

en clysmata niet worden gegeven, komen de „toxische” verschijnselen zoals door BOUMA en VAN KAMPEN beschreven, ook bij zeer groot bloedverlies niet meer voor.

Literatuur: ALLOTT, E. N. (1957) *Lancet* I, 61. — BLACK, D. A. K., MCCANCE en W. F. YOUNG (1944) *J. Phys.* **102**, 406. — BLOMHERT, G. (1956) *Acta med. scand.* **155**, 101. — BOCKUS, H. L. (1946) *Gastroenterology*. Saunders & Co., Philadelphia. Deel 1, bl. 584. — BORST, J. G. G. (1936) *Ned. T. Geneesk.* **80**, 2310; *Z. klin. Med.* **130**, 74; (1938) *Acta med. scand.* **97**, 68; (1941) *Ned. T. Geneesk.* **85**, 1523; (1948) *Acta med. scand.* suppl. 207; (1951) *Lancet* II, 887. — BORST, J. G. G., H. P. VEENING en E. LOPES CARDOZO (1953) *Ned. T. Geneesk.* **97**, 2604. — BOUMA, N. G. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1715. — CHRISTIANSEN, T. (1935) *Acta med. scand.* **85**, 333. — ELKINTON, J. B. en M. TAFFEL (1942) *J. clin. Invest.* **21**, 787. — HIGGINS, G. e.a. (1954) *Lancet* I, 61. — INGEGNO, A. P. (1935) *Amer. J. med. Sci.* **90**, 770. — KAMPEN, J. VAN (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1715. — MEYLER, L. (1935) *Acta med. scand.* **87**, 313; (1936) *Ned. T. Geneesk.* **80**, 2058. — SANGUINETTI, L. V. (1933) *Arch. argent. Enferm. Apar. dig.* **9**, 68; (1934) **9**, 264 (geciteerd door BOCKUS en INGEGNO). — SUCIC, D. (1935) *Klin. Wschr.* **14**, 1316.

Amsterdam, 20 september 1958

J. G. G. BORST

Het is een bekend verschijnsel, dat er een lange tijd kan verlopen tussen de theoretische verklaring van een bepaalde toestand en de praktische toepassing daarvan. Bij herhaling is er dan ook sprake van een zg. „her-ontdekking”. Onze praktische mededeling (1958) in een korte voordracht voor de Vereniging van Heelkunde had zelfs niet de pretentie van een „her-ontdekking”; ze werd echter gegeven, omdat ons was gebleken, dat bij ernstige maagbloedingen, met een door bloed overvuld darmkanaal, de zich naast de shock ontwikkelende intoxicatie vaak onvoldoende wordt bestreden.

Op grond hiervan en van de zeer korte spreektijd (10 minuten), hebben wij literatuurvermeldingen achterwege gelaten, mede om deze korte mededeling geen zwaarder karakter te verlenen dan ze heeft. De enige uitzondering was Dr. MEYLER, omdat wij met hem over deze zaak overleg hadden gepleegd.

Niettemin is het verheugend, dat deze korte mededeling Prof. BORST heeft geïnspireerd tot een gedeeltelijk literatuur-overzicht. Dat hij tevens meent te moeten schrijven, dat wij „niet op de hoogte” zouden zijn, zullen wij als een, misschien begrijpelijke, maar toch voorbarige conclusie beschouwen.

Daar het door Prof. BORST gegeven overzicht in grote lijnen overeenkomt met onze gegevens, willen wij slechts op die punten ingaan, waar dit niet het geval is.

In de eerste plaats zal het waarschijnlijk wel altijd een academische vraag blijven, of bij de hier bedoelde gevallen de shock dan wel de intoxicatie het grootste gevaar inhoudt. Wanneer de behandeling van de shock *alléén*, niet tot het gewenste doel leidt (zoals ons bij herhaling is gebleken), dan lijkt het logisch, ook de intoxicatie te bestrijden.

