

Orthopedie

Pseudo-jicht. — HAMBLÉN C.S. (1966) beschrijft 2 patiënten met een ziektebeeld dat in de laatste tijd bekend geworden is onder de naam „pseudo-jicht” en dat ook wel chondrocalcinosis genoemd wordt. Zij gaan daarbij uit van de wetenschap dat jicht een stofwisselingsstoornis is met een verhoogd gehalte aan urinezuur in het bloed, en dat door injectie van natrium-uraatkristallen in een gewricht een acute aanval van jicht kan worden opgewekt. De werking van de uraatkristallen zou eer berusten op hun mechanische dan op hun chemische eigenschappen, want ook andere kristallen dan die van uraten kunnen verschijnselen van acute arthritis tweebrengen, bv. de kristallen van calciumpyrofosfaat. Bij patiënten met dit laatste syndroom toont de röntgenfoto kalkafzetting in het gewrichtskraakbeen. De aandoening komt vooral voor aan het kniegewricht. Niet alle kalkafzettingen in het gewrichtskraakbeen berusten op afzetting van calciumpyrofosfaat. Kalkafzetting in gewrichtskraakbeen en in menisci komt ook als geïsoleerd verschijnsel voor.

Het is voor klinici van belang het ziektebeeld van de pseudo-jicht te kennen. Het heeft namelijk veel overeenkomst met de acute etterige arthritis. De differentiële diagnose kan worden gemaakt na gewrichtspunctie. Bij pseudo-jicht is het vocht steriel en bevat het kristallen. Deze kristallen kunnen in gewrichtsvocht worden aangetoond door onderzoek met gepolariseerd licht. De schrijvers raden derhalve aan, bij acute mono-articulaire arthritis altijd het onderzoek uit te breiden met onderzoek van het gewrichtsvocht op kristallen en röntgenonderzoek van het gewricht op kalkafzetting.

Literatuur: HAMBLÉN, D. L. C.S. (1966) *J. Bone Jt Surg.* **48B**, 51.

M. J. KINGMA

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

ELEANOR ROOSEVELT

INTERNATIONAL CANCER FELLOWSHIPS 1970

The International Union Against Cancer, with the funds provided by the American Cancer Society, will award fellowships for research on cancer. The awards will be granted to experienced investigators who have demonstrated their ability for independent research and who wish to broaden their experience by a period of study at a single institution in another country. Fellowships will be granted only to persons on the staff of universities, teaching hospitals, research laboratories or similar institutions. Awards will be made to investigators who are devoting themselves either to the experimental or the clinical aspects of cancer research. Fellowships will not be granted to persons who wish primarily to perfect their training in methods of cancer detection or in therapeutic techniques, or who wish to visit briefly several institutions abroad. The duration of the fellowships ordinarily will be one year but this period may be longer or shorter in special circumstances.

The stipend will be based on the current salary of the applicant and the salary of persons of comparable qualifications in the place where the applicant expects to study.

An allowance will be made for the cost of travel of the fellow and of those dependants who will accompany him from his place of residence to the institution where he will work, and return.

Applications must be received before 1 September 1970; fellowships begin within the twelve months' period following 1 March 1971. Application forms and additional information may be obtained from: International Union Against Cancer, P.O. Box 400, 1211 Geneva 2, Switzerland.

INGEZONDEN

LIGATUURRESECTIE VAN DE OESOPHAGUS BIJ BLOEDENDE VARICES

In oktober 1969 werd in New York onder verantwoordelijkheid van de American Association for the Study of Liver Disease en de New York Academy of Sciences een symposium over portale hypertensie gehouden. Bij deze gelegenheid verklaarden een aantal bij uitstek deskundigen op dit gebied, dat zij tot de conclusie waren gekomen, dat de „emergency portacaval shunt” de beste behandeling is voor bloedende oesophagus-varices. In dit licht gezien menen wij, dat de mededeling van BOEREMA, KLOPPER en HOLSCHER (1970), waarin zij een „alternatieve” behandeling aanbevelen, niet onopgemerkt mag passeren.

