

Daarbij werd een hernia gevonden ter hoogte van L.5-S.1. Mijn conclusie was toen niet: „dus de pathologische reflexen en zo voort worden door deze laag zittende hernia veroorzaakt”, maar: deze patiënte stelt ons „voor een neurologisch onverklaarbaar probleem”!

De operatieve verwijdering van de hernia en het snelle herstel daarna be-
wezen, dat de acute symptomen (pijn, zware parese, sensibiliteitsstoornissen)
door die hernia werden veroorzaakt. Nadrukkelijk deelde ik mede, dat de
pathologische reflexen bij de demonstratie nog bestonden. Op 31 Augustus 1951
kwam patiënte voor heronderzoek. Zij had subjectief geen klachten meer; deed
al haar werk en voelde zich volmaakt gezond. Bij neurologisch onderzoek
waren er nog lichte oppervlakte-sensibiliteitsstoornissen in het linker onderbeen
en was de voetzoolreflex links nog klassiek pathologisch. Het rechter been
toonde geen afwijkingen meer. Nu nog was dit neurologische beeld ons niet
verklaarbaar.

Natuurlijk hebben ook wij twee ziektebeelden aangenomen, maar het is ons
tot nu toe niet gelukt dat tweede ziektebeeld te identificeren.

Waar ik, naar aanleiding van deze patiënte, de nadruk op gelegd heb is,
„dat niet het neurologische onderzoek alléén beslissend is, maar dat de hulp-
middelen, wervelfoto's, liquoronderzoek, contrastphoto's en zo voort, vaak
onmisbaar zijn”. Mij dunkt, als zodanig was deze patiënte een duidelijke de-
monstratie.

Wat nu de verhouding van de neurologie en neuro-chirurgie betreft, zou ik
nog willen opmerken, dat bedoelde patiënte werd onderzocht en ingestuurd
door een uitstekende neuroloog; dat zij bovendien werd onderzocht en be-
sproken met de staf van de alleszins bevoegde neurologische afdeling. Ook hier
kon men het neurologische beeld niet verklaren. Het spreekt vanzelf, dat ook ik
de neurologische wetenschap als de basis van de neuro-chirurgie beschouw en
zelfs de neurologische opleiding als de beste voorontwikkeling van de neuro-
chirurg zie. Het is mij dan ook niet duidelijk, hoe collega VERBEEK het tegen-
deel uit mijn les heeft kunnen concluderen.

Groningen, 5 September 1951

A. VAN DER ZWAN

TONSILLECTOMIE

Het betoog van collega OVERBOSCH¹⁾ omtrent de tonsillectomie, zoals deze hier
meestal wordt verricht onder locale verdoving of onder een lichte roes, en omtrent
de grote voordelen welke daartegenover de algemene narcose met afhankelijk
hoofd heeft te bieden, behoeft een zeer critische lezing, daar anders het gevaar
dreigt dat men wordt meegevoerd door de vaardige wijze waarop deze
schrijver de dramatische zijde van deze ingreep met de pen weet te illustreren.

Helaas is aan deze dramatisering een zekere tendentie niet vreemd ge-
bleven. Het gehele betoog over de stakkerdjes die 's morgens door hun ouders
in de vreemde sfeer van het ziekenhuis worden achtergelaten en in spanning
liggen te wachten op de dingen die komen zullen, blijft immers van kracht,
hoe ook de operatie wordt verricht.

De wijze waarop het kind door de oorarts wordt benaderd, kan misschien wel
eens zo zijn als dr OVERBOSCH beschrijft. Dit is echter geenszins regel, althans
niet noodzakelijk. De wijze waarop een narcotiseur het kind benadert, zal ook
sterk wisselen al naar diens persoon.

Ik kan het volkomen met collega OVERBOSCH eens zijn dat in handen van
ervaren operateurs de in Engeland gebruikelijke methode een goede indruk
maakt. Maar ook de methode van SLUDER is in *vaardige* handen een prachtige
techniek, waarbij complicaties uitermate zeldzaam zijn en totale verwijdering
regel. Het is goed te bedenken dat men in het buitenland steeds de plus varian-
ten onder de collegae aan het werk ziet. Ik heb, eveneens in het buitenland,
een keer een minder uitverkoren collega een dissectie-tonsillectomie onder

¹⁾ N. T. v. G., 95, 2469, 1951.

narcose zien doen; uit het enthousiasme van collega OVERBOSCH leid ik af dat hij een dergelijke séance nooit heeft bijgewoond.

