

verricht. Uitsluitend injectietherapie is onlogisch omdat één der hoofdoorzaken van de varices, naast de ontwijfelbaar bestaande constitutionele factoren, bestreden blijft, namelijk het insufficiënt zijn van de vena saphena tot in de lies. Men kan even goed bij een indirecte liesbreuk een plastiek volgens Bassini uitvoeren en de breukzak intact laten.

Wat de gevaren voor embolie betreft, deze bestaan bij de hoge resectie zoals bij elke operatie; zij doen zich echter uiterst zelden voor. Theoretisch is dit gevaar bij de injectietherapie als de vena saphena tot de uitmonding in de vena femoralis insufficiënt is, veel groter dan bij resectie en afbinding. Gelukkig echter voor de beoefenaar dezer behandeling valt het in de praktijk mee.

Nog één andere factor moet worden overwogen. Het moet de bedoeling van elke behandeling zijn, de patiënt zo spoedig en goed mogelijk te genezen. Wanneer wij de vele gevallen overzien, waarin wij wegens uitgebreide varices en insufficiënte vena saphena magna en(of) parva in de loop der jaren 30 à 40 injecties hebben gegeven, is onze keuze niet moeilijk. Er zijn gevallen van een geïsoleerde varix, waarin een eenvoudige injectie doeltreffend kan zijn. Er zijn gevallen waarin de hoge resectie en retrograde injectie niet of niet geheel tot het doel leidt en een uitgebreidere of andere techniek geïndiceerd is. Het merendeel, vooral van de jeugdige variceslijders kan met een eenvoudige behandeling genezen. Dat deze genezing jarenlang kan standhouden, menen wij met ons na-onderzoek te hebben aangetoond.

Rotterdam, 22 oktober 1957

W. J. WIELINGA

Niet zozeer de artikelen van W. J. WIELINGA en van R. J. BROUWER en W. RODENBURG over de behandeling van spataderen, als wel de hierop aansluitende redactionele kanttekening is voor ons aanleiding tot enkele opmerkingen.

Genoemde artikelen immers typeren zeer wel de algemene ervaring — ook de onze — betreffende de resultaten van de hoge afbinding, gecombineerd met scleroserende injecties: in 15 tot 20 pct is het resultaat onbevredigend te noemen.

Op grond hiervan verwerpt ROWDEN FOOTE (1954) juist deze methode en propageert hij de exhaeresis; ook in de laatste editie (1955) van ALLEN, BARKER en HINES wordt een soortgelijk standpunt ingenomen.

Na een aanvankelijke aarzeling tegenover een enigszins ruw aandoende ingreep, hebben wij nu sinds enkele jaren de exhaeresis met intraluminaire strippers bij enkele honderden patiënten toegepast. Het is hier niet de plaats nader in te gaan op de indicaties, welke o.a. ten aanzien van thrombophlebitides ruimer kunnen worden gesteld dan voor de ligatuur-injectiemethode, noch op techniek of nabehandeling; ook laat de voor een ingezonden stuk gewenste korte termijn statistische bewerking van ons materiaal niet toe.

Wij kunnen volstaan met het vermelden van de ons verrassende resultaten: vrijwel zonder uitzondering opmerkelijk snel verdwijnen van de klachten, definitief genezen van ulcera en ontbreken van recidieven.

Deze methode is bovendien noch ingewikkeld, noch langdurig te noemen: het verzorgen van de hoge afbinding is bij beide operaties gelijk; het distaal opzoeken der vena saphena en het invoeren van de stripper verlengt de ingreep zelden met meer dan tien minuten en vergt slechts bij uitzondering een enkele hulpincisie.

De noodzakelijke, oppervlakkige narcose kan onder de huidige omstandigheden nauwelijks een bezwaar worden geacht; het risico van een in de diepte overgrijpende trom-

bose ontbreekt vrijwel geheel; de tijdelijke en beperkte hematomen blijken veel minder hinderlijk dan de getromboseerde strengen na scleroserende injecties; de onmogelijkheid tot rekanalisatie en de meer radicale uitschakeling van de prolifererende takken komen mede in de resultaten tot uiting.

*Literatuur:* ALLEN, BARKER en HINES (1955) *Peripheral vascular diseases*. — BROUWER, R. J. en W. RODENBURG (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1857. — FOOTE, R. R. (1954) *Varicose veins*. — WIELINGA, W. J. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1854. — Redact. Kanttekening (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1879.

's-Gravenhage  
Gouda oktober 1957

J. D. BOM  
N. G. GEELKERKEN

Bovenstaande stukken bewijzen, dat voor de behandeling van varices bij de chirurgen grote belangstelling bestaat. Voor de huisartsen lijkt het zaak, hun zieken hiervan te laten profiteren.

