

INGEZONDEN.

MAAGZWEER, MAAGKANKER EN THERMOCAUTER.

SCHALIJ en ik hebben aangetoond, dat hoe langer hoe meer de overtuiging veld wint, dat maagkanker en maagzweer slechts in 3—5 pCt. aller gevallen bij denzelfden zieke voorkomen. Patholoog-anatomen en klinici over de geheele wereld komen tot die slotsom. Als GOEDHUIS nu bij PAUCHET vindt, dat in 9 van de 10 gevallen kankercellen in de chronische zweer gevonden worden, is daar door een patholoog-anatoom onderzocht, die het woord kwaadaardig te vlug uitspreekt. Wij behoeven ons niet alleen tot vreemde nationaliteiten te wenden en kunnen ook Nederlandsche ervaringen gerust een woordje laten meespreken. Allereerst PEL, die reeds jaren geleden in zijn leerboeken aangaf, dat kanker en maagzweer stellig minder samengaan, dan bijv. TALMA meende (die toch altijd nog maar 50 pCt. samengaan aannam). Gaat het dan in Deventer zóó slecht met de lijdens aan maagzweer? Bezwijken die in 90 pCt. der gevallen aan die latente kankercellen? Wij, artsen in het overige Nederland, zien die maaglijders in den regel oud worden, zij het na jarenlang intermitterend sukkelen. Nog ouder zouden zij worden, als niet die onheilstichtendé vrees voor kankerkiemen den bejaarden zweerlijder voor lijder aan kanker deed doorgaan. Ik, althans, zag in één jaar 7 lijdens van 65 jaar tot 82 jaar bijna aan kachexie bezwijken, omdat men uit vrees voor dien latenten kanker de gastro-enterostomie naliet. Toen die wel werd uitgevoerd, herstelden de kankerlijders.

De opvatting van GOEDHUIS kan niet genoeg bestreden worden, willen de practici de zieken dringen tot onderzoek en operatie bij goedaardige stenose na maagzweer op gevorderden leeftijd ontstaan. Met het verkeerde etiket „kanker” gaan zeer vele maaglijders in het graf, die geholpen konden worden!

Moet het praeparaat van een enkelen patholoog-anatoom ons leeren anders, dan wat wij zien? SCHALIJ als internist, REMIJNSE als chirurg — om nu eens betrouwbare *Nederlanders* te noemen — zijn het met mij eens, dat de kliniek ons leert, dat de maagzweer zelden kwaadaardig ontaardt, dat maagkanker is een *acuut* lijden, dat in den regel optreedt bij andere dan lijdens aan maagzweer. REMIJNSE 1) heeft zijn onderzoek aan de Utrechtsche universiteitskliniek indertijd bekend gemaakt en in een gesprek zijn meening na dat onderzoek aldus samengevat: „kanker in een ulcus cruris zien wij *wel eens*, kanker in een maagzweer ook, beide *even zelden*”.

Als GOEDHUIS werkelijk meent, dat kanker vaak op maagzweer volgt, dan moest hij m. i. ook vasthouden aan den chirurgischen regel, kanker uitsnijden tot ver in het gezonde, ook kankerkiemen dus in de chronische maagzweer. Elke chronische maagzweer moet dan ruim geresecerd worden, elke interne behandeling, elke „kuur” is uit den boeze. Ik vrees dat agressieve werk meer dan de kwaal.

De lijder aan chronische maagzweer lijdt maar al te dikwijls niet aan één chronische maagzweer. Als hij 7 jaar zonder bezwaren blijft, is de eerste zweer genezen, later volgt een nieuwe een eindje verder. Daarom is elke plaatselijke behandeling ook de resectie zelden radicaal. Ook daarom is het agressieve standpunt hier niet vol te houden. En als GOEDHUIS tenslotte raadt kankerkiemen met den thermocauter te bestrijden, dan noem ik dat naïef.

Dat GOEDHUIS meent, dat mijn pylorus-fibromen litteekens in het duodenum waren is een misvatting. Bestaat het reeds aan PEL bekende fibroma pylori dan niet meer, omdat PAYR en CLAIRMONT ook duodenum-invaginaties vonden?

Utrecht, 21 Mei.

E. H. B. VAN LIER.

1) Zie verslag sectie voor heekunde van de 67ste algemeene vergadering onzer Maatschappij te Utrecht in 1916; zie ook aldaar de rede van RENSSSEN; alle Nederlandsche deskundigen *verwierpen* de *oude* opvatting der 60 pCt. maagkanker na maagzweer.