

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 1972; fellowships being within the twelve months' period following 1 March 1973. Application forms and additional information may be obtained from: International Union Against Cancer P.O. Box 400, 1211 Geneva 2, Switzerland.

Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek

Het Bestuur van de Stichting Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek, waarin is opgenomen het Steunfonds van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding, maakt bekend, dat het voor het academisch jaar 1972-1973 een beurs ter maximale waarde van f 2500,— beschikbaar stelt.

Deze studiebeurs is bestemd voor een Nederlandse vrouw, die haar academische studie geheel of vrijwel geheel heeft voltooid en gespecialiseerd wetenschappelijk onderzoek wil verrichten in of buiten Nederland.

Sollicitaties in tienvoud met uitvoerige levensbeschrijving en een duidelijk omschreven studieplan, onder vermelding van enige referenties, worden vóór 15 april ingewacht bij de secretaresse: Drs. E. D. SCHOUFOR-WOLTER, Van Boshuizenstraat 255, Amsterdam-Buitenveldert.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Focale epilepsie na forcipale extractie

Met belangstelling las ik de klinische les van Prof. Dr. A. BIEMOND over „Focale epilepsie na forcipale extractie” (1971). Op 12-jarige leeftijd kreeg de besproken patiënt drie epileptische insulten achter elkaar van het tonisch-clonische type, waarna de behandelend arts fenobarbital voorschreef. Daar de aanvallen echter niet geheel uitbleven, werd de dosis geleidelijk verhoogd.

Op 13-jarige leeftijd werd patiënt voor de tweede keer specialistisch onderzocht, waarbij duidelijke focale afwijkingen links fronto-temporaal werden gevonden. Nu werd de anti-epileptische medicatie weer verhoogd.

Op een gegeven ogenblik had de patiënt een zodanige hoeveelheid anti-epileptica, dat hij slaperig en apathisch werd. Dit was niet te verwonderen, daar hij per dag kreeg: 120 mg fenobarbital, 120 mg heptobarbital, 120 mg methylfenobarbital, 500 mg primidon en 160 mg fenytoïne natrium.

Mijn vraag is:

1. Had hier het toedienen van vier barbituraten therapeutisch enige zin? Met een bepaalde dosering van twee barbituraten, bv. fenobarbital en primidon kan toch een zelfde fenobarbitalbloedspiegel worden bereikt als met vier barbituraten?

2. Waarom werd naast of in plaats van fenytoïne niet een poging gedaan met carbamazepine, dat bij focale epilepsieën de laatste jaren stellig in de belangstelling staat?

Literatuur: BIEMOND, A. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2095.

Noordwijk, 3 januari 1972

D. AKKERHUIS

Ik dank collega AKKERHUIS voor zijn opmerkingen die overigens niet betrekking hebben op de essentie van mijn klinische les. Als antwoord op de gestelde vragen moge het volgende dienen:

1. De medicatie werd herhaaldelijk gewijzigd. De beste resultaten werden bereikt met de door u vermelde combinatie. De patiënt is hierop, zoals in de klinische les vermeld staat, bijna twee jaar geheel aanvalsvrij geweest. Bovendien „verloor hij zijn apathie en slaperigheid en bereikte redelijke studieresultaten”, waarbij ik mijzelf citeer.

2. Van de bijzondere werking van carbamazepine (Te-

gretol) bij focale epilepsie ben ik allerminst overtuigd. Bovendien heeft dit medicament het nadeel, dat het af en toe duizeligheid veroorzaakt en een regelmatige bloedcontrole vereist.

Amsterdam, 17 januari 1972

A. BIEMOND

Vagotomie en peptische ulceratie

Collega VAN WEEL (1971) heeft de literatuur over Vagotomie en peptische ulcera uitvoerig bestudeerd en hij waarschuwt in zijn artikel voor „over-simplificatie” ten aanzien van de resultaten en de technische moeilijkheden wat betreft de vagotomie als behandeling van het ulcus pepticum. Met deze waarschuwing als zodanig kan ik mij volkomen verenigen. „Oversimplificatie” is steeds onjuist en wij chirurgen zondigen wel eens hiertegen. Hierdoor worden uitspraken als „altijd” en „nooit” meer dan eens gehoord en dit heeft vele discussies in de kiem gesmoord.

