

DE OPEN DUCTUS BOTALLI

Het doet goed in het artikel van coll. KAASKOOPER te lezen, dat de stoute gedachte om den open ductus BOTALLI af te binden waarschijnlijk uit ons land stamt. Het is jammer, dat de verwezenlijking van deze idee elders moest geschieden.

Twintig jaar geleden raadde KAASKOOPER het afbinden aan in geval van *dreigende decompensatie*. Terecht huldigde hij daarbij het standpunt, dat er slechts reden tot opereeren bestaat, indien er zich voor het individu reeds duidelijke gevaren beginnen aan te kondigen. Dit is de classieke werkwijze, waarop de medische wetenschap zich ontwikkeld heeft. Ik zou het als het individualistische standpunt willen aanduiden.

Sinds 1939 echter heeft de techniek van de operaties wegens open ductus BOTALLI zich zoodanig ontwikkeld, dat de operatiesterfte nauwelijks meer die van een maagresectie overtreft. En daardoor heeft de indicatiestelling zich gewijzigd, voornamelijk in Amerika. De indicatie wordt niet meer uitsluitend bepaald door de ernstige klachten van den patiënt, doch de operatie wordt praeventief verricht. Hierbij wordt niet meer in de eerste plaats individualistisch, doch ik zou zeggen systematisch gedacht; de gezamenlijke groep patiënten wordt in haar geheel beschouwd en men rekent uit, hoe men van deze groep een zoo groot mogelijk aantal patiënten een dragelijk leven en een langen levensduur kan bezorgen. Dat streeft de individualistische methode natuurlijk evenzeer na, doch zij verschilt belangrijk van de vorige, doordat hier gewacht wordt totdat er vaak ernstige verschijnselen en klachten zijn ontstaan. Dan is er reeds vaak een irreparabele stoornis van het hart ontstaan, de patiënten leidden reeds jaren lang een zorgelijk leven en ten derde zijn de patiënten indien men wacht tot de operatie dringend noodig wordt, reeds vaak op een leeftijd gekomen (ouder dan 35 jaar) die de gevaren van de operatie grooter maakt. Ook ik deed daardoor bij een 40-jarigen patiënt een bittere ervaring op.

Om tot deze stelselmatige praeventieve behandeling te komen is het noodig te weten hoe de prognose is van de patiënten met een onbehandelden open ductus BOTALLI. Deze is zeer slecht. Ik verwijs hier naar de statistiek van BULLOCK, JONES en DOLLEY, die de levensverwachting van 76 patiënten, ouder dan drie jaar, nagingen. Het bleek dat 14 pCt. stierven vóór het 14e jaar, 50 pCt. vóór het 30e en 71 pCt. vóór het 40e jaar. De levensverwachting was voor mannen met 23 jaar, van vrouwen met 28 jaar verkort. Heeft daarentegen iemand den volwassen leeftijd ongestoord bereikt, dan wordt de prognose beter; iemand van 35 jaar, die geen klachten heeft, zal deze waarschijnlijk niet meer krijgen en oud kunnen worden.

Na het beschouwen van statistieken als deze dunkt mij de systematische praeventieve behandeling *bij kinderen* goed gegrond.

Doch lijnrecht hiertegenover staan, naar mij bleek, enkele internisten van ons land. Volgens dezen dient men steeds te wachten totdat zich ernstige verschijnselen voordoen; een reeds bestaande hartverwijding zou na de operatie weer verdwijnen. Inderdaad zag ik soms een vergroot hart weer kleiner worden, doch dat hier het hart de doorstane beschadiging wel overwonnen had, betwijfel ik. Overigens heeft de operatie in deze gevallen een hoogere sterfte en nog wel veel meer geldt dit, indien men wacht totdat de veelvuldig voorkomende verwikkeling van sepsis lenta is ontstaan.

Daarentegen is de afbinding van den ductus BOTALLI vóórdat zich ernstige complicaties hebben ontwikkeld, in staat een volkomen normalen physiologischen toestand te geven. Wanneer ik hier afzie van die gevallen waar de open ductus BOTALLI dienst doet als een compensatie voor andere aangeboren hartgebreken, is het openblijven van den ductus als een remming in de ontwikkelingsgeschiedenis te beschouwen. Bij de door mij behandelde patiënten waren er twee, een meisje van 13 en een van 25 jaar, die in het geheel geen klachten hadden. Elke inspanning was hun echter verboden en een normaal leven hadden ze derhalve

niet kunnen leiden. Na de goed gelukte operatie heb ik hun vrijheid gegeven te leven als hun leeftijdgenooten. Deze winst alleen al lijkt mij voldoende; daarbij komt nog, dat de vrees voor de toekomst is afgewenteld.

