

INGEZONDEN.

DE LIJDERS AAN DEN DIKKEN DARM VAAK MISKEND.

VAN LIER uit Utrecht heeft onder dezen titel een opstel geschreven in dit *Tijdschrift* en is later nog eens daarop teruggekomen. Het komt mij voor, dat de ervaring, die men in de practijk opdoet, hem gelijk geeft. Een zieken en pijnlijken dikken darm treft men bij zeer veel lijdens aan. Toch lijkt het mij niet ongewenscht op eenige punten in het bijzonder de aandacht te vestigen. Het komt mij toch voor, dat de naam colitis, al verstaat men daaronder volgens wijlen prof. TALMA niets anders dan lijden van den dikken darm, in vele gevallen niet juist is. Wanneer men veel patiënten heeft waargenomen met pijnlijkheid (hetzij spontaan hetzij alleen bij druk van het colon, dan treft het ons, dat buitengewoon vaak alléén het sigmoïed of alléén het coecum pijnlijk is, maar vooral het sigmoïed; dat bovendien in verreweg de meerderheid der gevallen de aan deze ziekte lijdenden vrouwen zijn; dat behalve de pijnlijkheid bij druk van dat darmdeel ook andere pijnpunten in den buik aanwezig zijn met name plex. solaris, plex. mesent. sup. et inf., plex. iliacus enz.; dat verder de geheele patiënt een eigenaardige hypersensibelen indruk maakt.

Onderzoekt men deze patiënten, dan is bij sommigen het sigmoïed iets verdikt te voelen, maar bij velen ook dit zelfs niet. De ontlasting vertoont geen afwijking, met name is er geen abnormale hoeveelheid slijm en geen bloed aanwezig. Rectoscopisch ziet het slijmvlies er normaal uit. Maar het inbrengen van den rectoscoop in het sigmoïed, wat het strekken van dat darmdeel ten gevolge heeft en dus ook een trekken aan het meso-sigmoïed veroorzaakt, is vaak heel pijnlijk en wordt als echte buikpijn aangeduid. Om dan toch nog van colitis of sigmoiditis te spreken, gaat geloof ik niet op. Wat is het dan wel? Ik meen, dat LOEPER in zijn *Leçons de pathologie digestive* Vde Serie, dit aannemelijk verklaart. Het zou te veel plaats vragen dit werk uitvoerig aan te halen, maar de verklaring komt hierop neer: oorspronkelijk is er een of andere ziekte in het sigmoïed of in een ander deel van het colon geweest; deze aandoening is genezen, maar de ontsteking heeft zich voortgeplant op de zenuwen of van een of andere erosie of zweer van het slijmvlies uit hebben bacteriën gelegenheid gevonden in de zenuwen zelf door te dringen en een echte neuritis te veroorzaken, die soms zeer hoog kan opklimmen (de pijn bij het strekken van het mesosigmoïed). Aangezien het sigmoïed toch wel dat deel van den dikken darm is, dat het meest aan letsels en infecties bloot staat, en bovendien deze aandoening meestal gepaard gaat met slechte ontlasting, en stuwung van de faecale massa's natuurlijk groote kans op infecties levert, is het duidelijk, dat het lijden zoo vaak in het sigmoïed wordt aangetroffen. Ook het coecum is een plaats van voorkeur. Men denke aan de verstopping van het z.g.n. coecale type.

Dat deze aandoening zoo vaak bij vrouwen wordt aangetroffen (ook de gevallen van VAN LIER komen voornamelijk bij vrouwen voor), kan daaruit verklaard worden, dat over het algemeen de vrouwen veel gevoeliger zenuwen en vooral veel gevoeliger buikzenuwen hebben dan de mannen. Bovendien lijden vooral vrouwen aan ongergelden stoelgang. Men zou dus m. i. beter doen om in dergelijke gevallen in plaats van colitis van neuritis of neuralgie van het betreffende darmdeel te spreken. Bovendien is het niet alleen een strijd om een naam, maar ook de behandeling hangt ten nauwste daarmede samen. Veel meer dan alleen bij de behandeling op den darm te letten, welke voornamelijk bestaat in een voorkomen van nieuwe letsels en het zorgen voor goede ontlasting (dus voorzichtig diët, enz.), dient wel degelijk ook de pijnlijkheid als zoodanig (dus de pijnlijke zenuwen) als belangrijk onderwerp der geneeskundige behandeling te worden beschouwd. Tevens kan deze opvatting verklaren de groote hardnekkigheid van de pijn en het vaak niet geheel geneesbare van het lijden,