Bovendien willen wij er nogmaals op wijzen, dat het symptomcomplex azotemie-icterus-(sub)coma in aansluiting op massale maag- of duodenumbloedingen tamelijk veelvuldig voorkomt en somtijds ondanks correcte chirurgische bloedstelping en „gebruikelijke” shock-therapie, met de dood eindigt. Deze verschijnselen doen zich *niet* voor bij de operatief behandelde patiënten met leverruptuur, extra-uteriene graviditeit en dergelijke, waarbij bloedverlies en shock op zijn minst even ernstig kunnen zijn, maar waarbij het verloren gegane bloed bij de operatie uit de buikholte

wordt verwijderd.

Wij blijven er dan ook van overtuigd, dat de enorme bloedmassa, die zich bij onze patiënten in het darmkanaal had opgehoopt en daar in vertering was overgegaan, een belangrijke, zo niet beslissende betekenis heeft gehad, en dat snelle verwijdering ervan gewenst was.

Wij blijven daarnaast van mening, dat de *vochttoevoer* (in de door ons bedoelde gevallen), naast de andere maatregelen, bij voorkeur dient te geschieden met een invert-suiker-oplossing en niet met de *on-fysiologische* „fysiologische zoutoplossing” van 900 mg NaCl per 100 ml water!

In punt 4 stelt Prof. BORST vast: „overmaat urobiline ontstaat alleen bij afbraak van bloed in de weefsels en niet bij rotting van bloed in de darm”. Helaas ontbreekt op dit punt literatuur-verwijzing. Juist deze aangelegenheid wordt door ons sinds enige tijd onderzocht — het is een klinisch-chemisch belangrijk onderwerp — en onze bevindingen zullen te gelegener tijd worden gepubliceerd.

Tenslotte, dat de darm *overvuld* met bloed, geen toxische verschijnselen zou geven, blijft in tegenspraak met onze waarnemingen.

Wij zijn gaarne bereid, onze gegevens met die van Prof. BORST uit te wisselen en nader te bespreken om deze tegenstrijdigheid op te lossen.

Literatuur: BOUMA, N. G. en J. VAN KAMPEN (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1715.

Groningen, 30 september 1958

N. G. BOUMA,

E. J. VAN KAMPEN

ATARACTICA

Naar aanleiding van het artikel van VAN NOUHUYS (1958), waarin op bl. 1969 staat: „Geelzucht is er niet van vermeld” (van promazine), kunnen wij mededelen, dat wij in paviljoen X van het Noodziekenhuis Zeeburg voor Onrustige Bejaarden, twee patiënten hebben behandeld, die icterus hadden gekregen bij gebruik van Largactil. Toen de toediening van het middel was stopgezet, verdween de icterus, maar deze ontstond opnieuw, toen wij begonnen met toediening van promazine. De leverfunctieproeven waren gestoord zoals bij stuwing in de galcapillairen wordt gezien. Bovendien is ons gebleken, dat er van promazine een hogere dosis nodig is dan van chloorpromazine om angst en onrust te doen verminderen. Promazine is dus een middel, dat niet zonder controle mag worden gegeven.

Literatuur: NOUHUYS, F. VAN (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1966.

M. C. MACKENZIE-VAN DER NOORDAA

R. M. VAN DER HEIDE

Amsterdam, 13 oktober 1958

Ik ben de collegae MACKENZIE-VAN DER NOORDAA en VAN DER HEIDE erkentelijk voor hun welkome aanvulling op mijn artikel.

's-Gravenhage, 20 oktober 1958

F. VAN NOUHUYS

DE BEHANDELING DER GROTE MAAGBLOEDING MET BLOEDTRANSFUSIE, EENVOUDIGE PSYCHOTHERAPIE, DIEET NAAR „VRIJE KEUZE” EN EVENTUEEL OPERATIE

In hun artikel over de behandeling der grote maagbloeding vermelden GROEN en BOERRIGTER (1958), dat „velen” tot de voorstelling waren gekomen, dat maagzuur — hetwelk ook bij voedselonthouding voortdurend wordt afgescheiden — „nadeliger kan zijn voor de genezing van het ulcus dan neutralisatie door voedsel”, dus verantwoordelijk is voor het

voortbestaan en chronisch worden van het ulcus en ook van de bloeding.

