



Klinische bijdrage tot de chirurgie der galwegen

<https://hdl.handle.net/1874/231115>

N 40192
1896

Med. 21 Mei 1896

KLINISCHE BIJDRAGE

TOT DE

CHIRURGIE DER GALWEGEN.

L. P. VAN LELYVELD.

A. qu.
192

KLINISCHE BIJDRAGE
TOT DE
CHIRURGIE DER GALWEGEN.

KLINISCHE BIJDRAGE
TOT DE
CHIRURGIE DER GALWEGEN.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

Doctor in de Geneeskunde

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT,

NA MACHTIGING VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS

DR. M. Th. HOUTSMA,

Hoogleeraar in de Faculteit der Letteren en Wijsbegeerte,

VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT DER UNIVERSITEIT

TEGEN DE BEDENKINGEN VAN

DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE

TE VERDEDIGEN

op Donderdag 21 Mei 1896,

des namiddags te 4 uur,

DOOR

LUCAS PETRUS VAN LELYVELD,

Arts te 's Hertogenbosch,

geboren te HOORN.



UTRECHT. — P. DEN BOER. — 1896.



RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT



1294 5691

AAN MIJNE MOEDER.

THE MUSEE ROYAL D'ART ET D'HISTOIRE

Naast mijnen dank aan Hoogleeraren en Lectoren der Medische en Philosophische Faculteiten voor wat zij tot mijne opleiding en vorming bijdroegen, een woord van erkentelijkheid tegenover U, Hooggeleerde NARATH, voor de bereidwilligheid, waarmede Gij de taak van Promotor hebt op U genomen.

Begrijpelijkkerwijs geldt mijne dankbaarheid vooral U, Hooggeleerde VON EISELSBERG en Uwen diepbetreurden voorganger, wijlen Prof. SALZER, voor alles wat ik in de afgeloopen jaren als Uw beider assistent mocht leeren. Moge ik naar die voorbeelden eenigermate de voortreffelijke beginselen van den grooten Meester Uwer school leeren in toepassing brengen.

Mijne vrienden, moge Uwe herinneringen, opgebouwd uit het lief en leed onzer jongelingsjaren, zich met evenveel belangstelling tot mij keeren, als waarmede ik U op Uwen weg blijf vervolgen.

THE
HISTORY
OF
THE
CITY
OF
NEW
YORK
FROM
1624
TO
1898
BY
JOHN
B. HOGAN
AND
JAMES
M. SMITH
NEW
YORK
1898

INLEIDING.

Gedurende een tijdperk van bijna 2 jaar (Jan. 1894—Dec. 1895) werden door Prof. VON EISELSBERG in de Chirurgische Kliniek te Utrecht en in privatum een tiental operaties der galwegen verricht, welke mij een geschikte aanleiding schenen, de waarde der toegepaste methoden na te gaan en een overzicht te geven van de ontwikkeling der galwegchirurgie. Weinigen zullen bestrijden, dat er in het leven van elken galsteenleider, welke gunstige resultaten een interne behandeling (diëet, melk, ol. oliv., Durande's middel, sulf. natr., Karlsbad) ook hebben moge, oogenblikken komen kunnen waarin de grootste gevaren hem bedreigen.

Daargelaten de kans op allerheftigste aanvallen, waaraan juist de kuur de patienten blootstelt, zegt EICHGORST: „Besonderen Werth lege man darauf, dass die Kur (Carlsbad) mehrere Jahre hintereinander wiederholt werde, um das Uebel möglichst vollständig zu heben." Wat echter de gevolgen eener jarenlang voortgezette therapie zijn, welke de kwellingen zijn, waaraan de lijder blootstaat, niet alleen de tallooze patienten van RIEDEL, KEHR e. a., ook onze ziektegevallen geven daarvan getuigenis en alleen het bijwonen van galwegoperaties kan den internist, die niet of slechts aarzeland de indicatie gesteld heeft, van het nut en de noodzakelijkheid overtuigen.

Of de chirurgische therapie afdoende is? alles hangt af van den aard en den omvang van het lijden, van de interne kan men dat nooit met zekerheid beweren, RIEDEL noch KEHR zagen in 4 jaar geen recidief optreden (en beschouwen het bij langdurige drainage der blaas ook onwaarschijnlijk), de laatste wijst er op, hoe geheel verschillende aandoeningen met den naam van „recidief” bestempeld worden en het eenige wat als zoodanig zou kunnen gelden, is een secundair leverabsces met zandigen etter gevuld, (SCHMIDT), 5 jaar na galblaas-exstirpatie (CZERNY) opgetreden. In elk geval is dit dus geen factor, die bij de beoordeeling behoeft mede te spreken, terwijl naarmate het lijden langer duurt, de prognose zoowel voor het welslagen der operatie als voor blijvende genezing twijfelachtiger wordt, daar men „een oppervlakkig ingrijpen zich laat veranderen in eene onberekenbare kunstbewerking in de diepte”. Men wordt bij deze operaties vooral getroffen door de verscheidenheid van klachten, door eene zelfde aandoening veroorzaakt, en door de bedriegelijkheid der symptomen, groote afwijkingen met geringe bezwaren, heftig langdurig lijden, waardoor men een enkelen steen moet aansprakelijk stellen.

Dit juist is ons goed recht, dat bij behoorlijke voorzorgen het gevaar van ingrijpen in geen verhouding staat tot het lijden, dat anders kan volgen, maar ten volle ook sluiten wij ons bij Riedel aan: „Um Missverständnisse zu vermeiden, nur noch die Bemerkung, dass die Operation der Gallensteine und der Adhaesionen niemals Allgemeingut der Aerzte werden wird; dazu ist die Sache doch zu verwickelt; der anscheinend einfachste Fall kann eventuel ganz ausserordentliche Schwierigkeiten bieten.”

Mijne 10 ziektegevallen splitste ik in 2 rubrieken, de eerste bevat de op zichzelf staande operaties aan de galblaas en den ductus choledochus, waaraan zich eene korte beschouwing en uiteenzetting der hierbij het meest in het oogspringende symptomen aansluit. In de tweede rubriek vereenigde ik de

4 gevallen van cholecyst-enterostomie, die ook wegens actiologie en uitkomsten veel opleveren, wat der bespreking waard is.

Het slot vormt een overzicht van de ontwikkeling en waardeering der galwegchirurgie; toen ik mij hiervoor een plan opgemaakt had, bleek dit in hoofdtrekken op gelukkige wijze overeen te stemmen met het door ROTGANS gevolgde schema, alleen meende ik in verband met de uitgebreider behandeling van mijn onderwerp ook hier meer in bijzonderheden te mogen treden.

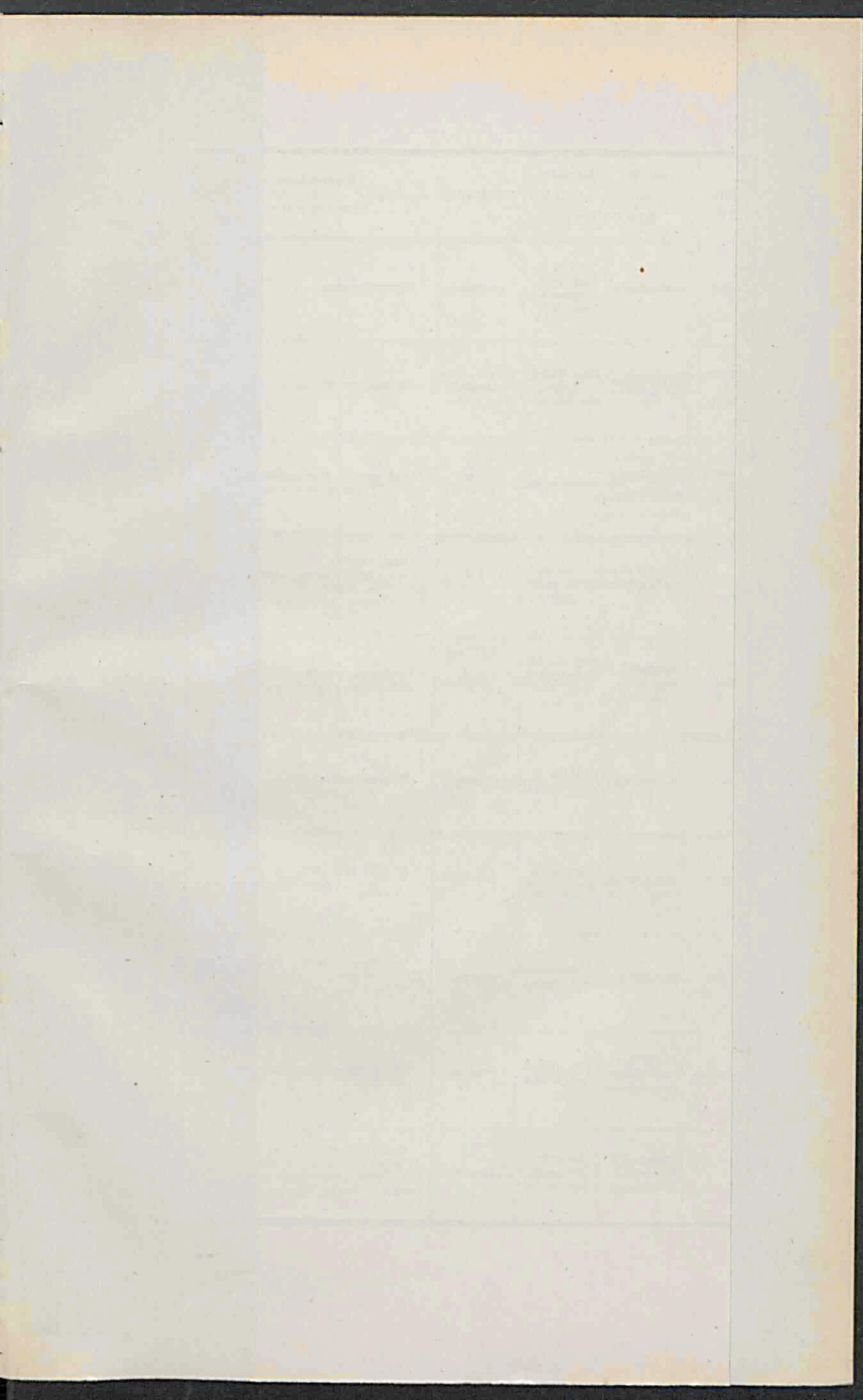
LITERATUUR.

