

INGEZONDEN

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

LONGEMBOLIE

Het spijt mij, dat collega SCHORNAGEL zo bescheiden is met het vermelden van de Nederlandse literatuur over embolie. Na de oorlog zijn o.a. in Nederland verschillende proefschriften verschenen (DE VETTEN 1950; VAN VEEN 1950; VAN KALMTHOUT 1952; SCHMIDT 1953; KETTENBORG 1956), die rechtstreeks of zijdelings het trombose-embolieprobleem tot studie hadden. Het wil mij voorkomen, dat deze toch wel enige belangwekkende gegevens bevatten, die de gegevens en conclusies van SCHORNAGEL hadden kunnen aanvullen of ondersteunen, maar die hem op andere punten tot grotere voorzichtigheid hadden kunnen aanzetten bij de formulering van enkele uitspraken.

SCHORNAGEL begint op te merken — mede op grond van publikaties van ROE en GOLDTHWAIT (1949) en OCHSNER (1951) — „dat het aantal dodelijke longembolieën niet duidelijk is verminderd, niettegenstaande actieve profylaxe en therapie”. Al blijkt stellig zo nu en dan uit een publikatie, dat het succes van de postoperatieve routine-profylaxe statistisch nog niet is bewezen, een artikel waarin wordt verdedigd, dat het beslist geen succes zou hebben of dat er zelfs een toeneming van het aantal trombo-embolische complicaties zou worden geconstateerd, is mij in de recente literatuur onbekend. Het is evenmin mijn eigen ervaring.

In dit verband merkt SCHORNAGEL verder op, dat de patholoog-anatoom „nog niet onder de indruk komt van het succes van de moderne profylaxe van longembolie op de chirurgische afdeling”. Wanneer ik dit moet zien als een persoonlijke opvatting van SCHORNAGEL op grond van de gegevens van het Rotterdamse sectiemateriaal, dan zou ik hem onder de aandacht willen brengen, dat — voor zover mij bekend is — in de periode waarover zijn onderzoek loopt, op de grotere chirurgische afdeling van Rotterdam geen of slechts incidenteel een (selectieve) profylaxe werd toegepast. Deze uitspraak is derhalve niet alleen ongemotiveerd, maar houdt helaas een gevaarlijke suggestie in, nl. dat een goed toegepaste routine-profylaxe met een betrouwbare bepaling der protrombinetijden, geen zin zou hebben.

In het tijdschrift *Gynaecologia*, dat SCHORNAGEL in ander verband aanhaalt, had hij uit enige artikelen kunnen lezen (BOURG c.s. 1954; GIPPERICH 1954; KAUFMANN 1954), dat het succes van de routine-profylaxe als bewezen mag worden geacht. Het omvangrijke congresverslag *Thrombose und Embolie* (1954) bevat andere studies van dezelfde strekking (HARTENBACH, THIES, STORM, SPOHN).

SCHORNAGEL suggereert, dat de algemene (goede) voedingstoestand een predisponerende factor zou zijn voor trombosevorming. Verder in zijn artikel noemt hij echter zeer terecht de onderzoekingen die meer de aandacht op het (vetrijke) dieet als zodanig vestigen. Ziet men in gebieden waar de bevolking over het algemeen een vegetarisch en meestal ook vetarm dieet volgt (tropen), niet veel minder trombo-embolische verwickelingen dan bij de niet-inheemse bevolking met een andere levenswijze, of dan in landen waar dit dieet niet wordt gevolgd? Niet de algemene voedingsstoestand, maar het voedsel, lijkt dan belangrijker. Ook in de laatste oorlogsjaren was het voedsel voornamelijk vegetarisch. Het zou zeker de moeite waard zijn, het onderzoek in deze richting voort te zetten.

Mijn belangrijkste bezwaar tegen het artikel van SCHORNAGEL is de wijze waarop hij de gegevens uit zijn zeer grote sectiemateriaal heeft geïnterpreteerd. Misschien begrijp ik

zijn bedoeling niet. Al vermeldt hij alleen de gegevens uit eigen sectiemateriaal, uit zijn betoog meen ik te moeten begrijpen, dat hij hiermede de stelling (zie bovengenoemde auteurs) steun wenst te geven, dat het aantal (dodelijke) longembolieën — procentueel berekend — in het algemeen zou zijn toegenomen. In de laatste alinea onderstreept hij dit nog eens.