Volgens de moderne literatuur is de voortdurende, te sterke zoutzuurproductie de voornaamste oorzaak, hoewel misschien niet de enige (KIRSNER en PALMER 1952). De te sterke zoutzuurproductie is het gevolg van het te grote aantal kliercellen (CARD 1958; COX en BARNES 1945; JAMES 1957; JONES 1958; SHAY e.a. 1958). Dit te grote aantal kliercellen kan zonder enige prikkel zoutzuur afscheiden (HOLLANDER 1952), doch wordt gewoonlijk door verschillende prikkel-systemen aangezet tot secretie, en wel door cerebrale (waaronder „psychosomatische“?), voortgeleid langs de nervi vagi, door hormonale door hypofysebijnierwerking (door cortison-afscheiding) waarbij eveneens psychosomatische factoren invloed kunnen hebben (JORDAN 1958), en tenslotte door chemische prikkels van het antrum, waaronder voedingsprikkels. Zowel door mechanische druk van het voedsel op het antrum, als door chemische stoffen uit het voedsel wordt in het antrumslimvlies gastrine gevormd, een hormon, dat langs de bloedbaan voortgeleid, de in het overige deel der maag gelegen zoutzuurproducerende cellen tot secretie aanzet. Welke dezer prikkelmechanismen de belangrijkste is, is thans nog niet precies bekend, aangezien de hoeveelheden zoutzuur door elk dezer mechanismen afgescheiden, niet afzonderlijk te meten zijn. Volgens de psychosomatisch ingestelden zouden de cerebrale „vagale“ prikkels 50 pct van de totale hoeveelheid zuur leveren (DRAGSTEDT 1954). Anderen menen, dat de antrale voedingsprikkels de voornaamste zuurvormers zijn; JAMES acht de psychosomatische theorie voorbarig en onbewezen; JONES gelooft, dat ze reeds over haar hoogtepunt heen is, hoewel hij erkent, dat psychosomatische prikkels invloed kunnen hebben. CODE (1958) kon met behulp van histamine en voedsel echte ulcera duodeni bij honden veroorzaken. Indien inderdaad voedselsoorten verschillen in hun vermogen tot zoutzuurproductie, is het toestaan van een keuzediët geen optimale behandeling.

Een ander punt is de steeds weer veronderstelde zuurbinding door het voedsel. Eigen onderzoek bij 70 lijdende aan ulcus duodeni toonde aan, dat zelfs (of juist) aanbevolen, „licht verteerbare(!)“ voeding, zoals melk, kaas en boter, aanvankelijk misschien enige zuurbinding, doch na 1-8(!) uur een enorme zuurproductie veroorzaakte. Ook PRICE en medewerkers (1956) zagen dit bij intragastrische behandeling met een melkdruppelaar. Zij hadden gemiddeld 60-80 g alkali daags nodig (soms zelfs 180 g) om het door de melk opgewekte zuur te neutraliseren. De door de schrijvers aangehaalde „verminderde belangstelling voor de diëtbehandeling“ is dan ook naar mijn mening niet zo zeer het gevolg van de vooruitgang der chirurgie en bloedtransfusie, doch eer van het geringe succes met de gebruikte diëten; dit is begrijpelijk, want ze wekken zoutzuur op in plaats van het te „binden“. Men heeft over deze dingen nooit rationeel nagedacht.

Het geven van melk, boter, kaas en vlees aan bloedende ulcuslijders is dan ook naar mijn mening een kunstfout, al gaat het gelukkig vaak goed, daar de patiënt gewoonlijk weinig eetlust heeft, en veel minder eet dan hij tevoren gewend was. Men geve dus wel degelijk een rationeel door-dacht diët; bij een keuzediët zou men immers de onzinnigste eisen kunnen krijgen: kaviaar, kreeftencocktail met champagne, oesters, gebakken spek met capucijners, gebakken panharing, enz. Eigen ervaring bij de behandeling van patiënten met een grote maagbloeding leerde, dat velen dezer patiënten lopend op het spreekuur kwamen. Zij werden enkele weken te bed gehouden en kregen een streng koolhydraatdiët. (Lang niet alle patiënten worden door de

gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst te Amsterdam in een kliniek opgenomen). Verder kregen zij ruim antacida. De meeste genazen zonder enige andere behandeling. Slechts bij drie van de opgenomen patiënten was een transfusie nodig, en slechts één patiënt moest tijdens de bloeding worden geopereerd. Van mijn ongeveer 40 patiënten is geen enkele overleden.

