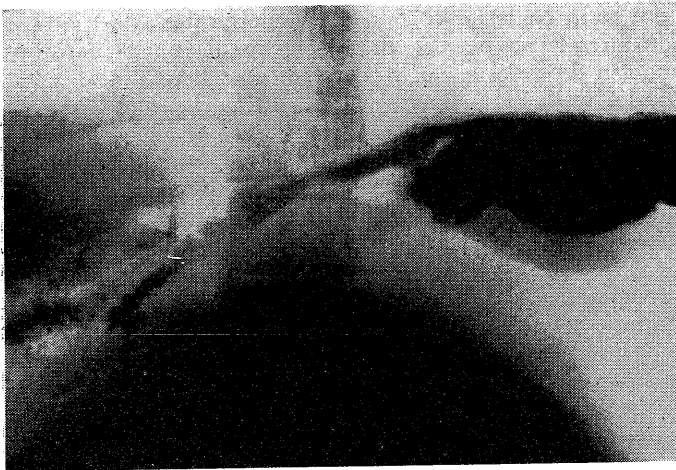


ASCITES EN ZIJN BEHANDELING

In het commentaar van collega ROTTINGHUIS (1966) op het artikel van collega BORST, signaleert de eertsgenoemde de soms moeilijke differentiële diagnose tussen ascites en grote ovariumtumor en verbindt hieraan de regel, dat altijd eerst laparotomie (kleine) moet geschieden. BORST vindt deze zienswijze te extreem, omdat er slechts zelden sprake zal zijn van ascites simulerende, grote, slappe ovariumkysten, temeer, daar een nauwkeurig fysisch en aanvullend onderzoek vrijwel altijd tot een zekere diagnose zal kunnen leiden.

In dit verband zou ik willen attenderen op een bij toeval gedane bevinding in onze kliniek, welke een einde maakte aan de onzekerheid en leidde tot de diagnose ovariumkyste. Het betrof een 23-jarig meisje, door de huisarts verwezen wegens snel toenemende verdikking van de buik. Bij opname kon bij uitwendig en vaginaal onderzoek geen begrenzing van een ovariële kyste worden vastgesteld. Er was geen clapotage. Bij percussie werd geen cirkelvormig begrensd demping gevonden. Het fenomeen van voortplanting van toegediende trillingen van de ene naar een andere plaats van de buik was onduidelijk. Een ascitespunctie leek ons dan ook onjuist. Een proeflaparotomie, terwijl ook mogelijk ascites aanwezig was, leek ons niet aanlokkelijk. Een voor-achterwaarts en zijdelings gemaakte buikoverzichtsfoto kon zeer wel passen bij vrij vocht in de buikholte. Op zoek naar oorzaken van een mogelijke ascites werd ook een röntgenologisch maagonderzoek verricht, alhoewel een gemetastaseerd neoplasma van de maag, gezien de leeftijd van de patiënte onwaarschijnlijk was. Toch was het dit onderzoek, dat aan onze twijfel omtrent de diagnose een einde maakte. De maag bleek streepvormig gecompriëerd tegen het diafragma gedrongen te zijn, een situatie, die bij een bestaande ascites niet te verklaren was.



In de weinig voorkomende gevallen, waarbij het fysisch-diagnostisch onderzoek ons in de steek laat bij het differentiëren tussen een slappe ovariële kyste en ascites, is het nuttig een röntgenologisch onderzoek van de tractus digestivus te verrichten, waarbij bij zeer grote kysten een opname van de met contraststof gevulde maag reeds voldoende is.

Literatuur: BORST, K. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1912. — ROTTINGHUIS, H. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2141.

Groningen, 6 december 1966 W. I. H. E. EIJGENRAAM
P. GRAVENDEEL

DE PEROPERATIEVE BEPALING VAN DE GRENS TUSSEN HET CORPUS EN HET ANTRUM VAN DE MAAG

Wanneer men het belangwekkend „Commentaar” van collega KLOPPER (1966) leest, rijst de vraag, of men hierop geen commentaar behoort te geven.

Het is namelijk niet geheel waar, dat de belangrijkste oorzaak van het ontstaan van het ulcus pepticum jejuni het achterblijven van antrumweefsel is.

Wanneer men zich de resultaten van experimenten op dit gebied voor ogen haalt, zal men zich realiseren:

1. Dat in het algemeen het goedaardige ulcus ventriculi (veroorzaakt door overproductie van sterk corroderend maagsap via overproductie van gastrine) geneest na het aanleggen van een gastro-enterostomie. De ervaringen uit de jaren 1920-1930 hebben dit reeds geleerd.

2. Dat het ulcus duodeni (veroorzaakt door overproductie van sterk corroderend maagsap langs nerveuze weg, cerebrum-vagus) in het algemeen geneest na een vagotomie met een ontlastende operatie (pylorusplastiek of gastro-enterostomie).

Zowel bij 1 als bij 2 blijft het antrum in zijn geheel aanwezig, terwijl het ontstaan van een ulcusrecidief of anastomose-ulcus tot de zeer grote uitzonderingen behoort. Het gaat er immers om, de oorzaak van de hypersecretie uit te schakelen:

1. Bij het ulcus ventriculi moet het antrum zich vlot kunnen ledigen (dit is te bereiken door bv. een gastro-enterostomie op de juiste plaats aan te leggen); er kan dan geen spanning op het antrum ontstaan en de overmatige gastrineproductie wordt beëindigd.

2. Bij het ulcus duodeni moet de prikkelgeleiding via de nervus vagus worden uitgeschakeld, opdat de overmatige zuurproductie wordt beëindigd.

Het is misschien goed, dat men zich in 1966 ook in ons land nog weer eens gaat afvragen, of de subtotaal resectie nog steeds de meest juiste operatie is. Het commentaar van collega KLOPPER, hoe interessant en waardevol de resultaten van de beschreven experimenten ook zijn, geeft steun aan het continueren van de grote resectie, welke sinds geruime tijd een fysiologisch nauwelijks meer te verdedigen ingreep is.

Dit feit nogmaals in de belangstelling te brengen was mijn bedoeling, waarbij ik er ten overvloede op wijs, dat in hetzelfde nummer van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (bl. 2098) een letaliteit van 5,1 pct voor de maagresectie wordt vastgesteld. Het betreft hier door het C.B.S bewerkte gegevens uit 33 ziekenhuizen in Nederland in 1964. Wanneer deze 33 ziekenhuizen vertegenwoordigend zouden zijn voor de ziekenhuizen van ons land, wil dit met andere woorden zeggen, dat er jaarlijks ongeveer 355 maagresectiepatiënten in aansluiting op de operatie overlijden.

Met alle reserves, waarmee statistieken moeten worden bekeken, toch een getal dat tot nadenken stemt.

Literatuur: KLOPPER, P. J. (1966) De peroperatieve bepaling van de grens tussen het corpus en het antrum van de maag. *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2089.

Arnhem, 25 november 1966

B. C. CHARBON

In antwoord op het commentaar van collega CHARBON zou ik gaarne opmerken dat het niet in mijn bedoeling heeft gelegen de behandeling van het ulcus pepticum te bespreken. De geciteerde hypothesen, ontleend aan het werk van DRAGSTEDT hebben er in belangrijke mate toe geleid, dat zowel de experimentele als klinische onderzoekingen van de