

ruimte, namelijk indirect door diffusie, alleen is deze weg nu aanmerkelijk korter en daarom is er ook veel minder gas vereist.

Voor de praevertebrale techniek vervallen dan ook de nadelen zoals door de schrijvers in het begin van hun artikel worden genoemd, en gelden alle voordelen die door hen voor de praesacrale techniek worden opgesomd, met als enige uitzondering dat voor een vulling aan 2 kanten ook 2 prikken nodig zijn en dat de patiënt moet worden omgedraaid. Maar dat is mijns inziens juist een voordeel. Door de vulling aan een kant wordt het namelijk mogelijk zijdelingse photo's te maken en deze zijn bij uitstek belangrijk voor de diagnostiek der bijniergezwellen, waarvoor de peri-renale insufflatie wel het meest zal worden gebruikt. Het gelijktijdig vullen van beide zijden acht ik dan ook een nadeel; in hoeverre dit weer door de planigraphie wordt vergoed, zal de ervaring moeten leren.

Een ander groot bezwaar lijkt mij de grote hoeveelheid benodigd gas met noodzakelijkerwijze de lange toestromingstijd. Vooral lijders aan de ziekte van CUSHING, die een onderzoek moeten ondergaan op een bijniergezwel of -hyperplasie, zijn zeer labiel in hun reactie en hier zou ik zeker bang zijn voor een vulling aan beide zijden met een zo grote hoeveelheid gas, terwijl een enkelzijdige vulling met 300 à 400 cm³ in ongeveer 10 minuten ingebracht, verantwoord lijkt.

Maar welke techniek men ook verkiest en welke indicaties men voor haar gebruik ook wil laten gelden, zeker verdient het gebruik van zuurstof verre de voorkeur boven lucht. Men zal nooit kunnen zeggen, dat een bepaalde techniek in het geheel geen kans op embolie geeft, ook bij de verouderde technieken van ROSENSTEIN en CARRELLI vond ik in de literatuur op 200 injecties er slechts 5! Maar indien er een embolie ontstaat, verloopt deze met lucht vaak dodelijk of althans met blijvende ernstige schade, hetgeen mij van zuurstof niet bekend is.

¹J. E. J. RESINK en A. S. SLUIS (1952) *N.T.v.G.* 96, 3053. ²J. BONNET (1945) *N.T.v.G.* 89, 399.

Leiden, 10 December 1952

J. BONNET

Inderdaad is het een voordeel van luchtinsufflatie aan één zijde, dat er zijdelingse röntgenopnamen kunnen worden vervaardigd, hetgeen van belang kan zijn bij de röntgendiagnostiek van de bijniere.

Van de praevertebrale methode hebben wij geen ervaring, maar het lijkt ons, dat bij iedere indirecte luchtinbrenging (dus ook bij de praevertebrale) toch lucht naar de andere zijde kan opstijgen. Het bezwaar, dat bij de praesacrale methode geen zijdelingse opnamen kunnen worden gemaakt, kan voor een groot deel worden ondervangen door het maken van halfzijdelingse opnamen, waarbij dan de instelling het best in staande houding tijdens doorlichting kan geschieden. Door toepassing van planigraphie is dit bezwaar echter geheel vervallen. De grote hoeveelheid lucht, die praesacraal wordt ingebracht, wordt door ons niet als een bezwaar, doch uit diagnostisch oogpunt juist als een voordeel gezien. De praesacrale pneumographie is een onderzoek dat niet alleen is bestemd voor de diagnostiek van de bijniere en nieren, doch voor alle retroperitoneaal gelegen organen en afwijkingen, en hiertoe kan men niet met een kleine hoeveelheid lucht volstaan. Ernstige complicaties werden door ons niet gezien en zijn in de literatuur ook niet vermeld. Ook is er tot nu toe geen melding gemaakt van embolieën, doch wij zijn het met collega BONNET eens, dat de kans hierop door het gebruik maken van zuurstof nog kleiner wordt. Bij de praevertebrale inbrenging van lucht is het echter ons inziens niet uitgesloten, dat belangrijke organen worden aangeprikt (bij voorbeeld een dystopische nier, een niergezwel, en zo voort). Bij de praesacrale injectie vindt de punctie juist plaats in een gebied waar geen grote vaten lopen, en waar geen noemenswaardige letsels kunnen worden aangebracht, afgezien van het aanprikken van het rectum, hetgeen niet als een gevaarlijke complicatie mag worden beschouwd. De techniek van de praesacrale punctie is verder zo eenvoudig, dat deze ook door niet chirurgisch geschoolde artsen kan worden verricht.

J. E. J. RESINK

A. S. SLUIS

Rotterdam, 16 December 1952

METHONIUM-BEHANDELING BIJ HYPERTENSIE¹

Methonium-paerparaten zouden de prikkeloverdracht in de autonome ganglia blokkeren. Het is dus van belang de werking van deze uiterst giftige stof die in staat is dit te bewerkstelligen, goed te kennen.

