

nissen van enige betekenis mee voorgedaan. Bij de patiënten die zeer langdurig werden geventileerd, nam men het verschijnsel waar dat reeds in 1952 door WHITTENBERGER en FERRIS werd beschreven: geleidelijk neemt bij gelijkblijvende ventilatie, de maximale inspiratoire druk toe. In acute gevallen wijst een drukstijging op obstructie van de luchtwegen; bij deze chronische patiënten is toenemende stijfheid van de thoraxwand waarschijnlijk de voornaamste factor.

Te Malmö wordt thans nog één patiënt verpleegd die in 1952 poliomyelitis kreeg. Deze patiënt zag ik in 1954; hij werd toen met de lundia-respirator geventileerd gedurende 21 uur per etmaal en was drie uur zonder kunstmatige ventilatie. Thans was hij overdag ongeveer zes uur zonder kunstmatige ventilatie en bracht hij de nacht op het schommelbed door; de overige tijd werd hij hetzij met de lundia- (als hij te bed lag), hetzij met de AGA-respirator (op zijn rolstoel) geventileerd. Behalve lijders aan poliomyelitis had men ook een aantal patiënten wegens emfyseem en ernstige koolzuurretentie behandeld, terwijl van tijd tot tijd patiënten met ernstige hypoxie na thoraxoperaties kunstmatig werden geventileerd. Vooral bij patiënten bij wie na thoracoplastiek paradoxe bewegingen van de thoraxwand aan de geopereerde zijde in belangrijke mate tot de hypoxie bijdroegen, had men van kunstmatige ventilatie voordelen gezien. Men paste kunstmatige ventilatie bij deze patiënten toe, indien door steunen van de thoraxwand aan de geopereerde zijde met zandzakken onvoldoende verbetering werd bereikt. Men had weinig ervaring met de behandeling van een ernstig trauma cerebri.

Op terugreis naar Nederland bracht ik een kort bezoek aan de kliniek van Prof. LASSEN in Blegdamshospitalet te Kopenhagen. Hier worden thans nog ongeveer 20 patiënten, die in 1952 poliomyelitis kregen, met kunstmatige ventilatie behandeld. Het merendeel hunner heeft tevens andere belangrijke restverlammingen. Men heeft een aantal patiënten met kunstmatige ventilatie naar huis kunnen laten gaan. Voor de overgeblevenen wordt veel gedaan om hun leven, zonder enige hoop op het herkrijgen van hun eigen ademhaling, voor zover mogelijk enige inhoud en zin te geven. Vele patiënten waren in staat glossofaryngeale ademhaling („frog-breathing”, zie o.a. COLLIER e.a. 1956) te leren, waardoor zij korte perioden (uitval van elektrische stroom bv.) zonder hulp van de respirator konden overbruggen. Psychologisch bleek dit van veel belang. Andere voordelen van glossofaryngeale ademhaling zijn dat de patiënt kan hoesten en eens diep kan inademen; een nadeel is dat de inspiratie zeer lang en de expiratie slechts kort duurt, waardoor bij deze vorm van ademhaling de intrapulmonale druk bijna steeds positief is. Veel tijd en moeite wordt besteed aan onderwijs en bezigheidstherapie; men is in technisch opzicht zeer vindingrijk waar het gaat om het maken van hulpmiddelen ter vervanging van de functie van de handen. Eén patiënt deed met succes examen als radiozendamateer; er werd voor hem een zender gebouwd die hij geheel met de mond kan bedienen.

