

gemaakt van nieuwe specialistische technieken. Het subclavia-infuus, de dunne-darmcatheter en de anus praeternaturalis waren klinisch-specialistisch aangelegd. De enige specialistische technische toevoeging die wij lieten aanbrengen, was de epidurale catheter om de pijn te bestrijden. De overige technische voorzieningen zoals vaginale balloncatheter en receptacula voor de buikwandfistels waren improvisaties onzerzijds, ter behandeling van veel narigheid. Collega Houben ziet dat haar zogenaamde specialistische technieken terecht, en niet ten onrechte zoals zij stelt, goed uitvoerbaar zijn in de eerste lijn. Kennelijk heeft zij 'geen idee' wat dunne-darmfistels voor de patiënt betekenen; zeker vaginaal! Of een leven al of niet menswaardig is, is in de eerste plaats ter beoordeling van de patiënt en niet aan de objectieve waarnemer op 200 km afstand. Zeker mag een mens gewoon sterven, het is echter onze taak dit sterven zo goed mogelijk te begeleiden en zo draaglijk mogelijk te maken. En naar onze mening is dat in het onderhavige geval met veel zorg en energie redelijk goed gelukt.

Uit de opmerkingen van collega Houben klinken verwijten en een hint in de richting van . . . maar liever termineren. Collega Houben moge zich indenken dat er ook nog patiënten zijn die absoluut niets van euthanasie willen weten. Zoals wij al schreven, hebben wij zeer veel met patiënte gesproken, alles werd tot in de finesses met haar doorgesproken en zij heeft als eenvoudig, doch geïntegreerd mens, haar lijden en sterven geaccepteerd. Dit mag ons tot nadenken stemmen.

De bedoeling van deze klinische les was o.a. te tonen dat de zogenaamde specialistische technieken heus niet zo bijzonder zijn en best te hanteren zijn in de eerste lijn. Verder was het de bedoeling er op te wijzen dat voor terminale thuiszorg zeer veel energie, improvisatie en doorzettingsvermogen noodzakelijk zijn. Terminale zorg wordt dagelijks door vele huisartsen in den lande, in samenwerking met andere eerstelijns werkers, met zeer veel inzet en liefde verleend en dat is een goede zaak. Men zou bij dit werk wat meer steun en waardering van overheidswege en ook van de kant van de financiers verwachten. Wat versterking van deze kant van de eerste lijn (één van de vele)! De essentie van deze klinische les is collega Houben kennelijk ontgaan.

J. H. A. MASSOUD

's-Heerenberg, maart 1986

Intramurale hematomen van de dunne darm tijdens het gebruik van orale anticoagulantia

Giesbers et al. constateren in hun artikel dat het hemoperitoneum dat bij operatie bij meer dan 80% wordt aangetroffen, bij lichamenlijk onderzoek vaak niet kan worden aangetoond en zij menen vervolgens dat echografie geen bijdrage zou kunnen leveren aan de diagnostiek van darmwandbloedingen (1986; 113-7). In het licht van de enorme vooruitgang die de echografie de laatste jaren heeft doorgemaakt, kan wellicht gesteld worden dat de twee gerefereerde (chirurgische) artikelen uit 1979 en 1981 niet meer als maatgevend mogen worden beschouwd. Echografie is de methode bij uitstek om zelfs minimale hoeveelheden vrij vocht in de buik aan te tonen.¹

In samenhang met het klinische beeld, het ontbreken van andere oorzaken voor vrij vocht, het gebruik van orale anticoagulantia en in het bijzonder een eventueel doorgesloten Thrombotest kan deze bevinding de diagnose doen vermoeden. Een eenvoudige echogelege ascitespunctie kan vervolgens het hemorrhagische karakter van het vocht aantonen waarmee de diagnose aannemelijk wordt gemaakt. Daarnaast blijken door echografie in ervaren handen in de praktijk nogal eens maag-/darmwandverdichtingen (bijv. carcinomen, ziekte van Crohn, diverticulitis) te kunnen worden geconstateerd, waarbij er geen

reden is aan te nemen dat dit in onderhavige gevallen niet ook mogelijk zou zijn.

LITERATUUR

- ¹ Ascites: comparison of plain film radiographs with ultrasonograms. Radiology 1984; 152: 503-6.

B. R. DE WITTE

Nuenen, februari 1986

Collega De Witte heeft gelijk als hij stelt dat echografie in staat stelt zeer geringe hoeveelheden vocht in de buikholtte aan te tonen en dat door middel van punctie een hemoperitoneum kan worden vastgesteld. Dit versterkt een eventuele verdenking op de diagnose, doch is niet in staat haar te bewijzen of uit te sluiten.

