

LA PRESSE MÉDICALE. 65e Jrg. No. 10, 2 februari 1957.

J. E. PAILLAS en P. PRUVOT, *Traitement chirurgical de l'épilepsie temporale non tumorale*. — Bij 13 van de 45 geopereerde patiënten keerden de aanvallen niet terug en bij 11 van hen verdwenen de afwijkingen op het elektro-encefalogram. Daarentegen was dit normaal geworden bij 7 andere patiënten, die crises bleven houden.

M. BONDELLE, P. BOUYGUES en H. PUECH, *Les manifestations neurologiques de la porphyrie aiguë. La forme polyneuropathique à évolution cyclique. Remarques cliniques et pronostiques, à propos de sept cas*. — Uitvoerige bespreking van klinische verschijnselen.

PH. DÉTRIE, *Le cancer du corps thyroïde et son traitement actuel*. — Overzicht van 3 grote statistieken.

L. BINET, H. BOUR en J. CL. DUCOMET, *Pleurésie purulente interlobaire évacuée par vomique au cours de l'évolution d'une pleurésie séro-fibrineuse traitée par cortisone*. — Ziektegeschiedenis van een 33-jarige man, lijdende aan pleuritis tuberculosa, bij wie ook een bronchusfistel ontstond.

CH. DEBRAY en J. P. HARDOUIN, *La toux spasmodique de décubitus signe de hernie gastrique de l'hiatus oesophagien*. — Nachtelijke hoestaanvallen kunnen veroorzaakt worden door prikkeling van de larynx als gevolg van regurgitatie van de maaginhoud bij patiënten met een hiatus-hernia.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. 82e Jrg. No. 6, 8 februari 1957.

H. U. ZOLLINGER, *Die Nierenpunktion*. — Na enige oefening kan men verwachten in 70-80 pct van de punctaten bruikbaar pathologisch-anatomisch materiaal te krijgen. Het onderzoek heeft een vrij groot risico.

L. HENSLER, *Die chronisch-interstitielle Nephritis*. — Beschrijving van het ziektebeeld. Chronische lichte beschadiging door geneesmiddelen, vooral Phenacetin, zou als oorzaak kunnen worden aangewezen.

H. LUCKNER en R. MAGUN, *Fehlernährung und Erkrankung peripherer Nerven (Schluss)*. — Tekort aan vitamine B<sub>1</sub>, al of niet gecombineerd met eiwittekort, kan volgens klinische en experimentele onderzoeken niet aansprakelijk worden gesteld voor het ontstaan van polyneuritis (polyneuropathie).

F. ROTH, *Über die Spätfolgen des chronischen Arsenismus der Moselwinzer*. — Pathologisch-anatomisch onderzoek. Waarschuwing tegen gebruik van As<sub>2</sub>O<sub>3</sub> in land- en tuinbouw.

O. NEHRKORN en L. HADAMCZIK, *Kombinierte Darstellung der Gallen- und Harnwege*. — Beschrijving van een nieuw middel (SH 322) waarmee zowel in galblaas als in nieren voldoende contraststof komt, zodat beide na één intraveneuze injectie kunnen worden onderzocht.

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### SUBSIDIE WETENSCHAPPELIJK WERK

De stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit, vóór 15 april a.s. hun aanvragen in te dienen bij de secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen, ten behoeve van wetenschappelijk werk op medisch gebied. Zulk een steun kan betreffen zowel het persoonlijk levensonderhoud, als de aan het werk als zodanig verbonden onkosten, eventueel het daaruit voortvloeiende salarieren van medewerkers. Kortom, het verlenen van steun kan in overweging worden genomen indien enig belangrijk wetenschappelijk werk van geneeskundige strekking om geldelijke redenen ongedaan dreigt te blijven.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te bevatten van de doelstelling en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Leiden, 1 maart 1957  
Boerhaavelaan 33.

S. E. DE JONGH

## 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).

### NOODGEBRUIK VAN NIET-STERIELE FYSIOLOGISCHE ZOUTOPLOSSING „BIJ ENE DOOR BLOEDVLOEIING” SCHIJNDODE KRAAMVROUW

Het historische en kostelijke artikel van SIMON THOMAS geeft mij aanleiding tot de volgende mededeling.

Jaren geleden, toen ons dorp nog een soort vroedvrouwbaker had, werd ik door deze met uiterste spoed geroepen, voor een vrouw met een vastzittende placenta en een levensgevaarlijke bloeding.

Er bleek geen tijd te verliezen: hartslag en ademhaling van de kraamvrouw waren niet aantoonbaar. Uit de schede vloeide een dun zigzaglijntje waterig bloed.

Ofschoon opgevoed in den vreeze van infectie en puerperale koorts, heb ik op slag, zonder de vrouw te reinigen of mijn handen te wassen, de placenta eruit gehaald.