Het dóórbloeden van deze patiënten hangt af van factoren waarop men slechts ten dele invloed kan uitoefenen, zoals kaliber van het bloedende vat, toestand van de vaatwand, stolbaarheid van het bloed, en de voortdurende zuurinwerking.

Een belangrijk punt bij de behandeling is voorts, of en wanneer men een transfusie moet geven. Men zij met de indicatie hiervoor uiterst voorzichtig, omdat men inderdaad een nieuwe bloeding op gang kan brengen. Het kritiekloos geven van transfusies zoals nog veelal geschiedt, betekent verspilling van bloed.

Merkwaardig is, dat de schrijvers niet aandringen op spoedige accurate diagnostiek, zonodig met behulp van gastroscopie tijdens de bloeding, zoals o.a. van Amerikaanse zijde wordt gepropageerd (PALMER 1957).

Tenslotte geven de schrijvers geen enkele behandeling tegen de bloeding, hetgeen ook niet mogelijk is, want een bloedend vat kan men alleen afbinden. Zij behandelen alleen het *bloedverlies* met transfusies. Het vrij laten van de patiënt in de keuze zijner voeding kan men bezwaarlijk „behandelen“ noemen. Weliswaar moet de patiënt in bed liggen, maar dat moet eigenlijk bij iedere bloeding. Hij wordt kalmerend, geruststellend, langzaam toegesproken en daarbij sympathiserend aangekeken, alsmede geduldig aangehoord zonder dat hij wordt onderbroken (hetgeen soms lang kan duren). Men zou zo denken, dat iedere patiënt (vooral een ernstige) van zijn arts deze houding mag verwachten. Dit als „behandeling“ te bestempelen lijkt overdreven.

De te volgen handelwijze bij een dergelijke patiënt moet m.i. zijn: zo mogelijk spoedige, nauwgezette diagnostiek, enkele weken bedrust, rationeel koolhydraatdiët zonder boter, vet, kaas, melk of vlees, en met weinig proteïnen; deze laatsten toe te dienen als kippeëiwit; tenslotte medicamenteus ruim alkali. Indien werkelijk nodig geve men een transfusie waarbij men zo weinig mogelijk bloed langzaam laat inlopen. Bij aanhoudend bloeden besluite men snel tot resectie.

Literatuur: CARD, W. I., Mededelingen wereldcongres voor gastroënterologie te Washington 1958 (ter perse). — CARD, W. I. en W. SIRCUS (1958) in E. A. JONES, *Modern trends in gastroenterology*. Butterworth & Co., Londen, bl. 177. — CODE, C. F. (1958) persoonlijke mededeling. — COX, A. J. en V. R. BARNES (1945) *Proc. Soc. exp. Biol. (N.Y.)* **60**, 118. — DEKKERS, H. J. N., Mededeling wereldcongres voor gastroënterologie te Washington 1958 (ter perse). — DRAGSTEDT, L. R. (1954) *Ann. Surg.* **140**, 396. — GROEN, J. en A. H. J. BOERRIGTER (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1677. — HOLLANDER, F. (1952) *Amer. J. Med.* **13**, 453. — JAMES, A. H. (1957) *The physiology of gastric digestion*. Arnold Ltd., Londen. — JONES, F. A. (1958) *Modern trends in gastroenterology*. Butterworth & Co., Londen, bl. 194. — JORDAN, S. M., Mededeling wereldcongres voor gastroënterologie te Washington 1958 (ter perse). — KIRSNER, J. B. en W. L. PALMER (1952) *Amer. J. Med.* **13**, 615. — PALMER, E. D. (1957) *Clinical gastroenterology*. Harper and Brothers, New York, bl. 221. — PRICE, A. V., F. PYGOTT, P. H. SANDERSON en R. DOLL (1956) *Lancet* I, 70. — SHAY, H., S. H. KOMAROV en I. N. MARKS, Mededeling wereldcongres voor gastroënterologie te Washington 1958 (ter perse).

