

C 10729

DE KOLPOTOMIA POSTERIOR
BIJ
ONTSTEEKINGACHTIGE ADNEXA-AANDOENINGEN.

Academisch Proefschrift

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

Doctor in de Geneeskunde,

AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS

DR. P. K. PEL.

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,

IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN

op WOENSDAG 16 APRIL 1902, des middags ten 4 ure,

DOOR

JAN GERRIT SMITS,

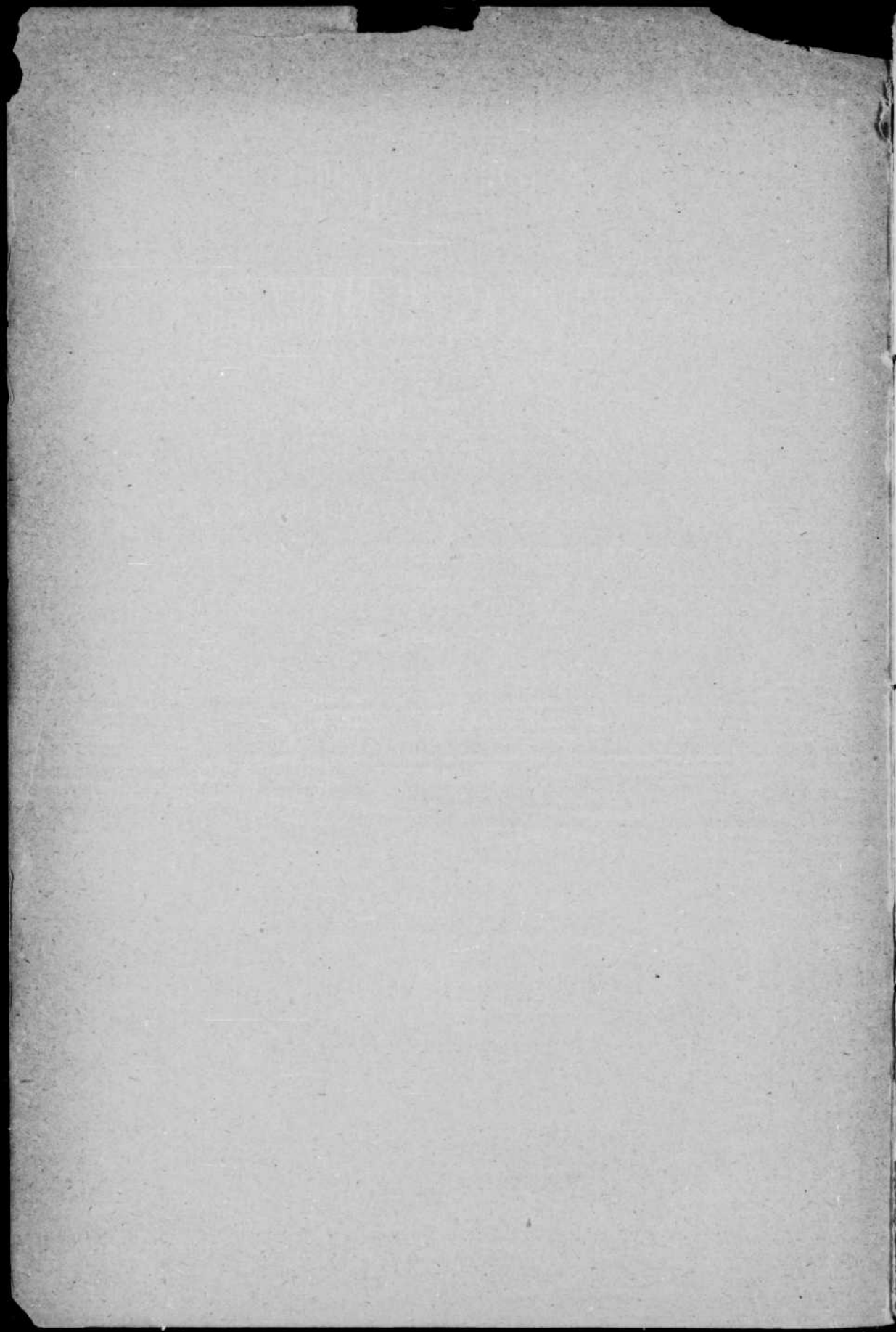
Arts. Officier van Gezondheid 2^{de} Klasse O.-L. L.

Geboren te 's-Gravendeel.

AMSTERDAM

SCHELTEMA & HOLKEMA'S BOEKHANDEL

1902.



C 10729

DE KOLPOTOMIA POSTERIOR
BIJ
ONTSTEEKINGACHTIGE ADNEXA-AANDOENINGEN.



DE KOLPOTOMIA POSTERIOR
BIJ
ONTSTEEKINGACHTIGE ADNEXA-AANDOENINGEN.

Academisch Proefschrift

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

Doctor in de Geneeskunde,

AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS

DR. P. K. PEL.

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,

IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN

op WOENSDAG 16 APRIL 1902, des middags ten 4 ure,

DOOR

JAN GERRIT SMITS,

Arts. Officier van Gezondheid 2^{de} klasse O.-I. L.

Geboren te 's-Gravendeel.

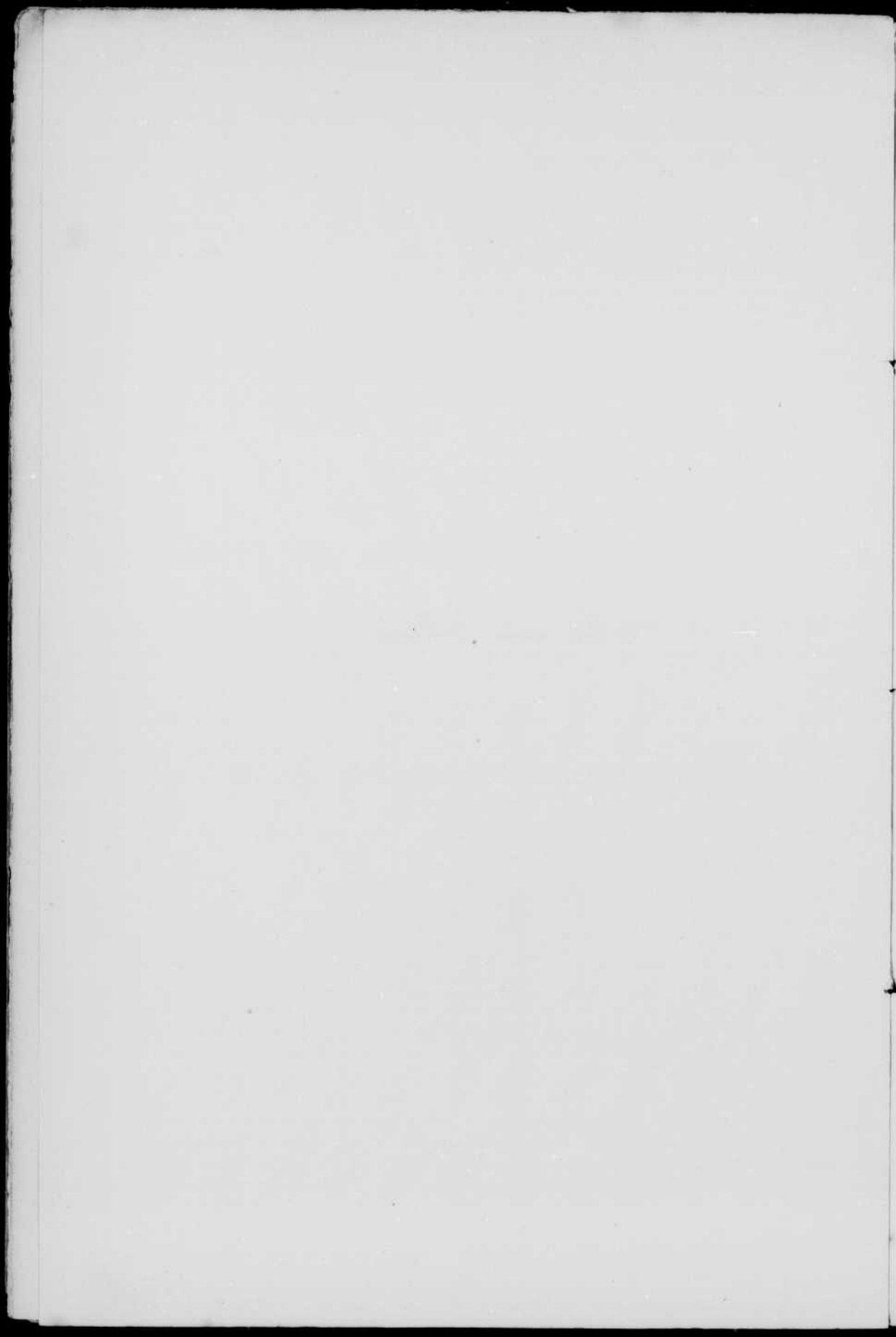
AMSTERDAM

SCHELTEMA & HOLKEMA'S BOEKHANDEL

1902.



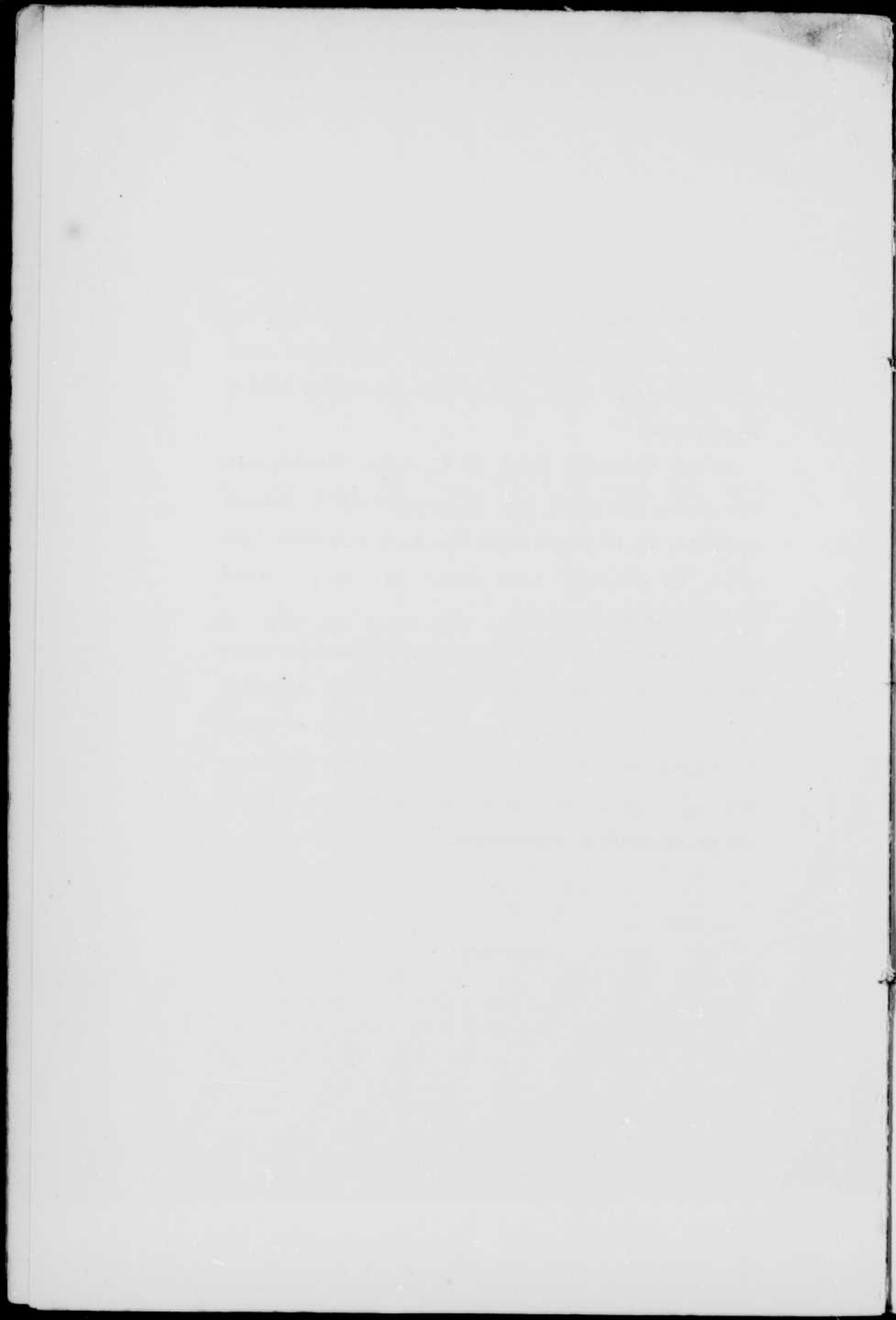
Aan mijne Moeder.



Aan het einde mijner academische loopbaan is het mij een aangename plicht, mijnen hartelijken dank te betuigen aan allen, die tot mijne vorming hebben bijgedragen.

In het bijzonder, dank ik U, mijne Moeder, aan wie ik nog het geluk heb, dit proefschrift te kunnen opdragen en U, mijne ooms G., A. en J. Massink, die steeds de kinderen uwer Zuster in raad en daad hebben bijgestaan.

Hooggeleerde Treub, Hooggeachte Promotor, ontvangt ten slotte, waarlijk niet ten leste, mijn oprechten dank voor de welwillende wijze, waarop ge me steeds hebt behandeld en voor uwe medewerking, waardoor het mij mogelijk was, vóór mijn vertrek naar Indië, dit proefschrift te voleindigen.



HOOFDSTUK I.

„Tout enlever, toujours enlever par les voies naturelles n'est ni possible, ni utile, ni surtout inoffensif. Ne vouloir intervenir que par la voie abdominale est exagéré, routinier, parfois dangereux.

L'entente doit donc se faire sur ce si intéressant problème gynécologique.

Une *trêve* devient nécessaire, car en somme personne ne le niera, il y a eu des sacrifiées. Cela s'explique dans les premières heures de la lutte, mais ce moment d'enthousiasme passé, il convient de se ressaisir et de se demander, après avoir compté les morts, non pas si le nombre qu'on accuse est supérieur ou non à celui de l'adversaire, mais si toutes étaient vraiment nécessaires. Il ne m'appartient pas de me porter juge en pareil litige, et telle n'est point mon ambition; mais je suis certain d'exprimer le sentiment intime de plusieurs en constatant qu'il y a eu dans ces dernières années des excès opératoires, des organes inutilement sacrifiés.”

