

De dosering 6 g per dag bleek echter lang niet nodig te zijn. Meestal is een behandeling van 3 doses $4 \times$ daags 1 g sulfanilamide ruim voldoende. Wat betreft recidieven, kan ik niet zo geestdriftig zijn. Herhaaldelijk werden recidieven gezien. Ook dit is echter een moeilijk te beoordelen zaak.

Evenals personen, die een zeer slecht gebit hebben en nog nooit aan kiespijn hebben geleden, worden herhaaldelijk personen gezien, die grote tonsillen hebben, zonder er ooit last van te hebben. Beginnen deze personen echter met een tonsillitis, dan volgt vaak de ene op de andere, met alle ellende erbij, zoals peritonsillaire abscessen. Ik zag echter het laatste jaar weinig peritonsillaire abscessen, hetgeen ik aan de sulfanilamidebehandeling toeschrijf.

Toxische verschijnselen van de sulfapreparaten zag ik echter niet eenmaal, evenmin als bij het gebruik bij pneumonieën. Ik ben echter van oordeel, dat vaak onnodig hoge doses gegeven worden.

Roden, 21 Mei 1948

J. A. A. PIETERS

De Redactie ontving een ingezonden stuk van gelijke strekking van coll. J. DRUKKER te Amsterdam.

REDACTIE

PROSTATECTOMIE VOLGENS T. MILLIN

In het *N. T. v. G.* van 22 Mei 1948 schrijft dr. G. L. VAN DER ZWAAG over de prostatectomie volgens T. MILLIN. Hij brengt enkele wijzigingen aan in de oorspronkelijke techniek. Wat het invoeren van een NELATON-catheter vóór de operatie betreft, heb ik de indruk dat men dit beter achterwege laat. Men heeft een beter gezicht op het bed van de prostata, als men geen catheter invoert, en enig voordeel, bij voorbeeld wat oriëntering betreft, heeft de catheter niet.

Een tweede bezwaar tegen de gewijzigde techniek vond ik het slechts met 3 geknoopte hechtingen sluiten van de prostatakapsel. De gevolgen hiervan bleven bij een paar van zijn patiënten niet weg; twee maal vormde zich een urinefistel, welke zich gelukkig na korte tijd sloot. Bij de gebruikelijke doorlopende hechting van de prostata-kapsel heeft men veel minder kans hierop; ik zag het dan ook niet geschieden.

Bovendien mis ik in zijn beschrijving het knippen van een V-vormige wig uit de sphincter internus. Toen MILLIN (en ook ik) dit nog niet deed, ontstond soms een strictuur. Ik zag dit in één geval en het is bijzonder moeilijk deze strictuur weer in orde te krijgen (ik moest operatief ingrijpen). Sinds ik de wig uitknip, kwamen stricturen niet meer voor.

Ik deel de overtuiging van de schrijver, dat de operatie van MILLIN een zeer goede toekomst tegemoet gaat, maar men moet nog voorzichtig zijn met het beoordelen van de uitkomsten en de mortaliteit. Gedurende het Octobercongres van de Franse Urologen had ik gelegenheid daarop te wijzen: iemand had na 40 MILLIN-operaties een sterfte van 5 pCt. en was niet zo geestdriftig over de methode. Ik weer er toen op, dat de operatie van FREYER in het begin wel 25 tot 30 pCt. mortaliteit had, maar dat in de laatste jaren de sterfte wel zeer veel beter is (ik had bij voorbeeld een reeks van 100 operaties zonder een sterfgeval). Ik ben ervan overtuigd, dat wij bij de mijns inziens zoveel betere operatie volgens MILLIN ook tot zeer lage sterftetijfers zullen komen.

Amsterdam, 31 Mei 1948

D. VAN CAPPELLEN

SEXUELE VOORLICHTING 1)

Achter de tactvolle critiek van prof. VAN LOGHEM op een publicatie van mr. A. BOUMAN in *Sexuele Hygiëne* en het korzelige verweer van laatstgenoemde, schuilt een geladenheid van meningsverschillen ten aanzien van sexuele vraagstukken, welke helaas in dit tijdschrift zelden op nuttige wijze tot uiting komt. Dit gemis aan regelmatige bijdragen op sexuologisch gebied is voor mij reden

1) *N. T. v. G.* Jaarg. 91 (1948), Nr. 16, blz. 1180; id. Nr. 22, blz. 1660.