

# INGEZONDEN

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



## ULCUS VENTRICULI NA GEBRUIK VAN IRGAPYRINE

Bij het lezen van het artikel van VAN WAYJEN en KOSTER<sup>1</sup> rijst een aantal vragen: Waar grijpen butazolidine en pyramidon aan, hoe werken deze stoffen, waarom compliceert het ulcus pepticum, waarom op deze plaats en in deze vorm? De beantwoording hiervan langs fysiologisch-chemische weg zal zeer moeilijk zijn. Blijkbaar is ook de werking bij verschillende individuen verschillend.

Verder trof het mij, dat van de patiënten zelf zeer weinig gegevens zijn vermeld. Wij weten alleen, dat *A* een weduwe is van 56 jaar en *B* tot zijn 53e jaar een gezonde man is geweest. Wie zijn deze mensen, hoe was hun leven en hun reactie hierop, waarom kregen zij hun klachten en waarom op dit tijdstip? En tenslotte, zou een adaequate bespreking van de ziekte met de patiënt op het beloop van invloed hebben kunnen zijn?

Misschien kan vermelding van eigen ervaring in deze van belang zijn, hoewel uiteraard de vergelijkbaarheid van de patiënten een moeilijk punt is. In het laatste jaar kregen 3 patiënten irgapyrine-injecties wegens spit en rheumatoïde pijnen. Bij een hiervan, een huisvrouw van 36 jaar, werd na 2 injecties de therapie gestaakt, omdat zij hevige pijnen midden-boven in de buik kreeg, waarbij zij zich ellendig voelde en veel moest opboeren. Alle drie patiënten verbeterden wat betreft de pijnen waarvoor zij hulp hadden ingeroepen. Het latere resultaat was echter gering. De klachten recideerden spoedig. Hierna heb ik hun verzocht ter bespreking van de ziekte op een afgesproken uur bij mij te komen. Zonder op de details van de gesprekvoering en de mogelijk psychogenetische componenten in te gaan zij hier alleen vermeld dat het verdere ziektebeloop gunstig was. Uiteraard bewijzen deze 3 gevallen weinig. Ik volg de methode ook bij deze soort patiënten echter als routine en mijn indruk is, dat zij zonder geneesmiddelen zeer goed herstellen en tot betere integratie en aanpassing komen.

Ik zou mij kunnen voorstellen, dat onder de, nadrukkelijk fysiek ingestelde therapie (en wat is deze anders bij de vele injecties, puncties en bepalingen van waarden op fysisch gebied) de patiënt zich niet geholpen voelt en naar gelang van zijn mogelijkheden reageert met recidief of complicaties, waarvan het ulcus een van de vormen is. Dit behoeft dus niets te zeggen tegen het gebruik van irgapyrine, maar wellicht wel tegen de therapeutische benadering van de patiënt.

Het is in verband met het vorige nog van belang te weten, of bij dezelfde patiënten andere stoffen, die dezelfde gunstige invloed uitoefenen op de klachten, eveneens een ulcus veroorzaken.

*Literatuur:* <sup>1</sup>R. G. A. VAN WAYJEN en M. KOSTER (1953) *N.T.v.G.* 97, 1525.

Maarsse, 14 Juni 1953

R. L. CORNELISSEN

Het ingezonden stuk van collega CORNELISSEN bestaat uit verschillende delen:

1e. Het poneert een aantal vragen over de pathogenese van het ulcus ventriculi tijdens gebruik van butazolidine of irgapyrine. De antwoorden op deze vragen zijn uiteraard nog niet bekend; deze hebben wij dus ook in ons stuk niet kunnen geven.

2e. Het doet mededeling van één geval waarbij een vrouw na injectie van irgapyrine hevige pijn in de bovenbuik had gekregen. Het is mogelijk, dat ook hier een ulcus was ontstaan, doch dit is, daar geen röntgenonderzoek wordt vermeld, niet bewezen. (Inmiddels zijn in de buitenlandse literatuur sinds onze publicatie verschenen is, nieuwe gevallen van ulcus ventriculi, ontstaan tijdens gebruik van butazolidine of irgapyrine, beschreven<sup>1</sup>).

3e. De veronderstelling wordt geopperd, dat door onze „nadrukkelijk fysiek ingestelde therapie” de patiënt niet voldaan was en dientengevolge reageerde met complicaties. Onze tweede patiënt kreeg het ulcus vóór hij onder onze behandeling kwam; of de therapie destijds „nadrukkelijk fysiek” is geweest kunnen wij niet beoordelen. Onze eerste patiënte kreeg het ulcus, terwijl zij op de afdeling van dr. J. GROEN werd verpleegd, waar, zoals collega CORNELISSEN bekend kan zijn, naar een combinatie van fysieke en psychotherapie wordt gestreefd.

