

## INGEZONDEN

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

### IS ABSCESTONSILLECTOMIE AAN TE RADEN?

In binnen- en buitenland wordt in de laatste jaren bij patiënten met peritonsillair absces de tot nu toe gebruikelijke methode, om eerst het absces te openen en na enkele weken de tonsillectomie te doen, verlaten. Men wil, in stede van het afwachten, de tonsillectomie terstond doen. Het is de meest radicale wijze om het absces te openen.

Waarom zoo'n haast? Zijn wij bij de eerste manier van handelen zoo slecht gevaren? Alle veranderingen zijn nog geen verbeteringen en dikwijls zijn wij tot vroegere methodes teruggekeerd. Deze behandeling is in strijd met de algemeen chirurgische opvatting om zoo min mogelijk in acuut ontstoken weefsel te opereeren, al zijn wij daarvoor misschien wat al te bevreesd geweest. We hebben echter ook gaarne, dat de patiënten op het oogeblik dat wij gaan opereeren, in zoo goed mogelijken toestand verkeerden. Dit nu is zeker niet het geval met patiënten die een peritonsillair absces hebben. Zeer velen hebben juist een angina met hooge temperaturen doorstaan. Vrouwen opereeren wij ook niet vlak voor of tijdens de menstruatie. Het is mij natuurlijk wel bekend, dat men dit wel doen kan, maar waarom zou men, wanneer er geen dreigend gevaar is, dat de operatie op dat moment noodzakelijk maakt, daartoe overgaan? Het mag mijns inziens niet of maar zeer weinig tellen, dat de patiënt het prettiger (minder onaangenaam) vindt om in een zitting van alles af te zijn. Niet de patiënt maar de medicus moet de behandeling in handen houden. Bovendien zal bij eenzijdig absces, zooals VAN GILSE terecht opmerkt, wil men den patiënt in één zitting van alles afhellen, tevens de andere amandel moeten worden verwijderd. Men maakt dan een betrekkelijk schoone wond vlak naast een vieze etterwond. Moge degene die deze wijze van werken volgt en daar misère van zou beleven, zich goed bewust zijn, dat hij dan de volle 100 pCt. schuld daarvan draagt.

De anaesthesie bij de abscestonsillectomie is ook gebrekkig. De geleidingsanaesthesie volgens GOWEN, al of niet met nog enkele meer plaatselijke injecties uitgebreid, heeft mij in de enkele gevallen dat ik deze toepaste, niet erg voldaan. Ik deed dit bij tonsillectomie à froid. Locale inspuitingen in de buurt van de tonsil, zullen uit den aard der zaak in dat acuut ontstoken weefsel niet veel succes kunnen hebben. Zij zullen ook niet geheel ongevaarlijk zijn. Blijft dus over de narcose. Daarbij zal het gevaar van aspiratie van etter niet denkbeeldig zijn. Wel kan zuigen met een zuigpomp het gevaar verminderen, evenals ligging met afhangend hoofd, maar er blijft een vrij ernstig risico, hetwelk toeneemt, naarmate het absces meer pus bevat. Het moge dan waar zijn dat de patiënt in één zitting van alles af is, maar wanneer deze van alle inconveniënten op de hoogte was geweest, is het de vraag of hij er niet de voorkeur aan gegeven zou hebben, toch maar liever de tonsillectomie een tijdje uit te stellen.

Nu is er mijns inziens nog een groot voordeel aan verbonden om later tot de ectomie over te gaan. Men kan dan, namelijk de operatie volgens de methode van SLUDER uitvoeren. Sedert ik mij vele jaren geleden met deze methode vertrouwd gemaakt heb, wordt door mij slechts zelden meer de voorkeur gegeven aan de classieke ectomie. Door den druk die men daarbij moet uitoefenen, is de SLUDER-methode, bij de operatie à chaud, geheel ongeschikt. Overigens is zij, zoowel bij kinderen als bij volwassenen, zeer aanbevelenswaardig. Men kan zelfs zeer kleine tonsillen geheel wegnemen. Het is een handigheidje dat met eenige oefening gemakkelijk aan te leeren is. Zoowel bij de eene als bij de andere wijze van opereeren gebeurt het wel eens dat een klein stukje blijft zitten. Dit gebeurt mij, maar het gebeurt ook anderen. Moeilijkheden kunnen zich altijd voordoen, welke manier men ook volgt. Het gelukt dan meestal, voordat de patiënt geheel uit den roes bijgekomen is, dat stukje op eenvoudige wijze te verwijderen.

Men kan de operatie in lachgas, chlooraethyl-aether of een anderen roes doen. Ik doe het tot nu toe steeds met lachgas. Er is weinig bloeding en vooral geen nabloeding van beteekenis, de patiënt voelt er niets van en kan na enkele dagen het ziekenhuis weer verlaten. Napijnen kunnen op de gebruikelijke wijzen worden bestreden.

Leiden, 31 Januari 1943

C. J. A. VAN ITERSOM