Amsterdam, 28 oktober 1957

REDACTIE

### THYREOIDITIS EN BOF

Naar aanleiding van het door CEJKA gerefereerde artikel van EYLAN e.a. (1957) over thyreoiditis en bof, is wellicht het volgende van belang:

Tijdens een bof-epidemie te Enschede constateerde ik bij een patiënte van 33 jaar, dat zij behalve parotitis ook nog een zwelling had van de andere speekselklieren. Dit is op zichzelf niet zo'n grote bijzonderheid. Wel echter, dat er tevens thyreoiditis bestond; deze begon enkele dagen na het uitbreken van de bof en genas ook later.

In tegenstelling tot de ervaringen van EYLAN c.s. kwamen bof en thyreoiditis hier dus duidelijk gelijktijdig voor.

*Literatuur:* EYLAN, E. e.a. (1957) *Lancet* I, 1062. — Referaat (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1776.

Enschede, 16 oktober 1957

F. J. W. TER HAAR

### PSEUDORUBEOLA

In zijn artikel over „Rubeola en pseudorubeola” geeft collega HUYGEN een beschouwing over de epidemieën van 1950, 1952 en 1955. Het is duidelijk dat de epidemie in 1950 een andere ziekte is geweest dan die in 1952 en in 1955; die van 1950 lijkt naar mijn mening het meest op lichte roodvonk. Kan collega HUYGEN nadere argumenten aanvoeren ter staving van zijn conclusie dat de ziekte van 1950 pseudorubeola is geweest?

*Literatuur:* HUYGEN, F. J. A. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1744.

Rotterdam, 21 september 1957

J. JAGER

Het komt mij uiterst onwaarschijnlijk voor, dat de beschreven epidemie van 1950 roodvonk zou zijn geweest, en wel op grond van de volgende argumenten:

1. Het exantheem van rubeola kan inderdaad zeer veel op dat van roodvonk gelijken, zoals ik bv. bij het begin van de epidemie van 1955 ervoer en in mijn artikel vermeldde. Anderzijds kan roodvonk zeer licht verlopen, zoals dat tegenwoordig eer regel dan uitzondering is. Dit neemt echter niet weg, dat men toch mag verwachten dat bij een dergelijke uitgebreide epidemie althans een gedeelte van de patiënten een typisch roodvonkexantheem zou hebben gehad. Dit nu was niet het geval. Bij roodvonk zijn de rode

vlekjes veel kleiner, eer puntvormig, terwijl de huid ertussen eveneens rood is. Zoals ik beschreef, was de huid tussen de vlekjes bij mijn patiënten normaal van kleur, waren de vlekjes groter en stonden ze dikwijls juist vrij ver uiteen. Ik vermeldde eveneens reeds dat de streek rondom de mond niet vrij van vlekjes bleef, zoals dat bij roodvonk het geval pleegt te zijn. Capillaire huidbloedinkjes — frequent bij roodvonk — ontbraken. Het verschijnsel van Rumpel-Leede was negatief bij de patiënten die ik hierop onderzocht.

2. Het gehele ziektebeeld verschilde sterk van dat van roodvonk. Zo ontbrak het acute begin van deze ziekte, dat dikwijls met braken gepaard gaat. Pijn en roodheid van de keel kwam slechts bij 5 van de 75 patiënten voor. Het welbevinden van de patiënten was over het algemeen slechts weinig gestoord. De tong toonde nimmer bijzonderheden. Tweemaal was er sprake van lichte otitis media, maar overigens ontbraken de juist bij roodvonk zo gevreesde complicaties zoals acute lymphadenitis, nephritis enz. Tenslotte is geen van de patiënten verveld.

3. Het bloedbeeld toonde géén van de voor roodvonk karakteristieke kenmerken zoals leukocytose met verschuiving naar links, relatieve lymfopenie en eosinofilie, zoals ik die, in overeenstemming met de literatuur, vond bij de roodvonkpatiëntjes die ik hierop onderzocht (zie tabel IV).

4. Tenslotte een epidemiologisch argument. In 1950 is deze ziekte in Nederland vermoedelijk wijd en zijd verspreid geweest (VAN GILSE 1950; KEIZER 1950; NAESSENS 1950; KAMERBEEK 1953). Er bestond twijfel, of dit rubeola was of niet, maar niemand hield de ziekte voor roodvonk. Ik heb de naam „pseudorubeola” gebruikt, om aan te geven dat de ziekte het meest op rubeola geleek, maar hiervan toch in verschillende opzichten afweek.

*Literatuur:* GILSE, P. H. G. VAN (1950) *Ned. T. Geneesk.* 94, 2504. — KAMERBEEK, A. E. H. M. (1953) *Aanwinsten op diagnostisch en therapeutisch gebied. IX. Infectieziekten.* bl. 191. — KEIZER, D. P. R. (1950) *Ned. T. Geneesk.* 94, 2646. — NAESSENS, W. M. (1950) *Ned. T. Geneesk.* 94, 2647.