*Literatuur:* W. C. KUZELL, R. W. SCHAFFARZICK (1952) *California Med.* **77**, 319. E. P. ENGLEMAN (1953) Annual Meeting of the Am. Rheumatism Assoc. (1953) *Lancet*, **264**, 1233. L. CUDKOWICZ, J. H. JACOBS (1953) *Lancet* **264**, 223. B. M. ANSELL et al. (1953) *Lancet* **264**, 951. N. V. DILLING (1953) *Lancet* **264**, 1230. W. E. SHIELDS et al. (1953) *J.A.M.A.* **152**, 28. E. C. RAFFENSPERGER (1953) *J.A.M.A.* **152**, 30. TH. KRAININ (1953) *J.A.M.A.* **152**, 31.

Amsterdam, 14 Augustus 1953

R. G. A. VAN WAYJEN

M. KOSTER

### HAEMANGIOMATA BIJ KINDEREN

Het proefschrift van dr. VAN DER WERF, *Een onderzoek naar huidangiomen bij schoolkinderen*, toont aan, dat haemangiomen neigen tot spontane, en cosmetisch fraaie genezing. Prof. SIEMENS, die van het proefschrift een aankondiging heeft geschreven (bl. 1782 van dit *Tijdschrift*), meent deze uitspraak, althans voor de grotere angiomen, te mogen betwijfelen.

Mijn ervaring over, naar schatting, bijna duizend gevallen, die niet werden behandeld, leert mij het volgende.

De echte angiomen verdwijnen na enkele jaren spontaan met een cosmetisch goed resultaat. Hiervoor is nodig een herhaald klein trauma bij voorbeeld door de kleding, hetgeen verklaart, dat angiomen op de onbedekte lichaamsdelen veel minder tot regressie neigen en daarom reeds op zeer jonge leeftijd moeten worden behandeld. Ik zag angiomen van bijna 10 cm spontaan verdwijnen met als rest op zijn hoogst een ongekleurde, wat kwabbe plek.

Een enkele maal wordt het angioom necrotisch of verettert, waarna het wordt uitgestoten. Soms ontstaat een oppervlakkig ulcus boven het angioom, dat met een onbelangrijk litteken geneest. Deze complicaties komen zelden voor.

De bruin-rode verkleuring, die zich reeds na enkele maanden ontwikkelt, berust niet op circulerend bloed, maar op bloedkleurstof in een georganiseerde, fibreuze angioomrest en verdwijnt door resorptie van het haematine.

Juist de in het begin snel groeiende angiomen verdwijnen het snelst, in tegenstelling met wijnvlekken en teleangiëctasieën, die geen of geringe neiging tot regressie tonen.

Haemangiomen ziet men bij ongeveer 20 pCt van alle zuigelingen, mits men er goed naar zoekt, ook onder het haar kijkt en de zeer kleine gezwelletjes meetelt. (De normale bleke angiomen van pasgeborenen vallen zoals vanzelf spreekt, niet hieronder).

Het is wenselijk, dat de artsen bij de beoordeling en de behandeling van angiomen één maatstaf aanleggen, temeer daar het geduld en het vertrouwen van de ouders op de proef worden gesteld door de langzame verdwijning van deze gezwellen.

Haarlem, 6 Juli 1953

W. M. NAESSENS

De door het proefschrift van dr. VAN DER WERF actueel geworden vraag, of men in de toekomst de angiomen beter onbehandeld zou laten, is voor de medicus practicus en voor de dermatoloog van buitengewoon praktisch belang. Het is derhalve prijzenswaardig, dat collega NAESSENS zijn uitgebreide ervaringen mededeelt.

Helaas tonen zijn mededelingen aan, dat wij het essentiële van de zaak nog niet weten, zoals ik ook in mijn referaat aanduidde.

Volgens NAESSENS is voor de spontane genezing van de angiomen noodzakelijk, dat deze een herhaald klein trauma ondergaan. Het bewijs voor deze bewering ontbreekt voorlopig ten enmale. De op het ogenblik heersende mening is, dat ook zonder trauma spontane genezing voorkomt, en zelfs vrij vaak. Dit is ook de quintessens van het proefschrift van VAN DER WERF.

Uit de noodzakelijkheid van een herhaald trauma concludeert NAESSENS, dat angiomen op de onbedekte lichaamsdelen, die volgens hem minder aan letsels zijn blootgesteld (hetgeen nog kan worden betwijfeld), in tegenstelling tot VAN DER WERFF *toch* behandeld moeten worden. Men zou echter ook anders kunnen concluderen: n.l. dat de medicus een herhaald klein trauma zou moeten veroorzaken, om de spontane genezing te bevorderen. Dit betekent mijns inziens een geheel nieuw gezichtspunt in de behandeling van de angiomen, dat nader onder ogen moet worden gezien, indien de opvatting van NAESSENS juist ware.

De belangrijkste quaestie voor het toekomstige angioomonderzoek is echter een andere. NAESSENS deelt mede, dat hij bijna duizend gevallen van angiomen heeft waargenomen, die niet werden behandeld. Hij vermeldt echter niet, hoeveel van deze niet behandelde angiomen spontaan zijn verdwenen. Hij zegt ook niet, hoe hij deze observaties heeft kunnen doen. In mijn referaat werd reeds op de grote moeilijkheden van een dergelijk onderzoek