Vergeleken met de getallen in Amerika, leven er in ons land misschien 1500 mensen met een open ductus BOTALLI. Het lijkt mij van beteekenis wanneer ook in ons eigen land de prognose van deze groep patiënten zou worden nagegaan. Zou het niet mogelijk zijn, dat gezamenlijk door de leden van de Internisten-Vereeniging, de Vereeniging voor Cardiologie, de Vereeniging voor Paediatrie en de Patholoog-anatomen-Vereeniging het geheele materiaal van ons land in de laatste decennia werd nagegaan? Met behulp hiervan zou meer eenheid bereikt worden omtrent de gedragslijn, die in ons land zal kunnen worden gevolgd ten opzichte van het afbinden van den open ductus BOTALLI, hetzij men ertoe komt steeds te willen wachten totdat er ernstige verschijnselen zijn ontstaan, hetzij men alle gevallen op den kinderleeftijd praeventief wil opereeren, hetzij men een fijner omschreven standpunt tusschen deze twee uitersten weet aannemelijk te maken.

Een dergelijk document zou klaarheid kunnen brengen in een belangrijk gebied, dat sterk de aandacht begint op te eischen.

Amsterdam, 29 Maart 1947.

I. BOEREMA

TRANSPLANTATIO CORNEAE

Is de overplanting van een stuk helder hoornvlies in een troebele cornea een gevaarlijke en een volmaakt overbodige operatie?

Deze vraag komt bij ons op als wij in een artikel in *Het Vrije Volk* van Woensdag 26 Maart onder de hoofden:

Gevaarlijke Amerikaanse overdrijving

Hoornsvliesoverplanting helpt slechts in bepaalde gevallen.

Onverantwoordelijke popularisering van medische onderwerpen.

/ Methode nog slechts in experimenteel stadium.

den volgende zin lezen:

„Voorts bedenke men, aldus prof. WEVE, dat die blindheid welke door overplanting van het hoornvlies kan worden genezen zeker ook door andere en minder gevaarlijke middelen kan worden bestreden, zoodat men zich vooral indien het om één oog gaat, wel driemaal moet bedenken alvorens de risico's der hoornsvliesoverplanting te aanvaarden.”

Hier staat dus duidelijk, dat er minder gevaarlijke middelen zijn, die zeker ook dezen vorm van blindheid kunnen bestrijden. Volgens dezen zin is dus de hoornsvliesoverplanting gevaarlijk en geheel overbodig.

Dit is nu *geheel onjuist*, de operatie is *niet* gevaarlijk. In de Leidsche Universiteits-oogheelkundige kliniek verrichtte de oogarts, hoofdassistent C. F. M. PIECK, reeds tientallen transplantaties zonder dat er noemenswaardige complicaties bij ontstaan; andere middelen om de geheel troebele corneae te bestrijden zijn er niet.

Dit artikel dient om overdreven Amerikaansche propaganda te bestrijden. Ook ik ben een overtuigd tegenstander van propaganda in de leekenpers; de anti-propaganda zooals *Het Vrije Volk* hier geeft, is echter gevaarlijker dan de Amerikaansche propaganda. Deze laatste toch brengt ten hoogste een teleurstelling te weeg, hoe groot deze ook zijn moge, maar de anti-propaganda kan veroorzaken dat patiënten zich niet zullen laten opereeren voor wie de transplantatie het eenige middel is om weer een deel hunner gezichtsscherpte te herkrijgen. Reeds zag één onzer patiënten van de operatie af, omdat prof. WEVE zou gezegd hebben, dat deze zoo gevaarlijk is.

Ook de andere gronden waarop de transplantatio corneae in *Het Vrije Volk* veroordeeld wordt, houden geen steek; indien werkelijk slechts 10 pCt. der operaties voor het zien bruikbare resultaten opleveren, zijn dan toch van elke 100 dergelijke slecht ziende patiënten er weer 10 van hun slecht zien genezen, waardoor het goede recht van de operatie bewezen is.