Deze woorden gesproken door Prof. Reverdin op 't Congres voor Gynecologie te Genève in 1896, geen betere meen ik te kunnen vinden aan het begin van dit proefschrift. Sinds deze woorden zijn bijna 6 jaren verlopen; la *trêve*, waarvan boven gesproken is, is

gekomen door de geheele chirurgische wetenschap. Waar men in het begin van het antiseptische tijdperk zonder eenig gewetensbezwaar tuberculeuse gewrichtsaandoeningen reseceerde, daar ziet men tegenwoordig de immobilisatie en jodoformglycerine inspuiting als nummer 1 bij de behandeling.

In de gynaecologie wordt lang zooveel niet meer als vroeger bij de adnexa-aandoeningen tot de abdominale of vaginale totaalexstirpatie overgegaan.

Het zal 't streven van dit proefschrift zijn een overzicht te geven van de resultaten der conservatieve behandeling bij de adnexa-aandoeningen door middel van de kolpotomia posterior.

Alvorens daartoe over te gaan, zal ik eerst de verschillende behandelingsmethoden mededeelen, daarna de meeningen van de gezaghebbende gynæcologen over al of niet operatief ingrijpen (de indicaties en contra-indicaties van de kolpotomia post.) en ten slotte de resultaten van Prof. Treub, door ziektegeschiedenissen opgehelderd, mededeelen.

HOOFDSTUK II.

Anamnese noch klinische verschijnselen zullen den medicus in staat stellen de salpingo-oophoritis te diagnosticeren. De pijn, die zoowel spontaan optreedt als bij druk op den buik, die erger wordt bij lopen, staan, mictie, defaecatie, coitus, die door druk op de zenuwen kan uitstralen naar de beenen; menstruatie anomalien, meestal in den vorm van profuse en onregelmatige dikwijls continueele fluxus, hebben niets *karakteristieks* voor de ontsteking, klaarblijkelijk in het kleine bekken gezeteld.

Slechts het objectief onderzoek moet ons den aard der aandoening leeren kennen. En dan zullen we naast eenen min of meer gefixeerden uterus, in ante- of retro-flexie gelegen, in het begin de tuba alleen verdikt vinden. Het ovarium is mogelijk nog afzonderlijk te voelen, misschien reeds gefixeerd door vergroeiing met het lig. latum. Want waar de adnexa-aandoening eenigen tijd bestaat, zal het peritoneum in de omgeving niet gespaard zijn gebleven.

Is de salpingitis of beter de salpingo-oophoritis, daar het ovarium bijna altijd in 't ontstekingsproces deelt, verder voortgeschreden, dan stooten de onderzoekende vingers bij het bimanueel onderzoek op een tumor, gelegen ter zijde van den uterus en breed er

mede verbonden, omdat hij vergroeid is met het ligamentum latum, doch van den bekkenwand af te scheiden, althans er niet direct in overgaande. De tumor zelf kan peervormig zijn, doordat de eileider bij het ostium uterinum tubae te beginnen, kegelvormig in dikte toeneemt en zoo geleidelijk in het ovarium overgaat of wel kunnen er ondiepe insnijdingen over heen loopen, die bij het onderzoek den indruk van multiplicité geven. Wat de oorzaak van dien eigenaardigen vorm is, of deze, zooals Freund wil, op te vatten is als een verschijnsel van stilstand op infantieelen of zelfs foetalen trap van ontwikkeling der tuba of dat juist het groeien der tuba den vorm verklaart, laten we terzijde. Ze bestaat en dat is voor de diagnose voldoende.

Maar practisch is het differentieel diagnosticum van weinig waarde, daar dank zij de bovenvermelde perimetritis de toestand zoodanig verandert door vergroeiingen eenerzijds, verdikkingen van het peritoneum anderzijds, dat men niets voelt dan een diffusen weerstand van gelijk- of ongelijkmatige consistentie.

De dubbelzijdigheid der aandoening kan ons ook helpen:

1°. daar deze karakteristiek is voor de salpinx-aandoeningen, zeldzaam voor de parametritis;

2°. daar men aan de eene zijde misschien datgene voelt, wat ons niet door palpatie duidelijk wordt aan de andere zijde.

Zonder dus echter te willen onderschrijven wat Henrotin ¹⁾ zegt, dat bij de aandoeningen van het

¹⁾ Henrotin, Congrès de Gynécologie de Genève 1896.

kleine bekken eigenlijk geen differentieel diagnose is te maken, of de woorden van Lawson Tait: „Open den buik en maak dan uwe diagnose,” kunnen we toch evenmin den raad van Leopold opvolgen, die den niets zeggenden naam van bekken-abscessen wil laten vervallen en na een grondig onderzoek in narcose, de aandoening naar het aangedane orgaan noemen.

We zijn wel verplicht in vele gevallen onze diagnose in het midden te laten ¹⁾. Men zal dus in een gegeven geval de verschillende mogelijkheden moeten overwegen en trachten de diagnose te stellen, die wel altijd min of meer eene waarschijnlijkheids-diagnose zijn zal.

Is het nu van zooveel gewicht te weten, welken naam de bekkenaandoening toekomt? Ten deele ja, ten deele neen; naarmate de gynæcoloog meer conservatief gezind is, naar die mate zal het hem voor de therapie onverschillig zijn, hoe hij den tumor moet noemen. Van belang voor hem is te weten of de aandoening acuut is of chronisch, uni- of bilateraal, intra- of extraperitoneaal, of de zwelling uitpuilt in het laquear post., ja dan neen.

Verder is van belang de omvang van den tumor, zijne consistentie, eventueele fluctuatie, of hij in communicatie is met den uterus, de vagina, de blaas of de darmen, beweeglijk of geïmmobiliseerd door de vele adhæsies.

De al of niet aanwezigheid van pus constateeren uit het temperatuursverloop en de meerdere pijnlijkheid van eene bepaalde plaats, die weeker

¹⁾ Treub, Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, Jaarg. 1889.

aanvoelt. Dit alleen zijn punten zooveel mogelijk na te gaan met het oog op de te nemen therapeutische maatregelen.

De diagnose in zooverre gesteld, wat dan te doen?

Moet men direct ingrijpen of afwachten en in het eerste geval hoe? De wegen nu in te slaan, zijn velerlei. Voor elk zuivere indicaties te stellen, is een hersenschim; daar zijn te veel factoren, die ieder speciaal geval beheerschen, dan dat men op papier den gynaecoloog kan voorschrijven, nu dit, dan dat te doen.

Dexteriteit van den chirurg, zijn kennis, zijn karakter, neigend naar het radicale of het conservatieve, dat zullen allen motieven zijn, die hem in zijn optreden eene bepaalde richting aanwijzen.

En van de zijde der patiënte hebben we rekening te houden met den leeftijd, den algemeenen toestand, de sociale verhoudingen en vooral de aandoening zelf.

Twee aandoeningen, men mag ze beiden pyosalpinx noemen, zijn nooit dezelfde en worden zij gecompliceerd, dan zijn er te veel variaties, om ze onder bepaalde categoriën te kunnen brengen.

De behandelende geneesheer, in casu de gynæcoloog, stelle dus zijn ingrijpen niet volgens bepaalde principes vast. maar wikke en wege ieder geval afzonderlijk.

Hiermede is aldus direct veroordeeld de raad, die Henrotin geeft.¹⁾

„Nous pouvons donc formuler la règle suivante: Aussitôt que le chirurgien ou le médecin constate la présence d'une affection septique, localisée, l'incision vagin doit être immédiate, autrement dit, on incisera

¹⁾ Cong. de Genève '92.

dès que le diagnostie sera posé. La femme peut n'avoir été malade que 4 ou 5 jours et cependant le danger est présent. Vous ne saurez jamais où s'arrêtera l'infection et pendant que vous appliquez vos cataplasmes, administrez vos bains de siège, vos injections rectales et vaginales, les dégâts augmenteront, et plus tard, on devra faire l'ablation de tous les organes cruels pour guérir la malade."

Daarna redt hij van de 20 gevallen 18 à 19. Nemen we het gunstigste geval dan heeft hij een mortaliteit van 5 pCt.

Treub oordeelde bij de 80 patiënten met salpingo-oophoritis van 12 Mei 1892—12 Mei 1897 slechts in 18 gevallen operatief ingrijpen geïndiceerd en in hetzelfde tijdsverloop van het volgend jaar van de 98 pat. 23, d. i. ongeveer $\frac{1}{5}$.

Brengen we deze cijfers over, dan kunnen we zeggen dat van de 100 pat. 80 langs expectatieve weg waren genezen en slechts 20 zich aan een operatie hadden moeten onderwerpen. En van die 20 verliest Henrotin er 5, voorwaar geen aanbeveling voor zijne therapie.

Trouwens, waar moet men incideeren; komt men niet juist op het centrum der aandoening, dan zal die enkele incisie al zeer weinig helpen.

Bij de zware vormen van septische infectie zal men ook zóó de patiënte niet behoeden voor de algemeene infectie of doodelijke peritonitis, terwijl in de lichtere gevallen het niet veel meer beteekent dan het de patiënte lastig te maken en noodeloos pijn te veroorzaken.

Een tweeden aanhanger van deze zienswijze heb ik niet kunnen vinden.

Men houde liever het *zwaard* in de *scheede* (om een geliefkoosde uitdrukking van een bekend Nederlandsch hoogleeraar te gebruiken), en men beproeve liever eerst, wat rust, ijsblaas en alcoholica vermogen, die zonder angst en zuinigheid toegediend, eene voortreffelijke werking kunnen hebben, en, worden zij in het koorts-vrije stadium gevolgd door glycerine of ichthyol tampon, Priessnitzsche omslagen, heete vaginaalirrigaties, dikwijls verrassende, zeer goede resultaten hebben en de acute ontstekingsverschijnselen geheel en al doen verdwijnen; bij chronische aandoeningen de klachten zeer gering doen worden en de subjectieve verschijnselen langzamerhand zoo doen verminderen, dat ze niet meer hinderen.

De gewone salpingo-oophoritis, niet etterig van aard, behandelde men dus in geen geval anders dan expectatief. Vermoedt men echter pus, dan wordt de zaak een gansch andere. Ik zeg, *vermoedt*, want de zekere diagnose der *pyosalpinx* kan zeer veel moeilijkheden opleveren. De temperatuur zal ons in zeer vele gevallen eene aanwijzing zijn, de koorts kan echter ontbreken en ontbreekt bij chronische aandoeningen meestal. Een dikke stevige wand, door infiltratie van het omgevende weefsel, zal het gevoel van fluctuatie uiterst moeilijk, zoo niet onmogelijk kunnen maken. Maar al mist men ook deze positieve tekenen, vermoedt men de pus, dan is alleszins een proefincisie zoo niet dringend geboden, dan toch aan te raden.

Waarom zou men dan nog afwachten of de pus niet geresorbeerd, of de etter ook steriel zal worden; edoch, eene acute exacerbatie, door lopen,

rijden, defaecatie, in één woord door alle mogelijke prikkels, hangt de patiënte steeds boven het hoofd. Het proces kan langzaam voortschrijden, den absceswand perforeren en eene doodelijke peritonitis het gevolg zijn van dit talmen.

Zoo het *ubi pus, ibi evacua* ergens moet gelden dan is 't hier in de onmiddellijke nabijheid der peritoneaalholte.

Is de tijd van resorbeerende behandeling voorbij, dan staan ons een chaos van methoden ten dienste, ieder afzonderlijk met voorstanders, die haar als *de* operatie tegen pyosalpinx beschouwen.

HOOFDSTUK III.

We zullen hier niet alles opnoemen wat men al heeft beproefd om dit bekkenlijden te behandelen.

We kunnen ons bepalen tot de drie *hoofdtypen*.

De *Laparotomie*, de *Hysterectomie* en de *Incisio vaginalis* (Kolpotomie).

In de eerste met de Salpingotomie vereenigende de *salpingographie* en de salpingostomie of *salpingectomy partialis* enz., daar het essentieele der operaties hoofdzakelijk zit in het openen der buikholte.

Ter gelegenheid van het Berlijnsche Congres over Obstetrie in 1884, deelde Schröder 7 gevallen van conservatieve operaties mede. In al die gevallen nam Schröder na eerst aan de meest zieke zijde het ovarium en de tuba te hebben weggenomen, slechts van het andere ovarium het zieke gedeelte weg.

Een dezer operaties is bijzonder interessant, al heeft dit geval ook meer betrekking op conservatieve behandeling van het ovarium dan van de tuba. Toch is het geschikt om dit even mede te deelen. Na eerst aan eene zijde een groote ovariaalcyste weggenomen te hebben, vond hij aan het andere ovarium een dermoid cyste; hij nam die cyste weg en reseceerde een groot deel van het ovarium, waarvan hij een klein gedeelte bewaarde, dat gezond scheen. De zieke genas, werd zwanger en beviel à terme.

Deze operaties zijn volgens hem geïndiceerd bij jonge vrouwen, in de hoop bij hen de menstruatie en fertiliteit te bewaren. De resultaten zijn echter meermalen twijfelachtig en eene tweede interventie is dikwijls noodzakelijk.

Gecontraïndiceerd zijn deze operaties, wanneer na het openen van den buik 1°. slechts een der ovaria het geringste teeken van maligniteit vertoont, 2°. wanneer de patiënte ouder is dan 35 jaar.

Montana ¹⁾ heeft 40 gevallen verzameld, die door Richelot, Pozzi, Delbet enz. behandeld zijn en allen 1 à 2 jaar na de operatie nog eens onderzocht zijn. 70 pCt. is genezen (28 dus), 7 pat. hebben slechts zeer weinig nut van de operatie gehad en bij 5 was het resultaat 0. 3 van deze pat. zijn later zwanger geworden.

Voorwaar schitterende resultaten. Daartegenover staat, dat Prof. Treub zelden in de gelegenheid geweest is deze operatie te doen. Ook hij heeft een patiënte, die wegens steriliteit tot hem kwam, behandeld door aan eene zijde de tuba weg te nemen en aan de andere de tuba los te pellen uit de adhaesies. De patiënte is daarna zwanger geworden. Deze observatie is reeds 12 jaar oud.

Volledigheidshalve wil ik hier in 't kort de verschillende conservatieve operaties mededeelen.

1°. Verscheuring der adhaesies bij het bestaan van perisalpingitis.

2°. De *salpingographie* — eenvoudig bestaande in het fixeeren van het ostium abdominale ²⁾ aan het

¹⁾ Montana. Les opérations conservatrices de l'ovaire et de la trompe.

²⁾ Ulysses Kahn. Des opérations conservatrices de la trompe.

ovarium, na eerst de adhaesies losgemaakt te hebben.

