

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen

★

TUBERCULOSEBESTRIJDING

Er zijn de laatste weken telkens stukken in het *Tijdschrift* verschenen, betrekking hebbende op de tuberculosebestrijding. Als iemand, die zelf hiermee veel te maken heeft gehad, zou ik het volgende willen opmerken.

De vraag wordt nogal eens gesteld: kan die patiënt(e) in een sanatorium worden opgenomen? Zoo kwam ook eens de vraag — ditmaal van meer officieele zijde — hoe staat het met de mogelijkheid van verpleging thuis van tuberculoselijders (met positief sputum), wier verblijf in een sanatorium niet meer bepaald noodig is, terwijl in het gezin jonge kinderen zijn?" Bij de eerste vraag is natuurlijk een hoofdquaestie: is er geld voor. Bij de meer officieele vraag, ging het minder om de kosten zelf, dan wel het verantwoord zijn, van de te maken kosten. Voor beantwoording van die vragen, is het noodig te weten:

1e. Is de patiënt(e) op een consultatiebureau onderzocht? en wat is het advies aldaar verkregen? Hierin moet volstrekt niet gezien worden een mindere waardeering van het werk van den huisarts. Zoo goed als een patiënt met een oogaandoening of met een oorziekte naar den specialist op dat gebied wordt verwezen, zoo geldt dit ook voor den tuberculoselijder. De consultatiebureau-arts toch is volledig uitgerust en gespecialiseerd.

2e. Hoe zijn de huiselijke omstandigheden (vrije kamer, reinheid, tuintje)?

3e. Zijn er kinderen of jonge menschen — ook *dienstbode* — in huis?

4e. Heeft de patiënt(e) het verstand en den wil en het doorzettingsvermogen om een ligkuur streng te volgen, zoowel in zijn eigen belang, als in dat van de omgeving?

5e. Is de voedselvoorziening gewaarborgd, voor zoover thans mogelijk?

6e. Welk seizoen is het? Het zomerhalfjaar leent zich toch veel beter voor een kuur thuis, dan het winterhalfjaar.

Een paar voorbeelden: Een jonge vrouw, met één kindje, kreeg longtuberculose met positief sputum. Zij ging naar een sanatorium, doch keerde na een paar weken terug, daar zij het er niet kon uithouden. Zij beloofde alles te doen, wat voorgeschreven werd, en zij deed het. Zij had in die paar weken, althans een *indruk* gekregen, hoe er geleefd moet worden en ook *kan* worden, als men wil meewerken. Het spreekt van zelf, dat een paar weken veel te kort is, want een ligkuur moet ook geleerd worden. Drie maanden kunnen een goede leertijd zijn, tevens een goede observatietijd in een sanatorium. Het kind werd bij familie ondergebracht. De patiënte lag een jaar te bed in een ligtent (dag en nacht), en zij genas. Een andere vrouw, met een groot gezin, werd ziek. Ook zij kreeg een ligtent, maar zij was er lang niet altijd. Het einde was, dat deze vrouw overleed, en verschillende kinderen ernstige tuberculose kregen.

Het thuis blijven van een patiënt met tuberculose kan verantwoord zijn, mits er geen chirurgische behandeling noodig is en als voldaan wordt, aan hetgeen hierboven onder 1 tot 4 is aangegeven. Waar kinderen of jonge menschen inwonen, is voor de vraag „huisverpleging mogelijk" — hetgeen onder 4 is vermeld, beslissend, en een leertijd in een sanatorium zeer gewenscht. Wonen er oudere menschen in, dan zijn de bezwaren minder groot, mits alle voorzorgen tegen besmetting betracht worden.

Is voor de patiënt opnemng noodig: dan in een sanatorium, of in een ziekenhuis met afzonderlijke tuberculose-afdeeling, dus geen tuberculoselijder op een zaal tusschen andere zieken.

Dat de gelden, hoe dan ook verkregen, aan sanatoriumverpleging besteed, hoog zijn, komt waarschijnlijk niet uitsluitend door de zoogenaamde open-tuberculoselijders, maar zeker ook door de zieken, die geen open vorm der ziekte hebben. En

van deze laatsten mag (en dan ieder geval op zich zelf beschouwd) nagegaan worden, of een verblijf in een sanatorium noodig is en óók of dit verblijf moet verlengd worden.