Collega DEKKERS stelt tegenover ons artikel over de behandeling van 110 patiënten met grote maagbloeding en de daarmee bereikte resultaten: *a.* een overzicht van de recente literatuur over de oorzaken van de zoutzuursecretie in de maag; dit hebben wij met genoegen gelezen; *b.* enkele uitspraken zoals: „Men heeft deze dingen nooit rationeel doordacht”, „een kunstfout”, „de onzinnigste eisen”, „kritiekloos geven van bloedtransfusies”; deze uitspraken worden niet gerechtvaardigd door aangevoerd feitenmateriaal en vereisen dus geen commentaar; *c.* een summier overzicht van zijn eigen ervaring, die blijkbaar is opgedaan bij een ander soort patiënten dan de onze, daar vele van zijn patiënten „lopend op het spreekuur kwamen”, terwijl de onze vrijwel zonder uitzondering zo ernstig ziek waren, dat zij door de controle-artsen van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst als spoedgeval op onze afdeling werden opgenomen. Zijn ogenschijnlijk even gunstige resultaten kunnen dus niet dienen om zijn stelling te steunen, dat patiënten met grote maagbloedingen met een „rationeel doordacht dieet” moeten worden behandeld; men mag immers veronderstellen, dat zijn patiënten minder ernstig ziek waren. Daar DEKKERS geen gegevens verschaft over geslacht en leeftijd van zijn patiënten, kunnen wij ook niet nagaan, of zijn groep, wat deze factoren betreft, met de onze kan worden vergeleken. Om de vraag te beantwoorden, of een „rationele” dieetbehandeling betere of slechtere resultaten zou geven dan de onze, zou het nodig zijn, over de gegevens te beschikken van andere ziekenhuisafdelingen in Amsterdam, waarvan kan worden aangenomen, dat soortgelijke patiënten als de onze daar in de afgelopen jaren werden opgenomen, en waar een andere dieettherapie werd toegepast. Wij hopen, dat ons artikel de desbetreffende collegae hiertoe zal stimuleren. Daarnaast hopen wij echter ook, dat collega DEKKERS zijn ervaringsmateriaal systematischer en vollediger zal willen bewerken, daar statistieken van patiënten met maagbloedingen die thuis werden verpleegd, ons uit de literatuur niet bekend zijn; deze zouden dus, al zijn ze met de onze niet vergelijkbaar, toch de moeite van een grondiger bewerking waard zijn.

Twee opmerkingen mogen wij hieraan toevoegen: Met veel genoegen lazen wij, dat DEKKERS evenals wij meent „dat iedere patiënt, vooral een ernstige, van zijn arts deze houding mag verwachten”. Hoewel wij hieromtrent niet over statistieken beschikken, hebben wij goede redenen om aan te nemen, dat tijdgebrek, preoccupatie met de techniek van diagnose en somatische therapie, en onbekendheid met deze wijze van benadering het voor vele artsen moeilijk maken, iedere patiënt (zelfs een ernstige) aldus tegemoet te treden. Wij hebben daarom gemeend, onze houding wat uitvoeriger te mogen omschrijven; dat de houding van de arts tegenover zijn patiënt deel uitmaakt van de behandeling, lijkt ons niet „overdreven”.

Tot slot iets over de waarde van rationeel doordachte voorschriften in het algemeen. Ofschoon wij de laatsten zullen zijn om de waarde van de ratio voor het menselijk denken en handelen te onderschatten, leren de geschiedenis en de dagelijkse beoefening van de geneeskunde toch ook, dat zelfs de meest rationeel doordachte behandeling de toets der ervaring behoeft. BAGHIS zei het reeds: „In medicina experientia plus valet quam ratio”.