't Is vooral Pozzi geweest, die deze operatie het eerst heeft ingevoerd. De tuba, die om haar eigen as meestal getordeerd is, rolt bij losmaking der adhaesies in het kleine bekken, »comme une fleur, dont on a froissé le tige», zooals Pozzi het karakteristiek uitdrukt.

Om dit te verhinderen, heeft Pozzi het idee gehad, de ampulle (het ostium abdominale) te hechten op de rest van het ovarium, dat van zijn zieke weefsel ontdaan is.

Geïndiceerd is deze operatie vooral, wanneer slechts een stuk van het ovarium bestaat en de tuba sterk in de adhaesies is opgesloten.

3°. De *salpingostomie* of *salpingectomy partialis* — bestaande in het openen van de ontstoken tuba, het verwijderen van den inhoud door die op te vangen in tampons. Na losmaking der adhaesies hecht men de mucosa van de tuba aan het peritoneum parietale. Vervolgens fixeert men de tuba met zijn nieuw ostium aan het ovarium.

Men doet deze operatie gewoonlijk bij *hydro- of haematosalpinx unilateralis*, indien de dilatatie zich niet verder uitstrekt dan het uiterste derde gedeelte van de tuba, het andere gedeelte normaal schijnt te zijn en het ovarium weinig of in het geheel niet ziek is.

Indien de aandoening dubbelzijdig is en het grootste gedeelte der tuba ontstoken, moet men, alvorens tot de extirpatie te besluiten, den zak openen en zijn inhoud onderzoeken. Alle voorzorgen om het peritoneum niet te infecteeren moeten in acht genomen worden. Indien de vloeistof helder is, indien men dus te doen heeft met een *hydrosalpinx* is de conservatie aange-

wezen. De vloeistof is dan meestal steriel en de veranderingen aan het slijmvlies van de wanden zijn gering. Ook bij haematosalpinx duplex kan en mag er sprake zijn van conservatieve behandeling.

Indien men met pyosalpinx te doen heeft, moet men de adnexa verwijderen. (Natuurlijk altijd volgens de voorstanders der conservatieve operaties *per abdomen*).

Welke zijn nu de resultaten van die behandeling van *pyosalpinx* per laparatomiam of langs den vaginalen weg.

Men heeft hierbij te letten op:

1°. Levensgevaar.

2°. Genezing van klachten.

3°. Nieuwe klachten door de operatie veroorzaakt.

Ad I. Jacobs uit Brussel heeft voor 1540 abdominale castraties van verschillende operateurs een mortaliteit gevonden van 5.7 pCt., voor 690 vaginale radicaal operaties 4.5 pCt. mortaliteit.

Wanneer men deze cijfers vergelijkt met die, welke verkregen zijn in de Vrouwenkliniek te Amsterdam gedurende de jaren 1896—1899, dan vindt men:

op 31 pyosalpingotomien 6 dooden = 19.3 pCt.

Péan heeft op 29 pyosalpingtomien 2 dooden = 7 pCt.

Uit het verschil der cijfers blijkt ten duidelijkste, dat de waarneming van Jacobs, n.l. 't optellen der resultaten van operaties zonder dat men de indicaties weet, niet veel waarde heeft.

Ad II. Veit berekent, dat circa 85 pCt. post operationem (d. w. z. na de abdominale salpingectomie) meer of minder volkomen zonder klachten zijn. Delbet vond van 85 gevallen 45 genezen, 31 onvolkomen en 12 ongenezen, a. e. circa 54 pCt. Het niet kloppen

van deze cijfers bewijst wel ten duidelijkste dat de verschillende operateurs lang niet op dezelfde manier de klachten der patiënten apprecieeren.

Ad. III. Bij salpingotomie heeft men door het litteeken gevaar voor buikbreuk. Bij bilaterale operaties bovendien geven de dubbelzijdige salpingotomie en de Péan'sche operatie aanleiding tot de verschijnselen van een kunstmatig climacterium.

Zeker niet te gering te schatten zijn de daardoor aan den dag komende verschijnselen. Een der eersten, die daarover uitvoerig geschreven heeft, is Polk geweest.¹⁾

In het jaar 1893 bracht hij in de Amerikaansche Gynaecologische Vereeniging een verslag uit van 28 gevallen van conservatieve operaties bij dubbelzijdige adnexa-aandoeningen. Onder deze 28 waren er 6 bij, waarvan hij de tubae had weggenomen en het ovarium intact gelaten, dat hem gezond scheen.

Deze patienten waren langen tijd gezond en hadden de menses teruggekregen.

In 1894 sprak hij over 45 patienten, bij wie het ovarium was weggenomen en vergeleek de resultaten met die van 45 anderen, waarvan dit orgaan bewaard was. Deze laatsten waren in beteren physieken en geestelijken toestand dan de eersten. Aan Glaevicke en Jayle komt de eer toe met zorg de symptomen, veroorzaakt door wegname van het ovarium, bestudeerd te hebben.

Ze bestaan in congesties, spierzwakte, neurasthenie, veranderingen in karakter, verlies van het geheugen,

¹⁾ Montana. Opérations conservatrices de la trompe (pag. 76, 77).

contrasexuele neigingen(?), neiging tot vet worden. Van deze aandoeningen zijn de congesties en de neurasthenische veranderingen het meest constant, de veranderingen in de sexuele sfeer zeer inconstant. Meermalen zijn deze symptomen gemakkelijk te dragen, dikwijls echter ook zeer hinderlijk en worden dan voor de vrouw een oorzaak van *malaise* en *lijden*, zwaarder te dragen, dan de oorspronkelijke kwaal zelf.

Wanneer men er dan nog bijnoemt, wat voor jonge vrouwen van het grootste belang is, de steriliteit. . . . zóó komt men van zelf tot de gedachte, dat de resultaten van de behandeling der dubbelzijdige etterige adnexa-aandoeningen, waar de conservatieve behandeling per abdomen geheel buitengesloten is, niet gunstig zijn te noemen.

En de *laparatomie* en de *hysterectomy vaginalis* hebben deze dingen op hun geweten (een technische beschouwing van de voor en nadeelen ten opzichte dezer 2 operaties kan men hier gevoegelijk buiten bespreking laten).

De tijd, dat men kon zeggen: „Les chirurgiens enlèvent les ovaires des femmes avec autant d'impunité que les bouchers ceux des truies” is dan ook lang voorbij en men is overal aan het werk om andere wegen te zoeken, waarbij de voordeelen van bovengenoemde operaties (de oorzaak van het lijden weg te nemen) ter sprake kwamen, maar tevens de nadeelen te ontduiken.

HOOFDSTUK IV.

De operatie dan, die misschien en de voordeelen van de laparatomie, en de hysterectomia vaginalis heeft en zeker de nadeelen mist, — die in geen geval ooit schaadt, maar in zeer vele gevallen het lijden geneest of vermindert, is de *kolpotomie*.

De geschiedenis dezer *operatie*, met haar voor en tegen van verschillende chirurgen in de beschaafde landen van Europa in korte trekken weer te geven, zal het doel van dit hoofdstuk zijn.

Reeds vroeger heeft men de etter bij pyosalpinx trachten te verwijderen door de eenvoudige punctie.

Unaniem wordt deze operatie door alle gynaecologen verworpen, aangezien ze doelloos en gevaarlijk is. Moge ze in vroegere tijden gegolden hebben als eene therapie, ze heeft volgens sommigen nog recht van bestaan als proefpunctie. En toch als zoodanig is ze ook nog niet aan te raden, zelfs als men er direct de operatie op laat volgen. Het gevaar van infectie van het peritoneum, het gevaar daartusschen gelegen darmen te laedeeren, het gevaar in de buikholte terecht te komen in plaats in de abscesholte, in één woord, het werken in den blinde is overal en vooral hier absoluut zonder eenige restrictie af te raden.

Wiedow ¹⁾ is voor zoo verre mij bekend de eerste,

die eenigszins op de tegenwoordige wijze de pyosalpinx behandelde.

Hij opent door een sagittale snede van uit de vagina het cavum Douglasii, en orienteert zich dan door met den vinger in de gemaakte opening te gaan over de vergroeiingen van den tumor met de organen van het kleine bekken. Vindt men de buikholte overal door adhaesies van den tumor gescheiden, zoo opent men de tuba door incisie; komt men met den vinger in de vrije buikholte, zoo tamponneert men de wonde met jodoformgaas en wacht een paar dagen, totdat er vergroeiing tot stand is gekomen van den tumorwand met het peritoneum en incideert dan.

„Das Verfahren erscheint uns besonders für die Fälle passend, in denen der Tumor tief im Becken liegt und durch Adhäsionen fixirt und immobil ist.” Zoo zegt Wiedow.

Landau ²⁾ is dezelfde meening als Wiedow toegedaan, incideert alleen tumoren, die sterk naar de vagina uitpuilen en dus erg laag gelegen zijn.

Angst om het peritoneum te laedeeren treedt bij deze beide operateurs sterk op den voorgrond. Deze vrees had ook nog Stratz in 1899, toen hij in plaats van de kolpotomia posterior de kolpotomia lateralis voorstelde, zonder opening van het cavum Douglasii ³⁾. Aan Laroyenne ⁴⁾ komt de eer toe er weer op gewezen te hebben, dat men gemakkelijk de hoog gelegen tumoren door het insnijden van het cavum

¹⁾ Centralblatt für Gynaecologie 1885.

²⁾ Archiv für Gynaecologie. Bd. 40.

³⁾ Stratz. Centralbl. für Gynäecologia 1892 N°. 35.

⁴⁾ Laroyenne. Lyon medical 21 Févr 1886.

Douglasii kon bereiken en dat de aandoeningen van de tubae in casu de salpingitides op deze manier konden behandeld worden. Hij vond daarvoor een bijzonder soort troicart uit, die door niemand anders gebruikt is dan door den auteur zelf. De methode van Laroyenne, met grooten ijver verdedigd door een van zijne leerlingen Gouilloud, won weinig veld.

Laroyenne ging daarvoor op de volgende wijze te werk.

Na eerst met veel zorg de ligging van de pyosalpinx bepaald te hebben, bracht hij den linker vinger in de vagina; op geleide daarvan bracht hij den troicart in tot in de nabijheid der abscesholte. Dwars door de vagina stootte hij dan dit instrument in. In de abscesholte gekomen, werd de troicart verwijderd (de troicart heeft de lengte van de gewone uterussonde en is licht gebogen) en door de canule werd de metrotoom van Simpson ingebracht, een instrument naar het type van den lithotoom. Daarmede werd al terug trekkende de weefsels vernield.

Deze manier van opereeren is zeer eenvoudig, wanneer het absces uitpuilt in de vagina. Is echter het absces hooger gelegen, zoo wordt het weer een werken in den blinde. Alle anderen, die deze operatie hebben gedaan, hebben met moeilijkheden te kampen gehad, voornamelijk met sterke bloedingen, en laesies van den ureter. Weinig gynaecologen hebben er zich toe laten verleiden, om, zooals Laroyenne heeft aangegeven, deze bloedingen te stelpen met behulp van een spons.

Ook Vuilliet had reeds in 1892 op het Congres te Brussel mededeelingen gedaan over het genezen van

multiple etterhaarden bij adnexa-aandoeningen, speciaal bij pyosalpinx, door eenvoudige punctie.

In Duitschland zien we Gottschalk,¹⁾ Küstner,²⁾ Veit³⁾ den conservatieven weg bewandelen.

Gottschalk beveelt de methode slechts aan tot het openen van parametrane abscessen, Küstner voor intra-peritoneale etterhaarden. Veit gaat het verst daar hij deze methode aanwendt tot extirpatie van zieke adnexa.

Gottschalk zegt van zijne behandelingswijze het volgende:

„Bei Abcessen im Lig. latum bahne ich mir principiell einen Weg entlang der Uteruskante. Ich umschneide also genau wie zur Unterbindung der Vasa uterina seitlich circulär die Portio, gehe stumpf entlang der Cervixkante bis zu der Vasa uterina vor, löse die Blase vom Lig. latum ab, unterbinde die Vasa uterina doppelt und trenne zwischen diesen Ligaturen die Basis des breiten Muttermundes von der Uteruskante mit einem Scheerenschnitt ab.”

Küstner zegt over hetzelfde 't volgende:

„Exsudaten öffneten wir auch schon früher von der Scheide aus, auch kam es wohl vor, dass man praeparando vorgehen musste; aber Eröffnungen von so hoch liegenden Exsudaten, dass man, um zu ihnen hinzuzulangen, die Portio umschneiden, den Uterus von der Blase ablösen, und ausserdem bis hoch hinauf von einem oder beiden Ligamenten abtrennen muss wurden früher nicht gemacht.”

Deze operatie gaat dus op dezelfde manier in zijn

¹⁾ Berl. Klin. Wochenschrift 1894.

²⁾ Deutsche Med. Wochenschrift 1895.

³⁾ Ibid.

werk als bij Péan—Segond. Men blijft echter halwege steken. De geopende holte wordt onderzocht, van daaruit eventueele etterholten, die nog gesloten mochten zijn, met den vinger stomp verscheurd; het geheel uitgespoeld en getamponneerd met dermatolgaas. Een groote aanwinst acht Küstner deze methode, daar hij hierdoor hoog gelegene, afgekapselde intraperitoneale exsudaten kan bereiken en zonder het genitaal apparaat verder maar eenigszins te beleedigen, treedt genezing op. Het tegengestelde van de Péan-Segondsche operatie derhalve. De methode van Veit komt ongeveer op hetzelfde neer als die van Gottschalk en Küstner.

Dührssen ¹⁾ is van meening, dat deze drie verschillende methoden reeds vroeger door Landau bij chronische bekkenettering aangegeven zijn. Bij de Landau'sche methode, heeft men behalve doorsnijding van het lig. latum, resectie van den uterus. Dit is niet noodig, compliceert het ingrijpen en vernielt de baarmoeder. De door Landau verlangde communicatie van de etterophooping met de vagina kan geschieden door alleen het lig. cardinale (het onderste gedeelte van het lig. latum) door te snijden.

Landau bezorgt de bloedstelping, evenals Küstner het voor gefixeerde uteri aanbeveelt, door klemmen, die tijdelijk blijven liggen.

Stratz ²⁾ beveelt eene methode aan, waarbij de art. uterina niet geraakt kan worden en het cavum Douglasii niet geopend behoeft te worden. Deze methode, door Stratz kolpotomia lateralis genoemd, is bij pelveoperitonitis naast den uterus reeds vroeger toegepast.

¹⁾ Dührssen. Archiv für Gynaecologie Bd. 60.

