

Geneeskunde onlangs verschenen bij STENFERT KROESE's Uitgevers-Mij. te Leiden (prijs: f 0.10).

P. H. G. VAN GILSE, *voorzitter*

Leiden, 14 Februari 1948

E. KAMERBEEK, *secretaresse*

ULCUS PEPTICUM POSTOPERATIVUM NA MAAGRESECTIE VOLGENS BILLROTH I

Naar aanleiding van het artikel van Collega VERBEEK in het *N. T. v. G.*, 92, 1, 5 van Zaterdag 31 Januari 1948 zou ik gaarne de volgende opmerkingen willen maken:

1e. Collega VERBEEK bespreekt o.a. de recidieven na de operatie volgens BILLROTH I en stelt de oude SCHOEMAKER-techniek daarvoor verantwoordelijk. TEN KATE, die het materiaal van SCHOEMAKER bewerkte, geeft 25 mislukkingen op 241 primaire resecties volgens BILLROTH I aan, waarvan 16 maal door het ontstaan van recidief, 4 maal wegens stenose, 5 maal wegens gastritis, bloeding enz. Het eerste recidief beschreef SCHOEMAKER in 1926. Ook TEN KATE wijst erop dat stenose kan worden vermeden door een andere techniek, met name een geknoopte binnenste zijden naad.

In het materiaal, dat ik mocht bewerken, kwam stenose van de anastomose niet voor. Onze techniek bestaat uit een binnenste doorlopende festonneernaad en een buitenste doorlopende naad, beide van resorbeerbaar materiaal. Heroperaties na BILLROTH I (412) hadden plaats wegens ulcus in de anastomose (4), recidief ulcus ventriculi (2), recidief ulcus duodeni (4), ontsteking van anastomose om zijden hechtmateriaal (1). De gevolgde techniek is dan ook naar mijn mening niet zo belangrijk, wel *wie* de operatie verricht. In ons materiaal bleek ook duidelijk dat recidieven opmerkelijk meer voorkwamen bij patiënten, die geopereerd waren door assistenten en vooral door de beginnende assistenten, een ervaring, die o.a. TEN KATE opdeed. De operatiemethode moet dus gekoppeld worden aan de operateur en deze gebruikt de techniek die hem het beste ligt. De publicaties van alle grotere maagchirurgen tonen dit aan (VON HABERER, FINSTERER, MAINGOT enz.)

2e. Zijn er andere factoren, die verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor de recidieven na resectie volgens BILLROTH I? Naar mijn mening wel. In ons materiaal bleek bij systematisch na-onderzoek dat bij degenen die klachten hielden na de resectie volgens BILLROTH I, dus niet alleen degenen die voor heroperatie in aanmerking kwamen, de aard van de afwijkingen van het duodenum bij eerste operatie — duodenitis, ulcus duodeni, periduodenitis — een opmerkelijke betekenis had.

Het duidelijkst is dit te staven met enkele cijfers: op 208 BILLROTH I-operaties voor ulcus duodeni 34 mislukkingen, d.i. 16.3 pCt.; op 159 BILLROTH II-operaties voor ulcus duodeni 5 mislukkingen = 3.1 pCt.; op 94 BILLROTH I-operaties voor ulcus ventriculi 4 mislukkingen, d.i. 4.3 pCt..

Er is dus een treffend verschil tussen de mislukkingen na BILLROTH I bij ulcus duodeni en ulcus ventriculi. Het is daarom naar mijn mening van belang bij het ulcus duodeni af te stappen van de methode BILLROTH I en in die gevallen een BILLROTH II-operatie te doen. In de gevallen van ulcus ventriculi is de BILLROTH I-operatie een methode, die inderdaad fysiologisch beter is dan de BILLROTH II, terwijl de resultaten ongeveer gelijk zijn aan de BILLROTH II-methode. In alle gevallen waar het duodenum afwijkingen toont, is de BILLROTH I-methode te ontraden.

3e. Collega VERBEEK noemt als oorzaak van het mislukken van BILLROTH I o.a. de te kleine resectie.

Afgezien van de vraag of alle resecties inderdaad grote resecties moeten zijn, welke vraag ik niet bevestigend zou willen beantwoorden, ben ik van mening uit eigen ervaring en na-onderzoek van ongeveer 700 patiënten, dat de resectie bij BILLROTH I nooit kleiner hoeft te zijn dan die bij de BILLROTH II-methode.

Een subtotale maagresectie is met de BILLROTH I-methode over het algemeen goed mogelijk.

Ik meende goed te doen deze ervaringen, die in de jaren voor de oorlog en de eerste jaren daarvan door systematisch onderzoek van een aanzienlijke reeks patiënten zijn komen vast te staan, nog eens onder de aandacht te brengen, niet zozeer als critiek maar als aanvulling op de belangwekkende waarnemingen van Collega VERBEEK.

Rotterdam, 9 Februari 1948

C. DE GROOT, *chirurg*

PRIMAIRE ATYPISCHE PNEUMONIE

GERRITS schrijft in zijn antwoord op mijn ingezonden stukje over bovenstaand onderwerp: „het antwoord op de vraag van GRIEP hoe men de ambulante pneumonie moet onderscheiden van de primaire atypische pneumonie luidt dus: door bij de ambulante bronchopneumonie de koude-agglutinatiereactie te doen”. Eén zin er voor zegt hij, dat deze reactie slechts in één derde deel der gevallen positief is. Hoe moet ik nu deze ziekte differentiëren als de koude-agglutinatiereactie negatief is? Weet collega GERRITS zeker, dat bij ambulante bronchopneumonieën deze reactie nooit positief kan zijn? Wat blijkt er van het epidemisch zijn van deze ziekte bij zijn patiënten? Is er bij zijn zieken immuniteit ontstaan? Waaruit blijkt, dat de ziekte bij zijn patiënten niet door bacteriën wordt veroorzaakt?

Alleen de koude-agglutinatiereactie is voor collega GERRITS blijkbaar bewijzend, terwijl toch positieve reacties worden beschreven bij slaapziekte, ziekte van PFEIFFER, lues, mazelen, roodvonk en ook bij pneumococcuspneumonieën met empyeem.

Natuurlijk weet ik ook wel dat STIBBE en VAN ERP geen gevallen van primaire atypische pneumonie in Nederland ontdekt en beschreven hebben, maar dat zij het ziektebeeld beschreven in de Nederlandse literatuur.

Rijswijk, 10 Februari 1948

W. A. GRIEP

EEN MET PENICILLINE GENEZEN PARANEPHRITISCH ONTSTEKINGSPROCES

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling van collega DEENSTRA over bovengenoemd onderwerp in het *Tijdschrift* van 27 December 1947 (dat ik heden ontving), wil ik gaarne een opmerking maken.

De behandeling van een paranephritische phlegmone c.q. absces behoort mijns inziens in handen van de chirurg. Wegens de gevaren van deze phlegmone (progressie, sepsis, perforatie) moet een behandeling die afwijkt van de gewone, vroege incisie, zeker ook in een chirurgische kliniek worden gedaan „met het mes in de hand”.

Overigens bewijst deze publicatie de tegenwoordige neiging om infectieuze chirurgische aandoeningen buiten de chirurg om met antibiotica en chemotherapie te behandelen. Hier en daar gaat het reeds zo ver, dat er huisartsen zijn die bij acute appendicitis eerst eens een penicillinekuur en sulfapraeparaten proberen. De noodlottige gevolgen daarvan (perforatieperitonitis) heb ik reeds gezien.

Soerabaja, 4 Februari 1948

A. FOSSEN,
*chirurg Roomsche Katholiek
Ziekenhuis*