

Wat ten slotte de passage over de luesbehandeling betreft: collega LOPEZ CARDOZO heeft bij de luesbehandeling voorkeur voor om de 4 uur 100.000 E. penicilline gedurende 10 dagen. Waarop deze voorkeur berust vermeldt hij niet. Ons zijn geen statistieken bekend over een dergelijk doseringsschema. Nu is het beoordelen van de resultaten van de luestherapie met penicilline zo moeilijk, dat wij nog niet aan een definitief oordeel over de gangbare doseringsschema's toe zijn. Het komt ons dan ook onjuist voor de verwarring te vergroten door op onvoldoende gronden een nieuw schema aan te bevelen, dat bovendien het grote nadeel heeft alleen klinisch te kunnen worden toegepast.

Zeker is, dat met om de 3 uur 60.000 E. gedurende 10 dagen, bevredigende resultaten bij verse lues zijn verkregen. Hierbij zijn de toppen niet veel hoger dan bij P.A.M.-therapie. Het is dus aannemelijk dat de P.A.M. geen slechtere resultaten geeft, wat door verschillende Amerikaanse statistieken wordt bevestigd. MARSHALL<sup>1</sup> gaat dan ook niet verder dan te constateren dat het misschien niet noodzakelijk is gedurende lange tijd een penicilline-spiegel in het bloed te handhaven en dat injecties met grotere intervallen bij lues *misschien* even effectief zijn.

Ten slotte zij vermeld dat wij, wanneer wij al lues met penicilline behandelen, zo enigszins mogelijk deze behandeling nog met As en Bi combineren, dit ter geruststelling van coll. LOPEZ CARDOZO, die bevreesd is dat wij door te zwakke behandeling onze patiënten zullen schaden.

<sup>1</sup>MARSHALL (1952) *Pharmacological Review*, Maart, bl. 100.

C. BLOM-IDES  
M. K. POLANO

's-Gravenhage, December 1952

### BOEKSTAVING VAN APPENDECTOMIE

Herhaaldelijk wordt bij een laparotomie de appendix (al dan niet ontstoken) verwijderd. Na jaren weet patiënt vaak niet meer of dit is gebeurd, terwijl inlichtingen van de operateur meestal pas na enkele dagen (of niet) zijn te krijgen.

Zou het geen aanbeveling verdienen bij iedere appendectomie een kleine huidincisie op het punt van MCBURNEY te maken, waardoor de verwijdering voor altijd is „geboekstaafd”?

Utrecht, 3 December 1952

J. C. MARTENS

### ADHAESIES NA LAPAROTOMIE

Ter aanvulling van het antwoord der Redactie op de vraag<sup>1</sup> over het voorkomen van adhaesies na laparotomie, wilde ik Uw aandacht vestigen op het artikel van KELLERMANN SLOTEMAKER<sup>2</sup> in dit *Tijdschrift* waarin hiervoor papaine werd aanbevolen.

<sup>1</sup>Vraag 104 *N.T.v.G.* 1952, 96, 2822. <sup>2</sup>J. P. KELLERMANN SLOTEMAKER (1939) *N.T.v.G.* 83, 1207.

Enschede, 23 November 1952

N. H. LOUIS

### BEHANDELING VAN VOETBLAREN<sup>1</sup>

Deze zomer heb ik met een aantal Leidse doctorandi en semi-artsen als assistent gewerkt bij de medische dienst van de Vierdaagse afstandsmarsen te Nijmegen. Zoals vanzelf spreekt was „blaren prikken” aan de orde van de dag. Wij deden dat op de volgende wijze:

De blaar werd eerst gejodeerd, en daarna met een vaccinostyle (de vaccinostyles stonden in lysoloplossing) geopend. Deze opening is groot genoeg om niet weer dicht te kleven. Grote blaren werden op verschillende plaatsen geopend. Wanneer zorgvuldig — dit is belangrijk — alle vocht uit de blaar was verwijderd, werd deze nog eens gejodeerd. Dit bleek een goede waarborg tegen infectie te zijn. Daarna werd een ruime zone rondom de blaar met benzine ontvet, en het geheel met leucoplast dakpansgewijs afgedekt. Het komt er hierbij op aan de stroken strak te trekken en vooral plooiën of rimpels te vermijden. Op deze wijze behandeld, liepen de deelnemers door, soms met onwaarschijnlijk gehavende voeten. 's Avonds was er in Nijmegen nog „policliniek”, waarvan ook druk gebruik werd gemaakt.

Klachten over ontstoken blaren zagen wij zelden; meestal waren deze blaren onderweg stuk gelopen (dus septisch geopend). Hernieuwde vulling van een blaar was meestal het gevolg van onvoldoende lediging bij de behandeling. Een tweede, zorgvuldiger behandeling kon zonder bezwaar volgen, mits men zo voorzichtig was de blaarhuid heel te houden door het kleefpleisterverband met benzine te verwijderen. Pijn deden de blaren niet meer als zij op deze wijze waren behandeld, in tegenstelling tot die welke door openknippen tot

een open wond waren gemaakt. Gaasjes of zwachteltjes (door de wandelaar zelf, of een andere helpende hand gebruikt) hadden meestal tot gevolg dat de blaar weer „volliep”. Blijkbaar werd de blaarhuid dan onvoldoende gefixeerd, en prikkelde zij de wond eronder mechanisch. Eén man moesten wij wel zwachtelen, omdat hij overgevoelig was voor de kleefstof van de hechtpleister. Jammer genoeg heb ik hem niet weergezien.