²⁾ Stratz. Centralbl. für Gynaecol. 1892.

Men heeft bij deze methode altijd de kans op bloeding en in de tweede plaats het groote gevaar het operatieveld niet te kunnen overzien.

Dat dit in de 2 gevallen van Stratz niet gebeurde, heeft wel zijn oorzaak in de eigenaardigheid van deze gevallen, waarbij de eene keer een manshoofd groote pyosalpinx, de andere maal een groot intraligamentair myoom van 12—15 cM. diameter het zijdelingsch scheedegewelf sterk deed promineeren.

Ontbreekt deze prominentie, zoo zijn aan Dührssen deze zijdelingsche incisies „höchst unübersichtlich erschienen, während die vorherige Abbindung und Durchtrennung des Lig. cardinale vor Blutungen schützt und auch hochliegende Tumoren, die das Scheidengewölbe gar nicht herabdrängen, bequem zugänglich macht”.

Vermijdt men het cavum Douglasii te openen, zoo kan het gebeuren, dat eene sterke etterophooping daarin ongeopend blijft.

In 1899 deelt Dührssen mede, dat hij ook de kolpotomia posterior, in den vorm van eene enkele vaginale incisie in sommige gevallen gedaan heeft.

Maar toch maakte hij nog al restricties.

Een adnexatumor, geschikt voor kolpotomie, moet eene bepaalde grootte hebben; de kleinste tumor, die Dührssen voor vaginaalbehandeling geschikt acht, moet grooter zijn dan een kippenei.

Zijn de tumoren kleiner, zoo is dit gewis eene contraïndicatie, want volgens Dührssen zijn de vergroeiingen met de omgeving dan zóó onbeduidend, dat bij opening langs den vaginalen weg de etter gemakkelijk in de buikholte vloeien kan.

Bij kleine adnexa-aandoeningen bepaalt de etter-ophooping zich niet tot eene plaats. In het ovarium bevinden zich naast een noot-groote etterhaard dikwijls nog een aantal kleinere, die niet geïncideerd worden — dit ziet men dikwijls bij versche gevallen. Bij chronische pyosalpinx worden door de wenteling van de tuba om haar eigen as, een reeks van abscessen ontwikkeld, die niet allen ontledigd worden door het incideeren van de ampulla.

In zulke gevallen acht Dührssen de conservatieve laparotomie geïndiceerd of zoo dit niet meer mogelijk is de vaginale of abdominale totaalexstirpatie.

De groote etterige adnexa-aandoeningen, die dicht tegen den vaginaalwand liggen, haar doen bombeeren en met haar vergroeien — dit zijn de abscessen per excellentiam, volgens Dührssen voor de kolpotomie.

In 1900 had Dührssen 18 gevallen tot zijne beschikking, die ongeveer allen genezen zijn.

In 1894 deelde Fraipont 12 gevallen van zwangerschap mede na enkelzijdige adnexaettering, die door hem conservatief behandeld waren. Uit de medegedeelde ziektegeschiedenissen is het niet erg duidelijk of men met parametritis, pyosalpinx of pelveoperitonitis te doen heeft.

In 1896 gaf Bouilly op het „Congres de Gynécologie de Genève”, verslag over het toenmalige standpunt van de behandeling der bekkenabscessen.

Ook hij veroordeelt de punctie alleen of de punctie gevolgd door uitspoelen met sublimaat of jodium, zooals door Vuilliet aanbevolen was.

De kolpotomie acht hij geïndiceerd.

1°. Ter opening van bekkenabscessen, acuut of sub-

acuut van aard, ontstaan na puerperium, abortus, gonorrhoe.

2°. Ter opening van veretterde hæmatocèlen.

3°. Ter opening van abscessen gezeteld in de adnexa.

In het laatste geval kan zij alleen aangewend worden, zooals hij 't uitdrukt: „avec efficacité et sécurité,” indien de aandoening eenzijdig is, de wanden van de abscesholte zeer gering van dikte, gemakkelijk fluctueerend en in de onmiddellijke nabijheid van den uterus gelegen zijn.

Het meest geïndiceerd acht hij dan deze operatie bij acute abscessen van het ovarium of van de tuba, vergezeld van een heftige algemeene infectie, waardoor de laparatomie of de hysterectomy vaginalis gecontraïndiceerd is.

Pozzi¹⁾ is dezelfde meening toegedaan als Bouilly, beschouwt het echter als eene uitzonderingsoperatie. Ja, indien men te doen heeft met een pyosalpinx, met eene tuba gevuld met pus en er vergroeiingen bestaan met de wanden van het cavum Douglasii en er dus geen vrees behoeft te bestaan, dat men het peritoneum kan laedeeren, zoo kan men de kolpotomie toepassen.

De genezing is dan mogelijk, doch zij komt zelden voor. Er blijft een zak bestaan, dien men later toch moet extirpeeren, want zij zal de oorzaak zijn van recidieven. De kolpotomie is slechts eene voorbereidende operatie en als zoodanig bewijst zij hare diensten.

Maar den banvloek spreekt hij uit over de methode door Laroyenne en Henrotin systematisch uitgevoerd,

¹⁾ La Gynécologie 1898.

om alle bekkenabscessen, die in de nabijheid liggen van 't cavum Douglasii, door de kolpotomie te behandelen.

En hij zegt :

„C'est une règle détestable que d'appliquer la colpotomie indistinctement à tous les cas de suppuration salpingienne ou pelvienne. J'ajoute que la règle est non seulement détestable, mais quelquefois dangereuse.”

Schwartz deelt mede, dat hij nog 6 jaren later recidief van een salpingitis ziet optreden, die door eenvoudige kolpotomie behandeld was.

Doyen kan bij oppervlakkige beschouwing tot de voorstanders van de kolpotomia post.¹⁾ gerekend worden. Hij acht de operatie geïndiceerd in goed gediagnosticeerde gevallen bij jonge meisjes en vrouwen, waarbij de castratie slechts als uiterste redmiddel ter sprake mag komen.

Het beste acht hij haar bij zeer groote bekkenabscessen, waar de toestand van de patiënte een zwaar ingrijpen contraïndiceert.

Zijne beschouwing hieromtrent eindigt hij met de volgende woorden :

„Pourquoi vouloir refuser aux suppurations pelviennes de pouvoir guérir, comme tant d'autres abcès par la simple incision, suivie de la désinfection et du tamponnement du foyer” ... maar toch kan hij niet nalaten zijn betoog te eindigen met: „Tout en considérant l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes ou mieux, comme nous l'avons dénommée, la castration totale, comme L'OPERATION LA PLUS SOUVENT INDIQUÉE

¹⁾ Congrès de Genève.

dans les cas de suppuration peri-uterine, nous sommes d'avis, que dans certains cas, bien déterminés, et que les cliniciens devront étudier avec soin, il faut lui préférer, dans l'intérêt même des malades et pour réduire au minimum les chances d'insuccès, SOIT L'EXTIRPATION DES ANNEXES, SUIVIE OU NON SUIVIE DE L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS PAR LA LAPARATOMIE, soit l'incision simple des poches." Oogenschijnlijk dus voorstander, leeren deze laatste woorden, dat hij toch veel liever den uterus extirpeert. Second staat op hetzelfde standpunt als Bouilly, begint in sommige gevallen met de kolpotomie en oordeelt dan of totaalexirpatie noodig is.

In 1898 deelde Monod in de *Annales de Gynécologie* ¹⁾ mede, dat hij bij het insnijden in den achtersten vaginaalwand dikwijls een groote hoeveelheid sereus vocht voor den dag had zien komen. Met den vinger in de gemaakte opening gaande, stootte hij weldra op eene tweede uitpuiling, waaruit bij incisie een stroom pus te voorschijn kwam.

Hij verklaart dit door het bestaan van een salpingitis purulenta, die in hare omgeving eene perisalpingitis en peritonitis van sereusen aard had opgewekt. Voorstander van de kolpotomie bij unilaterale adnexa-aandoeningen, is hij beslist tegenstander van de operatie bij dubbelzijdige aandoeningen.

J. L. Faure zegt hieromtrent in zijn „Chirurgie des annexes de l'uterus”:

Er zijn gevallen waarin de eenvoudige vaginale incisie ter ontlasting van den etter niet voldoende is, en wanneer men oudere aandoeningen vindt met

¹⁾ *Annales de Gynécologie* 1898.

sterke adhaesies, dikwijls geïnfilteerd door pus, verschillende cysten van het ovarium, dan is het beter om totaalexirpatie te doen.

Eveneens, wanneer de aandoening hoog gelegen is, zeer ver verwijderd van het cavum Douglasii, bijna niet te bereiken zonder gevaar van de intestina te beledigen, wanneer de aandoening dubbelzijdig is, moet men volgens Faure er van afzien de kolpotomia posterior te doen.

Geïndiceerd acht hij de operatie, wanneer het absces laag in 't cavum Douglasii ligt of in de nabijheid daarvan. De acute aandoeningen acht hij bovenal aangewezen voor die behandeling.

Mocht men met acute verheffingen van oude aandoeningen te doen hebben en de hysterectomia vaginalis is van wege de algemeene infectie tegen aangewezen, dan wil hij tot de kolpotomie raden, mits de aandoening *éénzijdig* zij.

Ongeveer dezelfde meeningen vindt men terug in de laatste dissertaties uit Frankrijk op dit gebied van d'Herbercourt en Ulysses Kahn.

HOOFDSTUK V.

De mededeelingen in het vorige hoofdstuk gedaan leeren ons voldoende, dat zoowel in Frankrijk als in Duitschland de operatie lang niet de algemeene achting der gynaecologen verworven heeft. Ze doen haar wel eens, maar de eene operateur heeft deze restrictie een andere die onnoodig om daarop terug te komen.

De eenige, die het standpunt door Prof. Treub, ingenomen ten opzichte van deze operatie, het dichtst nabijkomt, is J. L. Faure, die haar „une operation vraiment benigne” noemt.

Dat het eene ongevaarlijke operatie is, bewijst eene kleine statistiek over de 6 laatste jaren van Prof. Treub.

Gedurende dien tijd werden 47 gevallen van haematocèle retrouterina, 10 gevallen van parametritis purulenta, 4 gevallen van een sereus transsudaat in het cavum Douglasii behandeld door de kolpotomia post. Allen zijn zonder uitzondering genezen. Daarenboven 12 gevallen van etterophooping in de peritoneaalholte, waarvan 2 dooden. Van deze 2 gevallen is er een geopereerd gedurende een beginnende agonie, omdat men geen andere therapie meer kon toepassen; de andere wegens een septische peritonitis, die reeds 8

dagen bestaan had, ontstaan door abortus. Sinds September 1899 zijn al de salpingo-oophoritides, die niet door resorbeerende therapie wilden genezen, langs dezen operatieven weg behandeld.

Het zijn er 88, waarvan 73 wegens pyosalpinx en 15 voor hydrosalpinx. Alle patienten, die geopereerd werden, zijn op dezelfde manier behandeld. In het kort volgt hier de techniek.

Na zorgvuldige desinfectie der genitalia externa en interna, wordt de achterwand der vagina met een ecarteur naar beneden gehouden, de portio met de kogeltang aangehaakt en naar voren en boven getrokken. De bistouri maakt ter plaatse, waar het peritoneum zich van den uterus verwijderd om op het rectum over te gaan (welke plaats men op het tastgevoel bepaalt) in het laquear posterius eene incisie ter breedte van ongeveer 5 cM.

Is de vagina geopend, dan incideert men het peritoneum met den bistouri of met de schaar en men verwijdt de opening, door de schaar gesloten in te brengen en haar, zoover mogelijk geopend, terug te trekken.

Is er eene etterophooping in het cavum Douglasii, zoo ledigt deze zich van zelf. Indien er adhaesies, die de pus beletten af te stroomen, bestaan, worden deze met den vinger verscheurd.

Twee vingers gaan dan in de peritoneaalholte om den adnexatumor op te zoeken en zoodra men hem bereikt, het hindert niet waar, tracht men hem te perforeren.

Is de opening gemaakt, dan laat men den etter afvloeien langs de vingers, die men niet terugtrekt.

De vingers daarentegen, die zich in de holte bevin-

den, verscheuren eerst de opening, om haar groot genoeg te maken voor de tamponnade en vervolgens de tusschenschotten, die de verschillende gedeelten van het tubairabsces van elkander scheiden.

Dit is het hoofdmoment van de operatie, om, opdat zij curatief zij, ééne groote holte te maken, zonder dat er eene niet geopende nevenholte in de tuba achter blijft. De andere hand, op den buik geplaatst, ondersteunt de vingers, die inwendig manipuleeren, op dezelfde manier als men dit doet bij de bimanuele palpatie. Wanneer al de abscessen geopend zijn, wordt op geleide van de vingers de uteruskatheter van Doléris ingebracht en alles met warm boorwater uitgespoeld.

Daarna wast de operateur zich zorgvuldig de handen met sublimaat en manipuleert aan de andere zijde op dezelfde manier. Na de uitspoeling worden de tubae en de vagina stevig met jodoformgaas getamponneerd.

Indien de wand van den tumor zóó taai is, dat men hem met de vingers niet kan verscheuren, zoo opent men dezen met eene koorntang, die op geleide van de vingers wordt ingebracht. Na deze gesloten in den wand gestooten te hebben, trekt men haar geopend terug en brengt de vingers in het aldus toegankelijk gemaakte absces.

Het is eene exceptie, dat men ook daarmede den tumor niet kan openen en de toevlucht moet genomen worden tot den bistouri.

Het is Prof. Treub onverschillig of de pyosalpinx zich in de nabijheid van de vagina bevindt of aan de bovenzijde van het ligamentum latum, ook zelfs, indien men

om bij den tumor te komen, door de vrije peritoneaalholte moet gaan, of zich een weg moet banen door taaie adhaesies.

Onverschillig is het hem ook, of de qualiteit van de pus is kaaschtig, bloederig of heftig stinkend. Het laatste komt bijna altijd voor wanneer de patiënte hooge temperatuur heeft en soms ook, wanneer de temperatuur normaal is.

De eerste tamponnade wordt gewoonlijk 5 à 6 dagen ter plaatse gelaten, daarna verwijderd, de holte uitgespoeld met lauw boorwater. Opnieuw wordt een tampon geapplianceerd, kleiner dan zijn voorganger, die men op zijne beurt na 4 à 5 dagen wegneemt.

Indien de afscheiding dan gering is, zoo wordt er met tamponnade geëindigd en alleen met warm boorwater uitgespoeld.

