

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 JACKSON ¹⁾ de aandacht vestigde. Bij 124 kinderen, die in aansluiting aan een operatieve ingreep angstig werden, kon LEVY ²⁾ 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. DONKERSLOOT ³⁾ 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.

insnijdingen onder de rechter ribbenboog en de zo genaamde „wisselsnede” van KEHR waren en zijn inderdaad functioneel en aesthetisch weinig bevredigend, terwijl de vroeger door LANZ gepropageerde desinsertie-snede het operatiegebied niet voldoende toegankelijk maakte.

Afgezien van de postoperatieve neuralgiën en traumatische neuromen, die betrekkelijk zelden ontstaan, ziet men littekenbreuken, pareses en atrophieën van de bovenste en middelste segmenten van de buikspieren. Al deze verwikkelingen, met uitzondering van herniae op de plaats van de drainage, kunnen worden voorkomen, wanneer men een mediane incisie maakt, die meestal slechts 12 cm lang behoef te zijn, wanneer de patiënt ten minste niet te corpulent is. Wordt het peritoneum rechts van het ligamentum teres hepatis geopend, dan heeft men ook geen verwikkelingen van deze kant te vrezen; de rubberdrain wordt ter voorkoming van herniae zijdelings, rechts naast de operatiewond, door een spierkanaal naar buiten geleid.

Bij de operatietechniek van LANZ zal men meestal eerst de galblaas uit haar leverbed moeten losmaken en van vergroeiingen bevrijden, alvorens de steel en de ductus choledochus te praepareren. Het is echter van beslissende betekenis, dat het ligamentum hepatoduodenale, dat de meeste aandacht van de operateur vereist, door zijn mediale ligging van de kleine mediane of paramediane incisie uit gemakkelijker bereikbaar is.

Amsterdam, 3 September 1951

H. FERIZ

URETHRASTENEN EN DE MOGELIJKHEID BLAASSTENEN SPONTAAN UIT TE WATEREN

Dankbaar ben ik coll. MULOCK HOUWER ¹⁾ voor zijn aanvullende gegevens over ziekteverschijnselen in de oogheelkunde ten gevolge van een tekort aan vitamine A bij beide geslachten.

Zijn ervaringen uit Djakarta bij oogpatiënten van verschillende leeftijden lopen echter geenszins parallel met hetgeen wij waarnemen bij blaassteenlijders. Wat het aantal clinische blaasstenen betreft is het vrouwelijke geslacht op *iedere* leeftijd zéér ver in de minderheid vergeleken bij de man.

DE HAAS ²⁾ e.a. zagen te Djakarta op 259 kinderen tot 14 jaar, 156 jongens en 103 meisjes lijdend aan xerophthalmie; dus een wel geheel andere verhouding dan bij blaasstenen (9 op 1). Ook de door hen geciteerde verhouding uit de oogheelkunde van 5 op 1 sterkt mij in de overtuiging dat het uitwateringsmechanisme zo dan niet een absolute dan toch een zeer belangrijke betekenis heeft bij het blaassteenlijden.

Palembang, 31 Augustus 1951

J. B. MULLERS

EEN GEVAL VAN HYPOGLYCAEMIE BIJ EEN PASGEBORENE MET ERYTHROBLASTAEMIE

In het artikel van collega A. DE VREE ³⁾ worden BANTING en BEST genoemd als de „ontdekkers van het insuline”. Uiteraard is een artikel over een klinisch onderwerp niet de plaats voor een discussie over historische prioriteit. Toch lijkt het mij verkeerd dat in artikelen, noch ook bij het medisch hoger onderwijs de naam van dr. N. WATERMAN wordt genoemd, die als Nederlands geleerde de eerste werkzame fractie uit het pancreas isoleerde (extractie met zure alcohol; proef op pancreasloze honden). Hij was tevens de eerste die een bloed-suikerbepaling in Nederland invoerde. BANTING en BEST hebben voortgebouwd op zijn onderzoek, zoals blijkt uit de woorden van A. P. MATHEWS ⁴⁾ over hun werk: „They could confirm all the results and conclusions of WATERMAN” enz. Zij vonden slechts de methodes om de relatief zuivere stof te bereiden.

Amsterdam, 27 Augustus 1951

A. J. BOERMAN

¹⁾ N. T. v. G., 95, 2148, 1951. ²⁾ J. H. DE HAAS, J. H. POSTHUMA en O. MEULEMANS, *Gen. T. v. N. I.*, bl. 928, 1940.

³⁾ N. T. v. G., 95, 2473, 1951. ⁴⁾ *Physiol. Chemistry*, 5e druk, bl. 827.