLIN fel tegen uitsel van tonsillectomie, vooral wegens het gevaar van de wel bewezen complicatiemogelijkheden.

Tegenover al deze schrijvers staat ANDERSON, die in een tweetal publicaties in 1945 en 1950 een groter aantal ernstig verlopen gevallen bij kort geleden met tonsillectomie behandelde kinderen opgeeft. Ook SIEGEL vond bij een epidemie in New York gedurende 1949 iets meer poliomyelitis-gevallen na tonsillectomie dan men statistisch zou mogen verwachten.

Wij moeten dus concluderen, dat er geen verband bestaat. Een punt van overweging is wel, dat na tonsillectomie, evenals na elke andere chirurgische ingreep, een slaptperiode volgt. Dit veroorzaakt gedurende ongeveer een maand een verminderde weerstand tegen infecties. Er valt dus wat voor te zeggen bij kinderen gedurende een poliomyelitis-epidemie alle niet urgente chirurgische ingrepen op te schorten. Voor volwassenen is dit, wat de tonsillectomie