

INGEZONDEN

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



WANNEER MOET MEN LIJDERS AAN GALSTENEN LATEN OPEREREN?

In zijn antwoord op de opmerking van coll. BAX gebruikt coll. BOOM een argument, waarmee ik het niet eens ben. BOOM zegt, de zienswijze van SCHALM, dat men niet langer dan 6 weken mag wachten, niet te kunnen delen, daar hij 2 maal na langer wachten de zieke toch nog zonder operatie zag genezen. Vaak zal het zieke lichaam zich niet dan met moeite na een afsluiting van 6 weken of langer weten te herstellen. Bij zwakken zal het wel eens niet gelukken. Twee maal zag ik dat een lever zich niet herstelde na een volkomen afsluiting van 26 en 29 dagen, en eenmaal niet na een onvolkomen afsluiting van 36 dagen, ondanks goede voor- en nabehandeling. Ik meen dan ook, dat het beter is niet zo lang te wachten; tenzij men de risico's van operatie overschat, wat coll. BOOM wellicht doet, gezien zijn woorden, dat de risico's véél groter zijn dan in ongecompliceerde gevallen.

De klacht van BAX over vaagheid van de richtlijnen voor de patiënten met icterus geldt ook voor de patiënten met herhaalde klachten. Wel zegt BOOM, dat na één aanval, al dan niet met icterus, niet geopereerd behoeft te worden, waarmee men het eens kan zijn. Maar het ware duidelijker, als hij zeide, dat na herhaalde klachten wél tot operatie geadviseerd kan worden. BOOM zelf geeft als sterfte bij ongecompliceerde gevallen 1 pCt. of minder op. Moge dit voor de laatste decennia juist zijn, thans is dit weer lager sinds bij deze operatie in plaats van een diepe narcose een zeer lichte voldoende is, nu wij over curare beschikken. Vooral ook voor de gecompliceerde gevallen zal dit een belangrijke beveiliging blijken. En daar het risico dan zo gering geworden is, behoeven wij toch niet meer met veel bezorgdheid tot operatie aan te raden.

Tot slot zou ik nog gaarne deze vraag stellen: Hoe stelt coll. BOOM zich de anatomische resultaten van de voorgestane kuren voor? Lossen de stenen op? Worden ze afgevoerd (de kleine dan alleen)? Zal de zieke galblaas weer normaal worden en dus geen aanleiding meer blijven voor de vorming van nieuwe stenen? Is duurzame genezing waarschijnlijk?

Sneek, 27 December 1948

T. A. DONKERSLOOT

SPECIFIEKE AFWIJKINGEN IN DE LEVER BIJ LIJDERS AAN ERYTHEMA NODOSUM

Het onderzoek van mej. VAN BEEK, HAEX en mej. SMIT maakt het aannemelijk, dat bij erythema nodosum de tuberkelbacteriën langs de bloedbaan worden verspreid, hetgeen in overeenstemming is met de algemeen geldende opvatting. Het staat echter geenszins vast, dat de haematogene verspreiding van de bacteriën beperkt blijft tot die gevallen van primaire infectie, waarbij erythema nodosum ontstaat. Immers, hoeveel patiënten, die nooit erythema nodosum hebben gehad, krijgen later niet — onmiskenbaar langs haematogene weg — tuberculeuze aandoeningen (b.v. in beenderstelsel, nieren, hersenvliezen).

De gedachtengang van de schrijvers volgende, zou men dus de streptomycine-behandeling niet tot de patiënten, die in aansluiting aan hun primaire infectie erythema nodosum krijgen, moeten beperken.