Het is duidelijk, dat BOEREMA et al. met hun methode voor ligatuurresectie van de oesophagus een zeer belangrijke bijdrage geleverd hebben voor de behandeling van de patiënt met bloedende varices. Althans voor de groep, die werkelijk problemen oplevert: die met een levercirrose. Helaas valt uit het artikel niet op te maken, of alle 34 patiënten waarvan sprake is inderdaad een histologisch aange-toonde cirrose hadden. Het feit, dat een 9- en een 16-jarige patiënt worden genoemd, doet bij ons de vraag rijzen of in deze serie niet ook enige patiënten met varices, berustend op een portale hypertensie, veroorzaakt door een prehepatisch block, zijn opgenomen. Wij nemen echter aan, dat dit niet het geval is; immers zo ja, dan zou het vergelijken van de behaalde resultaten met die van bijvoorbeeld ORLOFF (1967), die uitsluitend spreekt over cirrhotici, niet toelaatbaar zijn. Een mortaliteit van slechts 29,5 pct bij een serie patiënten met bloedende oesophagusvarices bij levercirrose, waarbij geen pre-operatieve selectie werd toegepast, is uitzonderlijk laag. Slechts EKMAN en SANDBLOM (1964) komen bij een serie van 30 patiënten, bij wie onder acute omstandigheden een shunt werd aangelegd, tot een vergelijkbaar resultaat (80 pct overleving).

De aanbevolen operatie vereist geen speciale technische vaardigheid en het is dan ook te verwachten, dat wanneer hij ingang zal vinden patiënten met bloedende oesophagus-varices niet meer zoals dit nu het geval is in enkele centra zullen worden geconcentreerd waar men over ervaring beschikt. Huisartsen en internisten zullen met vreugde de kans aangrijpen om hun patiënten met dit lijden door „hun eigen” chirurg te laten behandelen. Het is de vraag of deze vreugde gerechtvaardigd is. In het bijzonder zijn wij beducht voor het uitvoeren van de ingreep door chirurgen die geen specifieke belangstelling voor de problematiek van de portale hypertensie hebben, wanneer wij aandacht besteden aan het feit, dat BOEREMA et al. adviseren, indien hiertoe een indicatie bestaat, bij de patiënt ook nog de milt te verwijderen. Het verwijderen van de milt immers bij een patiënt met portale hypertensie kan onder bepaalde omstandigheden aanleiding geven tot grote moeilijkheden bij de verdere behandeling.

Van „verdere behandeling” spreken wij, omdat het optimisme van de schrijvers ten aanzien van de resultaten op lange duur van deze vorm van oesophagus-„resectie” door ons op naar wij menen goede gronden niet wordt gedeeld. Zij noemen de kans op een recidiefbloeding „waarschijnlijk gering” en verwijzen daarbij naar een inderdaad indrukwekkende illustratie. Het betreft hier echter een follow up van twee en een halve maand en dit is toch wel bijzonder kort. De ligatuur-resectie van de oesophagus moge als methodiek nieuw zijn, er is naar onze mening geen enkele reden om aan te nemen, dat de resultaten op lange duur beter zullen zijn dan die van voorheen toegepaste methoden en

hiervan is nu eenmaal bekend, dat recidiefbloedingen eerder regel dan uitzondering zijn. Uiteraard bestaat zoals de auteurs stellen de mogelijkheid, dat vóórdien de patiënt (mits hij een cirrose heeft) reeds aan leverinsufficiëntie is overleden. Inderdaad, „niemand is voor de aardse eeuwigheid gebouwd”, doch de vijfjaarsoverleving van de door ORLOFF tijdens een bloeding met een shunt behandelde patiënten bedraagt 43 pct (1970), allen cirrhotici. Daarbij komt dan nog, dat in ons land, waar de cirrose niet zo bijzonder frequent is, een groot deel van de patiënten met bloedende varices in het geheel geen cirrose hebben, doch een portale hypertensie op basis van een prehepatisch block.

