

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 BOM¹⁾ 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 BOM¹⁾ 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

¹⁾ N. T. v. G., 95, 1224, 1951.

artikel genoemde aanwijzing straks te gemakkelijk bij een grote maagbloeding tot maagresectie wordt besloten, op zoek naar het toch niet zo frequent voorkomende micro-ulcus. Het vlijmscherpe mes in kundige handen doet veel: Tweederde deel der maag is toch maar verdwenen en bij de patholoog-anatoom terechtgekomen. Blijven de bloedingen na de operatie voorgoed weg? Het is moeilijk een symptoom te behandelen, waarvan men de oorzaak niet kent. Intussen een belangwekkend vraagstuk waarmee de lezers van het *Tijdschrift* tot nadenken zijn gebracht.

's-Gravenhage, 4 Mei 1951

A. HAAK

VERBETERINGEN

In het artikel van dr M. ELZAS, Familiaire structuur, bl. 1414, regel 5 v. o. na „een toevalligheid” invoegen:

, maar de uitdrukking van de individuele afgeslotenheid

REDACTIE

BERICHTEN



BUITENLAND

FRANKRIJK. — Q-KOORTS. Gevallen van QUERY-fever zijn in Frankrijk tot nog toe zeldzaam. Het eerste geval werd in de Elzas waargenomen, het tweede in de Roussillon. In de zitting van de Société Médicale des Hôpitaux van 23 Februari j.l. kwam een derde geval ter sprake: bij een lijder aan een ernstige atypische pneumonie, in een voorstad van Parijs werkzaam als verzorger van allerlei laboratoriumdieren, werd een hoog gehalte aan agglutinines tegenover *Coxiella burneti* vastgesteld (*Semaine des Hôpitaux*, 1951, bl. 981).

— PELLETIER EN CAVENTOU. Het dubbele standbeeld der ontdekkers van het kinine, vernield tijdens de Duitse bezetting, is vervangen door een monument, dat, ter ere van PELLETIER en CAVENTOU, een allegorische voorstelling geeft van de „Santé retrouvée”. Het kunstwerk, vervaardigd door de beeldhouwer LOISON, werd, in tegenwoordigheid van de Minister van Opvoeding onthuld en aan de stad Parijs overgedragen (*Sem. médicale*, 1951, bl. 239).

— BEHOEFTE AAN BLOEDGEVERS. Volgens schattingen van verschillende bloedtransfusiediensten behoeft men in vreedstijd één donator per honderd inwoners.

LAUBRY EN TZANCK bevestigden dit cijfer voor Frankrijk, waar bij de tegenwoordige organisatie nog niet aan alle vragen kan worden voldaan. Zij moesten, integendeel, vaststellen, dat zich tegen de propaganda van het Centre National de la Transfusion Sanguine geen oppositie heeft ontwikkeld (*Bulletin de l'Acad. Nat. de Médecine*, 1951, bl. 84).

— HET VERLEDEN VAN DE BAGIL VAN CALMETTE-GUÉRIN. — In een te Gent gehouden voordracht herinnert dr F. VAN DEINSE, leider van de BCG-afdeling van het Instituut Pasteur te Parijs, aan de herkomst van het vaccine tegen tuberculose. De „souche lait NOCARD”, door NOCARD in 1902 uit een tuberculeuze koeien-uier gekweekt, diende in 1908 aan CALMETTE en GUÉRIN bij proeven ter besmetting van runderen en werd, ter verkrijging van homogene suspensies, gekweekt op aardappelschijven, die in gal met glycerine waren gekookt. Hierbij verloor de stam zijn virulentie. Na 30 overentingen was hij apathogeen voor kalveren, spoedig daarop voor apen. Voor cavia en konijn scheen de virulentie eer toegenomen, evenals voor paard en ezel. Pas in 1919, na 198 overentingen, was het mogelijk 1 mg bij de cavia, 5 mg bij het paard en 100 mg bij het rund in te spuiten zonder het dier ziek te maken. In 1921 kon de cultuur op gewone glycerine-aardappel worden voortgekweekt zonder haar virulentie te herwinnen. In 1924 verklaarden zij BCG te willen beschouwen als een „virus fixe” (*Belg. Tijdschr. v. Geneesk.*, 1951, 291).