Terwijl gevraagd werd om een bakje koud water, een ketel warm water en een eetlepel keukenzout, werd secale, lobeline, Cardiazol en coffeine ingespoten in de hooggelegde benen van de vrouw. De aderen aan de armen waren blijkbaar leeg, althans niet te vinden. Op het gevoel werd met vuile vingers en op de gis, een fysiologische zoutoplossing gemaakt (1 lepel verontreinigd keukenzout op 1 liter vuil water op ongeveer 40° hoge lichaamstemperatuur).

Aldus kreeg de vrouw met een recordspuit van 10 ml in een recordtempo met krachtige druk tientallen intramusculaire injecties in de hoogliggende benen. De spanning verlengde elke seconde tot een minuut. Na 15-20 injecties werden de armen een paar maal opgetrokken en neergelegd bij wijze van kunstmatige ademhaling. De benen werden hartwaarts gemasseerd, het hoofd laag gelegd, en met een zeker iets te snel wanhoopstempo op de hartstreek geklopt bij wijze van hartmassage.

Toen er nog een tiental spuiten overal in de lenden en om de borsten leeggespoten waren, werd opnieuw naar een teken van hartslag gezocht. Men hoorde een „poeng” en dan volgens schatting na minuten, die wel seconden geweest zijn, weer een „poeng”.

Weer werden voorzichtig ademhalingsbewegingen gemaakt, weer werden tientallen spuiten water gegeven en daarna ging het geluid van het hart over in poenke — poeng — poeng met lang interval, doch in een aarzelend ritmeverband.

Na een watje chloorethyl onder de neus en de nek en een paar fikse tikken op de wangen, trok de liphoek op, en een diepe ademhaling volgde. Kort daarna was de patiënte bij, met een snelle ademhaling en een snelle pols, en de uterus in contractie.

Maar toen pas sloeg de schrik ook mij om het hart, dodelijke koortsens zouden volgen en er was niet veel meer te doen, dan Electrargol in te spuiten of een fixatie-abces te provoceren. Aangezien het voorbarig scheen een vijand aan te vallen die nog onzichtbaar was, deed ik niets, appliceerde alleen warme kruiken. Het was toen in de mode (terecht geloof ik), veel eieren te geven. Mijn patiënte kreeg ze rauw bij tientallen, met brandewijn, alsook een overvloed van staalwijn, wat alles prachtig werd verdragen.

De vrouw heeft geen hogere temperatuur gehad dan 37,7°; na 14 dagen stond ze alweer „in de deurpost”. Patiënte heeft nog enkele gezonde kinderen gekregen, leeft thans nog en is tegen de zesting.

Eigenlijk zou in 1957 elke verloskundige in zijn tas, be-

## PROSTAATHYPERTROFIE

halve een tampon, een fles plasma en een bistouri moeten hebben; maar misschien is fysiologische zoutoplossing, in dubbele concentratie (te verdunnen met kokend water) maar dan steriel, in eerste instantie voldoende. De fles kan dan ook wat kleiner zijn en neemt minder ruimte in.

Baarn, 8 februari 1957

A. A. VAN DER KROON

## SUBACUTE KWIK-INTOXICATIE IN DE VORM VAN ACRODYNIE TEN GEVOLGE VAN EEN PER OS TOEGEDIEND KWIKDIURETICUM

Naar aanleiding van het artikel van F. KALSBEK en G. BLOMHERT lezen bij mij de volgende vragen:

Indien van een oraal toegediende kwikverbinding slechts 10 pct wordt geresorbeerd, hoe is het dan te verklaren, dat orale toediening van bv. 40 mg kwik per dag, waarvan dus in een week ongeveer 28 mg wordt geresorbeerd, eerder aanleiding geeft tot intoxicatieverschijnselen dan intramusculaire injectie van 2 ml, tweemaal per week, overeenkomend met 160 mg kwik per week?

Is een oraal kwikpreparaat in een „veilige” dosis even werkzaam als een intramusculair toegediend preparaat?

Kan men, evenals bij parenterale toediening, ook per os een kwikdiureticum stoetsgewijs toepassen? Welke dosis zou daarvoor de meest geschikte zijn?

*Literatuur:* KALSBEK, F. en G. BLOMHERT (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 233.

Amsterdam, 7 februari 1957

S. REEDE

Op grond van literatuurgegevens kan men aannemen:

1e. dat 80 mg kwik, intramusculair toegediend, geheel wordt uitgescheiden vóórdat de volgende toediening, twee of drie dagen later, plaats vindt;

2e. dat 40 mg kwik per os gegeven, niet geheel is uitgescheiden, voordat de volgende dag de volgende dosis wordt gegeven.

Door deze verschillen in eliminatie van intramusculair en oraal toegediend kwik, is de schijnbare paradox te verklaren, dat 28 mg kwik per week uit de darm opgenomen eerder aanleiding geeft tot cumulatie dan 160 mg kwik per week intramusculair toegediend.