De patiënt met een niet op een intra-hepatisch block berustende portale hypertensie heeft in principe, wanneer hij op adequate wijze hiervan is verlost, een normale levensverwachting. Het normaliseren van de portale druk vereist een shunt-operatie en de ervaring leert, dat het hier slechts bij uitzondering mogelijk is een portocavale shunt aan te leggen. Er blijven dan dus twee mogelijkheden over: de splenorenale en de mesocavale shunt. De laatste heeft slechts sinds kort algemeen ingang gevonden, dus vanouds werd bij deze patiënten de eerste aangelegd. Is echter eenmaal een splenectomie uitgevoerd, dan tromboseert de vena lienalis en is het niet meer mogelijk, deze vene voor het maken van een shunt te gebruiken. Vroeger werd men vaak met deze situatie geconfronteerd; de patiënten werden samengevat onder de benaming „post-splenectomy-bleeders”. Tegenwoordig wordt gelukkig vrijwel unaniem het uitvoeren van een splenectomie bij deze patiënten als een ernstige kunstfout erkend en wordt de milt bij patiënten, die nog niet van hun portale hypertensie zijn verlost, als een kostbaar kleinood bewaard.

Het advies van BOEREMA et al. om in bepaalde gevallen bij patiënten met bloedende varices de milt te verwijderen is ongetwijfeld uitsluitend bedoeld voor die patiënten, bij wie met zekerheid te stellen is, dat zij nimmer voor een splenorenale shunt in aanmerking zullen komen. Wij vrezen echter niettemin, dat het zou kunnen leiden tot een toename van het momenteel gelukkig nog te verwaarlozen aantal „post-splenectomy-bleeders” in ons land. Deze patiënten zijn weliswaar vaak nog adequaat te behandelen met een meso-cavale shunt, doch het kan voorkomen, dat de lienalistrombose zich voortzet op de vena mesenterica superior en dan zijn zij alleen nog met een subtotale oesofagogastrrectomie te redden.

In het bovenstaande hebben wij er op willen attenderen, dat ondanks het feit, dat er een technisch zeer eenvoudige methode tot onze beschikking is gekomen voor een adequate behandeling van de patiënt met bloedende oesophagusvarices, de problematiek bij deze behandeling er niet minder gecompliceerd door is geworden. Gezien het te verwachten tijdelijke karakter van het resultaat zouden wij de ingreep slechts willen uitvoeren in „krepeergevallen”. Helaas bleek ons uit eigen ervaring, dat ook deze ingreep in die gevallen niet altijd uitvoerbaar is. De enige maal, dat wij er toe meenden te moeten overgaan bleek er een dusdanige hepatomegalie te bestaan, dat de maag en zeker de oesophagus niet te bereiken waren.

Literatuur: BOEREMA, I., P. J. KLOPPER en A. A. HOLSCHER (1970) Ligatuurresectie van de oesophagus bij bloedende varices. *Ned. T. Geneesk.* 114, 237. — EKMAN, C. A. en PH. SANDBLOM (1964) Shunt operation in acute bleeding from esophageal varices. *Ann. Surg.* 160, 531. — ORLOFF, M. J. (1967) Emergency portacaval shunt; a comparative study of shunt, varix ligation and non surgical treatment of bleeding esophageal varices in unselected patients with

cirrhosis *Ann. Surg.* 166, 456; (1970) Persoonlijke mededeling.

Arnhem, }
Leiden, } maart 1970

M. N. VAN DER HEYDE
J. L. TERPSTRA

Er zit iets krampachtigs in bovenstaand lang ingezonden stuk. Wat willen de inzenders eigenlijk; blijkbaar enerzijds de shuntoperatie verdedigen en verder de behandeling van de portale hypertensie in enkele klinieken blijven concentreren.