NAAM.	BRON.
ABBE,	N Y. Med. Rec. 1893, Ref. C. f. Chir. 1893, N ^o . 10.
BARDENHEUER,	Berl. klin. Woch. 1888, pg. 877.
BAUDOUIN,	Progr. Med. T. XX, N ^o 35.
BEAUMETZ (DUJARDIN),	Progr. Med. T. XIX, N ^o . 10.
” ”	” ” T. XX, N ^o 32.
BERNAYS,	Ref. C. f Chir. 1890, n ^o . 47.
BLAISE,	Thèse de Nancy, 1893.
BLOCH,	Medic. Bemerk., Berlin 1774, Cit. Lieber- kühn, In.-Diss Berlin 1894.
”	Rev. de Chir. 1895.
BROCKBANK,	Brit. Med. Y. 1895, I, pg. 865.
BOETERS,	Inaug Diss. Leipzig 1894.
CALOT,	Thèse de Paris, 1891.
CHADWICK,	Brit. Med. Y., 1895, I.
COLZI,	Cit. Paturet, Thèse de Paris 1893.
COURVOISIER,	Cas -Stat. Beitr z Path. u Ther. d Gallenw , 1890.
CREDÉ,	Lang. Arch XXXIX (1889).
CZERNY,	D. Med. Woch 1892, N ^o . 23.
”	Cit Lobstein, Beitr. z. klin Chir. XIII, 2.
DELAGINIÈRE,	Rev de Chir. 1895, N ^o . 11.
”	Thèse de Paris, 1890.
DENUCÉ,	Thèse d'agr. Paris, 1886.
DIEULAFOY,	Man. de Pathol. Int.
DOMINICI,	Progr. Med. 1894, Jan. en Febr. en N ^o . 25
”	Thèse de Paris 1893.
EICHHORST,	Handb. d Spec. Path. u Ther. 5 te Aufl.
V. EISELSBERG,	Ned T. v. Gen. 1896, I, 8.
ELLIOT,	Med. News 1895, Ref. Brit. Med. Y. Sept. 1895.

NAAM.	BRON.
EVERKE,	D. Med. Woch. 1895, Mai.
FONTAN,	Progr. Med. T. XX, N ^o . 28.
FRAENKEL,	Wien. klin. Woch. 1891, N ^o . 13.
FRANK,	C. f. Chir. 1893, N ^o . 42.
GAILLAIRD,	Progr. Med. T. XX, N ^o . 37.
GASTON,	Brith. Med. Y 1887, Cit. Paturet, Th. de L. 1893.
GILBERT,	Progr. Med. 1894, Jan, Febr. en N ^o 25.
HANOT,	Progr. Med. 1894, Jan.
HARLEY,	Diseas. of the liver, Cit. Roth, Lang. Arch. XXXII.
HANOT,	Progr. Med. 1894, Jan.
HELFERICH,	Cit. Lobstein, Beitr. z. kl. Chir. XIII, 2.
HELLIER,	Brit. Med. Y., 1895, pg. 977.
HERLIN,	Cit. Lieberkühn, In.-diss. Berlin, 1894.
HEUSNER,	D. Med. Woch. 1890.
V. D. HORN v. D. BOS,	Ned. T. v. Gen., 1895, II. 13.
KAPPELER,	Corr. f. Schw. Aerzte, Sept. 1887, cit. Paturet.
KEHR,	Berl. klin. Woch. 1893.
"	D. Z. f. Chir. XXXIII, Juni 1894.
"	Berlin. Klin. N ^o . 36, Dec. 1894.
"	Lang. Arch. XLVIII, 1894.
KLEIBER,	In.-diss. Greifswald, 1892.
KLINGEL,	Beitr. z. kl. Chir. V, 1889.
KOCHER,	Corr. f. Schw. A. 1890 (XX)
KÖNIG,	Lehrb. d. Spec. Chir. 1893.
"	Centr. f. Chir. 1895, N ^o 4.
KÖRTE,	Berl. kl. Woch. 1885, N ^o . 48.
"	" " " 1889, N ^o . 4 en 5.
"	Samml. klin. Vortr., N ^o . 40, Febr. 1892.
"	C. f. Chir. 1893 (Verhdl. d. D. G. f. Chir. 1893).
KÜMMEL,	D. Med. Woch. 1890.
KÜSTER,	Verhdl. d. D. G. f. Chir. 1887.
"	Lang. Arch. XXXVI (1887).
"	Lang. Arch. XLIII (1891).

NAAM.	BRON.
LANDERER,	Munch Med Woch. 1886 N ^o . 17.
LANGENBUCH,	Berl. klin Woch. 1882, N ^o . 48
LAUENSTEIN,	Centrbl. f. Chir. 1893, N ^o . 1.
„	Festschr. f. ESMARCH, 1893.
LEPETIT,	Thèse de Paris, 1894.
LINDNER,	Berl. klin Woch. 1892, N ^o . 11.
LOBSTEIN,	Beitr. z. klin. Chir. XIII, 2.
LOOS,	Inaug. Diss. Kiel, 1894.
MARWEDEL,	Beitr. z. klin. Chir. XIII, 3.
MEHLISS,	Schmidt's Jahrb. XXIX, 1879.
MERMANN,	Beitr. z. klin. Chir. IX, 1892
„	„ „ „ „ XIII, 2.
MICHAUX,	Rev. de Chir. 1893, blz. 408.
MONASTYRKI,	Cit. n. Paturet
MORRIS,	Br. Med. Y. 1895, I blz. 238.
MORRISON,	Br. Med. Y. 1894. II blz. 969 en 1312
MURPHY,	Amer. Y. of Obst. 1895.
„	Ref. Centr. f. Chir. 1895 N ^o . 33.
NASSE,	Berl. kl. Woch., 1893, N ^o . 1.
„	Lang Arch. XLVIII, 1894.
NAUNYN,	Klinik der Cholelithiasis, 1892.
NUSZBAUM,	Deutsche Chir., Lief. 44.
PARKES,	Cit. Blaise.
PATUËRET,	Thèse de Paris, 1893.
PETIT,	Cit. Witzel, D. Z. f. Chir. XXI, 1885.
POZZI,	Progr. Med. 1894, t. XX. N ^o . 30.
QUÉNU,	Rev. de Chir. 1895.
RANSOHOFF,	New. Y. Med. Rec. 1882, cit. n. Blaise.
REHN,	Cit. n. Lobstein.
RIEDEL,	Erf. üb. Gallenst. m. u. o. Ict., 1892.
ROBSON (M.)	Brit. Med. Y. 1892 April.
„	Ref. C. f. Chir. 1893, N ^o . 16.
ROSE,	D. Z. f. Chir. XXXI.
ROTGANS,	Geneesk. Bladen, I. N ^o . 12.
ROTH,	Lang. Arch. XXXII, 1885.