En toch vraag ik mij na zorgvuldige lezing van zijn artikel af of de schrijver niet te veel met een vooropgezette mening het vraagstuk van de vagotomie in de literatuur heeft bestudeerd en daardoor dezelfde fout maakt die hij sommige schrijvers verwijt, namelijk van oversimplificatie maar nu ten gunste van de subtotale maagresectie.

Het is zeker juist dat ook een vagotomie een ingreep is die geleerd moet worden en dat GOLIGHER daar nadrukkelijk op wijst. Maar in de kliniek van dezelfde GOLIGHER, die een uiterst nauwkeurig en kritisch chirurg is, wordt nagenoeg geen subtotale maagresectie meer verricht en zijn naaste medewerker DAVID JOHNSTONE is een van de meest fervente voorstanders van de „pariëtale-cel”-vagotomie. Het is wel wat onrechtvaardig om de laatste vorm van vagotomie af te doen als „het nieuwste snufje”. Door een grote groep van Engelse, Scandinavische en Duitse chirurgen wordt het probleem van de chirurgische behandeling van het ulcus pepticum zorgvuldig bestudeerd. Namen als WELBOURN, KAY, GOLIGHER, WILLIAM, COX, AMDRUP, HOLLE, CLARK, KENNEDY staan er borg voor dat men op goede gronden en na uiterst minutieuze studies tot adviezen tracht te komen.

Natuurlijk is de klassieke maagresectie op zichzelf een goede operatie, maar de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat het

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 7, 1972

meest tevreden over de resultaten de chirurgen zijn en niet de internisten. Het verwijderen van 60-75% van een normale maag blijft een *mutilerende ingreep*, die mij altijd doet denken aan een dij-amputatie voor een ulcus op de teen. Dit laatste is ook wel eens nodig, maar ook hierbij hebben we recent geleerd dat bij een andere techniek opvallend vaak het kniegewricht te sparen is!

Uit eigen ervaring bij een groot aantal patiënten (meer dan 1200) heb ik reeds 12 jaar geleden de subtotale maagresectie als routine-operatie verlaten voor de kleine resectie met vagotomie. Wanneer, en in welk geval we een keuze moeten maken uit het grote arsenaal van ingrepen, dat wij nu tot onze beschikking hebben bij de behandeling van het ulcus pepticum is een probleem apart.

De subtotale maagresectie, de antrectomie met vagotomie (met een anastomose volgens BI of BII), vagotomie met gastro-enterostomie, de vagotomie met één van de verschillende pyloroplastieken, de selectieve en de „pariëtale-cel“-vagitomie hebben alle hun vóór- en nadelen. Vele studies zullen nog nodig zijn om uit te maken bij welke patiënt op welk tijdstip, welke ingreep moet worden aangeraden.

In ieder geval dient de operatie-methode aan de patiënt te worden aangepast en in mijn ogen is het verkiezen van de subtotale maagresectie als methode der keuze een even grote „oversimplificatie“ als het verkiezen van „de“ vagotomie.

Literatuur: WEEL, M. W. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2193.

Rotterdam, 27 december 1971

H. MULLER

Het samenvatten van een controversieel vraagstuk als het onderhavige zal wel nooit leiden tot bevrediging van alle partijen.

Toch spijt het mij dat Prof. MULLER mij ervan verdenkt deze studie met een vooroordeel tegen de vagotomie te zijn begonnen. Ik erken op verschillende punten twijfel te hebben gehad, maar was gaarne bereid mij door de jongste gegevens in de literatuur te doen overtuigen. Jammer genoeg nemen die — met alle waardering voor het voortreffelijk spuurwerk dat in veel vooraanstaande klinieken aan de gang is — mijn vraagtekens niet weg, in tegendeel.

Ik onderschrijf de bezwaren van Prof. MULLER ten aanzien van de grote maagresectie, maar helaas ken ik geen betere methode voor de behandeling van het doorsnee ulcus duodeni. Gelukkig zijn mijn resultaten in een zeer bevredigend aantal uitstekend.

Prof. MULLER deelt mede, sinds 12 jaar te zijn overgegaan op een kleine (40%?) maagresectie, die gecombineerd wordt met een vagotomie. Voordelen en bezwaren tegen deze behandelingswijze heb ik in mijn artikel vermeld. De mutilatie en de patho-fysiologische nasleep is nauwelijks minder dan die bij de „grote“ maagresectie, het risico (de verzorging van de duodenumstomp) is even groot. Daarbij voegt zich nog de moeite en het extra risico van de vagotomie en de kans op narigheid op lange termijn, die uitsluitend op rekening komt van de vagusdoorsnijding.