De behandeling na de operatie duurt gewoonlijk 14 dagen à 3 weken, doch is dit voor elk geval verschillend.

Dikwijls maken enkelen de incisie niet dwars, maar overlangs om de plicae Douglasii niet te kwetsen. Degene, die zijne incisie niet breeder maakt dan 5 cM. behoeft daarvoor echter niet te vreezen, daar de plicae Douglasii 5 à 6 cM. van elkander verwijderd zijn.

Trouwens wat er in die geïnfiltreerde massa van de lig. utero-sacralia is overgebleven, in 't algemeen van het cavum Douglasii, beteekent als regel niet veel. En ter betere drainage en tamponnade is de dwarsche incisie veel beter geëigend dan de overlangsche.

Wanneer de operatie gebeurt, zooals zij door Prof. Treub gedaan wordt, heeft men noch van bloeding, noch van belediging der ureteren iets te vreezen.

De kleine anastomosen in het laq. post., worden doorsneden en zullen lichte bloeding geven, misschien nu en dan zelfs ernstige, maar toch uiterst zelden zóó, dat gevaar dreigt; in dit geval staat nog altijd de weg der laparatomie open evenals zulks bij de Péansche operatie nu en dan noodzakelijk blijkt. Tegen de lichte bloeding na de operatie helpt tamponnade met jodoformgaas voldoende; de spons van Laroyenne, waaraan de uitvinder zelf zeer zware eischen stelt en aan wier gebruik hij veel waarde hechtte, kan veilig gemist worden. Hoe eenvoudiger de operatie, hoe meer gelijkend op het openen van een absces, waar ter plaatse ook, des te dichter komt men bij de juiste opvatting.

Om dezelfde reden verdienen de pogingen tot losmaken der adhaesies, tot uitpellen der abscesmembranen niets dan afkeuring en kunnen alleen dienen om het den operateur lastiger, den patiënten gevaarlijker en de complicaties grooter te maken.

Zeer vele operateurs vreezen de opening van het peritoneum, »cette cavité septique par excellence.»

Richelot gaat bij de hysterectomie voor pyosalpinx aldus te werk. Hij spoelt ieder absces afzonderlijk uit vóór hij verder gaat en tamponneert daarna de kleinste opening in het peritoneum onmiddellijk. Iedere keer als er nieuwe pus te voorschijn komt, worden de tampons verwisseld.

Deze vrees is, naar mijne bescheiden meening, niet gegrond. Zeker is 't waar, dat een druppel pus bij het bersten van een pyosalpinx tijdens een laparatomie oorzaak kan zijn van eene doodelijke peritonitis, maar we staan hier voor een geheel anderen toestand. Hier geven we den etter gelegenheid oogenblikkelijk

naar onderen af te loopen, we spoelen de abscesholte goed uit, vullen deze op met jodoformgaas en geven dus iederen druppel etter direct gelegenheid te worden opgenomen en zodoende onschadelijk te worden gemaakt, terwijl we bij de laparatomie de opening missen op het laagst gelegen punt van het absces.

HOOFDSTUK VI.

Wanneer we nu de resultaten van de pyosalpingitides nagaan (Sept. 1899 tot Maart 1902) vinden wij, dat gestorven zijn na de kolpotomie 3, na de secundaire salpingectomie per abdomen 1.

In het kort zal ik hier deze ziektegeschiedenissen mededeelen: ¹⁾

1. N°. 125 1900. (Obs. Treub 24).

Primipara 27 jaar.

Pat. heeft 14 dagen geleden een abortus gehad van 4½ maand. Foetus gemacereerd. Den volgenden dag is de placenta manueel verwijderd. Pat. koortste reeds voor de geboorte van het foetus.

Bimanueel onderzoek leert een infiltratie van het ligamentum latum en zwelling van de tuba links.

Zware koorts, koude rillingen, algemeene toestand slecht. Kolpotomie. Zeer stinkende pus komt uit de tuba. Den volgenden dag kamferetherinject, physiol. zoutso-lutie. Voortdurend koude rillingen.

Dood. Autopsie geweigerd. (Zie Curve I).

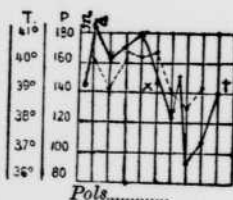


Fig. 1.

¹⁾ Ter verduidelijking zijn bij de meeste gevallen temperatuurcurven gevoegd, waarop alleen vermeld staan de *morgen-* en *avondtemp.* Het teeken * geeft aan het moment, waarop de kolpotomia geschiedde. De curven zijn mij welwillend door Prof. Treub afgestaan uit de onlangs verschenen Fransche publicatie in de „Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale”).

2. N°. 223 1900. (Obs. Treub 33).

Secundipara 20 jaar.

Pat. heeft sinds 10 dagen een abortus van 3 maanden, placenta den volgenden dag manueel door den medicus verwijderd.

Sinds 4 dagen ziek, koorts, koude rillingen.

Bij bimanueel onderzoek een tumor ter grootte van een kippenei. Alg. toestand slecht, koorts. Op den 4^{den} dag na de opname was noch de plaatselijke, noch de algemeene toestand verbeterd. Er werd besloten tot de kolpotomie.

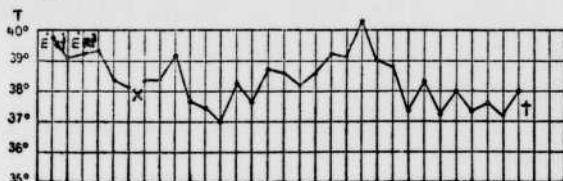


Fig. II.

Dikke verbazend stinkende etter, kwam uit de gemaakte wonde. 2 dagen later vindt men genoteerd, geen pus aan den tampon. 5 dagen na de operatie kwam vloeibare faecaalmassa met 't uithalen van den tampon te voorschijn. Daarna komt steeds veel pus en faecaalmassa uit de wonde. Dood 12 dagen post operat. door septichaemie.

3. N°. 545, 1901.

Nullipara 22 jaar.

Voor 2 maanden kreeg patiënte pijn in den buik aan de linkerzijde. Koorts, koude rillingen. Volgens haar medicus had ze darmontsteking.

Bij bimanueel onderzoek is het corpus uteri in anteflexie, misschien wat vergroot. Rechts van den uterus een onregelmatig gevormde tumor, samenhangend met den uterus, niet verbonden met den bekkenwand. Links van den uterus eene grootere zwelling, pijnlijk bij druk, onregelmatig van oppervlakte en week elastisch van consistentie. Hangt ook

samen met den uterus, maar is gescheiden van den bekkenwand.

Kolpotomie. Weinig pus, veel brokkelig weefsel. Na de operatie voelt patiënte zich niet goed, ziet er cyanotisch en icterisch uit. Pols klein en frequent. 2 dagen later is de alg. toestand verergerd. Patiënte braakt voortdurend, heeft kleine frequente pols, ziet er zeer slecht uit. Pulveres cum calabar, geen flatus, geen defaecatie, kampherether, morphine. Mors.

Sectie. In den buik vrij wat stinkende pus. Stevige verkleving van darmen en omentum. Sterke brides, die bijna niet te verscheuren zijn. Ovaria waren beiderzijds normaal. Geen tubairtumoren. Dikke darm gedeeltelijk met adnexa vergroeid (voor tubairtumor gehouden). Opening in den darmwand bij de plaats van vergroeiing met het linker ovarium.

Mortaliteit derhalve op 73 gevallen van pyosalpinx. 2 a. e. 2.7 pCt. De dood van de eerste is veroorzaakt niet door, maar ondanks de kolpotomie; die van de tweede zou men op dezelfde manier kunnen verdedigen.

Wat de derde aangaat, deze berust op een error diagnoseos. Het geheele ziektebeeld imponeerde zóó voor een ontstekingachtige adnexa-aandoening, dat iedereen zonder aarzelen 't daarmede eens zou zijn, vooral omdat de anamnese buitengewoon onvolledig was. Dit geval is alleen ter illustratie van de moeilijkheid der diagnose medegedeeld. Bij het berekenen van 't mortaliteitsprocent mag deze casus buiten berekening blijven, aangezien het geen pyosalpinx was.

Behalve het gevaar voor den dood heeft men ook kans de intestina te laedeeren.

Prof. Treub is dit 2 maal voorgekomen.

4. N°. 437, 1899 (Obs. Treub 15).
Multi (3) para. 24 jaar.

Ziek sedert 6 dagen, na abortus provocatus (?). Veel pijn, zwaar bloedverlies. Hevige koorts.

Rechts salpingo-oophoritis. Linker helft van het bekken door een adnexatumor gevuld.

Resorbeerende behandeling heeft geen resultaat.

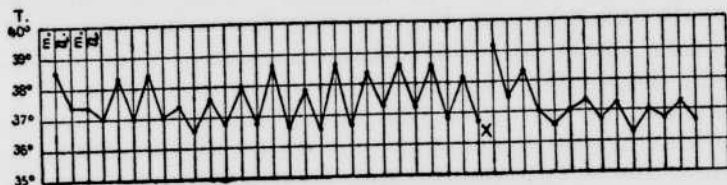


Fig. III.

1°. *Kolpotomie*. Verbazend stinkende pus komt te voorschijn. Normale temp. na 2 dagen, (zie fig. III). Later komen er van tijd tot tijd temperatuursverhogingen. Beslist koortsvrij den 20^{sten} dag na de kolpotomie. Beiderzijds heeft zich een adnexatumor ontwikkeld, die door resorbeerende behandeling verdwijnt. Verlaat de kliniek zonder klachten. Keert 3 maanden later terug. Rechts een tumor ter grootte van een kippenei. Resorbeerende behandeling zonder resultaat.

2°. *Kolpotomie*. Hydrosalpinx. Er ontwikkelt zich 5 weken later een tumor links.

3°. *Kolpotomie* om den linker tumor te openen, die ook weer blijkt een hydrosalpinx te zijn. Verlaat 25 dagen later de kliniek. Komt 2 maanden later weer terug. Dubbelzijdige adnexatumor.

4°. *Kolpotomie*. Links groote hydrosalpinx, rechts een tumor, die een conglomeraat van het ovarium en van de tuba blijkt te zijn. Deze zijde wordt intact gelaten. Onmiddellijk daarop recidief van den linker-tumor. Drie weken later,

5°. *Kolpotomie* gevolgd door kolpo-salpingostomie. Verlaat 3 weken later de kliniek. Komt 3 maanden later weer terug. Dubbelzijdige tumor, links groot, rechts kleiner.

6°. *Kolpotomie*. Links pyosalpinx. Er wordt beproefd in den rechtertumor in te dringen, in de hoop daardoor een einde te kunnen maken aan het steeds recidiveerende lijden. De poging gelukte, al was het dan niet zonder eenig geweld.

Bij de eerste tamponverwisseling bemerkte men, dat er een breede darmfistel bestaat. Terwijl de pyosalpinx geneest, wordt de fistel kleiner.

Later geneest deze door herhaalde cauterisatie met den lapisstift. De patiënte geneest, verliest weinig meer uit den fistel, verlaat de kliniek aan het einde van Juli, om na de vacantie terug te keeren, om dan verder behandeld te worden. Tot nog toe is zij niet teruggekeerd.

5. N°. 193, 1900. (obs. 73, Treub).

Multipara. 29 jaar.

Sedert 2½ jaar, met onregelmatige tusschenpoozen, pijn in den buik, dubbelzijdige adnexatumor. Geen koorts. Na 14 dagen resorbeerende behandeling wordt kolpotomie beproefd. Het peritoneum wordt niet geopend, maar wel het rectum. Rectumwonde gesloten. 4 weken later was deze genezen. *Kolpotomie*. Links *hydrosalpinx*. Rechts geen tumor. Drie weken later is rechts een tumor zoo groot als een mandarijntje. Tweede *kolpotomie*. Hydrosalpinx rechts. Verlaat 14 dagen na de tweede operatie genezen de kliniek.

In casus 4 was de beleediging van het darmkanaal te wijten aan den operateur, die al te gauw een steeds recidiveerende casus wilde genezen. Deze fout ligt dus niet aan de operatie.

In casus 5 kon de fout van het aansnijden van den darm direct verholpen worden. Meermalen gebeurt het, dat men eene rectaalfistel van slechts tijdelijken aard krijgt. Dit is dan geene laesie van het rectum door de operatie maar een perforatie door het ontstekingsproces. Dit gevaar heeft men vooral in de

pyosalpinx, gecombineerd met pelveoperitonitis purulenta, zooals b.v. in het volgende geval.

6. N°. 204, 1900. (obs. 30 Treub).

Multi (5) para. 24 jaar.

Abortus van $2\frac{1}{2}$ maand. 10 dagen geleden, sinds langen tijd lijdende. Volgens hare meening koortst ze sinds 3 dagen.

Tumor in het cavum Douglasii en in de linker-bekkenhelft. Koorts.

Kolpotomie. Etter in het cav. Dougl., twijfelachtig of er iets uit de tuba komt.

Drie dagen na de operatie komt een slip van den tampon per anum naar buiten.

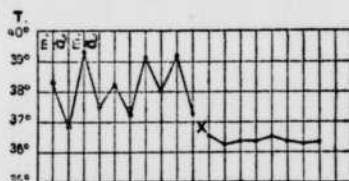


Fig. IV.

Het stuk, dat te voorschijn komt buiten den anus wordt weggesneden met de schaar. Zeven dagen post operationem wordt de tampon in 2 gedeelten verwijderd, 1°. het gedeelte dat zich in de vagina, 2°. dat, wat zich in het rectum bevindt. Geen faeces meer door de vagina. Verlaat de kliniek 23 dagen na de operatie zonder klachten. (Zie fig. IV).

Zooals reeds gezegd is, zijn er 3 patiënten bezweken na de kolpotomie, nog een vierde is gestorven na de secundaire salpingectomy per abdomen.

7. N°. 17, 1899. (obs. 4, Treub).

Primipara. 22 jaar. Sinds 3 maanden pijn in den buik. Links groote pyosalpinx, de linkerhelft van het kleine bekken opvullend en een gedeelte van de

fossa iliaca innemend. Rechts is de tuba verdikt zonder tumorvorming. Geen koorts.

13 Dec. 1898 *Kolpotomie*. De rechter adnexa worden losgepeld uit de adhaesies, waardoor een weinig sero-sanguinolent vocht uit de peritoneaalholte vloeit. De linkertumor bevat bloed met etter gemengd.

Na de kolpotomie heeft de patiënte van tijd tot tijd onregelmatige temperatuursverhooging; van af 6 Januari 1899 is zij afebriel.