Buitenlandse deelnemers meenden, dat deze wijze van behandelen betere resultaten afwierp dan welke andere ook die zij tevoren aan den lijve hadden ondervonden.

Ik schrijf U deze ervaringen, die niet zo zeer de mijne zijn, als wel die van de medische dienst van de „Vierdaagse”, in de hoop de vragensteller van dienst te zijn.

<sup>1</sup>Vraag 105, *N.T.v.G.* (1952) **96**, 2889.

Oegstgeest, 30 November 1952

J. R. J. DE VRIES

## BEHANDELING VAN HYPERTENSIE MET METHONIUMVERBINDINGEN

Nu deze, onder anderen door VIERSMA<sup>1</sup> beschreven therapie waarschijnlijk op grote schaal zal worden toegepast, is het misschien nuttig te wijzen op de mogelijkheid de fatale gevolgen van overdosering of overgevoeligheid te bestrijden door middel van intra-arteriële transfusie. Ik verwacht dat de terstond verbeterende doorstroming van de weefsels een zeer gunstig effect zal hebben.

Als men geen passend bloed beschikbaar heeft, kan men beginnen met physiologische zoutoplossing of plasma. Een speciaal geconstrueerde apparatuur is niet strict noodzakelijk. Men kan in een dergelijk noodgeval de overdruk in de kolf ook tot stand brengen met een eenvoudige dubbele ballon.

*Literatuur:* <sup>1</sup>H. J. VIERSMA (1952) *N.T.v.G.* **96**, 2929. W. STEENSMA (1952) *N.T.v.G.* **96**, 446.

Haarlem, 23 November 1952

W. STEENSMA

Wat collega STEENSMA hier schrijft, zou uitsluitend ter overweging kunnen komen indien overdosering van methonium een hypotensie heeft veroorzaakt, die niet is op te heffen door de patiënt plat in bed te leggen en het voeteinde van het bed op klossen te plaatsen en ook niet door de inspuiting van nor-adrenaline, pituïtrine of neo-synephrine. Het door mij beschreven sterfgeval betrof een uitzonderingstoestand, waarin de methoniuminjectie een wanhoospoging was, die even succes scheen op te leveren, doch waarna de patiënte zo snel overleed, dat de laatstgenoemde middelen geen kans méer kregen. In alle andere gevallen kon het gevaar van een te sterke bloeddrukdaling worden afgewend door de patiënt horizontaal te leggen, een enkele keer met het hoofd laag en de benen hoog.

De bloeddrukregulatie is een uiterst subtiel mechanisme, dat wij zeer onvolledig kennen en begrijpen; elke maatregel, die hierop krachtig inwerkt (b.v. methonium, maar ook intra-arteriële transfusie) is risquant indien er belangrijke organische vaatafwijkingen zijn. Onlangs zag ik een vrouw met een gefixeerde hypertensie van ongeveer 235/160, die na de onderhuidse inspuiting van 15 mg hexamethoniumchloride reeds duidelijke verschijnselen van anoxia cerebri kreeg, toen de bloeddruk daalde tot 205/140 en het bewustzijn dreigde te verliezen bij een bloeddruk van 180/135. Door haar plat neer te leggen kon men het gevaar bezweren; de bloeddruk steeg toen bijna onmiddellijk tot het oorspronkelijke niveau.

Overigens bedenke men, dat een hardnekkige bloeddrukdaling, veroorzaakt door methonium, wel een oppervlakkige gelijkenis toont met de traumatische shock, maar dat er wezenlijke verschillen bestaan. Bij shock zijn de arteriolen nauw en de vasomotoren actief, na overdosering van methonium berust de hypotensie op tonusverlies der arteriolen en uitschakeling der vasomotoren. Zou men in het laatste geval de bloeddruk door intra-arteriële transfusie onder overdruk zodanig opvoeren, dat de doorstroming van een nauw sclerotisch vat weer op peil komt, wat zal er dan gebeuren in andere vaatgebieden, die niet door een adaequate tonus der arteriolen tegen de hoge druk worden beschermd? Het middel zou waarschijnlijk erger zijn dan de kwaal.

Als wij in ons streven om de natuur te verbeteren te ver zijn gegaan, past ons extra voorzichtigheid met correctiepogingen, die de toestand nog ingewikkelder maken. Opdat wij ons niet gedragen zoals de man, die zijn horloge had stukgedraaid en toen probeerde dit te herstellen door een klap met de hamer.

Amsterdam, 1 December 1952

H. J. VIERSMA