Nunspeet, Mei 1941

A. VERSCHOOR

CHIRURGISCHE BEHANDELING DER BRONCHIËCTASIEËN.

Het spijt mij meer dan ik zeggen kan, dat de bedoeling van mijn ingezonden stuk zoo volkomen verkeerd door prof. EERLAND is begrepen. Misschien zijn mijn betoogtrant en de keuze van mijn woorden niet juist geweest, zoodat het geheel voor meer dan één uitlegging vatbaar is; het lijkt mij daarom gewenscht te trachten mij duidelijker en juister uit te drukken.

Bij het lezen van de klinische les heb ik mij afgevraagd, wat ik in een dergelijk geval, als door prof. EERLAND uitvoerig is besproken, zou doen. Bij de indicatiestelling tot eenige behandelingswijze laat ik mij steeds leiden door de volgende scherp gestelde vragen:

- a. Hoe is de toestand der zieke en hoe die der gezonde long?
- b. Welke kansen biedt hier de chirurgische therapie?
- c. Wat zal tenslotte het resultaat van den ingreep zijn na langeren observatietijd?
- d. Zijn de te verwachten verbetering of genezing van dien aard, dat zij den ingreep wettigen?

Nu is inderdaad de chirurgie geen wiskunde; toch kunnen wij streven naar een technische volmaaktheid, die geenszins onbereikbaar is. De reactie op den ingreep echter en de post-operatieve complicaties kunnen wij van te voren slechts zeer gebrekkig en ten deele peilen.

Bij den minsten twijfel over den toestand van de zgn. gezonde long, heb ik mij op het standpunt gesteld, dat een afzonderlijk lipiodolonderzoek of bronchogram van dezen het minst aangetast kant eveneens moet geschieden. Wij weten immers allen, dat latente bronchiëctasieën in groote uitgebreidheid kunnen bestaan zonder eenig klinisch verschijnsel te geven. Bij de beschouwing van de reproductie van fig. 1, geval 1, zag ik een duidelijke met lipiodol opgevulde bronchiëctasie; daarnaast echter in de hilusstreek een honingraatstructuur met kleine napjes. Vandaar mijn vraag, of in dit geval een afzonderlijk lipiodol-onderzoek gedaan was van den rechter kant.

In geen enkel opzicht heb ik eenige bedoeling gehad van aggressiviteit; wellicht zijn de exacte vragen te scherp gesteld. We moeten echter niet vergeten, dat het hier gaat om een zeer groot algemeen belang; alle persoonlijke factoren behooren daarom achtergesteld te worden bij het welzijn der patiënten.

Nestelt zich in de veranderde long een pneumonie, dan is mijns inziens de patiënt verloren. Inderdaad was mij het geval van BURNETT bekend; ook bij mijn proeven is gebleken, dat een pneumonie in een resteerende long niet doodelijk behoefte te zijn. Dit verandert echter niets aan het feit, dat een pneumonie in een *bronchiëctatische* long niet alleen een ernstige complicatie quoad vitam is, doch tevens het eerste begin van de infectie in de bronchiëctatische holten, en wat hebben we dan, wanneer deze latente ectasieën manifest worden, ten slotte bereikt met onzen ingreep?

Het spijt mij, dat mijn opmerking over de scoliose niet juist blijkt te zijn; ik heb deze gegrondvest op de vergelijking van fig. 1, geval 1, waar een lichte wervelscoliose naar rechts te zien is, met fig. 6, geval 1, waar een vrij sterke scoliose naar links zichtbaar is.

In zijn klinische les spreekt prof. EERLAND over de „cautery pneumectomy (lobectomy)”, welke door ZAAVER zou zijn gepropageerd; de eenige bedoeling van mijn opmerking hierover is geweest dit recht te zetten, aangezien ZAAVER deze methode nimmer heeft aangeprezen. Intusschen ben ik hem dankbaar voor de waardeerende woorden aan mijn leermeester gewijd.

De tijd zal leeren, in hoeverre mijn opmerkingen onjuist zijn geweest. Ik hoop, dat prof. EERLAND te zijner tijd het beloop van zijn gevallen nog eens zal bespreken.