NAAM.	BRON.
SALZER,	Ned. T. v. Gen. 1893, I, pg. 692.
SCHMIDT (DR G B.),	Festschr. f. Prof. B. Schmidt 1896.
SENDLER,	D Z f Chir. 1895. 1 en 2
SENGER,	Berl kl Woch. 1890, N ^o . 2.
SIEGERT,	Virch Arch. Bd 132 Hft 2.
SIMS,	Br. Med. Journ. 1878, cit. Blaise, D. Z. f Chir. XXI.
SOUTHAM,	Br Med. Y. 1895. I blz. 754.
SPRENGEL,	Lang Arch. Bd XLII, 1891.
STRÜMPPELL,	Lehrb. d. Spec. Path. u. Ther. 1890 en 1895.
TAIT (LAWSON),	Br Med. Y. 1885, pg. 275.
TEALE (PRIDGIN),	Br. Med. Y. 1895, I.
TERRIER,	Rev. de Chir. 1892.
"	" " " "
TERRIER EN DALLY,	Rev. de Chir. 1891 en 1892.
THIRIAR,	Ref C. f Chir. 1893, N ^o . 40.
THOMAS,	Br. Med. Y. 1894, I 188
THORNTON,	Br. Med. Y. 1887, pg 1149.
TILLAUX,	Traité d'Anat. Topogr. 1892.
"	Cit Paturet
TUFFIER,	Rev. de Chir. 1895
"	Progr Med. 1894. T. XXI N ^o . 30.
"	Sem Med. 1896, N ^o . 16.
VAUTRIN,	Progr. Med. 1894, N ^o 15.
VOGT,	D Med. Woch 1890.
V. WINIWARTER,	Prag Med. Wochenschr. 1882, cit. n. Paturet.
"	Festschr f BILROTH.
WITZEL,	D. Z. f. Chir. XXI, 1885.
WRIGHT,	Brit. Med. Y, 1891.
WÖFLER,	Wien. kl Woch 1890, N ^o . 20 en 21.
WYNHOFF,	Geneesk. Blad., I, N ^o 10.
ZIELEWICZ,	Centr. f. Chir. 1890.



		GESLACHT.	LEEFTIJD.	ICTERUS.	KOLIEK.	FAECES.	URINE.	TUMOR.	INHOUD.	WAND.	Gestelde	Gevonden	AFLOOP.	Bijzondere opmerkingen.	
		D I A G N O S E.													
CHOLECYSTOTOMIE.	Cholecyst-endyse.	I.	J. v. d. W., vr.	28 j.	neen	ja	gewoon	gewoon	8 × 3 cM., gespannen.	grijze vloeistof	verdikt	cholelithiasis	lithion in duct. cyst., hydrops ves. fell.	genezen	Blijvend genezen.
		II.	N. N., vr.	40 j.	neen	ja	gewoon	gewoon, wat galkleurstof betreft.	vuistgroot	2 groote steenen; 1 ingeklemd in d. cyst.	ontstoken en verdikt.	cholelithiasis, ren mobilis?	cholelithiasis + ren mobilis	genezen	Blijvend genezen.
	Cholecystopexie.	III.	N. N., m.	41 j.	neen	ja	gewoon	gewoon	sterk gevuld	Geringe hoeveelh. gal, groote massa gruis en steenen, waaronder 31 grootere.	algemeen hypertrophisch.	cholelithiasis, adhaesiones?	cholelithiasis	† 3 w. p. o.	Causa mortis: Haemorrhagia ventric. (Periton. circumscr.)
		Cholecystostomie.	IV.	V., vr.	42 j.	ja	ja	wit	donker	vergroot, zeer gespannen.	groote hoeveelh. donkergekleurde gal.	?	cholelithiasis	carcin. pancr.	† 6 d. p. o.
	V.		V., m.	49 j.	neen	ja	gewoon	urobiline	zeer vergroot	1 Liter etter en 1 steen.	dik	angiochol. supp., cyst. ves. fell.	emp. ves. fell. cholelithiasis, tum. mal. in hep.	† 6 d. p. o.	Carcinoma hepatis. Etter bevat staphyl. pyog. alb.
CHOLEDOCHOTOMIE.		VI.	B., m.	42 j.	ja	ja	wit	donker	geschrompeld	—	—	cholelithiasis	lithion in duct. choled.	genezen	Blijvend genezen.
CHOLECYST-ENTEROSTOMIE.	Duodenostomie.	VII.	v. D., m.	49 j.	ja	ja	nooit volkomen gekleurd.	donker	sterk uitgezet en gespannen.	donkere gal met zwart galsteengruis.	verdikt	cholelithiasis	lithion in duct. choled.	genezen	Recidief na 1 jaar. (choled. steen bleef zitten.)
		VIII.	B., vr.	57 j.	ja	ja	meestal ontkleurd.	donker	kindervuist-grootte.	donker gr. gal.	verdikt	cholelithiasis	occlusio duct. choled.	genezen	Gal bevat staphyl. pyog. alb. en kleine bacillen. Blijvend genezen.
	Jejunostomie (retro-colica).	IX.	N. N., vr.	35 j.	ja	neen	nu en dan ontkleurd.	donker	groot	groote hoeveelheid gal.	papierdun	Cirrh. hep., afsluiting der galwegen.	sten. (calc.?) duct. choled.	genezen	Alg. toestand vooruit gegaan.
		X.	H. O., m.	22 .	ja	neen	normaal	donker	uitgezet	groote hoeveelheid gal.	?	hepat. diff. na absc. hepat.	bovendien compress. duct. choled.	genezen	Herhaalde epistaxis en bloeding in de wond gedurende de genezing. April '96. Intern lijden schrijdt steeds verder. Diastasis. Mm. r. abd.

HOOFDSTUK I.

CHOLECYSTOTOMIE.

Geval I. J. v. d. W., vr., 28 j. *Hydrops vesicae felleae, Lithion inductu cystico. Cholecyst-endyse. Genezen.*

Anamnese: 4. XI '95. Patiente, vroeger altijd gezond (2 j. geleden is een rechter liesbreuk elders door alcoholinjecties genezen met tot nu toe blijvend succes), heeft $\frac{1}{2}$ jaar geleden niet uitstralende pijn gekregen in het rechterbovengedeelte van het abdomen, welke, eerst afwisselend, vóór 3 w. continueel werd met sterke, kort aanhoudende verheffingen.

Ruim 1 week geleden, nadat zij een paar dagen allerhevigste pijn gehad heeft, is deze geheel verdwenen en alleen een onaangenaam gevoel aldaar is overgebleven, dat nu weer verergert.

Nooit heeft zij icterus gehad, nooit heeft zij bemerkt, dat hare urine donker zag, op kleur der ontlasting nooit gelet, wel klaagt zij over obstipatie (alle 3 of 4 d. ontlasting) in de laatste maanden. Zelf geeft zij aan, dat in de rechterleverstreek eene verharding is, welke bij ligging op de linkerzijde eveneens naar links gaat.

Pat. wenscht operatie.

Stat. praes. Gezond individu. Lever normale grootte.

Halve handbreedte onder rechter ribbenboog voelt men in de streek der galblaas eene kindervuistgrootte, weinig fluctueerende, bewegelijke niet pijnlijke tumor, welke door een streng met de lever schijnt verbonden te zijn.

Urine normaal, faeces normale kleur.

Diagnosis interna: *Hydrops ves. fell. of goedaardige darmtumor.*

Operatie. 5. XI. '95. Chloroform-narcose: Mixt. Billr., 75 min., 80 cM₃.

In het begin veel braken van maagsap en slijm, ook nog gedurende en na de narcose. Sterk excitatie stadium, na afloop terugkomend.

Longitudinale incisie (12 cM.) van arcus costar., langs buitenrand v.

M. rect. abd. d.; na bloedstelping peritoneum geopend. Worstvormige galblaas vertoont zich, met zeer gespannen wand, 8 cM. lang, 3 cM. breed.

Lever niet vergroot of verhard, duct. choled. vrij, in duct. cyst. is een hard lichaam te voelen. In rechterzijdigging komt bij incisie der aan 2 suturen naar buiten getrokken galblaas eene groote hoeveelheid grijsachtig gekleurde vloeistof te voorschijn. De wand der blaas is verdikt; na verwijding der opening en fixatie met pincen wordt met een koorntang en door gelijktijdige massage een steen uit den duct. cyst. geextraheerd. Na omsnijding der gekneusde wondranden wordt de blaaswond door mucosa- en Lember't'sche peritoneaalnaden gesloten.

In het coecum voelt men nog een hard lichaam, verder niets abnorms. Hechting der buikwand in 3 etages. Krulgaas-kleefpleisterverband.