De pijnen blijven bestaan, er vormt zich rechts een kleine tumor, links neemt de tumor in grootte toe.

23 Juni 1899. Tweede kolpotomie. De linker tumor is zeer taai, het is onmogelijk er den vinger in te brengen. De operatie wordt niet voleindigd, aan den rechter tumor wordt niets gedaan.

Daar de klachten dezelfde blijven, wordt 10 Maart 1899 tot de laparatomie besloten. Rechts pyosalpinx, zonder groote moeilijkheden verwijderd. Om den linkertumor bevindt zich een conglomeraat van darmen, in het midden waarvan zich een weinig kaasachtige pus bevindt. Nadat eene kleine laesie der darmen is hersteld, wordt de buik gesloten.

In minder dan 24 uren na de operatie treedt collaps op, die met den dood eindigt.

Sectie wijst niet de oorzaak van den dood aan.

Uit dit geval kan men de conclusie trekken, dat zoo de kolpotomie geen resultaat heeft, het beter is tot de totaalexstirpatie over te gaan.

Zoo is ook in het volgende geval gedaan.

8. N°. 306, 1900. (Obs. Treub 37).

Multi (3) para, 32 jaar, 17 dagen geleden, derde bevalling, den dag daarop koorts en pijn links in den buik.

Bij bimanueel onderzoek vindt men rechts een adnexatumor ter grootte van een kippenei, linker tuba verdikt. Geen koorts. 2 dagen na de opname worden de pijnen erger en de tumoren grooter.

3 dagen later heftige pijnen links in den buik. Koorts.

Gedurende deze onregelmatige temperatuursverheffingen wordt de tumor links hoe langer zoo grooter.

4 weken na de opname *Kolpotomie*. Veel etter komt te voorschijn. De patiënte blijft koortsen na de operatie.

Gedurende de volgende weken wordt de gemaakte wonde in het laq. post en in de tubae gedilateerd om vrijer afvoer aan den etter te verzekeren. De algemeene toestand wordt slechter en slechter. Zeer hooge temperatuur, koude rillingen.

Als ultimum refugium 4 maanden na de opname, operatie van *Péan*.

Een weeke kleine uterus wordt geextirpeerd. Boven den uterus bevindt zich een klein absces, dat natuurlijk ontleidigd wordt. Na de hysterectomie verdwijnt de koorts snel, de algemeene toestand wordt beter en de patiënte verlaat na 7 weken de kliniek, zonder nog klachten te hebben.

Had men hier conservatief de patiënte verder behandeld, zonder eenige kwestie zou de dood het einde geweest zijn.

Nog 2 niet volledige genezingen moeten medegedeeld worden, daar de patiënten gedurende de behandeling, zonder toestemming, de kliniek verlieten.

Mededeeling moet nog gedaan worden van een geval, waarbij de oorzaak van het lijden genezen is, maar een bekkenneuralgie is teruggebleven, die later wellicht door een hysterectomie zal moeten behandeld worden.

9. N°. 175, 1901. (Obs. Treub 57).

Secundipara, 27 jaar.

Sinds langen tijd pijnen in den buik, vooral rechts en in het rechterbeen. Sinds eenigen tijd exacerbaties daarvan, gepaard met sterke fluxus.

Hysterische Stigmata. Lues.

Dubbelzijdige adnexa aandoening, links zoo groot als een kippenei, rechts als een duivenei. Geen koorts.

Resorbeerende behandeling. Na 14 dagen is de rechter tumor veel grooter geworden.

Kolpotomie. Kruimelige etter in geringe hoeveelheid komt te voorschijn. Pat. blijft na de operatie vrij van koorts. Nadat de wonde gesloten is, resorbeerende behandeling der achtergebleven infiltraten. Verlaat 2½ maand later zonder plaatselijke afwijking, maar altijd klagend, de kliniek. Loopend behandeld voor bekkenneuralgie. Keert 2½ maand later in de kliniek terug. Altijd dezelfde klachten. Plaatselijk geen afwijkingen, met uitzondering van het rechter ovarium, dat gefixeerd is.

Eindelijk zijn er 4 gevallen van tuberculose, waarvan er één bijna geheel genezen is. De genezing zal waarschijnlijk slechts eene tijdelijke zijn.

De historia morbi van deze 4 patienten komt in het kort hierop neer.

10. N°. 373, 1900. (Obs. Treub, 42).

Multipara, 21 jaar.

Sedert 14 dagen veel pijn in den buik, voornamelijk rechts. Beiderzijds adnexa tumor. Resorbeerende behandeling. Onregelmatige temperatuur.

Na eene maand is de linker tumor bijna verdwenen, de rechter is nog vuistgroot.

Kolpotomie. Veel etter komt te voorschijn. 14 dagen later heeft zich opnieuw een tumor gevormd. De vinger gebracht in de gedilateerde wonde, slaagt er niet in het absces te openen. De opening wordt gemaakt met behulp van den bistouri. Veel etter komt te voorschijn. De onregelmatige temperatuur blijft bestaan. Er ontstaat opnieuw een tumor aan beide zijden.

2 maanden na de eerste, ten tweede male kolpotomie, waardoor de beide tubairabscessen goed worden opengelegd. Terzelfder tijd wordt een absces in het *cavum Douglasii* ontledigd. De vinger, die de tusschenschotten van den rechter tumor verscheurt, trekt

groote stukken weefsel mede, die bij microscopisch onderzoek van tuberculeusen aard blijken te zijn. 5 dagen na de operatie gaat een slip van den tampon door de anus naar buiten. Er komen veel faeces door de vagina, maar dit vermindert toch spoedig. Onregelmatige temperatuur. Opnieuw rechts een tumor. De rectaalfistel schijnt gesloten. Aan patiënte wordt de hysterectomie voorgesteld. De pat. stemt er in toe, maar haar vader neemt haar mede naar huis, waar zij spoedig succombeert.

11. N°. 17 1901. (Obs. Treub 48).

Nullipara, 25 jaar.

Klaagt sinds 14 dagen over een onaangenaam gevoel in den buik. Koorts. Fluctueerende tumor ter grootte van een kinderhoofd, achter den uterus. *Kolpotomie*, veel etter komt te voorschijn. De tumor blijkt een pyosalpinx te zijn, waarvan de tusschenschotten verscheurd worden.

De wonde sluit zeer spoedig, de koorts blijft voortduren.

17 dagen later *Kolpotomie*, wederom veel etter. De temperatuur daalt niet, de patiënte gaat hard achteruit. Narcose ten einde te beslissen tusschen de hysterectomie en verwijding van de wonde.

Daar de inspectie van de intestina, omentum en adnexa geen bijzondere afwijkingen vertoont, wordt tot het laatste besloten. Weinig etter komt te voorschijn. Daarna gaat de patiënte een weinig vooruit, de temperatuur daalt langzamerhand, maar wordt steeds nog niet normaal.

De purulente secretie uit de wonde wordt minder. Er heeft zich een begin van tuberculose in de longen ontwikkeld.

Op haar verzoek, verlaat de patiënte drie maanden na de opname in even slechten toestand als toen zij kwam de kliniek, met een tumor aan de rechterzijde ter grootte van een kippenei.

Zij komt een week later terug, steeds nog onregelmatige temperatuur, groote tumor rechts, kleine links.

Hysterectomia vaginalis. De serosa van de tuba ver-
toont op verschillende plaatsen het typisch aspect van
tuberculose.

Langzame genezing. De patiënte verlaat de kliniek
 $2\frac{1}{2}$ maand na de operatie, afebriel sinds 4 weken, aan
de longen weinig afwijkingen meer. Geen symptomen
meer van peritoneaal tuberculose.

12. N°. 68 1901. (Obs. 53 Treub).

Nullipara 26 jaar.

Lijdende sinds 3 maanden. Heftige pijnen in den
buik. Koorts. Gedurende 3 weken verliest zij groote
hoeveelheden etter per anum. Groote tumor links.
Rechts salpingo-oophoritis met infiltratie van de plica
Dougl. dext. Links groote adnexatumor. Geen koorts.

Kolpotomie. Veel etter komt te voorschijn. Uit den
tubairwand wordt een gedeelte weggenomen ter micros-
copisch onderzoek, waardoor de diagnose tuberculose
gesteld wordt. Wondverloop koortsvrij. 8 Dagen na
de kolpotomie, komen faecaal massa's in kleine hoe-
veelheid door de vagina.

Daarna komen onregelmatige temperatuursverhef-
fingen en er ontlast zich veel etter. De rectaalfistel
sluit zich langzamerhand. De algemeene toestand wordt
beter, de temp. wordt normaal, de ettersecretie ver-
mindert.

De zieke verlaat $2\frac{1}{2}$ maand na de kolpotomie de
kliniek, om thuis verder behandeld te worden, daar
er nog steeds een diffuse infiltratie van de linker
adnexa bestaat.

De vierde patiënte heeft eenzelfde ziektelot gehad als
de anderen. Van de Péansche operatie was hier geen
sprake, omdat er èn tuberculose van het peritoneum
èn van de longen in hooge mate was.

Zooals uit deze gevallen te zien is, duurt het wond-
verloop van deze gevallen veel langer dan bij de anderen
en men is gerechtigd om te beweren, dat zoo de wonde

zich niet sluiten wil er meestal tuberculose in het spel is.

De andere patiënten zijn genezen. Onder hen moet men er één rangschikken, waarin men een salpingectomie gedaan heeft, terwijl een eenvoudige kolpotomie voldoende geweest was en een geval, dat nog dateert van 1897 en luidt als volgt:

13. N°. 90 1897. (Obs. Treub 1).

Secundipara 23 jaar.

Abortus provocatus, 3 weken geleden. Sinds dien tijd heftige pijn in den buik en koorts. Rechts groote pyosalpinx, die den achtersten vaginaalwand doet uitpuilen. *Kolpotomie*. Stinkende etter komt te voorschijn. De temperatuur daalt, maar komt niet tot de normale. De tumor vormt zich opnieuw, de pijn blijft bestaan.

Twee maanden later laparatomie en zeer moeilijke salpingectomie. De patiënte wordt afebriel 3 weken na de operatie. Verlaat 7 weken later genezen de kliniek. In zulk een geval zou Prof. Treub de laparatomie niet meer doen en met de tegenwoordige kennis de patiënte genezen worden door eene tweede kolpotomie.

50 Patiënten zijn genezen zonder recidief en met uitzondering van 2 of 3, die bij het verlaten der kliniek nog enkele resten van tumoren vertoonden, zijn ze allen radicaal genezen. Allen zijn zeer snel (in 2 à 3 weken post operat.) hersteld. Onder deze gevallen zijn er verscheidene die voor eenige jaren ontegenzeggelijk candidaten voor de Péansche operatie zouden geweest zijn.

Ter opheldering enkele ziektegeschiedenissen.

14. N°. 380, 1899. (Obs. Treub 14).

Nullipara 27 jaar.

Gedurende $4\frac{1}{2}$ maand in de kliniek behandeld met

resorbeerende therapie voor pelveo-peritonitis en parametritis, waarschijnlijk van gonorrhoeischen aard. Verlaat toen schijnbaar genezen de kliniek.

Komt 5 weken later terug. Weër heftige pijn, koorts. Rechts parametraan infiltraat; links een adnexa tumor ter grootte van een ganzenei. Resorbeerende behandeling heeft geen resultaat.

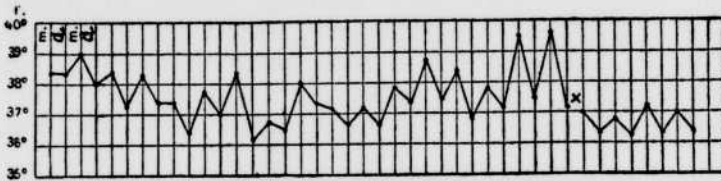


Fig. V.

Kolpotomie. Verscheuring der neomembranen in het cavum Douglasii, opening van den linker tumor, veel etter, verbazend stinkend, verscheuring der verschillende tusschenschotten. Onmiddellijk resultaat. (Zie fig. V). Verlaat 40 dagen post operat. genezen de kliniek.

15. N°. 504, 1899. (Obs. Treub 16).

Primipara 20 jaar.

Lichte infectie na de bevalling, 9 maanden geleden. Sinds 2 maanden ziek. Onregelmatig bloedverlies. Pijnen sinds 8 dagen. Infiltratie van het pelveo-peritoneum.

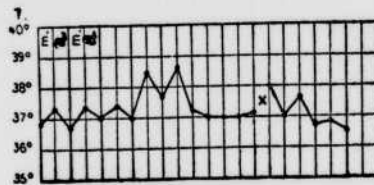


Fig. VI.

Dubbelzijdige adnexa tumor. Geen koorts. Resorbeerende behandeling. De pijn wordt erger. Na drie weken aldus behandeld te zijn, gaat de temperatuur stijgen.

Kolpotomie. Etter, gevolgd door eene sereuse vloeistof uit een anderen zak van de tuba.

Verlaat 21 dagen post operat. genezen de kliniek.

16. N°. 195, 1900. (Obs. Treub 10).

Secundipara 25 jaar.

Lijdt sinds hare tweede bevalling (2 jaar geleden) aan koorts. Exacerbatie daarvan sinds 14 dagen. Veel pijn, bloedverlies en koorts. Heeft een chronische nephritis, gecompliceerd met eene hartaandoening. Dubbelzijdige adnexatumor, rechts zeer hard, links week. Resorbeerende therapie heeft geen resultaat.

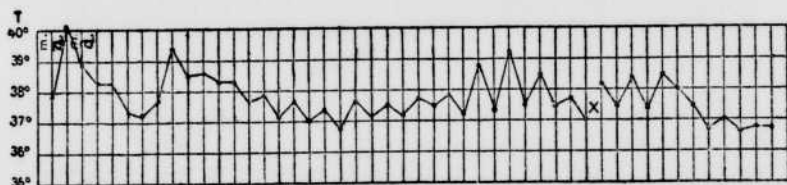


Fig. VII.

Kolpotomie. Stinkende pus komt uit 2 tumoren. Verlaat de kliniek genezen 31 dagen post operationem.

17. N°. 360, 1900. (Obs. Treub 41).

Primipara 24 jaar.

Lijdt sinds 6 weken aan pijn, hæmorrhagien, koorts. Dubbelzijdige adnexatumor.

Na $4\frac{1}{2}$ week met resorbentia behandeld te zijn, gedurende welken tijd de temperatuur zeer onregelmatig is, is de linker tumor veel verminderd, maar de rechter niet.

