

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 gezwellen 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

de vaginale weg toch niet te verkiezen. En zou men bij de drie patiënten, bij wie het niet gelukte de blaas los te maken, dezelfde moeilijkheid hebben gehad bij de abdominale methode?

Zonder twijfel is de kans op peritoneale shock en op meteorismus bij een laparotomie iets groter dan bij een vaginale exstirpatie, doch ik heb daarvan nooit belangrijke hinder ondervonden. Bij de vaginale methode geen kans op stompcarcinoom; deze zaak raakt echter niet de vraag: vaginaal of abdominaal, doch de vraag: abdominale totale of abdominale supravaginale exstirpatie? Bij de vaginale weg geen mogelijkheid van littekenbreuk; ik heb na de abdominale verwijdering nooit een littekenbreuk gezien. Korte verpleegduur bij vaginale operaties: mijn patiënten staan na een abdominale operatie op dezelfde dag op als die van collega HOYNG.

Wij zien dus dat de mortaliteit bij beide methodes even klein kan zijn; het bezwaar van de eventuele onmogelijkheid de adnexa te verwijderen, blijft voor mij bestaan en de aangevoerde voordelen der vaginale methode zijn van geen of uiterst geringe betekenis.

Amsterdam, 6 December 1948

J. A. VAN DONGEN

DALING VAN ESSENTIËLE HYPERTENSIE IN DE GRAVIDITEIT

In bovengenoemd artikel van coll. LÖWENBERG (dit *Tijdschrift* bl. 4021, 1948), trof mij deze passage:

Behandeling: Het was niet mogelijk de bloeddruk door de volgende behandelingsmethodes te doen dalen: veel rust, enz.

Als het eerst genoemd wordt hier aan het begrip rust grote waarde toegekend. Persoonlijk heb ik deze nooit zo hoog aangeslagen, temeer toen een oud-internist, essentiële-hypertensielijder, mij eens mededeelde, bij zichzelf het effect van de rustfactor in een langdurige vakantieperiode te hebben nagegaan. Hij was tot de conclusie gekomen, dat hij beter in beweging had kunnen blijven.

Zou de psychische factor zich bij de rust niet nadelig kunnen doen gelden?

Trouwens, wij weten over het ontstaan van hypertensie nog te weinig, gezien de verschillende veronderstellingen die zich in de literatuur voordoen, waarbij ook de verklaring van het bovengenoemde geval er een is, en zoals uit dit geval ook weer blijkt, wat de therapie betreft. Hier denk ik ook aan de tegenstanders indertijd van het zoutarme dieet. Zo heeft het mij de laatste paar jaar getroffen, dat op hogere leeftijd een reeds lang bestaande hypertensie aan het dalen was. Het geval betreffende een oude dame, boven de acht kruisjes, die jarenlang een flinke essentiële hypertensie had van soms ver boven de 200 mm Hg, die haar bloeddruk na verschillende contrôles met enkele maanden tussenruimte, zag dalen tot 170 mm Hg, was wel het opmerkelijkst. Het dieet had langzamerhand veel van zijn waarde verloren en medicamenten werden niet gebruikt (minder krachtige hartactie?), hetgeen ook weer niet voor alle patiënten op hogere leeftijd opgaat.

Gorssel, December 1948

G. C. J. KRUISINGA

DALING VAN ESSENTIËLE HYPERTENSIE IN DE GRAVIDITEIT

Belangstellenden in het vraagstuk van de betrekkelijk zeldzame daling van een prae-existente hypertensie in de graviditeit, hetwelk door collega LÖWENBERG (*N.T.v.G.* 92, bl. 4021, 1948) aan de orde werd gesteld, moge ik nog naar de volgende literatuurbronnen verwijzen:

P. P. FOA et al. *Am. J. Med. Sci.* 204, 350, 1942; W. J. DIECKMANN, *The toxemias of pregnancy*, MOSBY Comp. 1941, St. Louis; J. P. CORBIT, *Am. J. Med. Sci.* 201, 876, 1941; COHEN and THOMSON, *J.A.M.A.* 112, 1556, 1939; M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE, *Belg. T.v.Gen.* 3, 193, 1947; G. S. BURWELL, *Am. J. Med. Sci.* 195, 1, 1938; D. C. HARE and M. N. KARN, *Quart. J. Med.* 22, 381, 1929; E. W. PAGE,