

onder het rundvee zo vaak voorkomende *Salmonella dublin* werden veroorzaakt. Het blijkt dat de Veterinair Hoofdinspecteur een grote en niet geheel begrijpelijke aarzeling toont in het aanvaarden van een besmetting gedurende het leven van het slachtdier, welks vlees of de daaruit bereide vleeswaren naderhand geïnfecteerd blijken te zijn.

Over het voorkomen van tuberculose onder het rundvee zijn wij uit anderen hoofde (de verslagen der Provinciale Gezondheidsdiensten voor Dieren) beter ingelicht dan uit de keuringsverslagen kan blijken. De zinsnede „dat het bovine type van de tuberkelbacil meer en meer bij de mens wordt waargenomen”, is in 1950 een anachronisme.

De cysticercose van het rund, die bij de mens zijn tegenhanger heeft in de besmetting met *Taenia saginata*, de ongewapende lintworm, blijkt de laatste 25 jaar niet in frequentie te zijn afgenomen. De varkenscysticercus, de blaasworm van *Taenia solium*, gedurende vele jaren in ons land niet waargenomen, werd aangetroffen bij een uit Polen geïmporteerd varken. Bij dezelfde zending levende varkens werd ook een geval van de voor ons uitheemse trichinose waargenomen.

Bij de bestrijding der echinococcose wint men langzaam terrein, maar nog waren ruim 1 pCt der runderen en ruim 4 pCt der eenhoevigen besmet. Keuren van alle huisslachtingen en opsporen van de hond die als infectiebron heeft gefungeerd, zal hier moeten leiden tot verdere terugdringing.

*Literatuur:* <sup>1</sup>Versl. en Med. betr. de Volksgez. (1951) bl. 301.

M. F. POLAK

## INGEZONDEN

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



### DE LIJDER AAN LONGTUBERCULOSE ALS OPERATIE-PATIËNT

Het artikel van collega LATERVEER<sup>1</sup> geeft mij aanleiding tot enkele opmerkingen. Naar mijn smaak is het gevaarlijk ons in beschouwingen van eb en vloed in het levensniveau en vita minima der cellen te verliezen, omdat wij hiermede geen stap verder komen met het moeilijke probleem te voren de toestand van een patiënt in verband met een voorgenomen operatie te beoordelen. Zoekt men een werkelijke vita minima der cellen, dan vindt men dit immers bij cachexie van SIMMONDS, anorexia nervosa en sterke hongertoestanden. En hier gaat het bij onze tuberculose-patiënten zeker niet om.

Ik geloof, dat men beter met twee benen op de grond kan blijven staan en trachten een oordeel te vormen uit een reeks algemene verschijnselen; een goed doorbloede, glanzende huid, stevig aanvoelende panniculus adiposus zijn gunstige factoren, een bleke, stroeve huid, slap aanvoelend vetweefsel zijn ongunstig. Een beter inzicht krijgen wij door het gedrag op bepaalde belastingen na te gaan en het lichaam te oefenen adaequaat te reageren op allerlei prikkels zoals koude lucht, overeind komen, rondlopen en trappen klimmen. Men vergete nooit, dat dit nog heel iets anders is dan een operatie, al heeft SELYE ons geleerd hoe het lichaam op velerlei „stress” toch met eenzelfde mechanisme reageert. Anderzijds geldt voor de tuberculose-patiënt het gevaar van „overtraining” met kans op reactivering, hetgeen collega LATERVEER niet noemt.

Mijn grootste bezwaar geldt echter wat collega LATERVEER van de psychische kant zegt. In feite is er iets mis met de psychische behandeling in een sanatorium, als het gezag van de „hal” groter is dan dat van de medicus. Het is verkeerd een patiënt tot operatie over te halen, hij moet zelf van de noodzakelijkheid en van de gevaren overtuigd zijn en bereid zijn tot volledige overgave. Het is het geloof en het vertrouwen, dat de gezonde en de zieke mens in staat stelt tot uitzonderlijke praestaties en tot een adaequate reactie die dikwijls boven de verwachting ligt. Ziet men ooit een winnende roeiploeg in elkaar zakken? Mijns inziens is de psychische voorbereiding tot een operatie bij onze longpatiënten wel een der belangrijkste factoren. Mobiliseren komt daarna, maar is een lichte mate van beweging ook

niet tijdens de rustkuur een genezing bevorderend moment? Dit valt thans buiten het onderwerp.

A. M. LATERVEER (1951) *N.T.v.G.* 95, 3747.

Noordwijk, 28 December 1951.