8. XI. In abdom. niets abnormaals, pat. hoest echter veel en heeft verhoogde temp. (7. XI. 's av. 38,°2), lichte broncho-pneumonie. Expecto-rantia, flor. Tiliae.

14. XI. Buikwond p.p. genezen, jod. gaas-collod. strookje.

28. XI. Broncho-pneumonie genezen. Geen pijngevoel in de buik. Bij de ontlasting zijn nooit steenen gevonden.

21. I. 1896. Geene pijnen meer gehad, zachte leverschijn onder ribben-boog palpabel; litteeken normaal, iets gevoelig. Sedert operatie ge-regelde defaecatie.

Gelijk de vergelijking met volgende ziektegeschiedenissen ons zal leeren, mogen we dit als een ideaal geval ter operatie beschouwen, zoo zelfs, dat velen hier nog geene absolute indicatie zullen aannemen. Het lijden duurt pas kort ($\frac{1}{2}$ j.), vóór enkele weken eerste acute aanval, echter zonder invloed op den algemeenen toestand en zonder duidelijke verschijnselen, daar geen icterus of galhoudende urine is verschenen.

De diagnose was eenigszins twijfelachtig; de bewegelijke tumor kon in verband met de trage ontlasting zeer goed voor een stenoseerenden darmtumor spreken, de vrij typisch gelocaliseerde pijn met de heftige aanvallen pleitten meer vóór galsteen, waarbij dan de tumor de met vocht gevulde galblaas zijn moest met of zonder steen, welke bij den laatsten aanval zich misschien reeds door den d. choled. tot in den darm begeben had.

De subjectieve toestand en de objectieve bevinding ver-

eischten niet dringend een ingrijpen, hoewel de patient zelf er naar verlangde; de gewettigheid kon slechts bepaald worden door de omstandigheden, waaronder het zou plaats hebben. Daarom behoefde in dit geval geen oogenblik gearzeld te worden, en heeft ook het beloop onze handeling gerechtvaardigd.

De verwijdering van den denduct. cyst. afsluitenden steen geschiedt zonder veel moeite van de galblaas uit; zoo het harde lichaam in het caecum nog een galsteen geweest ware, door den genoteerden aanval in den darm gedreven, zou deze waarschijnlijk wel vóór het vertrek (23 d. p. o.) ontlast zijn, eerder mogen wij het dus voor harde faecaalmassa houden. Zichtbaar was geen gal te herkennen in den inhoud der galblaas, wat voor niet zoo kort bestaande sluiting van den duct. cyst. pleit. Waaraan de verbetering der ontlasting toe te schrijven? evenzeer als nu, vermengde toch ook vroeger de gal zich met den darminhoud, terwijl men aan de bewegelijke vergroote galblaas bezwaarlijk zooveel drukkenden invloed op het colon mag toeschrijven. De lichte broncho-pneumonie tengevolge van het vele braken en aspiratie tijdens de narcose, had geen ongunstigen invloed op het algemeen beloop, terwijl het succes volkomen is, daar volgens einde April ingewonnen berichten geene enkele klacht bestaat en het litteeken volkomen resistent is.

Geval II. N. N., vr., ruim 40 j. *Cholelithiasis. Ren mobilis dexter. Cholecyst-endyse. Genezen.*

Anamnese: In hare jeugd lichamelijk zwak, (mazelen, typhus, beide vergezeld van pneumonie, op 18 j. leeftijd keelziekte), begon zij op 23 j. ouderdom te lijden aan eene blaasontsteking, gevolgd door nierlijden (etter, somtijds haematurie, heftige nierpijnen) met herhaalde recidieven.

In 1881 deed zij Karlsbaderkuur en was vrij gezond tot 1884, alleen had zij somtijds een „uiterst wee” gevoel in het onderlijf, en een enkelen keer pijn in den rug, die om rechter hypochondrium heen in de maag schoot (voor maagpijnen aangezien). In Nov. 1884 allerheftigste pijn in de streek van ang. scap. d., aanvalsgewijze, welke Dec. 1884 onder hooge koorts verdween. Urine kreeg langzamerhand eigenaardige door-dringende lucht, bij ontbreken had pat. pijn in de nierstreek. Nooit is

niergruis of steen gevonden; in den laatsten tijd is deze lucht verdwenen; de genezing eener vroeger nooit herkende malaria verbeterde ook den algemeenen toestand. Sept. 1892 door koudevatten heftig recidief van het nierlijden (zeer sterke albuminurie en veel etter, ook somtijds koorts). Mei 1893 Karlsbaderkuur. Nu verhief zich weder het „weë” gevoel in het onderlijf met kortademigheid en maagpijnen. Deze vertoonden zich langzamerhand in geregelde aanvallen, tenslotte vrijwel geene intervallen; de pijn kwam op in den rug en trok rechts naar voren.

11—12 Maart 1894 allervreeselijkste aanval; toen wordt voor het eerst een tumor in de streek der galblaas gevoeld, die zich naar rechts beneden verplaatsen laat, vuistgroot en vrij resistent is.

Diagnose: Hydrops ves. fell. e cholelith. of ren mobilis.

Mei 1894. *Operatie.* Chloroform-narcose.

Longitudinale incisie over den tumor, welke de zeer uitgezette galblaas blijkt te zijn, naar buiten houding aan 2 suturen en opening; zij bevat behalve eene ruime hoeveelheid gal 2 groote steenen, waarvan één bewegelijk, de ander in de diepte in den duct.cystic. ingeklemd. Met veel moeite gelukt het van het blaaslumen uit ook dezen steen te verwijderen. De blaaswand is ontstoken en verdikt, excisie van de randen der opening, welke door mucosa- en serosanaden gesloten wordt. Laagsgewijze sluiting der buikwand. Eene reeds vroeger waarschijnlijk geachte en bij de operatie aangetoonde rechterzwerfnier wordt niet in behandeling genomen.

Ongestoorde genezing. De koliek-aanvallen herhaalden zich tot dusverre niet, litteeken nu en dan spontaan, op druk altijd, pijnlijk. In allerlaatsten tijd begint het „weë” gevoel weer.

Het is niet gemakkelijk, uit het symptomencomplex, door de zeer intelligente, vertrouwbare patient aangegeven, de klachten der evidente nierziekte te scheiden van de blijkbaar ook reeds lang bestaande galblaasaandoening. Vóór 1884 toch had zij reeds pijnen in en nabij rechterhypochondrium, voor „maagpijn” aangezien; de aanval van Nov. 1884 moet o. i. eerder aan het nierlijden worden toegeschreven, daar bij een zoo heftigen aanval van lever- of steenlijden, met hooge koorts gepaard, zeer waarschijnlijk icterus of galkleurstof in de urine ware gevonden. Het herhaald onderzoek bij de verschillende recidieven van nierlijden zou ook toen natuurlijk elke galresorptie van eenige beteekenis ontdekt hebben. Daar verheffen

zich in Mei 1893 de aanvallen en worden spoedig ondragelijk door hevigheid en veelvuldigheid, en nog steeds geene sporen van leverlijden, eindelijk in Maart 1894 allerhevigste koliek en nu eerst wordt een tumor ontdekt, die in verband met het nierlijden voor een zwerfnier kon doorgaan.

Is het niet of wij een geval van RIEDEL hebben nageschreven, eene combinatie van maagpijn en zwerfnier! Zoo er slechts eenige leversymptomen geweest waren, zouden wij de malaria als „fièvre intermittente hépatique avec type palustrique” (DUJARDIN-BEAUMETZ) willen houden. Gelukkigerwijs werd de patient niet langer met badkuren gekweld; de voorafgegane, toen voor het nierlijden aangegeven, waren niet bij machte geweest, eenigen invloed te oefenen op het galsteenlijden en de operatie deed ons zien, dat daarvan ook wel nooit sprake zou zijn, daar men zich niet zal voorstellen, dat een steen, dien men instrumenteel slechts met groote moeite kan verwijderen, ooit door contractie der wand enz. langs normalen weg zal uitgedreven worden.

De nephropexie werd met het oog op den duur der operatie en het gevaar voor infectie van eene der wonden achterwege gelaten; eene doelmatige bandage blijkt verdere klachten dienaangaande opgeheven te hebben.

Geval III. L. N., m., 41 j. *Cholelithiasis. Cholecystopexie. Haemorrhagia ex ulcere ventriculi. Gest.*

Anamnese: Juli 1893. Pat. is door hevige maagpijnen met braken, nu reeds 2 j. durend, in zeer gedeprimeerden toestand geraakt en veel verzwakt.