Bedoelt hij dit niet, dan is het verwarrend, dat zijn betoog begint met de aanhaling van enkele publikaties van klinisch-chirurgische zijde; dat hij bevindingen bij „interne”, „chirurgische” en wellicht andere niet genoemde groeperingen verenigt en daarop berekeningen baseert. Al schrijft SCHORNAGEL, dat de „berekende (afgeronde) percentages slechts ter oriëntering dienen”, het leidt tot het misverstand, dat de gesuggereerde toeneming van het aantal (dodelijke) longembolieën uitsluitend op gegevens van het sectiemateriaal zou zijn berekend. In de tabellen II en III geeft SCHORNAGEL wel het aantal dodelijke postoperatieve longembolieën op, en hij berekent dan het percentage ten opzichte van het totale aantal longembolieën (dus de interne patiënten inbegrepen). Dit geeft ons uiteraard een foutieve indruk van het al of niet toenemen van deze postoperatieve complicaties als geheel. Voor zover het chirurgische patiënten betreft, ware het juist geweest, als het aantal postoperatieve trombo-embolische complicaties, postoperatieve embolieën en dodelijke longembolieën afzonderlijk was berekend ten opzichte van het aantal chirurgische opnemingen (dus niet-geopereerden inbegrepen) en ten opzichte van het aantal operaties.

SCHORNAGEL merkt weliswaar op, dat „de gevonden toeneming van dodelijke postoperatieve longembolieën waarschijnlijk niet reëel is”, dit neemt echter niet weg, dat hij in tabel III een berekening geeft, die statistisch gezien verwarring sticht. „Het is aan de chirurg dit te bewijzen”, schrijft hij. In mijn proefschrift (1953), waarin het probleem van de postoperatieve trombose werd getoetst aan waarnemingen bij 6566 opgenomen chirurgische patiënten van wie 4454 (in de Chirurgische Universiteitskliniek van het Wilhelmina-Gasthuis te Amsterdam) werden geopereerd, vestigt de analyse toch wel sterk de indruk, dat het aantal trombo-embolische complicaties als geheel, de onverwachte, niet-dodelijke postoperatieve longembolie, en de dodelijke postoperatieve longembolie, in de jaren 1949-1953 niet is toegenomen (er werd geen profylaxe toegepast). HOSEMANN (1954) komt eveneens tot deze conclusie.

Ook het verband tussen de frequentie van trombo-embolische complicaties in het algemeen, longembolie en dodelijke longembolie en de aard van de ziekte en de operatie, werd door mij berekend. Hoewel de percentages bij de „thoraxchirurgie” het hoogst waren, bleken de verschillen statistisch toch niet significant.

Het artikel van SCHORNAGEL zal menig chirurg hebben geboeid. Het lijkt mij echter zeer de moeite waard, indien de schrijver hetzelfde materiaal niet alleen intensiever zou toetsen aan datgene wat de kliniek zelf over deze problemen heeft te zeggen, maar het ook daarmee zou combineren. Dit klemt te meer, aangezien hij in zijn laatste alinea de mogelijke invloed van ACTH, cortison en antibiotica suggereert. Ik vind het jammer, dat de analyse van dit grote materiaal enerzijds slechts geleid tot het constateren van reeds bekende feiten, anderzijds aanleiding kan geven tot verwarring in dit toch al gecompliceerde probleem, terwijl de in de laatste genoemde suggesties, die voor de kliniek zo belangrijk zijn, onbewerkt bleven.

