

INGEZONDEN

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

★ HET BLOEDBEELD BIJ NIET SPECIFIEKE CHIRURGISCHE INFECTIES

Ik begrijp niet goed, waaruit collega DE VRIES opmaakt, dat ik het bloedbeeld zonder de kliniek wens te beschouwen. Ik ben het juist geheel met hem eens, dat het een klinisch hulpmiddel moet zijn, dat alleen *met* alle klinische gegevens waarde heeft, al is het mijn overtuiging, dat het een differentiatie van de ontstekingsphase mogelijk maakt, die vaak de kliniek alleen niet kan geven. Overigens verwijs ik voor een nadere precisering van deze opvattingen naar de *Geneeskundige Bladen*, 43ste Reeks, no. V.

Indien „de waarde van het bloedbeeld zeer sterk afhankelijk is van degene, die gewend is bloedbeelden te beoordelen”, dan zou de toegepaste haematologie elke exactheid missen en ik kan niet geloven, dat collega DE VRIES dit bedoelt. Heeft het bloedbeeld waarde in de zin, zoals ik heb trachten uiteen te zetten, dan moet het een algemene, objectieve basis bezitten, zodat iedere beoordelaar, indien hij nauwgezet en systematisch onderzoekt, steeds tot de zelfde conclusies moet komen.

De door mij opgestelde richtlijnen bij de interpretatie van het bloedbeeld in het algemeen, heb ik toegepast bij appendicitis, omdat toevallig mijn appendicitismateriaal zo groot was, dat de haematologische bestudering daarvan gevolgtrekkingen mogelijk maakte, die bovendien pathologisch-anatomisch gecontroleerd konden worden. Maar indien deze richtlijnen inderdaad voor de praktijk bruikbaar zijn als een klinisch hulpmiddel, dan moeten zij ook gelden voor alle andere niet specifieke chirurgische ontstekingen, al zal wel ieder weefsel en orgaan, door bepaalde ligging en anatomische kenmerken, bepaalde variaties in het haemogram tonen, die te voorschijn zullen komen bij de bestudering van vele gevallen.

Het is mij niet duidelijk, wat collega DE VRIES bedoelt, als hij zegt, „dat de veranderingen in het haemogram het *gevolg* zijn der klinische verschijnselen, d.w.z. *na* en niet *gelijktijdig* met deze verschijnselen ontstaan”. Ik dacht eigenlijk, dat een ontstekingsproces in de appendix bij voorbeeld, o.a. niet alleen het peritoneum parietale prikkelt, waardoor *défense musculaire* ontstaat, maar ook het beenmerg, waarvan veranderingen in het bloedbeeld het gevolg zijn. Het haemogram beschouw ik dus als een klinisch verschijnsel, op één lijn staande met de andere klinische verschijnselen en *niet* als het gevolg daarvan. Het ontstekingsproces in de appendix is niet voor ons waarneembaar. Het beenmerg, dat op dat ontstekingsproces reageert, evenmin. Maar over de functie van dat beenmerg kunnen wij ons wel een oordeel vormen, omdat het bloedbeeld daarvan een uiting is. En uit ons inzicht in de (gewijzigde) functie van het beenmerg zijn wij in staat — indirect — conclusies over het ontstekingsproces te trekken. Dus, grofweg gezegd: indien wij uit het bloedbeeld lezen, dat de bloedcellen vormende organen op een ontstekingsproces reageren met een vermeerdering van de segmentkernige leucocyten, enz., dan is dat ontstekingsproces in de agressiephase. Reageren die organen met een toeneming van de lymphocyten, dan bestaat er een ontsteking in de regressiephase, enzovoort.

En zo geloof ik evenmin, dat een nauwgezet clinicus zich een exact oordeel kan vormen over wat er gebeurt met een appendiculair infiltraat, indien hij geen gebruik maakt van het bloedbeeld. Daarom ontwijkt de chirurg de moeilijkheden en opereert hij een patiënt met een appendiculair infiltraat 6 weken tot 6 maanden na de acute aanval, juist omdat hij — op klinische gronden alleen — niet kan weten, wat zich in de buik afspeelt. De variaties in de duur van het wachten op de appendectomie à froid geven duidelijk genoeg aan, hoe onzeker men zich voelt.

Amsterdam, 21 Maart 1949

L. ELSBACH