De bezwaren tegen de shunt, bij bloedingen vooral, hebben wij sinds vele jaren in verschillende geschriften aangevoerd; hij is bij de cirrose niet causaal, doch bestrijdt het gevolg in plaats van de oorzaak, heeft een zeer hoge mortaliteit in-de-wereld-als-geheel, laat zeer dikwijls een portale hypertensie toch voortbestaan, geeft een zeer hoog aantal encefalopathieën, stopt de bloeding dikwijls niet en heeft een hoog percentage recidief-bloedingen. Op de meeste (Amerikaanse, vooruit dan maar) congressen is dan ook een duidelijk pessimisme over de shunt onloochenbaar. De shunt als „beste methode” is dan ook beter te vertalen met de „minst slechte” (HALLENBECK, Mayo Clinic). Het zou niet moeilijk zijn het bovenstaande met getallen uit leidende klinieken te staven; doch daar is deze discussie niet voor.

Beter liggen de kansen bij de prehepatische oorzaak van de portale hypertensie. Hier nadert de shuntoperatie inderdaad een causale therapie, zonder haar overigens ook bij goed geslaagde operaties te bereiken. Doch hier is nu weer de technische mogelijkheid beperkt; portocavale shunt is meestal hier onmogelijk, de splenorenale dikwijls onmogelijk omdat de venen bij het kind nog te klein zijn en bovendien de shunt zeer dikwijls weer dicht gaat, en tenslotte omdat veelal de milt reeds op een veel jongere leeftijd verwijderd is („elders” heet dat dan). En wij, als chirurg, zouden de milt inderdaad gaarne aanwezig zien; doch de kinderartsen hebben ons inziens reden om bij een kind dat nog niet lijdt aan ernstige bloedingen, doch aan de gevolgen van megalosplenie, toch een splenectomie voor te staan. Niet alleen de belangen of de zienswijze van de chirurg zijn de enig juiste.

Het ging in ons stuk niet om een evaluatie van de shuntoperatie. Deze is in waardering zeer sterk dalende. Het gaat om vergelijking met onze nieuwe methode en deze is natuurlijk nog in geen buitenlands congres doorgedrongen. De eerste alinea van de inzenders is dus zonder waarde, waar het over de evaluatie van, de vergelijking met, onze methode gaat.

Nemen wij uit de reusachtige hoeveelheid literatuur alleen de twee door inzenders genoemde artikelen. EKMAN en SANDBLOM opereerden een geselecteerde groep van patiënten; wij legden juist de nadruk op onze ongeselecteerde (naar onze en veler mening zelfs onselecteerbare) groep en dus gaat een vergelijking niet op.

Anders is het met ORLOFF, de chirurg die nog de beste resultaten met de acute shuntoperatie heeft. Een persoonlijke mededeling uit de tweede hand is in een wetenschappelijk betoog ontoelaatbaar. Wanneer bovendien in deze persoonlijke mededeling van 43 pct succes gesproken wordt en wij vinden in het genoemde artikel precies dit zelfde percentage, rijst sterk het vermoeden dat ORLOFF geput heeft uit zijn geschrift van 1967 en niet steunt op een onderzoek daarna. In alle geval missen wij alle details. Het artikel zelf echter spreekt niet van 43 pct overlevingen van de cirrhotici na 5 jaar. De schrijver schat (hoopt?) dat dit zo zal zijn. In feite spreekt hij van 4 jaar; maar er waren nog maar drie patiënten die dit bereikt hadden, zes 3 jaar, elf 2 jaar, en één minder dan één jaar; vier hiervan waren reeds gestorven. Onze lange overlevingen zijn nog niet bekend (deze zijn in-