Amsterdam, 13 oktober 1958

J. J. GROEN

A. BOERRIGTER

EEN ONDERZOEK DOOR HUISARTSEN BETREFFENDE ACUTE MIDDENOORONTSTEKING

Het *Tijdschrift* van 2 augustus jl. bevat op bl. 1515 onder „Diversen” een referaat van J. A. H. v. B. Het betreft het arti-

kel „Report of a survey by the Medical Research Council's working party for research in general practice” in *The Lancet* (1957) over een onderzoek van acute otitis media in de algemene praktijk, verricht door 28 Engelse huisartsen. De verzamelde bevindingen werden min of meer statistisch verwerkt en de algemene indruk was, dat deze ziekte tegenwoordig een milder beloop heeft dan vroeger het geval zou zijn geweest. Mijn bedenkingen tegen het referaat noopten mij het oorspronkelijke verslag in *The Lancet* te lezen. Ik moet bekennen, dat dit artikel mijn bezwaren nog versterkt heeft.

De referent begint zijn referaat met een motivering: Aangezien er geen eensgezinde opvattingen bestaan over de plaats van sulfonamiden en antibiotica bij de behandeling van acute middenoorontsteking acht hij het van betekenis, de ervaringen van de 28 Engelse huisartsen in dit opzicht weer te geven. Ook uit *The Lancet* blijkt, dat aan een groot deel van de patiënten antibiotica (voornamelijk penicilline) werd toegediend. Een klein deel van hen kreeg een sulfonamide; een nog kleiner deel beide soorten middelen. 20 pct ontvingen geen van beide. De referent zegt, dat uit het artikel niet blijkt, of de resultaten van de verschillende behandelingswijzen onderling zijn vergeleken. Hij ziet dus niet in, dat deze opmerking de in zijn aanhef geuite motivering geheel op losse schroeven zet.

Lezing van het artikel in *The Lancet* maakt de zaak nog ernstiger. Het ogenschijnlijk zeer doorwrochte opstel is ruimschoots voorzien van tabellen met vrij uitvoerig commentaar. Minutieus worden therapie, tijdsduur van de ziekte enz. weergegeven, doch iedere vergelijking van de resultaten van de verschillende wijzen van behandeling ontbreekt! Het staat wel vast, dat enerzijds de „survey” geen gegevens hieromtrent opgeleverd heeft, terwijl er anderzijds in geen enkel opzicht naar deze toch uiterst waardevolle vergelijking is gestreefd.

Er zijn andere bedenkingen. In het referaat wordt zonder enig commentaar vermeld, dat er geen uniforme criteria werden gebruikt bij het stellen van de diagnose, terwijl gelijkvormigheid toch als eerste eis geldt bij een gemeenschappelijk onderzoek. Bestudering van de desbetreffende tabel alsmede de korte mededeling in *The Lancet*, inhoudende, dat bij 80 pct der patiënten pijn en roodheid van het trommelvlies bestonden, zonder vermelding van de subjectieve en objectieve verschijnselen in andere gevallen, wettigt de veronderstelling, dat in vele gevallen een onderzoek van het trommelvlies werd nagelaten.

De oppervlakkige werkwijze van sommige deelnemers aan de „survey” wordt het duidelijkst gedemonstreerd door het volgende. Halverwege bl. 512 geeft *The Lancet* een beschouwing over de duur van de ziekte, vergezeld door een tabel, waarin o.a. de leeftijd, enz. worden verwerkt. Allereerst wordt ook hier gezwegen over de invloed van sulfonamide en penicilline. Doch men wrijft zich de ogen uit, indien men dan leest, dat enige medewerkers als „date last seen” vermelden, dat deze samenvalt met de „day of onset”. In gewoon Nederlands betekent dit, dat men de patiënt na het stellen van de diagnose (hoe?) niet meer heeft onderzocht, terwijl deze patiënten toch zijn verwerkt in de tabel en in de beschouwingen betreffende de duur van de ziekte. Het is bovendien zeer goed mogelijk, dat deze „onderzoekers” — hoewel onbedoeld — hun slordigheid nog eerlijk weergaven, terwijl anderen zonder dit mede te delen er maar een slag naar hebben geslagen. Er waren immers geen uniforme criteria.

Een half jaar na het eerste onderzoek werd nagegaan, of er restverschijnselen waren, waaronder hardhorendheid. Nergens staat vermeld, of er een eenvoudige bepaling