Door zijn vroegeren medicus is hij als galsteenlijder beschouwd, hoewel nooit steentjes gevonden zijn in de ontlasting en typische galsteenkoliken niet voorkwamen. Pat. is nu mager, taniggeel, niet bepaald kachectisch; physisch onderzoek van thorax en abdomen levert niets bijzonders op, urine bevat geen galkleurstof, geen icterus, beide evenmin later.

Door medicamenten (symptomatische) afwisselend verbetering, zoodat algemeene toestand dezelfde blijft. Nov. 1893 concentreerden de pijnen zich meer en meer in de linkernierstreek, de aanvallen waren allerheftigst, duurden 3—4 d. en gingen met hevig braken gepaard. Dec. 1893

werd bij volslagen negatief onderzoek eerst nog Karlsbaderkuur door-gemaakt, zonder succes, terwijl massage van den linkernierstreek absoluut niet verdragen werd. Daarop:

Jan. 1894. Operatie. Chloroform-narcose.

Incisio mediana tusschen navel en proc. ensif. Spoedig wordt rechts de sterk gevulde galblaas gepalpeerd, vrij in abdomine liggend, waarom op de eerste incisie een 2^{de} dwars naar rechts gezet wordt. Galblaas naar buiten gehaald en geopend. De wand is algemeen hypertrophisch, de inhoud bestaat uit een weinig gal en eene groote massa galsteen en zand; behalve 31 van hazelnootgrootte honderde kleinere. Aan de diepere galwegen wordt niets abnormaals geconstateerd, waarna de galblaas door mucosa- en serosa-naden gesloten en met eenige suturen aan het perit. parietale gesuspendeerd wordt. Etagenaad der buikwand. In de eerste dagen is beloop gunstig, daarna keeren pijnen weder, in den buikwand vormt zich een absces, dat met drainage en vochtig antiseptisch verband behandeld wordt en 3 w. post oper. sterft pat. plotseling aan collaps.

Obductie: Buikwandabsces, uitgebreide gemakkelijk op te heffen adhaesies van alle met peritoneum bekleede deelen rondom operatieveld, en van den maagwand met de linkerleverkwab; na opening van het maaglumen blijkt eene kolossale bloeding uit een ulcus ventriculi aan de curvatura minor dicht bij de cardia te hebben plaats gehad.

Diagnosis pathol.-anat.: Haemorrhagia ex ulc. ventr., periton. circumscr.

Hoewel de vroeger gestelde diagnose van galsteenlijden juist was, vragen wij ons af, waarop die gesteld werd: post factum blijken de tegenwoordige klachten grootendeels verklaarbaar uit het maaglijden, dat intra vitam niet ontdekt werd, daar pat. in gezonde tijden ook de zwaarste spijsen verdroeg en haematemeses nooit is opgetreden. De diagnose schommelde dan ook tusschen galsteen, niersteen (herhaalde Karlsbaderkuur) en peritoneale adhaesies, waarom eene laparotomia med. werd verricht, welke later, zooals CZERNY altijd wenschelijk vindt, in een rechthoeksneede werd voortgezet. De plaats der incisie toont ook, dat zelfs in narcose geen spoor van gezwel is te palpeeren geweest, merkwaardig vooral bij den waarschijnlijk harden aard. Wegens de volkomen bewegelijkheid der blaas moeten de links gelocaliseerde pijnen

eerder van het maagculus afhankelijk gesteld worden. Als altijd is het moeilijk, den oorzaak der circumscripte peritonitis aan te geven; zoowel het buikwandabsces als de gelocaliseerde ontsteking pleiten voor eene infectie van het blaaslumen uit, eene besmetting van buiten af dur. oper. is echter ook mogelijk, in hoeverre de toepassing der droge asepsis het peritoneum gelaedeerd en zoo vatbaar gemaakt heeft, is eene niet op te lossen vraag. Wellicht ware hier eene cholecystostomie meer van pas geweest, daar het slijmvlies der gasblaas, welke langen tijd zoovele steenen bevatte, ongetwijfeld groote veranderingen ondergaan had en dus eene vrije afvoer der secreta van veel belang was.

CHOLECYSTOSTOMIE.

Geval IV. G. V., vr., 42 j. *Tumor pancreatos, Cholecystostomie. Gest. Anamnese*: 21 m., X. '95. Pat., ongeh., is vóór 3 md. zonder oorzaak ziek geworden. Had voortdurend pijn in de buik, pl.m. 1 dM. boven de navel. Dit werd heviger en met exacerbaties straalde ze uit naar den rug rechts. Sinds 5 w. is zij geel, het eerst aan den oogbol. Tegelijk werden faeces dun en wit, urine donkerbruin met geel schuim. Eerst braakte zij veel en direct na het eten, had vele koude rillingen en zweette sterk.

Stat. praes. Pat. is zeer klein en vertoont sterke rachit. verkrommingen. Sterke icterus. Leverrand en galblaas te palpeeren, de laatste meer naar de mediaanlijn en beneden. Geen vloeistof in abdomine, faeces wit, urine donkerbruin, vertoont alle galreacties. Geen temperatuursverhooging.

Operatie 30/X. '95. Chloroform-narcose: Mixt. Billr., 85 min. 50 cM³. Huidsnede (12 c.m. lang) van proc. ensif. evenw. arc. cost. d. Na bloedstelping opening van het peritoneum. In buikholte een weinig lichtgele vloeistof. Galblaas, welker wand zeer gespannen is, reikt tot pl.m. 3 vingerbr. onder ribbenboog, waar leverrand 1 à 1½ cM. onderuitkomt; hare oppervlakte is hard, vertoont eenige knobbels, de rand zelf is ook geïnfilteerd. Onder de galblaas eene harde, vuistgrootte tumor, welke den d. choled. afsluit, waarschijnlijk van het pancreas uitgaande. Aan de maag niets bijzonders. Peritoneum is ook bezaaid met kleine knobbeltjes.

In rechterzijdeligging stroomt bij opening der galblaas eene groote hoeveelheid donkergekleurde gal uit, met vinger en sonde wordt geen steen gevonden. Van cholecyst-enterostomie wordt afgezien en tot uitw. galblaasfistel besloten. Peritoneum gedeeltelijk gesloten en op 4 c.M. afstand van hare wondranden wordt de galblaas aan het perit. pariet. gehecht,

op enkele plaatsen ook aan de fascia en het uitstekende gedeelte der blaas tegen een daarin liggende drainagebuis gebonden. Huidhechting. Verband. 31, X. Algemeene toestand bevredigend, flatus, spontaan bijna witgekleurde ontlasting. Veel gal is uitgestroomd, permanente drainage toegepast.

1, XI. In 24 u. 250 c.M.³ gal. Eenig braken. 2. XI. 240 c.M.³ gal. 3. XI. Pat. gaat hoesten en expectoreert taai slijmerig sputum, 250 c.M.³ gal. 5. XI. 125 c.M.³ gal, geen flatus, beginnend meteorismus met ructus. Herhaald braken, veel hoesten en opgeven van taaie sputa. Frequent pols. Diagn.: Broncho-pneumonie en peritonitis; expectorantia en lavementen; onder toeneming der verschijnselen

8. XI. Mortua.

Obductie: Peritonitis purulenta rondom de galblaas, welke goed vergroeid is met den buikwand. Lever is bezet en doorwoerd met carcinoomknobbels. Caput pancreatos is ééne vaste carcinoommassa.

Op 2 cM. afstand van de papilla Vateri is het lumen van den duct. chol. zeer vernauwd door 3 speldeknopgrootte knobbeltjes, welke de mucosa uitstulpen in het lumen. Maag en duodenum sterk opgezet.

Peritoneum overal bezaaid met carcinoomknobbeltjes.

De diagnose afsluiting van den duct. choled. was duidelijk, terwijl wegens de galblaastumor, de exacerbeerende, uitstralende pijnen en braken galsteen werden aangenomen. De anamnese deed een febril verloop vermoeden, (leverontsteking?) bij het zeer kleine rachitische vrouwtje behoefde aan het voelen van lever en galblaas weinig waarde gehecht te worden.

Reeds onmiddelijk kon men uit de veranderingen der leverrand tot die in de diepte besluiten; de uitstrooming der groote hoeveelheid gal uit de niet zeer groote, doch sterk gespannen galblaas wijst op stuwung in de hoogere galwegen. Van cholecyst-enterostomie werd waarschijnlijk afgezien om de operatie spoediger te doen eindigen en alle mogelijke verdere galstuwung te voorkomen door de aanlegging der fistel, echter zuiver als symptomatische hulp, daar velen in de groote verbreiding der carcinose, — groote tumor met talrijke disseminaties in lever en peritoneum, — zelfs voldoende grond zullen zien tot volkomen sluiting der buikholte.