J. M. PLANTEYDT

Mijn beschouwingen over eb en vloed in het levensniveau, die voortkwamen uit en een verdere uitwerking waren van een gedachte van prof. BOEREMA, hadden tot doel de aandacht van de lezer te vestigen op de *algemene* toestand van de tuberculoselijder. De door coll. PLANTEIJDT genoemde huid- en panniculusverschijnselen zijn, evenals de door mij als voorbeeld genoemde lage bloeddruk, grondstofwisseling, en zo voort, slechts enkele van vele details. De gegevens die coll. PLANTEIJDT wil verkrijgen uit waarneming van de reacties van de patiënt op bepaalde belastingen zoals rondlopen, trappen klimmen, zijn dezelfde waarvoor ik het mobiliseringspaviljoen met „onopvallende doch nauwkeurige medische contrôle” (bl. 3753) voorstel. Ik geloof dus dat wij eigenlijk hetzelfde willen bereiken, alleen andere woorden gebruiken.

Het gevaar van reactivering waarop hij wijst, heb ik wel degelijk in overweging genomen en in het oorspronkelijke manuscript tot uiting gebracht. Aangezien ik echter geen tuberculosedeskundige ben, heb ik mijn artikel onder anderen eerst besproken met een tuberculosearts. Op diens advies is die alinea er uit weggelaten, omdat het probleem der reactiveringsmogelijkheden tot te uitvoerige beschouwingen zou voeren.

Wat collega PLANTEIJDT verder als psychische beschouwingen naar voren brengt, zal wel bij niemand tegenspraak uitlokken. Ik heb echter in mijn artikel slechts persoonlijke indrukken kunnen verwerken.

Ieder modern opgeleide anaesthesist is een voorstander van een goede psychische voorbereiding van elke patiënt voor zijn operatie en steeds worden met alle patiënten vóór de operatie enige gesprekken gevoerd.

Ik acht het onjuist, als collega PLANTEIJDT de psychische voorbereiding en de mobilisering los van elkaar beschouwt. Ik meen dat juist de grotere vrijheid van beweging vóór de operatie, als voorproefje van de vrijheid na de genezing mede een zeer sterke, psychisch opbouwende factor kan zijn.

Arnhem, Januari 1952

A. M. LATERVEER

### URETEROCELE

Naar aanleiding van de heldere en uitvoerige uiteenzetting van collega BAKKER<sup>1</sup> over ureterocele deel ik, ook op verzoek van collega WIEBOLS, hier de waarneming van het volgende geval mede.

In de avond van 21 September 1942 werd een 14-jarig meisje opgenomen. Zij had al lange tijd klachten over pijn onder in de buik gedurende de gymnastiekles, doch deze waren niet van dien aard, dat het nodig werd gevonden medische hulp in te roepen. Ongeveer 5 uur voor de opneming kreeg zij bij een brugoefening plotseling weer een heftige pijn aanval, die zo ernstig was, dat zij naar huis moest worden gebracht. Zij had gebraakt. Te bed verminderde aanvankelijk de pijn, doch deze werd spoedig weer hevig, zodat collega WIEBOLS werd geroepen, die bij inspectie een in de vulva uitpuilend, met slijmvlies bekleed gezwel vond en haar voor nader onderzoek en behandeling liet opnemen. Het bleek toen, dat een slijmvlies tumor ter grootte van een flinke walnoot, door het orificium urethrae externum naar buiten was gekomen en dus blaaswand moest zijn; op het onderste gedeelte hiervan, te midden van een iets gladdere oppervlakte, was een nauwelijks zichtbare opening, waaruit helder vocht kwam, dat urine bleek te zijn.

Hiermee was de diagnose duidelijk: ureterocele en blaaswand geprolabeerd door het orificium externum urethrae. Bij de repositie van het geheel, na voorzichtige dilatatie van de urethra in narcose, ondervonden wij veel moeilijkheden doordat de massa steeds weer naar buiten kwam. Dit bezwaar werd ondervangen door het aanleggen van enkele catguthechtingen, waarmee het lumen van de urethra werd vernauwd. Bij cystoscopie bleek er op de plaats van de uitmonding van de rechter ureter een peervormig, cysteus gezwel te zijn, dat rhythmisch af- en aanzwol, welke beweging afnam nadat een dunne urinestraal uit de opening was gespoten. Operatief werd bij sectio alta het gezwel weggesneden, nadat eerst een dunne sonde in de opening was gebracht. De ongeveer 2½ cm lange tumor bestond uit alle lagen van de ureterwand. Met catguthechtingen werd de ureterwand in de blaaswand gehecht, waarna een circulaire naad van blaas- en ureterslijmvlies volgde. Het wondbeloop was onge-