

# INGEZONDEN

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



## MOEILIKHEDEN BIJ DE CHIRURGISCHE THERAPIE VAN DE GROTE MAAGBLOEDING

Het artikel van GEELKERKEN en BOM<sup>1)</sup> heb ik met grote belangstelling gelezen, daar ik twee maanden geleden een analoog geval kon behandelen. Het betrof een vrouw van 55 jaar, die nooit klachten van haar maag had gehad en overigens geheel gezond was. Zij braakte 22 Februari bloed en collabeerde. Tevoren had zij reeds enige dagen zwarte ontlasting gehad. Patiënte werd in het Diaconessenhuis Bronovo opgenomen en door de internist FESEVUR behandeld. Gedurende zeven dagen kreeg zij onophoudelijk bloedingen, waarvoor zij in totaal 4 liter bloed kreeg toegediend. Desondanks daalde het haemoglobinegehalte tot 5 pCt. De 7de dag werd tot operatie besloten.

Bij het begin der operatie bedroeg de systolische druk 75 mm kwik. Bij laparotomie bleek de maag vol bloed te zijn, doch het gelukte niet de oorzaak van de bloeding te vinden. Op aanraden van dr FESEVUR heb ik toen maagresectie verricht, niet geheel zonder tegenzin, daar de situatie mij niet bevredigde en de patiënte in een zeer slechte algemene toestand verkeerde. Tijdens de operatie werd ruim bloed getransfundeerd. Aan het einde van de operatie bedroeg de bloeddruk 130/60 (narcose VAN NOUHUYS).

In het praeparaat, dat helaas in formaline werd gefixeerd, werd aan de kleine curvatuur een licht infiltraat met ontsteking gevonden. Patiënte is verder vlot hersteld.

Toch moet men bij deze toestand zeer oppassen voor generaliseren. Elk geval moet individueel worden bekeken en het besluit tot resectie moet mijns inziens bij open buik door chirurg en internist tezamen worden genomen. In het genoemde artikel mis ik de verwijzing naar dit contact met de internist en ik acht dit primair. De internist moet tijdens de operatie in de operatiekamer aanwezig zijn om tezamen deze zware verantwoording te kunnen dragen.

Ik ben het geheel met de schrijvers eens, dat alleen een grote maagresectie bij deze ernstige toestand in aanmerking komt, waarbij in elk geval zo hoog mogelijk de kleine curvatuur moet worden verwijderd.

's-Gravenhage, Mei 1951

J. TEN KATE

## MOEILIKHEDEN BIJ DE CHIRURGISCHE THERAPIE VAN DE GROTE MAAGBLOEDING

Een uiterst moeilijk probleem is door de collegae GEELKERKEN en BOM<sup>1)</sup> aangeroerd. In vele gevallen — de gastro-enteroloog R. GUTTMANN spreekt zelfs van 20 pCt — blijft de oorzaak der bloeding onbekend. Van de vier door hen genoemde patiënten is dat bij drie het geval geweest, tenzij van twee de gastritis chronica er voor aansprakelijk wordt gesteld, wat zeker niet onmogelijk is. Alleen de vierde patiënt toonde een micro-ulcus. Om hieruit de conclusie te trekken, dat een ruime maagresectie nodig is „in verband met de grote waarschijnlijkheid van een micro-ulcus” lijkt ons zeer aanvechtbaar. Wij moeten bovendien het geluk hebben, dat in de bodem van het ulcus een aangevreten arterie kan worden aangetoond. Dat de chirurg, en dan liefst na overleg met de maag-darmarts of internist, zich ten slotte tot een operatie genoodzaakt voelt, zal men zich kunnen voorstellen. Wij zijn evenwel bevreesd, dat op de in het

<sup>1)</sup> N. T. v. G., 95, 1224, 1951.