tussen langer dan drie jaar). Doch het ging ons ook niet om de levercirrose doch om het redden van de meestal hopeloos verbloedende patiënt. Wel zullen sommige van onze patiënten na de operatie een betere lever krijgen, doch net als bij de shuntoperatie, niet door de shunt maar door de intensieve medische begeleiding, de verbeterde (vaak zeer slechte, zie het werk uit Boston) sociale omstandigheden en het feit dat vele ($\frac{2}{3}$, zie ORLOFF) patiënten hun alcoholmisbruik staakten. ORLOFF had verder een operatiesterfte van 47 pct en nam postoperatief coma waar in 58 pct van de gevallen (zie onze beide artikelen in dit tijdschrift). Inderdaad bevat ons materiaal ook gevallen van prehepatische hypertensie, nl. 10 van de nu 40 patiënten. Deze hadden bijna allen splenectomie vroeger ondergaan en waren in technisch opzicht vrijwel inoperabel. De mesocavale shunt is *niet* algemeen aanvaard. De hevige bloeding maakte de prognose naar de mening van vele deskundigen hopeloos zonder onze nieuwe methode.

De vrees dat de patiënten met portale hypertensie in de handen van „eigen” chirurgen zouden vallen delen wij niet. Integendeel, vele patiënten zijn dermate slecht door de formidabele onstiltbare bloeding, dat tijdverlies en vervoer niet mogelijk zijn. Degenen die geen kennis en ervaring hebben van operaties in het cardia-oesofagusgebied zullen wel wijzer zijn. Overigens hebben verscheidene „eigen” chirurgen in ons land, in Engeland en Amerika, met enthousiasme onze methode ingevoerd. De shuntoperatie is voornamelijk een vaatnaad, maar daarom hoeft de ziekte van de portale hypertensie niet steeds ingedeeld te worden bij ervaren vaatchirurgen.

Recidieven van oesofagusbloedingen hebben wij nog niet waargenomen; wij baseren onze goede verwachting niet op één röntgenfoto van $2\frac{1}{2}$ maand, doch reeds op enkele gevallen van tot meer dan drie jaar. En verder hebben wij vroeger de scheiding tussen portagebied en oesofagusvarices tot stand gebracht door een maag-oesophagusresectie. In wezen hetzelfde als nu met de knoop, alleen veel moeilijker. Welnu, hiervan zagen wij bij 17 patiënten onder 16 jaar (6 cirrhotici!) slechts in drie gevallen na 4 tot 11 jaar een ernstige bloeding. Van de anderen niet één; de langste waarneming is reeds 11 jaar. Dit zijn duidelijke argumenten van ons optimisme; het pessimisme van de inzenders grondt zich op niets. Maar wij willen nog niet juichen, doch zoals wij schreven voorzichtig afwachten.

Ofschoon gevoelig voor de kwalificatie van ons werk als een „zeer belangrijke bijdrage” delen wij niet de luchtige opmerking dat onze operatie een „technisch zeer eenvoudige methode” is. De inzenders demonstreren dit zelf door hun mededeling dat zij onze methode slechts in één geval hebben willen toepassen, en dat dit hun mislukt is. Ook ons zat de grote lever vaak lelijk in de weg.

Amsterdam, 2 april 1970

I. BOEREMA,
P. J. KLOPPER,
A. A. HOLSCHER

BEGRIJPT U NU WAAROM IK HUIL?

De repliek van Prof. BASTIAANS (1970) op mijn ingezonden artikel „Vraagtekens bij de film: Begrijpt U nu waarom ik huil?”, noopt mij toch nog tot een weerwoord.