Het ophouden, zelfs niet verschijnen, der galvloeijing is meer opgemerkt; somtijds kon men te sterke spanning van de aan het peritoneum gehechte blaas en zodoende knikking van den duct. cyst. aannemen, daar na losmaking de blaas zich snel en sterk terugtrok in de diepte; hier, waar de hechting zonder moeite geschied was, kan men de stuwing verklaren door druk van den groeienden tumor op den d. cyst., beter wellicht door compressie der uitgezette darmlissen.

Als causa mortis moeten o. i. de circumscripte peritonitis en de longontsteking gelden, niet eene carcinoom-cachexie.

Geval V. A. V., m., 49 j. *Angio-cholitis, hepat. interst. suppur. Cystitis ves. fell. Cholecystostomie. Gest.*

Anamnese: 29. X. '95. Pat., vroeger nooit ziek, kreeg 4 w. geleden pijn in het lijf, waarmede hij bleef loopen, tot hij vóór 3 w. bedlegerig werd. De pijn, gelocaliseerd in de linkerleverkwab, was bij vlagen allerhevigst, pat. hoestte eenige dagen vrij veel en expectoreerde, zweette sterk, wateren normaal, defaecatie alleen na lavementen.

Sedert 14 d. onder behandeling; in de eerste week weinig verhoogde temper., later meer met toenemende pijnen, zoodat herhaaldelijk $2 \times$ d. d. morphinepoeders gegeven werden.

Stat. praes. Goed gebouwd, lijdend uitziend individu, anaemisch, spieren zwak, hals en thorax lang. Hart en longen normaal. Abdomen vrij sterk opgezet en glad, niet sterk gespannen. Milt niet vergroot.

Lever is hard, pijnlijk, de rand een weinig rond. Reikt in de mediaanlijn tot aan de navel, in de rechterpapill. lijn $3\frac{1}{2}$ cM. beneden ribbenboog, naar links tot 2 cM. buiten linkerpapill. lijn. Oppervlakte gelijkmatig, alleen in rechterpapill. lijn een weinig gewelfd.

Bij respiratie gaat met de lever een tumor naar omlaag, tusschen rechter pap. en axill. lijn gelegen en tot 5 cM. beneden leverrand reikend. Zij loopt scherp uit, geeft dof percussiegeluid, is iets verplaatstbaar naar links, waarbij levergrens omhoog gaat. Bij bimanuele palpatie der nierstreek gaat de tumor naar voren; bij opblazing der darmen blijft dof percussiegeluid, dus darm ligt er achter. Pat. heeft hevige pijner, vooral zetelend in de linkerleverkwab, niet uitstralend naar blaas en testikels, noch naar de intercostaalzenuwen, temp. $38^{\circ},9$. Geen icterus, geen galkleurstof, wel urobiline in de urine, geen eiwit, wel indol en skatol. In het bloed vele leucocythen en vele misvormde, voor ontsteking pleitende kernen.

Operatie. 30. X. '95. Chloroform-narcose: Mixt. Billr., 61 min., 87 c.M.²

Incisie (10 c.M. lang), evenwijdig aan de ribbenboog, over het gezwel. Bloedstelping. Opening van het met de onderliggende galblaas vrij stevig verbonden peritoneum. Punctie Pravaz' spuitje levert pus, romdom tamponade, in zijdeligging incisie, waarna pl.m. 1 L. afstroomt. Met de vingers en steenlepel worden uit de galblaas eene duiveneigroote donkere steen en tal van eigenaardige half roode, half witte stolsels verwijderd. Blaaswand is dik.

Onderrand der lever vertoont multiple harde knobbels.

Voor geval van pus verzameling, ter uitstrooming hechting der blaas aan peritoneum en fascia, en deze weder aan de bovenliggende lagen, dunne drainagebuis in de blaas, verdere toenaaiing van deze en van huidwond. Heveldrainage. Jod.gaas-krulgaasverband. Des avonds 10 mgr. mur. morph. injectie. 31. X. Geen braken. Minder pijnlijkheid. Drainage functioneert goed, buisje iets verkort, en heveldrainage weggenomen. Temp. 's m. 37°,5, 's av. 38°,5 pols 120, tong droog.

1. XI. Pols blijft frequent, tong nog droog. Geen defaecatie of flatus; buik een weinig opgezet, pijnen; 2 × morph. injectie, en warmwaterlavementen, waarna flatus, geen ontlasting.

2. XI. Pat. schijnt iets beter, buik minder tympanitisch; pols minder frequent, temp. iets gedaald; geen defaecatie, wel flatus; eenige ructus, geen braken.

3. XI. Temp. weder verhoogd, weinig pijn in abdomine. Veel ructus, tong droog.

4. XI. Temp. dalend, pols 120, minder zwak; minder ructus, flatus zijn afgegaan, later op glycerine lavement goede ontlasting. Eetlust vrij goed. Pat. is echter veel in de war.

5. XI. Des nachts algemeene toestand verergerd, zoodat pat. niet meer op aanspreken reageert; pols bijna onvoelbaar en arhythmisch. 's nam. 4½ u. overlijdt pat.

Obductie: Kleur der huid icterisch. In rechter abdomen een wond, per prim. genezen, behalve eene kleine opening, waarin drainagebuisje. Hieronder in het subcutaan weefsel eenig etterig uitzierend wondsecreet. Buikholte bevat pl.m. 200 c.M.² transsudaat. Peritoneum glad en glanzend. Onderrand der lever in mediaanlijn 2 vingers boven umbilicus, in de axillairlijn 3 vingerbr boven ribbenboog. Stand diaphragma: rechts tot de 4^{de} rib, links 5^{de} rib. De galblaas is vergroeid of verkleefd met het duodenum en colon transversum; waar zij aan het periton. pariet. is vastgenaaid, is geen ontsteking te constateeren. De galblaas is groot, en bevat eene weeke bloedige gevlekte massa, hare wand is dik en ook met weeke papilleuze verhevenheden bezet. De duct. cyst. is open, iets

verwijd en dik van wand. De ductus choledochus is omgeven door sterk gezwollen lymphklieren, waarvan één bijna de wand perforceert, op de plaats van inmonding der d. cyst. is zij vernauwd. Ook bevindt zich naast het caput pancr., dat zelf vrij is, een pakket verharde klieren. Duodenum eveneens vrij. Foramen Winslowii niet doorgankelijk. De lever is zeer groot, weegt bijna 4 K.g., geeft een zeer vlekkelig aspect door de vele witte en gele knobbels, zoowel in linker- als rechterlob. De milt is niet groot en vast van consistentie. De nieren zijn normaal, behoudens ééne metastase.

Ook hier kon slechts symptomatische hulp verleend worden; de hooge temperatuur en hevige pijnen vereischten een spoedig ingrijpen en hoewel geene andere verschijnselen daarvan aanwezig waren, moest de bewegelijkheid toch aan de mogelijkheid van een niertumor doen denken; door darmopblazing werd zij echter uitgesloten. De cholecystostomie was o.i. de eenige hulp, die verschaft mocht worden, dewijl afvloeiing der purulente inhoud van blaas en levergangen een oogenblikkelijke vereischte was. Zoo alleen een galsteenlijden bestaan had, zou de toegepaste therapie waarschijnlijk voldoende geweest zijn voor algeheele genezing, daar bij de obductie geen meerdere steenen gevonden werden.

De heftige aanvallen mogen wij gereedelijk als galsteenkoliek beschouwen, terwijl wij de voortdurende pijnen meer aan de spanning en ontsteking in de lever toeschrijven; zeer begrijpelijk gelukte de uitdrijving van den steen niet door de lokaal vernauwde en door sterk gezwollen lymphklieren omgeven duct. choled.

De korte duur van het lijden (4 w.) deed niet vermoeden, dat de overigens juist gestelde diagnose zulk eene uitbreiding zou ondergaan en de aard van het lijden maakte ook hier de prognose absoluut infaust.

Den doodelijken afloop mag men veilig toeschrijven aan het irreparabile lijden en hoewel de complete afvloeiing van pus en gal reeds als groot therapeutisch effect moest gelden,

had het geen invloed ten goede meer op den algemeenen toestand, evenmin echter heeft, zooals de obductie ons toonde, onze hulp geschaad, daar geene verschijnselen van peritonitis (hetzij door uitstroomen van pus in de buikholte, perforatie langs een naad, onvoldoende hechting) is geconstateerd, terwijl bacteriologisch in de pus *staphylococcus pyogenes albus* werd aangetoond.

CHOLEDOCHOTOMIE.

Geval VI. J. B., m., 42 j. *Cholelithiasis in ductu choled. Choledochotomie. Genezen.*

Anamnese. 14. I. 1895. April 1885 is pat. ziek geworden met hevige maagpijnen, braken en icterus, wat een half jaar geduurd heeft; therapie bestond in Karlsbader zout en pill. jod. kal., nooit zijn steenen gevonden. Een gelijk recidief 3 jaar later.

