

# INGEZONDEN.

## PROSTATECTOMIE OF DIATHERMIE.

In de urologie kan men het aantal operaties steeds meer beperken. Dat slechts ongeveer 10 pCt. van de patiënten met ureterstenen worden geopereerd na vruchteloze interne therapie, dankt men aan een uitgebreid instrumentarium van bijzondere uretercatheters, tangetjes enz..

Zit de steen intramuraal of vlak boven de blaas, dan kan, (behalve de genoemde instrumenten) een verwijden van het ureterostium met electro-coagulatie den steen doen geboren worden.

Blaaspapillomen en sommige blaascarcinomen worden wel bijna uitsluitend door electro-coagulatie verwijderd.

Bij de papillomen beteekent dit: ambulante behandeling, geen z.g. entrecidieven. Hoe dikwijls treden de laatste niet na sectio alta op.

Bij de prostata aandoeningen zijn wij echter nog lang niet zoo ver.

Wie een prostatectomie volgens FREYE (met of zonder modificaties) verricht, heeft wel altijd het gevoel: dat moet toch nog anders, nog beter kunnen. De ingreep is te ruw, de bloeding te aanzienlijk. Maar ziet men de resultaten van deze radicale operatie, dan kan men toch zeer tevreden zijn. Als ik tenminste bij mijn prostatectomiën (ettelijke honderden) een mortaliteit van ongeveer 3 pCt. vind en naga, hoeveel oude, zeer zwakke patiënten daaronder waren, dan stemt dit tot groote tevredenheid. Maar toch zou ik dadelijk de operatie vaarwel willen zeggen voor een minstens even goede conservatieve methode.

De vraag is, of de diathermie ons zulk een methode aan de hand doet.

Zóó radicaal als de prostatectomie kan zij niet zijn, daar altijd slechts een grooter of kleiner deel van het adenoom zal kunnen verwijderd worden.

Er blijft dus een niet onbelangrijke kans op recidief bestaan.

BOTTINI brandde gleuven in de vergrootte prostata; zijn methode was te gevaarlijk wegens nabloedingen en werd verlaten.

De electro-coagulatie geeft geen nabloedingen, geeft echter necrose tot op grootere diepte dan men zien kan en moet dus met groote voorzichtigheid worden aangewend, wil men geen fistel tusschen blaas en rectum krijgen. Bij het instrument, dat REMEIJNSE in het vorige nummer van dit *Tijdschrift* beschrijft, waarschuwt hij daar zelf voor.

Beter zijn dan ook wel de instrumenten, waarmee men de necrose à vue verkrijgt.

De gewone coagulatiesonde als voor blaastumoren gebruikt, maar nu in MC CARTHY'S instrument, lijkt mij daarom te verkiezen boven het instrument van REMEYNSE, al zal in vele gevallen het invoeren op groote bezwaren stooten, vooral bij vergrootte middenkwab.

En juist bij deze laatste afwijking kan het instrument de beste diensten bewijzen.

K. WALKER'S instrument werkt sneller, is echter niet ongevaarlijk daar een fout in de isolatie ernstige gevolgen kan hebben.

Zoo ook bij het instrumentarium van CAULK. Ziet men de verkregen resultaten na, dan blijkt, dat K. WALKER onder 30 behandelde gevallen 2 dooden telt, 4 niet-verbeterden en 24 genezingen.

VAN HOUTUM bij 13 volgens CAULK behandelde 1 doode en 1 niet-verbeterde (tabes?).

REMEYNSE heeft 10 patiënten met goed gevolg behandeld; alleen is er slechts bij enkele het residu geheel verdwenen. Ik meen dan ook in tegenstelling met REMEYNSE tot den slotsom te moeten komen dat:

De electro-coagulatie slechts in zeer enkele gevallen van prostata hypertrophie zal mogen worden aangewend, dus bij menschen die ongeschikt voor de prostatectomie worden geacht.

In alle andere gevallen is de prostatectomie te verrichten (over de algemeene indicaties die tot operatie noodzaken, zal ik hier niet spreken).