Alleen die dosis per os gegeven kwik zou men „veilig” mogen noemen, welke vóór de volgende toediening geheel is uitgescheiden. Gezien de langzame en inconstante resorptie uit de darm zal deze dosis moeilijk te bepalen zijn (obstipatie, diarree). Een dergelijke „veilige” dosis kwik per os is waarschijnlijk zó laag, dat het diuretische effect veel geringer is dan van een intramusculair toegediend kwikpreparaat.

Stoetsgewijze toediening van een oraal kwikpreparaat zou te verkiezen zijn, omdat dit de mogelijkheid opent van een totale eliminatie van het kwik, vóór de volgende dosis. Voor een gelijk diuretisch effect is echter per os vier maal zo veel kwik nodig als bij intramusculaire toediening (dit geldt voor chloormerodrine, voor andere kwikverbindingen is de verhouding nog ongunstiger).

De tijd, welke in dit geval voor de totale eliminatie van het kwik nodig is, vergt echter weer een grotere tussenpoos tussen de toedieningen. Bovendien neemt de kans op een rechtstreeks toxische werking op de slijmvliezen van het darmkanaal bij deze hoge dosering toe.

’s-Gravenhage, 19 februari 1957

F. KALSBEK,  
G. BLOMHERT

Het artikel van de uroloog F. H. VAN GULIK (1957) heeft de grote verdienste aan huisartsen de goede raad te geven om alle mannen boven 50 jaar rectaal op prostaat-vergroting te onderzoeken, ook al komen zij met geheel andere klachten.

Dit is niet zo zeer van belang voor de therapie in het eerste stadium, want deze bestaat volgens VAN GULIK slechts uit chloormagnesium, urethrale dilatatie of hembreol, welke maatregelen toch zeker niet de patiënt het tweede en derde stadium besparen.

Maar de verdienste ligt in het bijtijds opsporen van de vergroting, omdat dan de operatie Steinach II kan worden uitgevoerd, welke met grote zekerheid (96 pct) een latere gevaarlijkere operatie voorkomt. VAN GULIK geeft van deze laatste vier varianten aan, die evenwel nog een groot risico meebrengen van sterfte, bloeding, fistel, urethritis. Deze ingreep Steinach II is geheel ongevaarlijk onder plaatselijke anesthesie, en bestaat uit het afbinden der 12 à 15 kanaaltjes tussen testis en epididymis.

VAN GULIK noemt deze operatie in het geheel niet, en zij is blijkbaar in ons land ook onbekend, want bij geen chirurg of uroloog heb ik de opinie er over mogen vernemen.

Daarentegen prijst de uroloog Dr. TANT (Brussel) (1933) de operatie Steinach II zeer aan. Hij verzekerde mij dat de patiënt blijft in het eerste stadium (nadruppelen), maar dat daarna de prostaat nimmer groter wordt.

De chirurg-uroloog Dr. NIEHANS (Montreux) zag na zijn 2000 operaties Steinach II nooit carcinoom van de prostaat ontstaan, terwijl deze ingreep tevens de bloeddruk verlaagt.

LAQUEUR (1938/1940) raadt eveneens de Steinach-operatie aan; het te veel aan oestron in het mannelijk climacterium zou door productie van testosteron (Leydigscellen) worden gecompenseerd.

J. G. REMIJNSE (1932), die de ectomie nog voor 50 pct een waagstuk noemt, raadt resectie aan van de vasa deferentia, of een blaasfistel of cauterisatie van de prostaat.

Pratique médico-chirurg. (éd. Masson) zegt er van in Tome IX: „L'opération Steinach II donne un meilleur résultat que l'opothérapie ou les greffes testiculaires (Voronof), mais ne guérit pas l'hypertrophie du prostate, semble agir sur les phénomènes congestifs concomittants”. Volgt een beschrijving van de operatie onder lokale anesthesie (bl. 853) waarbij men moet oppassen niet de bloedvaten van de epididymis in de afbinding mee te betrekken. Dezelfde Tome IX (bl. 820) geeft nog aan, dat deze sterilisatie in verschillende landen is toegestaan bij abnormalen en geesteszwakken.

In *Presse médicale* 1937, bl. 1858 wordt een ampele bespreking gewijd aan deze Steinach II: de hormonale balans wordt er weer evenwichtig door, het mannelijk hormoon krijgt weer meer kracht, de viriliteit neemt toe. Doordat na de Steinach II de testes zelf weer het lichaam van hormoon voorzien, is deze operatie beter dan de toediening van hembreol.

Het is dus te hopen dat ook in ons land door deze operatie de ernstigere ingrepen vermeden zullen worden. Te meer daar niet iedere operateur de kwaliteiten van chirurg en uroloog in zich verenigt!

*Literatuur:* GULIK, F. VAN (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 304. TANT (1933) *Brux.-méd.* 545. NIEHANS, *La sénescence*. Ed. Vigot. LAQUEUR (1938) *Hormon* 2, 71; (1940) 4, 33. REMIJNSE (1932) *Ned. T. Geneesk.* 76, 3554.

Zutfen, februari 1957

H. HAENTJENS