Lent, 10 oktober 1957

F. J. A. HUYGEN

## BERICHTEN

### BUITENLAND

**WERELDBERICHTEN.** — **BESCHERMING VAN HET PUBLIEK TEGEN RADIOACTIVITEIT.** Ter gelegenheid van de vierde bijeenkomst van het comité van deskundigen, dat op uitnodiging van de Wereldgezondheidsorganisatie de opleiding van medisch personeel en van medisch hulppersoneel bestudeert, heeft men zich beziggehouden met een onderwijsprogramma betreffende de bescherming van het publiek tegen de toepassing van kernenergie. De opstellers van het programma hebben het onderwijs bestemd voor ambtenaren van ziekenhuizen, technisch-hygiënische deskundigen, veterinaire ambtenaren, beoefenaren van de geestelijke volksgezondheid, maatschappelijk werkzame verpleegsters enz. (*WHO Press*, 7 oktober 1957).

**DUITSLAND.** — **HERVORMING VAN DE VOEDING.** De ver-eerders van Dr. BIRCHER-BENNER hebben een penning met zijn beeltenis voor de eerste maal uitgereikt ter gelegenheid van de derde internationale „Vitalstoff und Ernährungs-konvent”, onlangs in Bad Cannstadt bijegekomen. Hoofdtthemata van het programma waren o.a.: gezondheidsgevaaren van vreemde stoffen in voedsel en drinkwater, de voeding van de jeugd en van het leger, en de toekomstige voeding van de mensheid (*Schw. med. Wschr.*, 1957, bl. 1288).

— **EEN NIEUW PLAN VOOR GEZONDHEIDSCENTRA.** Bij het bouwen van de 2.750.000 huizen, die in Groot-Brittannië sedert het einde van de oorlog zijn gereedgekomen, heeft men nauwkeurig rekening gehouden met het bouwen van de scholen, nodig voor de te huisvesten bevolkingsgroepen. Daarbij is de geneeskundige voorziening van de nieuwe wijken ver ten achter gebleven. Een comité van de „London County Council” maakte van dit onderwerp studie en kwam tot de slotsom, dat het juiste tijdstip om een gezondheidscentrum te bouwen, behoort samen te vallen met het ogenblik, waarop de eerste huizen gereedkomen. Wacht men, zoals regel is, tot de nieuwe wijk gereed is, dan hebben patiënten reeds hun weg gevonden naar de spreekkamers van de in de buurt gevestigde artsen. De oplossing is echter niet eenvoudig. Voorlopig moet de „London County Council” zich tevredenstellen met het noodplan bij de bouw van een blok flats, te rekenen op een „health centre” (parterre), zodat, als de tijd rijp is, een groep van artsen de geschikte ruimte vindt om zich er te vestigen (*Lancet*, 12 okt. 1957, bl. 734).

**ENGELAND.** — **WHISKY, SHERRY EN PORT ALS „TRANQUILLIZERS”.** Zoals verscheidene sprekers ter jaarvergadering van de British Medical Association met nadruk be-toogden: alcohol, met mate gebruikt, is wellicht een van de beste „tranquillizing drugs”. De chirurg Prof. JAN AIRD deed een goed woord voor whisky, waarvan hij de vaatverwijzende werking hoog schatte. Dr. JOHN HUNT, secretaris van het collegium der huisartsen, zei, dat „the accepted social customs of taking sherry before dinner or whisky as a nightcap” waarschijnlijk eer gunstig dan schadelijk werken, en hij kende een oude dokter, die bijna in iedere fles medicijnen uit zijn apotheek een scheutje port deed (*New England Journal of Medicine*, 1957, bl. 615).

— **LAWAAI IN HET ZIEKENHUIS.** Een Commissie voor Akoestiek van de Raad voor het Bouwwezen heeft in 1944 geluiden van 15 decibel normaal voor de zalen van een ziekenhuis genoemd; in het centrum van een stad werd 20 decibel aanvaardbaar geacht.

Voor nachtrust of studie verkoos de commissie 15, voor lezen of schrijven 20 en voor een normale werkomgeving niet meer dan 40 decibel.

Het „Building Research Station” heeft met medewerking van de „Nuffield Hospital Trust” gedurende 24 uur het lawaai in een gang van een ziekenhuis, gelegen in een buitenwijk van Londen, nagegaan. Het bleek, dat de geluidsterkte vrijwel de gehele dag gemiddeld meer dan 60 decibel bedroeg; 's nachts daalde het cijfer tot ruim 40, na 6 uur 's ochtends ging het snel omhoog. Het hoogtepunt werd om 11 uur 's ochtends bereikt, toen meer dan 20 maal per minuut geluiden van 70 decibel werden waargenomen. Nieuwe toppen van zich vaak herhalend, even sterk lawaai werden om 3 uur en om 8 uur (etenstijd) vastgesteld (naar een referaat in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 1957, bl. 554).

— **HET ACCIDENT TE WINDSCALE.** Een van de kernreactors bij de plutoniumfabriek te Windscale in Cumberland is oververhit geraakt. Men scheen de toestand spoedig meester te zijn en de eerste rapporten duiden erop, dat de hoeveelheid radioactief materiaal, die in het omgevende gebied was vrijgekomen, niet van betekenis was. Enkele dagen later bleek echter, dat de melk van vee uit de omtrek zesmaal zoveel <sup>131</sup>jodium bevatte als toelaatbaar wordt geacht, zodat