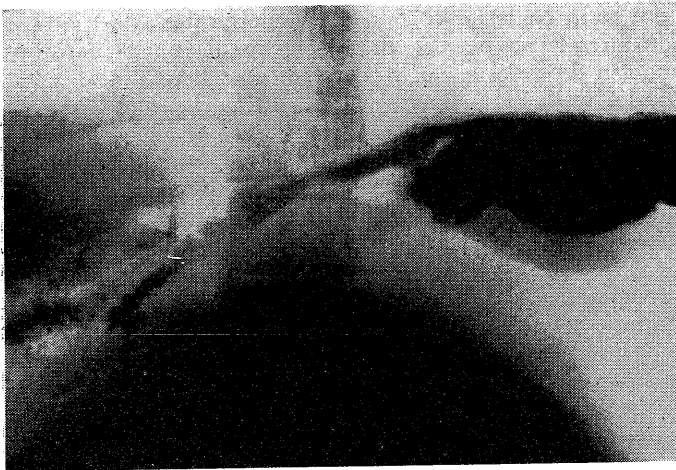


## ASCITES EN ZIJN BEHANDELING

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 (pyloroplastiek of gastro-enterostomie).

Zowel bij 1 als bij 2 blijft het antrum in zijn geheel aanwezig, terwijl het ontstaan van een ulcus recidief 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

normale en pathologische functie van de maag sterk in de belangstelling kwamen te staan.

Deze ontwikkeling is nog steeds gaande, doch tevens is gebleken, dat met name voor het *ulcus ventriculi*, de geciteerde stelling niet dikwijls van toepassing is. Voor de chirurgische behandeling van dit *ulcus*-type is de subtotale maagresectie nog steeds de meest aangewezen methode.

Het streven van iedere chirurg moet erop gericht zijn de heelkundige behandeling van het *ulcus pepticum* steeds zo te kiezen, dat het risico van de operatie zo klein mogelijk is, de kans op het recidiveren zo gering mogelijk wordt gemaakt en dat het intreden van postoperatieve complicaties, veroorzaakt door de functionele veranderingen tengevolge van de ingreep, wordt vermeden.

De invoering van bepaalde chirurgische methoden heeft een gunstige invloed gehad op de eerstgenoemde factor, doch de kans op het recidiveren van het *ulcus* bleek groter, terwijl er andere vormen van postoperatieve complicaties intraden, die voor de betrokken patiënt zeer onaangenaam kunnen zijn.

Naast het stellen van de juiste indicatie tot heelkundige behandeling van het *ulcus pepticum*, moet een nauwkeurig onderzoek van de functie van de maag aan de ingreep voorafgaan. De aard en de mate van de eventueel aanwezige hypersecretie van maagsap kan aldus worden bepaald. Bij het ontbreken van hypersecretie heeft de behandeling, gebaseerd op de hypothesen van Dragstedt, weinig zin.

Dat de door mij beschreven methoden zouden bijdragen tot het standpunt dat alleen een subtotale maagresectie bij de behandeling van *ulcus* in aanmerking zou komen, is niet juist. Bij een voldoende inzicht in de omvang van het antrum kan men zich beperken tot het reseceren van dit gedeelte van de maag, een operatie die in combinatie met vagotomie in verscheidene Amerikaanse klinieken met succes wordt toegepast.

Ook voor de behandeling van het *ulcus pepticum jejuni* geldt hetzelfde. Indien bij de operatie nog antrum-weefsel wordt aangetoond, kan worden volstaan met het reseceren van dit gebied; andere meer ingrijpende operaties kunnen hierdoor worden vermeden.

Geheel in overeenstemming met de strekking van het betoog van collega CHARBON, hoop ik, dat dit commentaar er toe zal bijdragen de belangstelling voor de chirurgische mogelijkheden bij de behandeling van het *ulcus pepticum* te verlevendigen, en ook in ons land de aandacht te vestigen op de belangrijke veranderingen, die zich bij de behandeling van dit lijden vooral in de Angelsaksische landen voltrekken.