A. A. G. M. GIESBERS

Hillegom, maart 1986

A. J. VOETS

H. L. DE SMET

L. J. G. P. VAN WILDEREN

Behandeling van patiënten met pancreaskopcarcinoom

Naar aanleiding van de artikelen van de collegae Obertop (1986; 100-2) en Kalsbeek (1986; 117-20) over de behandeling van patiënten met een pancreaskopcarcinoom, wil ik graag het volgende opmerken. De laatste jaren heeft de endoscopische retrograde cholangiopancreaticografie (ERCP) als diagnostisch onderzoek een grote vlucht genomen. Wanneer er een obstructie van de ductus choledochus wordt vastgesteld, is het direct plaatsen van een endoprothese in ervaren handen een elegante palliatieve therapie. Obertop stelt dat het blijvend inwendig draineren door een percutaan ingebrachte endoprothese niet altijd mogelijk is en dat daarom de endoscopisch ingebrachte prothese de voorkeur verdient. Helaas is deze laatste methode technisch niet altijd mogelijk of ontbreekt de ervaring in het ziekenhuis. In dergelijke gevallen zou ik willen pleiten voor de percutane benadering. Ook hier geldt, net als bij de endoscopische techniek, dat het succes en het complicatierisico sterk afhankelijk zijn van de ervaring van de uitvoerend specialist. De thans bij ons in gebruik zijnde 'double-J'-endoprothese (William Cook Europe) werd met succes bij 12 patiënten ingebracht.¹ Dislocatie of perforatie van dit type endoprothese is niet mogelijk door de dubbele 'varkenstaart'-vorm. Het dicht-slibben van een endoprothese is naar mijn ervaring onafhankelijk van de gevolgde methode. Verder blijkt dat, indien noodzakelijk, een percutaan ingebrachte endoprothese eenvoudig te vervangen is met de endoscoop, zelfs in die gevallen waar deze techniek in eerste instantie faalde.

In beide artikelen wordt voorbijgegaan aan de (weliswaar kleine) groep patiënten die een Billroth II-maagresectie hebben ondergaan. Naar mijn mening ligt hier een duidelijke indicatie voor de percutane benaderingswijze. Een optimale behandeling van patiënten met obstructie-icterus vereist een goed overleg tussen gastro-enteroloog, chirurg en radiodiagnost. In ons ziekenhuis hebben wij daarmee goede ervaringen. Er zijn vele wegen die naar Rome leiden, slechts twee wegen leiden een endoprothese door de papil!

LITERATUUR

- ¹ Huisman AB, Jagt EJ van der. Percutaneous transhepatic biliary double-J endoprosthesis. Annual joint meeting of the European Society of Cardiovascular and Interventional Radiology and the European College of Angiography. Wenen, 1985.

A. B. HUISMAN

Enschede, januari 1986

Collega Huisman wijst er nogmaals op dat voor niet-chirurgische palliatie van icterus als gevolg van het pancreaskopcarcinoom de endoprothese ook via de percutane transhepatische weg kan worden ingebracht. Gunstige resultaten van deze methode zijn mij bekend.^{1,2} Inderdaad kan na voorgaande chirurgie aan deze behandeling de voorkeur worden gegeven. Op grond van ervaring, zoals die van Huibregtse et al. (1986; 120-3), verdient mijns inziens de endoscopische inbrenging van de endoprothese de voorkeur. In mijn commentaar heb ik geen rekening kunnen houden met de mogelijkheden voor niet-chirurgische palliatie in de verschillende ziekenhuizen (1986; 100-2); dikwijls zal een andere dan de theoretisch beste methode worden gekozen. Dit neemt niet weg dat in goede samenwer-

king met de betrokken specialisten toch naar de beste methode gestreefd moet worden. Wellicht zal dan één van de wegen naar Rome langs een centrum met ervaring in deze methode kunnen leiden.

LITERATUUR

- ¹ Laméris JS, Obertop H, Jeekel J. Biliary drainage by ultrasound-guided puncture of the left hepatic duct. *Clin Radiol* 1985; 36: 269-74.
- ² Gouma DJ, Wesdorp RIC, Oostenbroek RJ, et al. Percutaneous transhepatic drainage: insertion of endoprosthesis for obstructive jaundice. *Am J Surg* 1983; 145: 763-7.

H. OBERTOP

Maastricht, februari 1986

Boekaankondigingen

Aanbevolen leerboeken: Interne Geneeskunde

Iedere arts en iedere medische student heeft een goed en 'up to date' boek voor interne geneeskunde nodig. Er is een groot aantal uitstekende boeken op de markt, zodat het moeilijk kiezen is. De eerste keuze betreft de omvang van het werk. Ik zal hier twee categorieën boeken bespreken: de naslagwerken en de studieboeken. Voor beide categorieën geldt dat de algemene arts en de student in de regel voldoende hebben aan boeken die de gehele interne geneeskunde bestrijken, mits die uitvoerig genoeg en evenwichtig van samenstelling zijn. Boeken over de deelgebieden van de interne geneeskunde blijven daarom hier buiten beschouwing. Idealiter zou iedere student en iedere arts zowel een studieboek als een naslagwerk moeten hebben. Het is een illusie te verwachten dat de grote naslagwerken voor de studie voor het doctoraalexamen gebruikt worden. De co-assistent en de arts moeten zich echter af en toe in een bepaalde ziekte verder kunnen verdiepen dan het beknopte leerboek toestaat. Anderzijds is dit laatste weer geschikter om de kennis op een bepaald gebied op te frissen.