Prof. BASTIAANS begint met te concluderen dat ik geen kennis heb genomen van de inhoud van zijn voordracht van 26 oktober 1968 „Grenzen en mogelijkheden van de LSD-behandeling”, gehouden voor de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie. Deze conclusie is juist, maar

in deze context irrelevant, want mijn kritiek betreft uitsluitend dat waar ik wel kennis van heb genomen en dat is de film „Begrijpt U nu waarom ik huil?”. Hiermee zal ik mij in gezelschap bevinden van het merendeel der kijkers van deze film, waarvan er ongetwijfeld nog velen zijn wier informatie over het middel LSD uitsluitend via deze film tot stand kwam.

Prof. BASTIAANS acht mijn conclusie onjuist als zou er van een LSD-effect niets te merken zijn.

„Wat er op de film met de man gebeurde, geschiedde allerminst in de gewone interview-situatie” en verder: „In de eerste LSD-zitting die gefilmd werd, was het juist de bedoeling om een eerste ontsluiting van de persoonlijkheid te realiseren.” Ik blijf erbij dat dit onvoldoende wordt weergegeven, hoe kan het ook anders, bij één patiënt in één dag zonder verdere vergelijkingsmogelijkheden. En dat nu maakt de film juist wetenschappelijk nogal zwak.

Prof. BASTIAANS geeft ook toe dat de film niet tot volledig wetenschappelijk document kon worden. Maar waarom dan toch zo'n film onder de ogen van grote groepen mensen te brengen, zo'n film waarin op niet volledig wetenschappelijke wijze de aandacht wordt gevestigd op een therapie met een middel dat zo omstreden en beladen is en dat in ondeskundige handen zo gevaarlijk is? Uit de opmerking van Prof. BASTIAANS dat de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid momenteel een uitvoerig onderzoek verricht over de merites van de film blijkt wel dat over een en ander nog beslist onzekerheid bestaat.

Dat Prof. BASTIAANS en zijn medewerkers over het algemeen buitengewoon positieve reacties hebben ontvangen, geloof ik zonder meer. De film heeft ook beslist waarde, waarde niet als wetenschappelijk document, maar als „document humain”, waarin een schril licht wordt geworpen op de noden van hen die na hun verschrikkingen zo in de kou blijven staan.

Naar ik hoop is het in brede kringen bekend dat Prof. BASTIAANS zich altijd bijzonder voor deze groep van mensen heeft ingespannen, en ik wil dan ook beslist geen afbreuk doen aan zijn pogen, voor deze mensen nog meer te doen dan hij al deed. Maar de combinatie van geëngageerde presentatie enerzijds en het accentueren van een bepaalde behandelingsmethode anderzijds, is hier niet gelukkig uitgevallen. Het wetenschappelijk aspect is door het engagement te veel op de achtergrond gedrongen, en het middel LSD wordt daardoor op te suggestieve wijze bij grote groepen van het publiek geïntroduceerd. Prof. BASTIAANS zegt voorts dat hij positieve reacties heeft ontvangen „zulks in voortdurende open en intensieve discussie met de kijkers”.

Het spijt mij dat te Amsterdam geen gelegenheid voor discussie werd geboden. In dat geval had ik mij hoogstwaarschijnlijk het schrijven van mijn kritiek op deze film kunnen besparen.

Dan komt nog mijn opmerking over het resultaat van de behandeling. Deze opmerking is volgens Prof. BASTIAANS volkomen onjuist. Maar ik heb wel toegelicht waarom ik concludeerde dat het resultaat niet florissant was, namelijk omdat collega VAN TOL letterlijk had gezegd dat de patiënt het weer erg moeilijk had. Als de patiënt zoveel verbeterd zou zijn had collega VAN TOL zich anders moeten uitdrukken.

Prof. BASTIAANS zegt, hierop voortgaande, dat het in de film niet ging om deze ene patiënt, maar dat het ging om de merites van de besproken therapie. Ik kom dus weer terug op het thema „wetenschappelijk van weinig waarde”, omdat de merites van de film moeilijk met zekerheid kunnen worden afgemeten — ik zeg het nogmaals — aan de demonstratie van één patiënt zonder vergelijkingsmogelijkheden.