Literatuur: BIRCHER, J. en P. KAUFMANN (1954) *Gynaecologia* 138, 155. — BOURG, R. en J. P. PUNDEL (1954) *Gynaecologia* 138, 2. — GIPPERICH, G. (1954) *Gynaecologia* 138, 21. —

HOSEMANN, H. (1954) *Gynaecologia* 138, 49. — KALMTHOUT, J. M. VAN (1952) Proefschrift Amsterdam. — KETTENBORG, H. K. (1956) Proefschrift Amsterdam. — OCHSNER, A. C.S. (1951) *Ann. Surg.* 134, 405. — ROE, B. B. en J. C. GOLDTHWAIT (1949) *New Engl. J. Med.* 241, 679. — SCHMIDT, W. J. H. (1953) Proefschrift Amsterdam. — SCHORNAGEL, H. E. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 2323. — *Thrombose und Embolie* (1954) Bazel. — VEEN, D. VAN (1950) Proefschrift Leiden. VETTEN, A. L. DE (1950) Proefschrift Amsterdam.

Rotterdam, 20 december 1957

W. J. H. SCHMIDT

Bij de beantwoording van de vele opmerkingen van collega SCHMIDT stel ik voorop, dat ons punt van uitgang totaal verschillend is. Dit blijkt als men ziet, dat SCHMIDT in zijn proefschrift spreekt over ongeveer 0,4 pct dodelijke longembolieën, berekend op het aantal chirurgische opnemingen en ik spreek over ongeveer 10 pct dodelijke longembolieën in ons sectiemateriaal. Wel is er een merkwaardige overeenkomst tussen zijn Amsterdamse en onze Rotterdamse cijfers, die beide een grotere frequentie aan longembolieën in 1949 en 1951 dan in 1950 en 1952 tonen.

Ik heb in mijn artikel in hoofdzaak willen stellen, dat de artsen de na-oorlogse stijging van longembolieën niet hebben kunnen voorkomen. Ook PLETTE vond te Nijmegen (niet gepubliceerde voordracht voor de Nederlandse Patholoog-Anatomen-Vereeniging) een toeneming zowel bij interne als chirurgische en gynaecologisch-obstetrische patiënten. Inderdaad geven sommige auteurs goede resultaten van het profylactische gebruik van antistollingsmiddelen op chirurgische afdelingen, zo ook de door SCHMIDT genoemde SPOHN, die zich echter zeer wel bewust is van de beperkte waarde van zijn resultaten: „... war im Anschluss an die Währungsreform von 1948 eine erneute Steigerung der Emboliezahlen zu erwarten. Sie ist auch tatsächlich eingetreten, und zwar trotz einer gezielten Prophylaxe mit Antikoagulantien. Der Vergleich der Embolien mit dem Anstieg der Krankenzahl pro Jahr zeigt, dass es sich um eine reelle Zunahme handelt. Dass diese nicht annähernd so steil ist wie in den dreissiger Jahren, darf vielleicht mit aller Vorsicht als Erfolg der Prophylaxe gewertet werden. Trotzdem ist das Ergebnis nach den ursprünglichen Hoffnungen enttäuschend: Der Wiederanstieg hat sich nicht vermeiden lassen!”

Met de alinea die SCHMIDT aan de voeding wijdt, ben ik het geheel eens. Hierop ben ik vroeger al eens uitgebreider ingegaan naar aanleiding van de toeneming van coronariatrombose. Men kan bv. ook nog het belang van de onverzadigde vetzuren naar voren brengen. Toch is het probleem niet zo eenvoudig, want VAN UNNIK en STRAUB vonden juist bij obducties van cachectische Indonesiërs weer een toeneming van trombo-embolische processen, ter verklaring waarvan zij grijpen naar de stress-theorie van SELYE. SCHMIDT merkt op dat te Amsterdam in 1949-1952 de frequentie van longembolieën niet is toegenomen; dit is te Rotterdam evenmin het geval. Een periode van 4 jaar is te kort voor het vraagstuk van de toeneming dat ons bezighield. Het niveau in 1949-52 ligt echter al veel hoger dan in de oorlogsjaren. SCHMIDT zou graag zien, dat de postoperatieve longembolieën in plaats van met het totale aantal longembolieën, zouden worden vergeleken met het totale aantal chirurgische opnemingen, zoals hij heeft gedaan. Dit is een onmogelijke eis voor een patholoog-anatoom die in vele ziekenhuizen, in sommige geregeld, in andere incidenteel, secties doet. Het is zeker niet zo, dat wij alleen bij chirurgische patiënten meer dodelijke longembolieën zien. (Over trombo-embolische complicaties in het algemeen heb ik niet gesproken; dit heeft SCHMIDT verkeerd begrepen, men kan immers slechts van een