De naslagwerken

In deze categorie is er een aantal voortreffelijke boeken op de markt, met een omvang van 2000 à 2500 bladzijden, die uitmunten door volledigheid en leesbaarheid.

Cecil Textbook of Medicine. Wijngaarden LJB, Smith LHS, eds. 17e druk. Philadelphia: Saunders, 1985. Prijs: geb. f 250,80.

Harrison's Principles of Internal Medicine. Petersdorf RG, Adams RD, Braunwald E, Isselbacher KJ, Martin JB, Wilson JD, eds. 10e druk. New York: McGraw-Hill, 1983. Prijs: geb. f 315,-; international students edition: geb. f 162,50.

Vele jaren hebben deze boeken de gouden standaard gevormd. Van beide verschijnt om de drie jaar een nieuwe druk. Daarbij hebben zich in de laatste jaren twee nieuwe boeken gevoegd, die met hun eerste druk meteen al de vergelijking met Cecil en Harrison glansrijk doorstaan:

Internal Medicine. Stein JH, et al., eds. Boston: Little, Brown and Company, 1983. Prijs: geb. f 236,25.

Oxford Textbook of Medicine. Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford: Oxford University Press, 1983. Prijs: geb. (2 delen) f 250,80.

Natuurlijk moeten we afwachten of van deze boeken even vaak nieuwe drukken zullen verschijnen. De gevorderde student en de algemene arts doen er goed aan een van deze vier boeken aan te schaffen; voor de internist, de interne deelspecia-

list en de assistent in opleiding voor deze specialismen is dat een noodzaak. Globaal kan gesteld worden dat deze vier boeken even goed zijn. De keuze wordt vooral bepaald door persoonlijke smaak. Op het eerste gezicht lijkt Harrison te verschillen van de andere door een groter algemeen gedeelte voordat de systematische bespreking van ziekten begint. De onderwerpen die daarin aan de orde komen, vindt men in de andere boeken echter op andere plaatsen in hoofdzaak ook wel terug. In vergelijking met Cecil en Harrison munt het nieuwe boek van Stein et al. uit door een aangename bladspiegel en veel fraaie zwart-witfoto's, vooral röntgenfoto's en ook meer kleurenfoto's. Cecil geeft bij de literatuurverwijzingen in het kort aan wat men in het desbetreffende artikel kan verwachten, wat nuttig is voor verdere studie. Behalve dergelijke verschillen in details kon ik bij vergelijking van Cecil, Harrison en Stein geen wezenlijk voordeel van een van de drie ontdekken. Mijn persoonlijke voorkeur gaat op dit moment uit naar het *Oxford Textbook of Medicine*. Het is nog iets uitvoeriger dan de andere drie. Dit geldt vooral voor de sectie infectieziekten, inclusief tropische ziekten (504 bl.). Het is prettig gedrukt op goed papier en bevat vele, fraaie illustraties. Een prachtig boek om mee te geven aan een arts die naar de tropen gaat. Het bestaat uit 2 delen met alleen in het tweede deel een register, wat een klein nadeel is. Er is ook een goedkopere uitgave in één band, die echter onhanteerbaar is.

Scientific American Medicine. Rubinstein E, Federman DD, eds. New York: Scientific American, 1984. Prijs: (losbladig) ca. f 775,-.

Dit is een losbladig naslagwerk, waarbij iedere maand een aanvulling van 100 bl. verschijnt, zodat steeds de nieuwste informatie aanwezig is. Het is buitengewoon fraai uitgevoerd met zeer veel figuren in kleur, in de stijl van de *Scientific American*. Gezien de hoge prijs lijkt het vooral geschikt voor specialisten en bibliotheken.

De leerboeken

Een goed leerboek voor doctoraal- en artsexamen mag de encyclopedische volledigheid van de naslagwerken missen, maar moet zeer goede beschrijvingen van de belangrijke ziektebeelden geven, liefst uitgaande van de pathofysiologie. Bovendien moet het in didactisch opzicht over extra kwaliteiten beschikken. Het mag niet ontmoedigend dik zijn, maar ook niet te beknopt. Er moeten regelmatig herziene drukken van verschijnen. De volgende 4 boeken hebben ongeveer de juiste omvang:

Medicine: essentials of clinical practice, with a study guide.