Kolpotomie. Links een verdikte tuba, die niet behandeld wordt, rechts komt uit de tuba, bij punctie, veel pus.

Enkele dagen later, na de operatie, temperatuursverhooging, niet verklaard door eenige locale afwijking. Het maken van de temperatuurcurve leert, dat hier



Fig. VIII.

malaria in het spel is. Enkele grammen chinine doen de temp. tot het normale terug keeren. Verlaat 24 dagen p. o. genezen de kliniek.

18. N°. 478, 1901. (Obs. Treub 64).

Nullipara 20 jaar. Is 2 maal in de kliniek, in een jaar tijds, met resorbentia behandeld voor een salpingo-oophoritis. 9 maanden geleden heeft zij de kliniek verlaten. Is gezond geweest tot voor 8 dagen.

Sinds dien tijd pijn in den buik aan beide zijden en in de maagstreek. Koorts.

Dubbelzijdige adnexatumor, temperatuur licht verhoogd; de temperatuur daalt niet onder resorbeerende behandeling.

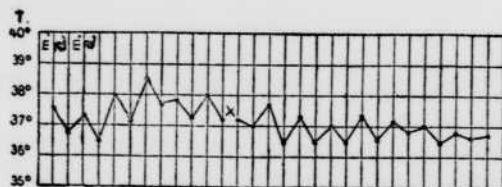


Fig. IX.

Kolpotomie. Etter van beide zijden. Verlaat 21 dagen p. o. genezen de kliniek.

Deze 5 patiënten gekozen uit een 13-tal anderen zijn successievelijk 17, 20, 25, 24 en 20 jaar.

Onnoodig is het, nog hier uit te weiden over het enorme voordeel dat de kolpotomie geeft. Jonge en

zeer jonge vrouwen zelfs ontkomen daardoor aan het gevaar van een kunstmatig climacterium.

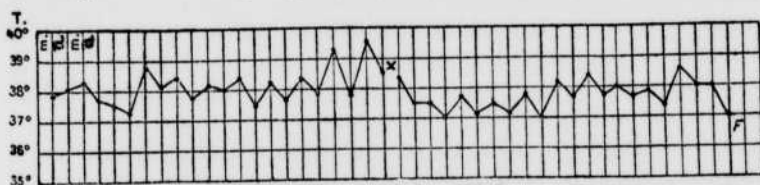
10 gevallen zijn niet genezen dan na *recidief*.

Enkelen worden hier weder ter illustratie medegedeeld.

19. N°. 51, 1900. (Obs. Treub, 19).

Primipara, 19 jaar.

Vier maanden geleden is patiënte bevallen. Koortst op het oogenblik gedurende enkele dagen. Fluor albus sinds 6 maanden. Sedert 6 dagen pijn in de linkerzijde en koorts. Uterus in retroversie. pelveo-peritonitis. Links een tumor der adnexa. Resorbeerende behandeling. De temp. gaat in de hoogte, de pijn blijft



Na F nog enkele malen temp. van 37°7 en 37°8.

Fig. X.

bestaan. Na 11 dagen in behandeling geweest te zijn, vindt men bij onderzoek in narcose een tumor hoog achter den uterus.

Kolpotomie. Veel etter komt te voorschijn (zie fig. X). De patiënte staat 4 weken na de operatie op en wordt resorbeerend behandeld. Deze behandeling geeft aanleiding tot pijn en verhooging van temperatuur.

Langzamerhand ontwikkelt zich links een groote elastische tumor. 4 maanden na opname in de kliniek tweede kolpotomie. Hydrosalpinx. Verlaat na 14 dagen genezen de kliniek, komt omstreeks een jaar later terug. Lijdt sinds 4 weken aan pijn in den buik, vooral rechts. Beiderzijds tubair-tumor ter grootte van een appel.

Kolpotomie. Hydrosalpinx met sero-sanguinolenten inhoud. Na de operatie geringe temperatuursverheffing.

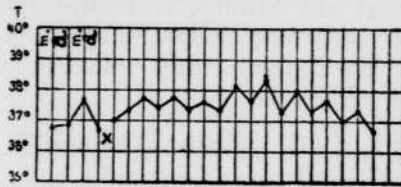


Fig. XI.

Verlaat genezen de kliniek 14 dagen p. o. (zie fig. XI).

20. N°. 49, 1901. (Obs. Treub, 50).

Primipara (abortus), 20 jaar.

Sinds 3 maanden lijdende, pijn, menorrhagiën. Links adnexatumor ter grootte van een mandarijntje; rechts salpingo-oophoritis zonder tumor.

Geen koorts. Door resorbeerende behandeling vermindert de linker tumor niet, terwijl rechts zich een tumor vormt, die 3 weken na de opname in de kliniek de grootte heeft van een kippenei. De resorbeerende therapie wordt nog gedurende 4 weken voortgezet.

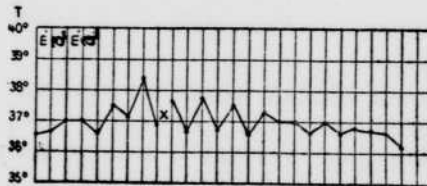


Fig. XII.

Aangezien de plaatselijke toestand niet verbetert en de temp. stijgt, wordt besloten tot de *kolpotomie*. Etter beiderzijds. Verlaat 19 dagen p. o. genezen de kliniek.

Na 6 maanden komt de patiënte terug. Sinds enkele weken zijn de pijnen teruggekomen. Dubbelzijdige adnexatumor, rechts zoo groot als een duiven-ei, links ter grootte van een kippenei. *Geen koorts*. Rust.

Resorbeerende therapie. Na 5 weken zijn de tumoren verminderd in volumen en pijnloos geworden. De patiënte verlaat de kliniek 1 maand na opname, de tumoren zijn ongeveer hetzelfde gebleven, zal thuis verder zich behandelen met warme irrigaties en Priessnitzsche omslagen.

21. N°. 167, 1901. (Obs. Treub, 56).

Nullipara, 30 jaar.

Sinds 14 dagen pijn in het onderste gedeelte van den buik aan beide zijden. Rechts een tumor ter groote van een kinderhoofd, links wat kleiner. Koorts.

Kolpotomie. Uit beide tumoren komt dikke etter. Negen dagen later is patiënte afebriel, maar klaagt nog steeds over pijn. Bij onderzoek blijken er in de adnexa aan weerszijden nog 2 tumoren te zitten. De wonde

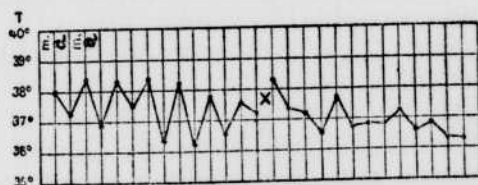


Fig. XIII.

in de vagina en adnexa wordt verwijdt met den vinger en de tumoren geopend. Er komt veel kruimelige etter voor den dag. Verlaat 6 weken na de operatie de kliniek.

Deze 3 gevallen zouden door andere operateurs geschikt geacht zijn voor de totaalexirpatie.

Genezen en met behoud van hun genitaalapparaat hebben zij de kliniek verlaten. *Sapienti sat.*

De patiënten waren allen tusschen de 20 en 30 jaar.

In het algemeen komen de recidieven zeer snel, maar er zijn er natuurlijk ook, die lang op zich laten wachten. Onder de 50 patiënten, die genezen

zijn, kunnen zich later meerdere recidieven vertoonen. Dit is juist een der grootste verwijten, die men tegen de colpotomie heeft en die velen de voorkeur doet geven aan de radicaal operatie.

Indien het vrouwelijk genitaalapparaat geen belang had voor de geheele oeconomie van het lichaam, dan zou kans op recidief een sterk argument zijn tegen de colpotomië. Dit is echter geenszins het geval en de vergelijking die men maakt tusschen de recidiveerende salpingo-oophoritis en de recidiveerende appendicitis is geheel fout.

„Non, le chirurgien qui voudra tabler sur le danger des récidives pour rejeter la colpotomie et choisir les opérations radicales devra se résoudre aussi, s'il tient à être logique, à énucléer l'œil dans les cas de kératite parenchymateuse et à se faire faire l'amputation du pénis, s'il a le malheur de posséder lui-même une uréthrite chronique à récidives aiguës. Où seront-ils les chirurgiens aussi conséquents que cela, je me le demande? Mais si vraiment ils n'existent pas, comme je le crois, on n'a pas le droit je le répète, de faire entrer en ligne, contre la colpotomie, le danger de la récurrence.”¹⁾

Dat er nog wel eens een enkele maal eene complicatie post operationem voorkomt bewijst een geval, dat ik verschuldigd ben aan Dr. Van der Hoeven.

In 't kort luidt de historia morbi als volgt:

22. Primipara. 40 jaar.

6 jaar geleden plotseling rechts hevige pijn in het

¹⁾ Treub. La colpotomie, traitement opératoire du choix du pyosalpinx. Revue de Gynécologie et chirurgie abdominale.

onderste gedeelte van den buik, koorts, braken, door rust genezen.

Einde Dec. 1901 weer dezelfde klacht gepaard met obstructie, braken en urinestoornissen. 20 Jan. idem.

24 Jan. opname in het Diaconessenhuis. Pijn links in den buik, temp. 40° , urine normaal. Bij persing uit het rectum een weinig slijmerig vocht.

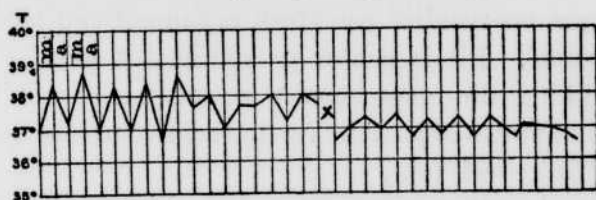


Fig. XIV.

Dubbelzijdige pyosalpinx met een groot pelveo-peritonitisch exsudaat in het rectum doorgebroken.

Kolpotomie. Etterige slijm. Tamponnade.

9 dagen p. o. tampon verwijderd. Pat. wordt verder resorbeerend behandeld. 8 dagen daarna opening verwijd, kleine tampon ingebracht. Des middags van denzelfden dag, veel bloederige afscheiding, die spoedig daarna ophoudt. Des avonds sterke bloeding, die door jodoformgaas tamponnade gestild wordt. Verlaat 3 weken p. o. genezen het Diaconessenhuis.

Dat de hydrosalpinx meer neiging tot recidief heeft leert ons 4 N°. 437, 1899.

Dat de recidieven meer bij de hydro- dan bij de pyosalpinx voorkomen is in geenen deele te verwonderen. Wanneer de kolpotomie gedaan wordt, zooals Prof. Treub het doet, maakt men van multipele ten opzichte van elkander afgesloten abscessen in een pyosalpinx één' grooten, etterhoudenden zak en de genezing gaat dan even vlot, als wanneer men een enkel abces geïncideerd heeft. Bij de hydrosalpinx daaren-

tegen is er geen kwestie van verandering der tuba-wand in een etterig oppervlak. Hier leidt de ontsteking slechts tot eene vermeerderde afscheiding van het inwendige bekleedsel der tuba.

In zulk een geval heeft de kolpotomie even weinig succes als de punctie bij hydrocele.

Zoo dikwijls als bij hydrocele, komt bij hydrosalpinx recidief niet voor. Op 15 gevallen zijn er 12 tot nu toe zonder recidief gebleven.

Onder de patiënten met recidief bevindt zich *eene*, die genezen is door eene tweede kolpotomie, zooals op pag. 37 beschreven is. (5. N°. 193, 1900, obs. Tr. 73).

Een tweede, wier historie luidt als volgt, verdraagt haar lijden gemakkelijk.

23. Mej. N. (Obs. Treub 72.)

Multipara, 25 jaar.

Sinds eenige jaren pijn in den buik. Dubbelzijdige adnexatumor. Eene resorbeerende behandeling van 3 maanden doet den rechtertumor verdwijnen, maar heeft geen effect op den linker.

Kolpotomie. Helder sereus vocht. Drie maanden later constateert Prof. Treub een recidief, dat door warme vaginaal irrigaties verdwijnt, om weldra terug te keeren zonder den minsten hinder te veroorzaken.

Een derde, die genezen is door extirpatie van den tubairzak.

24. N°. 482, 1900. (Obs. 76, Treub).

Multipara, 35 jaar.

Pat. is gedurende 7 jaar behandeld voor een tumor achter den uterus, komt in de kliniek wegens urine-retentie.

Rechts een tumor naar voren zich uitstrekkende ter halver hoogte tusschen symphysis en navel, naar beneden bijna afdalend tot in de vulva.

Links salpingo-oophoritis zonder tumor. *Kolpotomie*. Helder sereus vocht komt te voorschijn. *Kolpo-salpingostomie*, na excisie van een stukje der tubairwand voor microsc. onderzoek. Dit onderzoek kan niet aantonen of de tumor van tuba of ovarium uitgegaan is. De sero-purulente afscheiding is van dien aard, dat men de pat. in dezen toestand niet laten kan.

Langs den vaginalen weg extirpatie van den geïsoleerden zak. Het microsc. onderzoek leert dat het een hydrosalpinx is.

18 dagen na de 2^{de} operatie verlaat de patiënte genezen de kliniek.

In dit laatste geval en in 4 (N°. 437, 1899. Obs. Treub 15) heeft Prof. Treub genezing trachten te verkrijgen door eene operatie, door hem Kolpo-salpingostomie genoemd. D. w. z. de opening gemaakt in den tubairwand wordt in de vaginaal wonde gehecht, maar het is bij ééne poging gebleven.

In het eerste geval nam de productie van vocht zoodanige afmeting aan, dat men verplicht was den hydrosalpinx te extirpeeren; in het tweede ontstond na de hydro- een pyosalpinx.

Aanbeveling verdient dus deze kolpo-salpingostomie klaarblijkelijk niet. Herhaaldelijk recideveerende gevallen van hydrosalpinx zullen juist diegenen zijn, die in aanmerking komen voor de op pag. 7 met een enkel woord beschreven conservatieve plastische operaties na laparatomie.

Dat de kolpotomie een ongevaarlijke operatie is, bewijst de volgende historia morbi.

25. N°. 436, 1898. (Obs. Treub 44).

Secundipara 38 jaar.

Is sinds hare laatste bevalling (abortus), lijdende,

welke nu 9 maanden geleden is. Pijn in den buik. Gedurende 11 maanden behandeld voor eene pelveo-peritonitis. Sinds dien tijd nooit meer goed gezond geweest.