Nu is het niet de toxiciteit van het streptomycine, die mij bezwaar doet maken tegen een ruime toepassing van dit middel bij primaire tuberculose, met of zonder erythema nodosum. De giftigheid behoeft men, bij de tegenwoordig

gebruikelijke lage dosering, niet meer ernstig te vrezen. Maar het gevaar schuilt in het ontstaan van tegen streptomycine resistente stammen. Gebruikt men streptomycine zonder dringende noodzaak, dan zou kunnen blijken, dat men, ingeval van latere ernstige verwikkeling, zijn kruit heeft verschoten en machteloos staat. Dit klemt te meer, daar men met streptomycine wél de vroege generalisatie in aansluiting aan het primaire complex zal kunnen voorkomen, maar vermoedelijk niet de late generalisatie. Pas wanneer men beschikt over een therapeutikum, waardoor de tuberkelbacteriën worden gedood, of over een middel, waartegen zij niet resistent worden, zou het aanbeveling verdienen de primaire tuberculeuze manifestaties in den regel met streptomycine te behandelen. Op dit ogenblik zou ik deze therapie nog willen beperken tot die gevallen, waarin ernstige complicaties bestaan of te vrezen zijn.

Hellendoorn, 22 December 1948

HERMAN VOS

VAGINALE VERWIJDERING VAN DE BAARMOEDER

Het lijkt mij dienstig, dat, na de critiek van BIJLOOS en VAN DONGEN (*N. T. v. G.* 51, 1948) op het artikel van HOYNG (*N. T. v. G.* 49, 1948), er een getuige à décharge optreedt.

Het spreekt van zelf, dat men bij het stellen van de indicatie selectief te werk moet gaan; men moet slechts vaginaal opereren, als het vaginaal kan. Om een vergroeide intraligamentaire tumor bij een patiënte met een oude pelveoperitonitis te verwijderen, kan men beter abdominaal te werk gaan! Het is zeer verheugend, dat door de moderne shockbestrijding, de dicumol- en penicillinetherapie en de vooruitgang in de techniek, de resultaten van de laparotomie zo goed zijn geworden. De vaginale hysterectomie had dit alles niet nodig, is dus duidelijk veiliger. Men kiest nu eenmaal altijd de minst ingrijpende operatie; bovendien kan ook penicilline niet alles en is dicumol lang niet ongevaarlijk. Als men een veilige weg kan gaan, moet men niet zwaar gewapend een gevaarlijk pad nemen!

Dat het postoperatieve welzijn na de vaginale operatie veel beter is, lijkt mij buiten kijf. Ieder operateur met ervaring van deze operatie is het hierover eens. Als men een kijkje neemt op een zaal met abdominaal en vaginaal geopereerden, dan ziet men, de dag na de operatie, een treffend verschil in algemene toestand. Zelf opereerde ik eens een dikke patiënte van 79 jaar met boezemfibrilleren en een carcinoma corporis uteri. De internist had de volgende dag niet in de gaten, dat de ingreep reeds was geschied. Een laparotomie zou bij een dergelijke patiënte niet zo gemakkelijk aan de aandacht zijn ontsnapt!

Na een prolapsoperatie zijn de klachten zeer goed verklaarbaar door de oppervlakkige wonden van perineum en voorste vaginawand. Bij een hysterectomie veroorzaakt slechts de somtijds noodzakelijke SCHUCHARDT-snede pijn.

Overigens zal bij goede anamnese en diagnostiek het aantal gevallen, waarin men door de vaginale techniek in moeilijkheden geraakt, zeer gering zijn (toucher, mobiliteit van de baarmoeder, vroegere operaties of ontstekingen). Sinds TREUB opereerde zal een en ander toch wel veranderd zijn. Alle operateurs ondervinden moeilijkheden bij de vaginale methode in hun begintijd en ook HOYNG zal steeds gemakkelijker de blaas kunnen losschuiven en steeds meer adnexa kunnen verwijderen. Dat een zeer enkele maal de ovaria niet kunnen worden meegenomen, is overigens alleen van belang bij hysterectomieën wegens corpuscarcinoom en misschien ook bij cervixcarcinoom (TEN BERGE). En bij corpuscarcinoom komen metastases niet herhaaldelijk, doch in 5 pCt. van de gevallen voor (PLATE). Ook blijkt uit het Amsterdamse materiaal, dat deze patiënten er, wat de 5-jaars genezing betreft, niet slechter aan toe zijn. Bij de 3 zieken, bij wie HOYNG de blaas niet kon afschuiven, was het gezwel doorgegroeid. Het was dus groep IV en de indicatie tot operatie was dus fout, zowel vaginaal, als abdominaal.