Rotterdam, 10 januari 1972

M. W. VAN WEEL

Collega VAN WEEL (1971) heeft het aangedurfd, een kritische vergelijking te maken tussen de vóór- en nadelen van de maagresectie enerzijds en van de vagotomie (al dan niet

met pyloroplastiek) anderzijds. De vagotomie komt er ten slotte slechts af: „vagitomie, gecombineerd met pyloroplastiek of gastro-enterostomie is als behandeling van het ulcus duodeni minder doeltreffend dan maagresectie.“ Wij hebben bewondering voor het heldere betoog maar het zij ons ver Gund, toch enkele kanttekeningen te maken.

Collega VAN WEEL maakt bij zijn beschouwingen over de techniek van de vagotomie en vervolgens ook bij zijn beschouwingen over de doeltreffendheid van en de klachten na vagotomie onderscheid tussen twee manieren van doorsnijding van de vagus:

1. doorsnijding van de hoofdstammen, waarbij men gedwongen is, ook een drainerende operatie te doen;
2. selectieve doorsnijding van alleen de takjes die in de maag uitwaaieren, waarbij men eveneens gedwongen is, een drainerende operatie te doen.

Een derde mogelijkheid, nl. selectieve vagotomie zonder drainage-operatie, wordt afgedaan als „het nieuwste snuffje, waardoor de kring naar de eerste zeer ongunstige ervaringen van DRAGSTEDT (1943) weer gesloten lijkt te zijn“. Ik meen dat door deze pejoratieve omschrijving de techniek van de selectieve vagotomie zonder drainage-operatie (in elk geval in het huidige experimenteerstadium) onrecht wordt aangedaan. Met name wordt niet vermeld dat bij deze vorm van selectieve doorsnijding van de vagustakjes die in de maag uitwaaieren niet slechts de rami hepatici en coeliaci, doch ook de tak(jes) die naar de pylorus gaan, gespaard worden. Juist dit laatste is van belang omdat daardoor de pylorusmotoriek intact blijft, zodat het achterwege laten van een drainerende operatie gerechtvaardigd is (kan zijn).

Als men deze derde vorm van vagotomie kiest (*kan* kiezen; zie onder) vallen veel van de bezwaren die collega VAN WEEL tegen de vagotomie inbrengt weg. Allereerst is de pylorus niet vernield, zodat men geen „incontinent orgaan overhoudt, waarbij de zwaartekracht bij de lediging van groter belang wordt dan welke invloed dan ook“ (een bezwaar dat geldt tegen de vagotomie met drainage-operatie, maar dat natuurlijk in niet mindere mate geldt tegen de maagresectie!); verder krijgt men niet te maken met een „onbehoorlijk functioneren van de pyloroplastiek of zelfs stenosering van de uitgang“; men hoeft ook niet te vrezen voor een invaliderende diarree en wat betreft de „slikklachten“ (waarschijnlijk zijn „passagestoornissen“ bedoeld) heeft men bij selectieve vagotomie weinig kans „op motorische uitval van de nervus vagus in het onderste deel van de slokdarm of op letsel tijdens de operatie aan de slokdarm toegebracht“; tenslotte zij opgemerkt dat ook na maagresectie insufficiëntie van de cardia en hiatus hernia „veelvuldig schijnen“ voor te komen. Het grote voordeel van de selectieve vagotomie zonder drainage-operatie is echter dat men niet hoeft te vrezen voor naadlekkages, die de mortaliteitsstatistieken van de maagoperaties zo ongunstig beïnvloeden. Wij zijn ons bewust dat slechts een beperkte groep van ulcus-patiënten voor deze vorm van selectieve vagotomie in aanmerking komt; in elk geval lijkt deze wijze van opereren niet zinnig bij het ulcus ventriculi en zeker niet bij pylorusstenose of verregaande stricturering van de bulbus duodeni. Misschien is er slechts een indicatie voor deze operatie bij die groep ulcus-patiënten die omschreven worden als „ongecombineerde gevallen, bij wie ook een resectie met zeer lage mortaliteit mogelijk zou zijn geweest“. Maar juist voor deze groep patiënten menen wij aan selectieve vagotomie zonder drainage-operatie de voorkeur te moeten geven, omdat het de minst mutilerende ingreep is, waarna bovendien een normale (fysiologische) zuurgraad in de maag gehandhaafd kan worden (zie onder). Overigens hebben wij de operatie, behalve bij patiënten met recidiverend ulcus duo-