klinisch uitgangspunt complicaties berekenen). Ook het aantal longembolieën bij patiënten van interne afdelingen is ons sectiemateriaal toegenomen. De internisten, die met hun antistollingsterapie bij coronariatrombose vaak succes hebben, zijn van trombose-profylaxe en -therapie goed op de hoogte. Behalve het door SCHMIDT genoemde proefschrift van VAN VEEN heeft bv. VAN ENTER in Rotterdam een proefschrift bewerkt over de heparinetolerantieproef, welk onderzoek met steun van T. N. O. werd voortgezet.

SCHMIDT heeft gelijk, dat in de meeste ziekenhuizen te Rotterdam niet principieel profylactische antistollings-therapie op de chirurgische afdelingen wordt toegepast, wel incidenteel. Maar dit is toch niet de enige manier om te trachten trombose resp. embolie te voorkomen? Ik wil echter gaarne toegeven, dat mijn uitdrukking dat de patholoog-anatoom nog niet onder de indruk komt van het succes van de moderne profylaxe van longembolieën (dit is wat anders dan trombose!) wat uitdagend is geweest.

Ik ben SCHMIDT dankbaar voor zijn reactie op mijn artikel, dat inderdaad mede beoogde, te prikkelen tot discussie, om te komen tot een juister oordeel over de betekenis van de antistollingsterapie ter voorkoming van dodelijke longembolieën. Het is zeer wel mogelijk, dat deze therapie succes heeft en dat de patholoog-anatoom toch een tegenovergestelde indruk krijgt. Er is veel klinisch werk nodig alvorens dit zich in de sterftecijfers weerspiegelt. Men denke bv. aan de sterfte ten gevolge van galsteen-ziekte of aan maag- en duodenumzweren. Ik hoop dan ook, dat na deze eerste bijdrage een artikel van klinische (chirurgische of interne) zijde zal verschijnen, dat bewijst, dat in ons land de antistollingsterapie duidelijk succes heeft en dat de indruk van de patholoog-anatoom alleen maar berust op het feit dat hij te maken heeft met geselecteerd, slecht materiaal.

Literatuur: SCHORNAGEL, H. E. (1953) *Doc. med. geogr. trop.* 5, 173. — UNNIK, J. A. M. VAN en M. STRAUB (1953) *Doc. med. geogr. trop.* 5, 261.

Rotterdam, 7 januari 1958

H. E. SCHORNAGEL

EEN BIOGRAFIE VAN HAHNEMANN

Bladerende in het juist verschenen register van de 101e jaargang van het *Tijdschrift*, werd ik weer aan bovengenoemde bijdrage van Prof. VAN LOGHEM herinnerd. Ik zou het op prijs stellen, mede namens de homeopathische artsenvereniging, een bescheiden aanvulling te mogen leveren op de daarin gegeven zeer lezenswaardige, hoewel wat eenzijdige beschouwingen.

De citaten aan het boek van FRITSCHÉ ontleend, bevatten in verband met de homeopathie, zowel juiste als minder juiste gegevens.

Een voorbeeld van het eerste. De homeopathie „ist nicht an die Hundekette der Kausalität gelegt”. Inderdaad, want de geneeskunde heeft nog met andere wetten te maken dan de geldende in de levenloze natuur.

Een voorbeeld in verband met het potentiëren en met betwistbare strekking. „Durch sein Verschütteln wird etwas Dynamisches frei, „Virtus”, die „Tugend” des Stoffes. Das Heilende wächst, das Irdisch-stoffliche schwindet”. „Das Leibliche der Arznei wird vermindert, das Gnadenhafte, das bleibende gemehrt”. Men heeft in deze wijze van zeggen met beeldspraak te maken. Tegenwoordig is men echter niet zozeer er op uit, zijn beeldspraak uit te bouwen. Wij weten, dat een eeuw na HAHNEMANN de colloidchemie de oplosbaarheid van kiezel in 12e decimale potentie wetenschappelijk heeft duidelijk gemaakt. Maar HAHNEMANN beschikte reeds over opgeloste kiezel, hoewel deze stof voor