Gefixeerde retroflexie van den uterus, bevrijd van zijne adhaesies, volgens Schultze. Gaat na 3 dagen weg, komt na 3 weken terug; dezelfde klachten, dezelfde toestand, dezelfde therapie. Gaat na 10 dagen weg, komt na 4 weken terug. Opnieuw pijn, weer retroflexie, weer Schultze. Na 5 dagen moet men het pessarium wegnemen wegens heftige pijn en koorts. Koortst gedurende 7 dagen (tot 39°). Gedurende dien tijd ontwikkelt zich een tumor links. Na 7 weken vruchteloos met resorbentia behandeld te zijn, verlaat patiënte wegens huiselijke omstandigheden de kliniek. Na weinige dagen keert zij terug met heftige pijn.

De tumor heeft de grootte gekregen van een vuist en is omgeven door een exsudaat, dat zich in het cavum Douglasii bevindt. Geen koorts.

Kolpotomie. Sereuse ophooping in het peritoneum. *Hydrosalpinx.* Langzamerhand ontwikkelt zich rechts een tumor ter grootte van een kippenei. 5 weken na de operatie verlaat de patiënte de kliniek, om thuis de resorbeerende behandeling voort te zetten. Drie maanden later komt ze terug, klagende over pijn. Links adxexatumor, bijna twee vuisten groot. Tumor rechts in statu quo ante.

Ten tweede male *kolpotomie*. Links hydrosalpinx, multipele caviteiten. Tusschenschotten worden verscheurd. Gaat na 3 weken weg om 4 weken later weer terug te komen met pijn rechts. Er is een tumor zoo groot als een vuist. Links diffuse weerstand.

Ten derde male *kolpotomie*. Bij de opening van de rechter tumor, helder sereus vocht. Verlaat na $3\frac{1}{2}$ week de kliniek.

Komt na $3\frac{1}{2}$ maand terug. Dubbelzijdige adnexatumor, rechts zoo groot als een sinaasappel, links wat kleiner.

Ten vierde male *kolpotomie*. Hydrosalpinx. Verlaat na 4 weken de kliniek. Houdt zich goed gedurende 14 maanden. Vervolgens krijgt zij opnieuw pijn en komt terug naar de kliniek; dubbelzijdige adnexa-tumor, rechts wat grooter dan links.

Ten vijfde male *kolpotomie*. Sereus transsudaat in het cavum Douglasii. Hydrosalpinx aan twee zijden. Gaat 14 dagen later weg, om 4 maanden daarna terug te keeren. Links uitgebreide zwelling, resistent, pijnloos. Rechts tumor, zoo groot als een sinaasappel. (Sept. 1901).

Ten zesde male *kolpotomie*. Hydrosalpinx. Verlaat genezen de kliniek. De genezing van deze opvolgende kolpotomiën is altijd afebriel geweest. De patiënte hield zich goed en kwam weër, wanneer zij hare oude klachten terug kreeg.

Januari 1902. Twee groote tumoren. Laparatomia met het voornemen een salpingectomy te doen. De tumoren blijken de ovaria te zijn met polycysteuze degeneratie. Ovariectomy duplex.

Patiënte is genezen.

HOOFDSTUK VII.

Het resultaat van de medegedeelde ziektegevallen in het vorige hoofdstuk is dus dat van de 88 patiënten (pyo- en hydrosalpinx) 3 overleden zijn, derhalve een mortaliteitsprocent van 3.4 pCt. (de 4^{de} doode telt niet mede, want het was geen pyosalpinx). Vergelijken we deze resultaten met die door Jacobs uit Brussel berekend (we moeten bij deze vergelijking de hydrosalpinx buiten beschouwing laten en daar het mortaliteitscijfer op 73 patiënten met pyosalpinx 3 is; in procenten dus uitgedrukt even 4 pCt.); zoo heeft deze voor 1540 abdominale castraties 5.7 pCt. en voor 690 vaginale castraties 4.5 pCt. mortaliteit. Dat die cijfers gefflatteerd zijn is reeds vroeger aangetoond, toen deze met de door Treub en Péan verkregene vergeleken zijn. (Treub op 31 salpingotomiën 19.3 pCt. Péan op 29 salpingotomiën 7 pCt. mortaliteit).

Veit berekent, dat 85 pCt. patiënten door de abdominale salpingotomie behandeld post. operationem zonder klachten waren. Van de 73 patiënten met pyosalpinx zijn er 60 genezen (zonder klachten ontslagen, derhalve ruim 80 pCt). Delbet vond op 85 gevallen 45 genezen, 30 onvolkomen en 12 ongenezen, derhalve 54 pCt. genezenen van de patiënten, die gecastreerd waren. Ter verduidelijking van de resultaten door

Prof. Treub verkregen dienen nog de volgende cijfers:

Howard Kelly heeft op 65 gevallen 32 genezen, derhalve 50 pCt. Reynier 56 gevallen, 20 genezen a. e. 36 pCt. enz. enz.

Gevaar voor buikbreuk bestaat natuurlijk niet bij de kolpotomia posterior.

Wanneer we nu nog vermelden, dat alle patiënten de menses hebben teruggekregen, en deze op geregelde tijden verschijnen, dat er van den kant van de blaas of van het rectum, noch in den algemeenen toestand eenige afwijking te constateeren valt..... zóó mogen we concludeeren, dat de kolpotomie eene operatie is, die in de eerste plaats in aanmerking moet komen, wanneer de salpingo-oophoritis niet door resorbeerende behandeling wil genezen; niet alleen om hare eenvoudigheid en de betrekkelijk gemakkelijke techniek, maar ook, omdat de patiënten slechts gedurende geringen tijd in narcose behoeven te blijven en de nabehandeling gemakkelijk is en in de laatste, doch zeker niet de minste plaats omdat deze methode nooit later eene of andere conservatieve operatie, noch de laparatomie, noch de vaginale hysterectomie contraïndiceert.

Dan alleen moet men volgens het oordeel van Prof. Treub, overgaan tot de laparatomie of de hysterectomia vaginalis, wanneer men weet te doen te hebben met eene tuberculeuse salpingitis, indien ten minste de algemeene toestand van de patiënt er zich niet tegen verzet,

Mocht een hydrosalpinx na kolpotomie meermalen recidiveeren dan kan het aangewezen zijn tot een der conservatieve operaties zijn toevlucht te nemen.

Indien een pyosalpinx na door *Kolpotomie* behandeld te zijn, recidiveert moet men opnieuw de kolpotomie doen. Mocht echter het resultaat niet van blijvenden aard zijn, zoo doe men de hysterectomia vaginalis.

In tegenspraak met Dührssen, den Duitschen gynaecoloog, die alleen de operatie wil doen wanneer de adnexa-tumor grooter is dan een *kippenei*, is het volgende geval.

26 N°. 126 1900.

Primipara 30 jaar.

Pat. is sinds hare bevalling, 8 jaar geleden, lijdende aan pijn in de linkerzijde van den buik. $1\frac{1}{2}$ jaar na het ontstaan daarvan op de afdeeling van Prof. Van der Meij in het Binnen-Gasthuis behandeld met resorbentia. Daarna minder pijn, doch een half jaar later weér even hevig als vroeger.

Uterus in anteflexie, niet vergroot, vast van consistentie, laat zich niet vrij naar boven bewegen. Rechter ovarium niet vergroot, min of meer pijnlijk, tuba normaal. Links tegen het corpus uteri, eene vaste, pijnlijke zwelling, ter grootte van een *duivenei*. Geen koorts. Resorbeerende behandeling. Een maand later: uterus goed beweegbaar. Links tegen den fundus en moeilijk daarvan af te scheiden eene pijnlijke zwelling, ongeveer dezelfde grootte als vroeger.

3 weken daarna *Kolpotomie*. Weinig etter komt uit de linker zwelling te voorschijn.

7 weken na de opname zwelling en pijnlijkheid totaal verdwenen. De pat. verlaat genezen de kliniek.

Een bepaalde contraïndicatie is het voor Dührssen, zoo de tumor beweegbaar is, aangezien men bij opening dan gemakkelijk het peritoneum kan infecteeren zooals vroeger reeds is medegedeeld.

Dat de bewering van Faure, Monod, Bouilly en andere chirurgen niet opgaat, waar ze de operatie

slechts geschikt achten, wanneer het absces in het cavum Douglasii of in de nabijheid daarvan gelegen is, bewijst de volgende historie.

27. N°. 328, 1899. (Obs. Treub 12).

Primipara, 33 jaar.

Pat. is sinds hare bevalling, 10 jaar geleden, lijdende; heeft in de laatste 9 weken steeds koorts gehad. Sinds dien tijd gaan defaecatie, mictie en de menses met pijn gepaard. Zeer heftige pijnen links in den buik sinds 14 dagen.

Links pyosalpinx, zich uitstrekkende tot aan den navel. *Kolpotomie*.

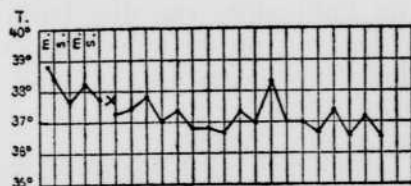


Fig. XV.

Incisie van het absces, opening van een 2^{de} absces door de koorntang, de tusschenschotten worden met de vingers verscheurd. Enorme hoeveelheid stinkende pus komt voor den dag.

Verlaat 28 dagen p. o. genezen de kliniek.

Hun 1^{ste} argument is door dit geval, waarvan ik er gemakkelijk nog meerdere zou kunnen aanhalen, te niet gedaan.

Ter bestrijding van hunne meening, dat de operatie slechts geschikt is in acute gevallen, kan de patiënte dienen, wier historie mij door Dr. van der Hoeven werd afgestaan (pag. 50).

Dat slechts bij eenzijdigheid van de adnexa-aandoening *dit* operatief ingrijpen geïndiceerd zou zijn, zooals de verschillende Fransche operateurs meenen,

daartegen spreken ten duidelijkste de gevallen van dubbelzijdige aandoening, die door Prof. Treub met het meeste succes genezen zijn.

Ter illustratie nog een enkel geval.

28. N°. 308, 1900. (Obs. Treub, 38).

Multi (IV) para, 37 jaar.

Patiënte wordt opgenomen met abortus incompletus, 14 dagen geleden begonnen. Na het amoveeren der placentaïrresten, ontwikkelt zich dubbelzijdig een adnexa-tumor. Geene verandering na 5 weken resorbeerende behandeling, hoewel de patiënte sinds 3 weken afebriel is.

Rechts een tumor, ter grootte van een mandarijntje. Links een weinig grooter. *Kolpotomia*. Dikke, korrelige etter komt te voorschijn.

4 dagen later stijgt de temperatuur tot 38°2. Volgens normale temperatuur. Verlaat 14 dagen p. o. genezen de kliniek.

Waar eene complicatie bestaat met pelveo-peritonitis, daar achten alle operateurs slechts de totaalexirpatie, hetzij per abdomen of per vaginam geschikt. Geval 14 N°. 380, 1899, reeds vroeger medegedeeld, kan dienen om het tegendeel te bewijzen.

Voldoende meen ik door de medegedeelde ziekte-geschiedenissen aangetoond te hebben, dat de vrees, zoowel van Dührssen, als van Faure, Monod, Bouilly e. a., om niet in te grijpen door middel van de kolpotomia posterior, zoo de adnexa-aandoening slechts even buiten de door hen gestelde grenzen valt, volkomen ongegrond is.

INHOUD.

		Bladz.
HOOFDSTUK	I. Inleiding.	1
„	II. Enkele opmerkingen over de „ <i>Diagnose</i> ” der Adnexa-aan- doeningen	3
„	III. Korte beschouwing over de ver- schillende operatie-methoden.	10
„	IV. Literatuur-overzicht.	16
„	V. Techniek der operatie	27
„	VI. Historiae Morbi	33
„	VII. Conclusies	57

INDEX

1. Introduction
2. General principles of the theory
3. The method of the present work
4. The results of the present work
5. The conclusions of the present work
6. The appendixes of the present work
7. The bibliography of the present work
8. The index of the present work
9. The index of the present work
10. The index of the present work
11. The index of the present work
12. The index of the present work
13. The index of the present work
14. The index of the present work
15. The index of the present work
16. The index of the present work
17. The index of the present work
18. The index of the present work
19. The index of the present work
20. The index of the present work

STELLINGEN.

I

Bij ontstekingsachtige adnexa-aandoeningen, die niet door resorbeerende therapie willen genezen, is de Kolpotomia posterior de aangewezen operatie.

II

Wanneer de genezing der pyosalpinx na de Kolpotomia posterior lang op zich laat wachten, moet er sterk aan een tuberculeuze salpingitis gedacht worden.

III

Er bestaat eene interne secretie van het ovarium.

IV

Ten onrechte staat in Treub „Leerboek der Verloskunde”: Voor de hechting van het perineum post partum kan men uitstekend den tijd benutten, die er voor een normaal beloop van het nageboortetijdperk noodig is.

V

Het is nog niet beslist, welke repositiemethode bij congenitale heupluxatie de voorkeur verdient.

VI

Het „Experientia fallax, judicium difficile” is bovenal op de serum-therapie tegen diphteritis van toepassing.

VII

Terecht zegt Blok. (Vergadering Ned. Oogh. Gezelschap, 15 Dec. 1901): Het is eene onbillijkheid, dat in de keurings-reglementen voor den militairen dienst de myoop boven den astigmaticus wordt voorgetrokken.

VIII

De reactie van Haycraft op de aanwezigheid van galbestanddeelen in de urine is niet betrouwbaar.

IX

Het indruppelen van 3—5 gtt. 20 % protargolglycerine post coitum als prophylacticum tegen urethritis gonorrhoeica verdient aanbeveling.

X

Waar de Staat door de Wet op de Besmettelijke Ziekten, een ingezetene ten bate van het algemeen schade berokkent in nering of bedrijf, daar behoort van Rijkswegen die schade te worden vergoed.

XI

De venaesectie geschiede volgens de techniek der arterie-onderbinding.

—

XII

Arsenicum is geen normaal bestanddeel van de schildklier.

XIII

De behandeling van chron. neurosen, zij niet alleen een physische, maar ook een medicamenteuze.

XIV

De operatie van Luc. bij aandoening van de sinus frontalis verdient geene aanbeveling.

XV

Onder de therapeutische maatregelen tegen Morbus Basedowii te nemen, verdient behandeling van eenigerlei afwijking in den neus, niet achterwege gelaten te worden.

XVI

Het is wenschelijk, dat de medicus, alvorens specialist in een of ander onderdeel der geneeskunde te worden, gedurende eenigen tijd algemeene praxis heeft uitgeoefend.