Zeere vele onderzoekers (korthedshalve niet te vermelden) wijzen vooral de laatste decennia op de grote betekenis van het autonome zenuwstelsel voor het normaal functioneren van het organisme. Het blokkeren van een prikkeloverdracht moet dan ook worden beschouwd

als het gevolg van vergiftiging. Op grond van deze onderzoeken kan het niet anders of langdurige blocking moet leiden tot een totale desorganisatie van het organisme via het gehele nerveus-hormonale systeem.

Hoe is het dan mogelijk waarde te hechten aan behandeling van slechts 2 patiënten met deze middelen gedurende meer dan 1 jaar en van slechts 9 patiënten gedurende ruim een half jaar, terwijl in dezelfde publicaties tot uiting komt dat maligne hypertensie in het algemeen in 4-5 jaar dodelijk verloopt?

In de Redactionele Kanttekening wordt melding gemaakt van de belangstelling die elk ernstig streven voor de behandeling van hypertensie verdient. Maar is deze „therapie”, die niet causaal is en waarvan de gevolgen niet zijn te overzien, wel zo belangrijk? Wordt de vicieuze cirkel bij maligne hypertensie door methonium wel verbroken? Is hier niet veeleer sprake van een zuiver symptomatische behandeling plus een desorganisatie van het autonome systeem?

Op de vraag: „reageert elke hypertensie op methonium” zal hoop ik geen antwoord worden gegeven, omdat dit mijns inziens niet op mensen mag worden nagegaan.

Operatieve behandelingen hebben voor, dat zij slechts gedeeltelijk ingrijpen in het sympathicus-parasympathicus-systeem.

Alles tezamen genomen lijkt mij deze therapie met methoniumpreparaten, behalve in acute, dreigende gevallen, voorlopig van biochemisch en theoretisch standpunt niet verantwoord.

¹Zie de artikelen van H. J. VIERSMA, van H. J. J. FESEVUR, en van S. E. BOS c.s. alsmede de Redactionele Kanttekening in 1952 nr. 47 van dit *Tijdschrift*.

Bilthoven, December 1952

M. BROUWER

De opmerking dat methonium een vergif is lijkt nogal overbodig. Bijna alle geneesmiddelen zijn min of meer giftig en vele onzer meest gewaardeerde medicamenten danken hun heilzame werking — evenals methonium — juist aan die giftigheid. Men denke slechts aan alle anaesthetica, aan digitalis en chinidine, aan de kwikdiuretica, de anticoagulantia en zo voort. Het komt er maar op aan die giftige stoffen op deskundige wijze toe te passen.

Bij de methoniumbehandeling is er geen sprake van een volledige uitschakeling of „desorganisatie” van het autonome zenuwstelsel. Op bl. 2929 staat onder andere dat de werking op de bloeddruk, vooral bij parenterale toediening, gewoonlijk *sterk* overheerst boven de invloed op andere functies.

Om de twijfel van collega BROUWER op te heffen of de vicieuze cirkel bij lijdens aan maligne hypertensie wel wordt doorbroken, verwijs ik naar bl. 2934, waar vermeld staat, dat wij tot voor kort alle lijdens aan maligne hypertensie (het zijn er tientallen) met het *volledige* syndroom „binnen enige maanden” uraemisch hebben zien overlijden, dus niet „in 4-5 jaar”. Patiënt B kwam in Juni 1951 met zulk een volledig syndroom in behandeling; thans — 1½ jaar later — doet hij zijn volle werk zonder klachten en zijn nierfunctie is goed; elke ochtend en elke avond geeft hij zichzelf een methoniuminjectie.

Een der grote voordelen van methonium is, dat men voorzichtig, tastenderwijs een mate van uitschakeling der vasomotorische innervatie kan trachten te bereiken, die subjectief en objectief verbetering brengt, dat de offers gerechtvaardigd zijn. Een ander voordeel is, dat men de bloeddrukdaling — behalve bij sterke overdosering — onmiddellijk op eenvoudige wijze kan opheffen, indien deze niet goed blijkt te worden verdragen. Daarentegen is een operatieve sympathectomie nooit meer ongedaan te maken en het resultaat is niet te voorspellen.

Mocht collega BROUWER met zijn op een na laatste zin bedoelen dat de toepassing dezer therapie zonder begrip en zonder deugdelijke indicatie (zie de Redactionele Kanttekeningen, bl. 2954) onverantwoord is, dan zou ik het in één opzicht met hem eens kunnen zijn.

Amsterdam, 15 December 1952

H. J. VIERSMA

VERBETERINGEN



In tabel II op bl. 3245 van de vorige jaargang (artikel: „Clinische ervaringen met intraveneuze ijzertherapie, schrijver: J. W. VAN DE LOO) behoren de laatste 4 kolommen niet zoals in het opschrift van de tabel staat bij patiënt C, maar bij patiënt B die op bl. 3244 is beschreven.

REDACTIE