

PROSTAATHYPERTROFIE

halve een tampon, een fles plasma en een bistouri moeten hebben; maar misschien is fysiologische zoutoplossing, in dubbele concentratie (te verdunnen met kokend water) maar dan steriel, in eerste instantie voldoende. De fles kan dan ook wat kleiner zijn en neemt minder ruimte in.

Baarn, 8 februari 1957

A. A. VAN DER KROON

SUBACUTE KWIK-INTOXICATIE IN DE VORM VAN ACRODYNIE TEN GEVOLGE VAN EEN PER OS TOEGEDIEND KWIKDIURETICUM

Naar aanleiding van het artikel van F. KALSBEK en G. BLOMHERT lezen bij mij de volgende vragen:

Indien van een oraal toegediende kwikverbinding slechts 10 pct wordt geresorbeerd, hoe is het dan te verklaren, dat orale toediening van bv. 40 mg kwik per dag, waarvan dus in een week ongeveer 28 mg wordt geresorbeerd, eerder aanleiding geeft tot intoxicatieverschijnselen dan intramusculaire injectie van 2 ml, tweemaal per week, overeenkomend met 160 mg kwik per week?

Is een oraal kwikpreparaat in een „veilige” dosis even werkzaam als een intramusculair toegediend preparaat?

Kan men, evenals bij parenterale toediening, ook per os een kwikdiureticum stoetsgewijs toepassen? Welke dosis zou daarvoor de meest geschikte zijn?

Literatuur: KALSBEK, F. en G. BLOMHERT (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 233.

Amsterdam, 7 februari 1957

S. REEDE

Op grond van literatuurgegevens kan men aannemen:

1e. dat 80 mg kwik, intramusculair toegediend, geheel wordt uitgescheiden vóórdat de volgende toediening, twee of drie dagen later, plaats vindt;

2e. dat 40 mg kwik per os gegeven, niet geheel is uitgescheiden, voordat de volgende dag de volgende dosis wordt gegeven.

Door deze verschillen in eliminatie van intramusculair en oraal toegediend kwik, is de schijnbare paradox te verklaren, dat 28 mg kwik per week uit de darm opgenomen eerder aanleiding geeft tot cumulatie dan 160 mg kwik per week intramusculair toegediend.

Alleen die dosis per os gegeven kwik zou men „veilig” mogen noemen, welke vóór de volgende toediening geheel is uitgescheiden. Gezien de langzame en inconstante resorptie uit de darm zal deze dosis moeilijk te bepalen zijn (obstipatie, diarree). Een dergelijke „veilige” dosis kwik per os is waarschijnlijk zó laag, dat het diuretische effect veel geringer is dan van een intramusculair toegediend kwikpreparaat.

Stoetsgewijze toediening van een oraal kwikpreparaat zou te verkiezen zijn, omdat dit de mogelijkheid opent van een totale eliminatie van het kwik, vóór de volgende dosis. Voor een gelijk diuretisch effect is echter per os vier maal zo veel kwik nodig als bij intramusculaire toediening (dit geldt voor chloormerodrine, voor andere kwikverbindingen is de verhouding nog ongunstiger).

De tijd, welke in dit geval voor de totale eliminatie van het kwik nodig is, vergt echter weer een grotere tussenpoos tussen de toedieningen. Bovendien neemt de kans op een rechtstreeks toxische werking op de slijmvliezen van het darmkanaal bij deze hoge dosering toe.

’s-Gravenhage, 19 februari 1957

F. KALSBEK,
G. BLOMHERT

Het artikel van de uroloog F. H. VAN GULIK (1957) heeft de grote verdienste aan huisartsen de goede raad te geven om alle mannen boven 50 jaar rectaal op prostaat-vergroting te onderzoeken, ook al komen zij met geheel andere klachten.

Dit is niet zo zeer van belang voor de therapie in het eerste stadium, want deze bestaat volgens VAN GULIK slechts uit chloormagnesium, urethrale dilatatie of hembreol, welke maatregelen toch zeker niet de patiënt het tweede en derde stadium besparen.

Maar de verdienste ligt in het bijtijds opsporen van de vergroting, omdat dan de operatie Steinach II kan worden uitgevoerd, welke met grote zekerheid (96 pct) een latere gevaarlijkere operatie voorkomt. VAN GULIK geeft van deze laatste vier varianten aan, die evenwel nog een groot risico meebrengen van sterfte, bloeding, fistel, urethritis. Deze ingreep Steinach II is geheel ongevaarlijk onder plaatselijke anesthesie, en bestaat uit het afbinden der 12 à 15 kanaaltjes tussen testis en epididymis.

VAN GULIK noemt deze operatie in het geheel niet, en zij is blijkbaar in ons land ook onbekend, want bij geen chirurg of uroloog heb ik de opinie er over mogen vernemen.

Daarentegen prijst de uroloog Dr. TANT (Brussel) (1933) de operatie Steinach II zeer aan. Hij verzekerde mij dat de patiënt blijft in het eerste stadium (nadruppelen), maar dat daarna de prostaat nimmer groter wordt.

De chirurg-uroloog Dr. NIEHANS (Montreux) zag na zijn 2000 operaties Steinach II nooit carcinoom van de prostaat ontstaan, terwijl deze ingreep tevens de bloeddruk verlaagt.

LAQUEUR (1938/1940) raadt eveneens de Steinach-operatie aan; het te veel aan oestron in het mannelijk climacterium zou door productie van testosteron (Leydigscellen) worden gecompenseerd.

J. G. REMIJNSE (1932), die de ectomie nog voor 50 pct een waagstuk noemt, raadt resectie aan van de vasa deferentia, of een blaasfistel of cauterisatie van de prostaat.

Pratique médico-chirurg. (éd. Masson) zegt er van in Tome IX: „L'opération Steinach II donne un meilleur résultat que l'opothérapie ou les greffes testiculaires (Voronof), mais ne guérit pas l'hypertrophie du prostate, semble agir sur les phénomènes congestifs concomittants”. Volgt een beschrijving van de operatie onder lokale anesthesie (bl. 853) waarbij men moet oppassen niet de bloedvaten van de epididymis in de afbinding mee te betrekken. Dezelfde Tome IX (bl. 820) geeft nog aan, dat deze sterilisatie in verschillende landen is toegestaan bij abnormalen en geesteszwakken.

In *Presse médicale* 1937, bl. 1858 wordt een ampele bespreking gewijd aan deze Steinach II: de hormonale balans wordt er weer evenwichtig door, het mannelijk hormoon krijgt weer meer kracht, de viriliteit neemt toe. Doordat na de Steinach II de testes zelf weer het lichaam van hormoon voorzien, is deze operatie beter dan de toediening van hembreol.

Het is dus te hopen dat ook in ons land door deze operatie de ernstigere ingrepen vermeden zullen worden. Te meer daar niet iedere operateur de kwaliteiten van chirurg en uroloog in zich verenigt!

Literatuur: GULIK, F. VAN (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 304. TANT (1933) *Brux.-méd.* 545. NIEHANS, *La sénescence*. Ed. Vigot. LAQUEUR (1938) *Hormon* 2, 71; (1940) 4, 33. REMIJNSE (1932) *Ned. T. Geneesk.* 76, 3554.

Zutfen, februari 1957

H. HAENTJENS