Het bovenstaande neemt natuurlijk niet weg, dat ook lijdens worden aange- troffen, en niet weinigen, waar echte colitis of sigmoiditis aanwezig is. Intusschen komt het mij voor, dat VAN LIER een goed werk gedaan heeft met in dit *Tijdschrift* de aandacht te vestigen op dit onderdeel der zoo moeilijke pathologie van den buik.

In zijn laatste geschrift (*Tijdschrift* van 10 Maart) zegt VAN LIER: „Er zijn ook artsen, die alle niet tastbare afwijkingen in den buik als neurosen betitelen. Of het mes of den zenuwarts”. Deze uiting lijkt mij iets te scherp. De invloed van het vegetatieve zenuwstelsel op het darmkanaal staat toch wel onomstootelijk vast. Men denke slechts aan de zoogenaamde colitis membranacea en aan sommige plots optredende allerheftigste diarrheën. Ook de hierboven geschilderde door LOEPER gegeven verklaring, gegrondvest op talloze ook histologische onderzoekingen van Fransche zijde, vindt zijn oorsprong in de „zenuwen”, al is het dan in dit geval een echte ontsteking. Hoe meer darmlijders, in den meest uitgebreiden zin van het woord, men ziet, des te meer wordt men gedwongen op het zenuwgestel te letten, hoe moeilijker dan ook de diagnose wordt en hoe voorzigtiger men met het mes wordt, en vooral bij vrouwelijke patiënten. Wie bij haar niet op dit zenuw- gestel let, komt bedrogen uit.

Rotterdam, 28 Maart 1923.

F. A. SCHALIJ.

BEHANDELING VAN DE OPPERARMBEENBREUK.

Nu BOLTEN blijk geeft vast te houden aan bepaalde begrippen over de behan- deling van beenbreuken, is het verklaarbaar, dat een uiteenzetting van het geval (*Ned. Tijdschrift voor Geneesk.* bldz. 1028) hem niet afbrengt van zijn meening, dat de behandeling van den cadet zonderling geregeld was.

De opvattingen van BOLTEN over deze behandeling zijn de volgende: Een opperarmbeenbreuk behoort onmiddellijk gezet te worden. Wat het onderzoek van den patiënt, anders dan door X-stralen, oplevert omtrent den aard en de plaats van de breuk, is een onbeduidende, geheel bijkomstige omstandigheid vergeleken bij het verzuim, dat begaan wordt, wanneer de arm niet onmiddellijk gezet wordt. Dat er bij het onderzoek werd vastgesteld, dat er geen misstand van breukstukken en geen neiging tot verschuiving bestond, doet ook weinig ter zake. Zijn heilkundig gevoel is niet bevredigd, wanneer niet onmiddellijk een X-foto gemaakt wordt en de patiënt daarna definitief wordt gespalkt. Wan- neer deze regel niet wordt gevolgd, is dat voor hem een reden om de behandeling zonderling te noemen.

De beginselen van dadelijk zetten en definitief verbinden (zes weken stil houden om het been te laten genezen) hebben vroeger inderdaad als regel gegolden. De ge- dachte daaraan leeft bij het publiek nog voort. Het is niet mogelijk hiertegenover met een paar woorden de opvattingen bij de tegenwoordige behandeling van been- breuken uiteen te zetten. Die beginselen zijn geheel gewijzigd. Ook is het radio- logisch onderzoek (hoe belangrijk ook in sommige gevallen) in het algemeen niet het eenige of het voornaamste richtsnoer. De hevige pijn, die de patiënt volgens het zeggen van derden gehad moet hebben, is geen aanwijzing, dat de zaak niet in orde is.

Of BOLTEN goed deed het geval, waarvan hem de gelaakte bijzonderheden door anderen werden meegedeeld, als een zonde.linge regeling der behandeling te brand- merken, moet betwijfeld worden. Van de feiten is er, naar mijn meening, geen enkel, dat zonderling aandoet.

Dordrecht, 28 Maart 1923.

L. M. METZ.