

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten



VAGINALE VERWIJDERING VAN DE BAARMOEDER

Naar aanleiding van het goed gedocumenteerde artikel van collega HOYNG (dit *Tijdschrift*, no. 49, 1948), de volgende opmerkingen.

Het vraagstuk vaginale of abdominale baarmoederverwijdering is mijns inziens geen vraagstuk meer, wanneer men selectief te werk gaat. De voordelen van vele vaginale operaties zijn ook wel achterhaald door de moderne middelen zoals intraveneus infuus tijdens of na de operatie, anticoagulantia, penicilline en niet te vergeten het eventueel vroeg mobiliseren. Ik betwijfel of de statistiek dan ten nadele van de laparotomie zal zijn. Littekenbreuken ziet men bij laagsgewijs sluiten en zeker bij de snede volgens PFANNENSTIEL nooit en de cervix kan altijd abdominaal mede worden verwijderd, waardoor men subperitoneaal, langs de vagina kan draineren en tamponneren.

Vaginale operaties eisen dubbele assistentie en worden bij grotere en hoger gelegen gezwollen moeilijk te overzien en rommelig wat bloedstelping betreft, tenzij de operateur buitengewoon vaardig is.

Voelen patiënten zich na een prolapsoperatie zoveel beter dan na een laparotomie? Ook dan hebben zij klachten over wondpijn, mictie enz.

Ik geloof inderdaad, dat bij carcinoom van het collum uteri de vaginale operatie de beste is, want dan bereikt men het beste het parametrium, maar voor de andere gevallen zal de laparotomie vele aanhangers blijven tellen.

Voorburg, 7 December 1948

J. BIJLOOS

VAGINALE VERWIJDERING VAN DE BAARMOEDER

De oude strijdvraag: vaginale of abdominale hysterectomie? Met genoegen las ik in het laatste nummer van het *N.T.v.G.*, no. 49, 1948, de goede uitkomsten van collega HOYNG met de door hem toegepaste vaginale verwijdering der baarmoeder. Deze uitkomsten worden geëvenaard door de resultaten, die ik met de abdominale exstirpatie bereikte. HOYNG vermeldt wel de statistiek van KOLB aangaande de abdominale verwijdering voor myoom met 4.4 pCt. mortaliteit, die van ASHTON met 3.7 pCt., doch niet die van mij uit 1931 met 0.5 pCt. mortaliteit. Ik deed een mededeling in het *N.T.v.G.*, no. 46, 1931, over 188 gevallen van abdominale exstirpatie van myomateuze uteri met één sterfgeval (longembolie). Inmiddels is het aantal abdominale exstirpaties gestegen tot bijna 800, er kwam geen sterfgeval voor, het mortaliteitscijfer is dus 1 op 800 of 0.12 pCt. Een klein gedeelte dezer baarmoederverwijderingen was volledig, wegens carcinoma corporis uteri of cervixmyoom, de grote meerderheid supra-vaginaal wegens myoom of andere goedaardige afwijkingen van de uterus.

Het bezwaar tegen de vaginale methode, dat de eierstokken en eileiders soms niet voor verwijdering toegankelijk zijn, wordt door collega HOYNG van de hand gewezen. Doch, wanneer men bij de abdominale exstirpatie herhaaldelijk de adnexa vergroeid vindt op de bodem van het cavum DOUGLASI of tegen de achterwand der baarmoeder of tegen enig deel van de tractus intestinalis, dan zou men bij vaginale verwijdering toch wel in moeilijkheden geraken. Ik heb dit zelf lang geleden meer dan eens gezien, toen ik TREUB assisteerde, die destijds de vaginale exstirpatie technisch beheerste als weinig anderen. En wanneer in de statistiek van HOYNG op 62 gevallen van carcinoma uteri er 3 voorkomen, waarbij één of beide ovaria moesten worden achtergelaten wegens vergroeiingen, terwijl recidieven herhaaldelijk in de eierstokken voorkomen, dan maakt dit