Amsterdam, 18 december 1966

P. J. KLOPPER

#### ZORGEN DOOR VOORZORGEN; HET RISICO VAN PROFYLACTISCHE TOEDIENING VAN ANTIBIOTICA

Het heeft mij getroffen dat de mogelijkheid van een deficiëntie aan vitamine B<sub>2</sub>-complex ten gevolge van de verstoring van het biologische evenwicht in de darm door oraal toegediende breed-spectrumantibiotica, door collega HAEX (1966) in zijn klinische les niet werd overwogen. De vermelde symptomen bij de besproken patiënte, zoals erytheem (exantheem), diarree en sufheid zouden immers zeer wel kunnen passen in het ziektebeeld van de (sub)acute pellagra, te meer omdat bij deze ernstige zieke vrouw de voedselopneming sedert de operatie vermoedelijk niet optimaal is geweest en het interne verbruik van vitamines tijdens (koortsige) ziekten en na operaties toeneemt.

Ook zonder antibiotica-toediening doen zich soms onder dergelijke omstandigheden — individueel zeer verschillend afhankelijk van voor ieder vele wisselende factoren — verschijnselen voor van vitamine-B<sub>2</sub>-complexdeficiëntie o.a. stomatitis angularis, glossitis, langdurige diarree, neurasthene symptomen, depressie, sufheid, sopor, huidafwijkingen als erytheem, scrotale dermatitis, dorheid en schilfering op de strekzijden, enz. Het pathologisch-anatomisch substraat van de afwijkingen aan de tractus digestivus is in deze gevallen niet in de eerste plaats ontsteking, doch een atrofie van het slijmvlies, waarbij in de ver voorgeschieden gevallen bv. de darmwand papierdun kan worden.

De differentiële diagnose is niet zo eenvoudig; men moet er aan denken, en letten op verschijnselen van een subklinische deficiëntie — die naar mijn mening onder onze omstandigheden meer voorkomen dan men zou verwachten, met name bij patiënten met langdurige ziekten in de ziekenhuizen — zoals perlèche, een gladde tong, een droge soms pijnlijke keel, droge schilferende huid, neurasthene klachten van moeheid, apathie, slaapstoornissen, slechter zien enz.

Doch het best wordt de diagnose ex juvantibus gesteld na (bij maagdarmpatiënten parenterale) toediening van B<sub>2</sub>-complex-preparaten. Niet uitgesloten lijkt dat de in de klinische les besproken patiënte daarvan ook baat zou hebben gevonden.

Het is duidelijk dat met het bovenstaande aan de conclusie in de laatste alinea van deze les geenszins wordt getord, doch volledig ermee wordt ingestemd.

Literatuur: HAEX, A. J. CH. (1966) *Ned. T. Geneesk.* 110, 2113.

Zelhem, 26 november 1966

C. A. KUYPERS

## BERICHTEN

### BUITENLAND

#### Wereldberichten

**Eugène Dubois (1858-1940) herdacht.** — 75 jaar geleden ontdekte de Nederlandse anatoom EUGÈNE DUBOIS op Java overblijfselen van een primitieve mens. Deze classificeerde hij als vertegenwoordiger van *Pithecanthropus*, een in 1889 door ERNST HAECKEL voorondersteld genus, bestemd om eventueel aan vondsten van vormen tussen aap en mens een passende plaats te geven. Als soortnaam diende hem *Pithecanthropus erectus*. Vrij talrijke latere vondsten deden erkennen dat de soort *Homo erectus* (de geslachtsnaam *Pithecanthropus* verviel) 500.000 tot een miljoen jaren geleden in talrijke subspecies als voorloper van *Homo sapiens* Linn. de aarde bevolkte. Als zeer karakteristiek onderkent men dat de gemiddelde schedelinhoud van *H. erectus* 900 ml bedraagt, een maat tussen gorilla (500 ml) en *H. sapiens* (1400 ml). De *Scientific American* (november 1966, bl. 46) wijdt aan het onderwerp een uitvoerig artikel, geïllustreerd met de reproductie van HAECKELS stamboom (in handschrift), waarin men tussen *Pithecanthropus* op weg naar *Homo sapiens* nog een *Homo stupidus* ontmoet.

**Internationale conferentie over voeding.** — Het Massachusetts Institute of Technology zal van 1 tot 3 maart te Cambridge (Mass.) een conferentie over „Malnutrition, learning and behavior” houden. Inlichtingen verstrekt het „department of nutrition and food science” van genoemd instituut (room 16-325).

**Bronchologie.** — De Association internationale pour l'étude des bronches organiseert van 17 tot 19 mei haar 17e congres. De hoofdthema's zijn: de waarde van de bronchologische