Zolang echter het aantal complicaties na de operatie bij afhankelijk hoofd groter blijft dan na een „SLUDER” onder roes of een operatie onder locale anaesthesie past grote voorzichtigheid. Dat hart- en longlijders beter met een diepe algemene narcose zouden zijn gebaat dan met een lichte roes of een locale anaesthesie lijkt mij vooralsnog dan ook onzeker.

Ongetwijfeld moeten wij de moderne narcosetechniek met grote dankbaarheid aanvaarden en in daarvoor geschikte gevallen gebruiken, ook al brengt zij economische consequenties mede, onder andere dat iedere patiënt lange tijd een zuster bindt. Het is daarom echter niet noodzakelijk een andere voortreffelijke techniek onrechtvaardig te verwerpen.

Dat deze techniek, zoals elke techniek, zo goed mogelijk moet worden verlicht en dat de patiënt als een mens en niet als een nummer moet worden behandeld, spreekt vanzelf en geldt voor iedere medische behandeling. Hieraan wordt door overbrengen van een deel van onze verantwoordelijkheid op de specialist-narcotiseur niets veranderd.

Amsterdam, 30 Augustus 1951

L. B. W. JONGKEES

Door ieder, die niet alleen het resultaat van de chirurgische ingreep maar ook de psyche van de patiënt belangrijk acht, zal het artikel van OVERBOSCH met instemming zijn gelezen. Wanneer men zich even realiseert, dat kinderen van 4 tot 8 jaar het hoogste basale metabolisme hebben, is het duidelijk dat een roes met zulk een licht narcoticum als lachgas te oppervlakkig moet zijn. Het psychische trauma dat daarmee aan het patiëntje wordt toegebracht, mag niet worden onderschat. Wie kent geen kinderen die eerst onbevreesd de arts tegemoet treden, doch na een „knipperij” het op een huilen of schreeuwen zetten zodra zij een witte jas zien, of kort na zo'n ingreep aan prikkelbaarheid, angsten en pavor nocturnus leden. Hoeveel latere, neurotische symptomen moeten niet worden toegeschreven aan een dergelijk trauma, waarop JACKSON¹⁾ de aandacht vestigde. Bij 124 kinderen, die in aansluiting aan een operatieve ingreep angstig werden, kon LEVY²⁾ 88 maal tonsillectomie als oorzaak vaststellen. Wanneer OVERBOSCH dan ook nog uiteenzet dat de operatie zelf, door onvoldoende narcose, technisch moet tekort schieten, dan kan ik niet anders dan de woorden van een mijner Liverpoolse leermeesters onderschrijven: „removing tonsils without sufficient anaesthesia is a brutal and unscientific procedure”.

Door samenwerking van anaesthesist en keelarts behoort aan de onelegante en vreesaanjagende adeno- en tonsillectomie, zoals deze nog maar al te vaak wordt uitgevoerd, zo spoedig mogelijk een eind te worden gemaakt. Wanneer beiden op elkaar zijn ingeschoten, is het aantal van acht operaties per uur, dat door OVERBOSCH wordt genoemd, zelfs aan de lage kant. Doch ook zonder deze overwegingen moet het verdere lot van de patiënt de operateur zoveel belang inboezemen, dat hij het najagen van snelheidsrecords hierbij gaarne terzijde schuift. „No doubt, in time the surgeon will consider the psychic response of his patients before, during and after the operation as intimate a part of his problem as the surgical technic itself (LEVY)”.

Rijswijk, 27 Augustus 1951

H. C. VOORHOEVE

NEURALGIE NA GALBLAASOPERATIES

In verband met het artikel van dr T. A. DONKERSLOOT³⁾ moet mij de opmerking van het hart, dat de mediane en paramediane incisie in het epigastrium voor de cholecystectomie reeds in 1926 aan de kliniek van prof. LANZ, Amsterdam, algemeen werd geleerd en toegepast. De littekens van de grote boogvormige

¹⁾ JACKSON, *Am. J. Orthopsych.*, 12, 56, 1942. ²⁾ LEVY, *Am. J. Dis. Child.*, 69, 7, 1945.

³⁾ DONKERSLOOT, *N. T. v. G.*, 95, 2568, 1951.