Aug. 1893 is pat. plotseling ziek geworden met koorts, hevige pijn in epigastrio en diarrhee, waarna hij den volgenden dag geel zag.

20 Oct. 1893 opname in de med. klin., alwaar gevonden wordt: icterus, galkleurstof in de urine, ontkleurde faeces zonder hydrobilirubine, verharde lever, incisuur duidelijk, galblaas niet te palpeeren of percuteeren, vergrootte milt, pulsus mollis, 76—80, temp. normaal.

Diagn.: Sluiting van d. choled. boven d. cyst. met aanvallen van leverkoliek.

6 Nov. Alle verschijnselen van afsluiting verdwenen, einde Dec. verlaat pat. genezen de kliniek. Therapie was dieet, ol. oliv, sal Carol. fact., lavementen.

Oct. 1894 komt pat., na reeds 7 w. te hebben geel gezien, weder in de Int. Klin. Icterus zeer duidelijk, urine en faeces bevatten beide galkleurstof. Pulsus rarus et mollis. Buik in epigastrio gewelfd, lever hard en groot, in de mediaanlijn tot onder de navel reikend, niet pijnlijk, oppervlakte oneffen, rand duidelijk te voelen. Galblaas niet te palpeeren. Leverdofheid in rechteraxill. lijn 17 c.M. hoog; longgrens rechts vóór te hoog, achter normaal. Geen ascites. Vóór opname waren faeces ongekleurd.

Diagnose als in Oct. '93.

7 Dec. 1894. Pat. komt weer met pijn, verhoogde temp., witte faeces, donkere urine en icterus. Tot op dezen dag is pat. daar gebleven, waarbij nu en dan op onregelmatige tijden rillingen zonder verhoogde temp. zijn waargenomen, met pijn, donkere urine en weinig of niet gekleurde

faeces gepaard. Lever blijft hard, milt groot, donkere urine wisselt somtijds na enkele dagen af met zeer lichtgekleurde.

12 Jan. 's n. Pat. gevoelt zich minder goed; pijn, koude rillingen, die tegen den morgen erger worden. Temp., eerst 37°,8, stijgt spoedig tot 40°,3, polsfreq. 104. Den volgenden dag nog eenige aanvallen van galsteenkoeliek, lever is harder, urine donkerder, bijna ontkleurde faeces.

15 Jan. *Operatie*. Chloroform-narcose: Mixt. Billr., 2 u. 10 m., 150 c.M³.

Incisie (12 c.M. lang) 2 c.M. beneden en evenwijdig aan ribbenboog tot op peritoneum. Na volkomen bloedstelping opening en omentum op zijde geschoven. Lever heeft normale kleur, incisurae duidelijk. Ves. fell. niet zicht- of voelbaar. Onder de lever in de diepte eigroote tumor, hard, glad, weinig bewegelijk, dicht bij Vena cava inf. en Aorta gelegen. Is gelegen in het lig. hepatoduodenale en wel in d. choled.; wordt voor galsteen gehouden.

Na veel stomp lospraepareeren wordt in de diepte de kleine, geschrompelde galblaas gevonden, welke zich niet leent voor cholecyst-enterostomie. Daar steen door massage niet naar boven of onderen te bewegen is, wordt besloten tot *choledochotomie*. Manueel wordt de lever omhoog en de darmen op zijde gehouden en over ruim 1 c.M. incisie op den steen gemaakt, de wand van den d. chol. is zeer verdikt. Met koorntang en scherpen lepel wordt de steen doorboord, en 2 groote stukken geextraheerd. Dadelijk stroomt gal naar buiten, welke zorgvuldig wordt weggeveegd.

Nadat door palpatie geene steenen meer gevonden worden, sluiting der wond door mucosa- en Lemb. naden; op de plaats der naad komen 3 strookjes jodoformlint, wier einden door de huidincisie naar buiten komen en door een suture aldaar vastgehecht worden. Huidwond in etages gesloten. Krulgaas-kleefpleisterverband.

's Av. geringe pijnlijkheid, goede pols, geen vomitus of ructus. Nog geen flatus of urineloozing. 10 mgr. morphine-injectie.

18 Jan. temp. 38°, 6	} lichte parotitis d.
20 Jan. avondt. 38°, 1	

Verder geene stoornis.

25 Jan. Urine bevat minder galkleurstof, icterus vermindert sterk, pat. gevoelt zich zeer opgewekt.

29 Jan. Suturen gedeeltelijk verwijderd. Uit de wondopening komt eenige gal, één jod. gaasstrook verwijderd, de andere verder uitgetrokken. Faeces kleurloos, urine en temp. normaal.

7 Febr. Jod. strookjes geheel verwijderd. Geen galuïtvloeiing. Faeces kleurloos.

1 Maart. Huidwond bijna genezen. Faeces kleuren zich weer. Icterus bestaat altijd nog. Overbrenging naar Int. Klin.

Einde April. Thuis hevige koliekaanval; urine weder meer gekleurd, en ontlasting ontkleurd. Pulv. mur. morph. Geregeld wordt bitterwater en sal Carol. fact. gebruikt. Thuis zijn nooit steenen afgegaan.

Einde Mei. Nieuwe aanval, waarbij de urine zeer donker en de ontlasting weer vrij sterk acholisch. was. Ook icterus nam weer toe. Daarna goede verbetering, icterus vermindert langzamerhand, de krachten komen terug, zoodat pat. zich in het jaar 1895 in een ongekenden gezondheidstoestand verheugt.

Tot Aug. 1895 nog herhaaldelijk uitstooting van lange suturen uit de diepte, waarbij niet alleen somtijds vrij aanzienlijke haemorrhagia bij extractie, doch enkele malen ook arterieele bloeding uit de steekkanalen, door jod. gaastamponade gemakkelijk gestelpd.

April 1896. Volkomen genezing, pat. kan sedert een halfjaar zijn gewoon werk (loopwerk) weder verrichten. Urine en ontlasting normaal. Icterus geheel verdwenen. Lever reikt in de rechterpap. lijn tot 4 vingerbr. onder ribbenboog, milt tot 3 vingerbr. onder arc. cost. Litteeken volkomen resistent.

De meeste belangstelling boezemt ons deze patient in, omdat hij jaren lang onder observatie was in de Int. Klin. en Polikliniek, en langzamerhand eene groote bekendheid als type van leverkoliek ging verkrijgen, waarin de welgeslaagde operatie eene groote verandering ten goede gebracht heeft. Ook hier weder een jaren lang lijden met veel exacerbaties met steeds korter tusschenpoozen, den algemeenen toestand meer en meer sloepend; steeds moest de diagnose gesteld worden op afsluiting der groote galwegen, waarschijnlijk boven den afgang van den duct. cyst., daar nooit eene vergroote galblaas gevoeld werd.

Indertijd mocht hij geheel(?) herstel verwerven van de interne therapie, zonder dat ooit van afgang van steenen melding gemaakt wordt, om in 1894 door snel opeenvolgende recidieven teleurgesteld te worden.

Hoe hebben wij ons dit te verklaren? Wij kunnen zelfs uit de langdurige anamnese niet nagaan, of en wanneer de

galblaas ooit de zetel van den bij de operatie gevonden steen is geweest, noch ons het proces van genezing in Dec. 1890 juist voorstellen; nooit toch zijn kort durende crisis, aan de uitdrijving van steenen verbonden, opgetreden en ligt het voor de hand, aan te nemen, dat éénzelfde steen de oorzaak van het herhaalde lijden is geweest, na elken aanval meer blijvende veranderingen in de lever (vergrooting en verharding) achterlatend. Nooit heeft de patient, die na elke vermaning langen tijd de ontlasting nauwkeurig onderzocht, een steen kunnen vinden.

De toegepaste therapie in Dec. 1893 heeft dus blijkbaar alleen op den toestand der lever gunstig ingewerkt, doch was niet bij machte, den steen uit te drijven, zoodat de langdurige aanvallen in 1894—95 de proeflaparotomie volkomen wettigden.

De vaste adhaesies der galblaas wijzen op herhaalde ontstekingen, die daaromheen hebben gewoed, wellicht uit een tijd, toen de galsteen nog daarin besloten lag. Daar zij onmiddellijk voor fistelaanlegging ongeschikt bleek en ook geene concrementen bevatte, werd zij verder met rust gelaten en moest de d. choled. zelf bevrijd worden van haar verstoppend concrement.