De wijze waarop het leed van deze mensen wordt gedragen en verlicht, dwingt diep respect af, niet alleen voor de patiënten, doch ook voor de leden van de staf, voor wie dit werk ongetwijfeld een grote geestelijke belasting moet vormen. Na een bezoek aan Blegdamshospitalet begrijpt men de grote belangstelling van de Deense bevolking voor de gratis vaccinatie tegen poliomyelitis bij personen onder de 40 jaar. Met aanplakbiljetten in trams enz. wordt daarvoor veel reclame gemaakt. Fén van LASSENS patiënten hield over dit onderwerp zelfs een toespraak voor de radio. Bij alle bezwaren die te onzent tegen een dergelijke werkwijze

mochten worden geopperd dient men echter te bedenken dat in Blegdamshospitalet in 1952 ongeveer 900 patiënten met paralytische poliomyelitis uit Kopenhagen en omgeving (bevolking ruim 1 miljoen) werden opgenomen.

Tot slot wil ik hier gaarne de grote gastvrijheid van onze Scandinavische gastheren en hun echtgenoten roemen, die mijn vrouw en mij op zo hartelijke wijze ontvingen, niet alleen in hun instituten, doch ook in hun huiselijke kring.

Literatuur:

- COLLIER, C. R. e.a. (1956) *J. appl. Physiol.* **8**, 580.
 DAIL, C.W. e.a. (1955) *Manual of instruction for glossopharyngeal breathing*. New York, Nat. foundation for infantile paralyses.
 ENGHOFF, H. (1956) *Konstgjord Andning*, Uppsala.
 HELLSTEN, H. (1953) *Svenska Läk T.* **50**, 1512.
 HELLSTEN, H. en G. MIÖRNER (1954) *Svenska Läk T.* **51**, 2790.
 MIÖRNER, G. (1954) *Nord. Med.* **51**, 675.
 RILEY, R. L., D. D. PROEMMEL en R. E. FRANKE (1945) *J. biol. Chem.* **161**, 621.
 SAHLIN, B. (1932) *Acta med. scand.* **79**, 75; (1931) *Hyg. Revy* **20**, 129.
 THUNBERG, T. (1925) *Klin. Wschr.* **4**, 536.
 WHITTENBERGER, J. L. en B. G. FERRIS (1952) *Amer. J. phys. Med.* **31**, 226.
 WCUDE, A. VAN DER e.a. (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 2134.
 Appelscha, september 1956

A. BCUIHUY

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid der Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

KLINISCHE ERVARINGEN MET HET ANTICOAGULANS SINTROM

Het ingezonden stuk van collega BURKENS over zijn ervaringen met anticoagulantia en speciaal zijn zeer slechte ervaring met het anticoagulans Sintrom, heeft mij verbaasd.

Sintrom wordt sinds november 1955, in onze kliniek uitsluitend naast heparine gebruikt, zodat onze ervaring met dit anticoagulans zich nu uitstrekt over ruim 500 patiënten. Bij dit patiënten-aantal zagen wij slechts drie keer een „uitschieter”, nl. tijdens ziekte van de analiste, die onze protrombine-bepalingen verricht. In die tijd werd door de assistenten de minder betrouwbare „bedside” methode gebruikt.

Gezien onze blijvende gunstige ervaringen, met drie „uitschieters” op ruim 500 patiënten, welke aan de richtlijnen opgegeven in mijn artikel voldoen, ten gevolge van onvoldoende controle, in tegenstelling tot de 13 „uitschieters” bij 23 patiënten van collega BURKENS, rijzen dadelijk vragen zoals bv. de klinische toestand van de met het anticoagulans behandelde patiënten (anemie, decompensatio cordis), de verder gelijktijdige medicamenteuze therapie (digitalis, acetosal), de toegediende dosis (Sintrom behoeft o.a. niet gefractioneerd te worden gegeven), de renale functie (Sintrom wordt nl. onveranderd door de nier uitgescheiden, zodat bij gestoorde nierfunctie cumulatie plaats vindt), de eindiagnose, de uitgangswaarden van de protrombine-tijd voor de toediening van het anticoagulans, enz.

Aangezien deze gegevens ontbreken, is het niet mogelijk in discussie te treden.

Literatuur: BURKENS, J. C. J. (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 3827.

Rotterdam, 29 december 1956

H. S. NANNINGA