Het wonderverloop biedt weinig bijzonders; eene lichte temperatuursverhooging vindt hare natuurlijke verklaring in eene parotitis dextra¹⁾, een galfisteltje langs het draineerende jodoformgaas baarde geene zorgen. Hoewel de verrichte operatie in de gegeven omstandigheden de eenig mogelijke

1) Hoewel het optreden eener parotitis na laparotomie eene meestal onschuldige complicatie zal zijn, blijft het toch een merkwaardig verschijnsel. De geopereerde patiënten zijn meest den gewonen leeftijd voor eene parotitis te boven, nooit wordt melding gemaakt van een epidemisch optreden, en toch is het een bewijs eener infectie bij lokaal ongestoord wondverloop. In Brit. M. Y. 1894 vermeldt STANLEY-THOMAS ook een geval van parotitis, op den 7^{den} dag na eene cholecystotomie optredend, LINDNER eveneens de complicatie van parotitis bij cholecystostomie, terwijl EVERKE een geval van parot. supp. bij normale genezing na ovariectomie duplex beschrijft.

bleek, wijzen de latere aanvallen er op, dat nog niet alles in orde was. Het geheele beeld wees weer op verstopping van den duct. chol.; daar geene steenen hierbij ontlast zijn en de pijnen, indien van achtergebleven stukjes afhankelijk, eerder zouden zijn opgetreden, meen ik eene verheffing van het leverlijden zelt meer er aansluiten voor aansprakelijk te moeten stellen, welke hoogstens een staking, geen ommekeer in den vooruitgang kon teweegbrengen. Langen tijd nam de verdwijning der sinds jaren bestaande icterus, doch vooral in den herfst '95 veranderde de toestand zoozeer, dat elk spoor van het lijden verdwenen is.

Dit 6-tal ziektegeschiedenissen werpt in vele opzichten een eigenaardig licht op het zoozeer wisselend klinisch beeld der cholelithiasis en laat ons reeds tal van indicaties voor operatief ingrijpen zien.

Als bewijs hoe groote veranderingen deze in de laatste jaren ondergaan hebben, vermeld ik slechts, dat bv. STRÜMPELL in 1890 in zijne „Specielle Path. u. Ther.” met geen enkel woord zelfs van een chirurgisch ingrijpen rept, terwijl het tegenwoordig daarentegen ten onrechte den schijn heeft, alsof alleen van eene operatie eenig heil te verwachten ware.

Zeer zeker echter zijn door de ondervindingen der chirurgie onze inzichten veranderd, zoowel uit therapeutisch, als diagnostisch oogpunt. Wij weten nu, dat van de pathognomonische trias: *icterus*, *koliek* en *galblaastumor* een der symptomen slechts zeer gering behoeft te zijn of zich vóór langen tijd vertoond te hebben, om toch bij operatie de diagnose niet alleen te bevestigen, maar ook voor eene reeks van uiteenloopende bezwaren genezing te brengen.

Natuurlijk wordt bij alle gevallen van choledochusafsluiting *icterus* aangetroffen, wisselend naar den duur en aard van het proces en den toestand der lever en galwegen, bij de overige patienten (I. II, III, V) bestaat ze niet en wordt ze

uit vroeger tijd evenmin aangegeven; eigenaardig is het, dat in geval II, waar bij operatie zulk eene groote hoeveelheid steentjes en gruis gevonden wordt, in het 2-jarig lijden icterus nooit als afsluitingssymptoom is opgetreden, ware zij er ooit geweest, dan had de pat. wel daarvan gesproken en zou ook zekerder diagnose gesteld zijn.

Daar in vele gevallen, waar geen hepaticus- of choledochus-afsluiting door steen behoeft aangenomen te worden, min of meer sterke icterus optreedt, kwam RIEDEL er toe, den *lithogenen* icterus te onderscheiden van een *ontstekings*icterus.

Ook ten opzichte van het tweede, meest gevreesde symptoom, de *koliek*, zijn onze inzichten veel veranderd. Vroeger werd als oorzaak een verplaatsing van galsteen beschouwd; des noods kan men dit nog laten gelden voor de gevallen, waar deze in de ontlasting worden aangetoond, verschenen zij niet, dan nam men eene tijdelijke rust of terugvallen in de blaas aan. Echter zijn de grootte en het aantal der steenen lang niet altijd evenredig aan de heftigheid der kolieken, zoodat men wel gedwongen is, nog andere oorzaken aan te nemen. Sommigen nemen als zoodanig een kramp van de spieren der blaas en galwegen aan, waarbij de acme zou samenvallen met den doorgang door de papilla Vateri (M. ROBSON neemt dit nog als enkele oorzaak aan), STRÜMPPELL meent, dat men eerder aan mechanische dilatatie door den zich vergrootenden en verplaatsenden steen moet denken, EICHHORST en DIEULAFOY gelooven weer aan spiercontractie der galwegen, de eerste ontkent bovendien den invloed der rekking.

Wat is echter de momentane aanleiding?

Als zoodanig moet beschouwd worden de bij elke cholelithiasis bestaande infectie van lever en galwegen, die somtijds jaren lang kan sluimeren, om dan zonder bekende aanleiding zich voor kort of lang te verheffen. Door de hierbij ingetreden zwelling der mucosa kan een steen vastgeklemd worden, door rekking, voortdurenden druk en voortschrijdende infectie ge-

raakt het bekleedende peritoneum in ontsteking en kan (als gunstige afloop) na adhaesive ontsteking en verkleving met darm, buikorgaan of buikwand de steen naar de meest verschillende plaatsen gedreven worden.

Lang heeft men gestreden of alle steenen de papilla Vateri passeerden. Terwijl sommigen eene voldoende rekbaarheid van het ostium duodenale aannamen, om ook den grootsten steenen doorgang te verleen, wezen enkelen op de incongruentie van de klinische symptomen met den omvang der uitgedreven steenen, en zegt o. a. MEHLISS, dat bij obductie van personen, gedurende of kort na den doorgang van groote steenen in het darmkanaal gestorven, wel vele abnorme wegen, nooit echter aan het ost. duoden. de bewijzen van eenen geleidelijken doortocht van steenen gevonden zijn. De voorbeelden, welke LOOS tegen deze meening aanvoert, zijn m. i. niet steekhoudend, daar zij alle de sporen vertoonen van allerheftigste onstekingsprocessen, en dus eerder tegen eene physiologische rekbaarheid spreken. Tegenwoordig wordt dan ook wel algemeen aangenomen, dat eenigszins grootere steenen ter bereiking van den darm dikwijls abnorme wegen zich gevormd hebben.

Naast den galsteenkoliek kan men 2 andere plaatsen, de eerste meestal wel als gevolg van galsteenlijden, doch niet noodzakelijk in aansluiting daaraan:

1^o koliek bij empyema en hydrops ves. fell.

2^o koliek bij strengvorming.

Speelden spiercontracties zulk eene groote rol bij de kolieken, dan moest, ook bij langzaam ontstaan, de buitengewone uitzetting bij de sub 1^o genoemde afwijkingen wel meer vergezeld gaan van kolieken. Dit is niet het geval, dikwijls geschiedt de langzame vorming zonder veel pijnen en moeten de kolieken meer toegeschreven worden aan eene plotselinge verheffing van het bestaande ontstekingsproces. Men zou geneigd zijn, hierbij aan een den duct. cyst. afsluitenden steen de schuld te geven; terecht wijst echter KEHR er op, dat deze in vele gevallen zoo vastgeklemd zit in den fibreus verdikten wand, dat van irritatie door beweging of voortschuiving geen sprake kan zijn. Eerder mag men nog bij eene met steenen gevulde blaas eene prikkeling der mucosa door de van plaats ver-

anderende concrementen als oorzaak van koliek aannemen (Geval II).

Het is van algemeene bekendheid, hoe in de laatste jaren de operatieve buikchirurgie schitterende resultaten heeft verkregen in gevallen, waar door ontstekingsprocessen rondom den tract. intest. — uro-genit. fem., trauma (v. EISELSBERG), operaties en aangeboren anomalïën een reeks van bezwaren (kolieken, algemeene achteruitgang) waren opgetreden (LAUENSTEIN, v. HACKER, SALZER). Evenzeer is dit voor het systeem der galwegen van belang gebleken. Hetzij door pericystitis adhaesiva bij emp. ves. fell., hetzij door circumscripte peritonitis na doorbraak van galsteen kunnen in dit gebied een reeks van adhaesies met maag, colon en buikwand gevormd worden, welke eensdeels door fixatie of plaatsveranderingen langdurige bezwaren veroorzaken (obstipatie, dilatatio ventriculi met hare typische klachten of maagpijnen), anderdeels bij verheffing van bestaande chronische ontsteking tot „galsteenkolieken” aanleiding geven. Een physisch onderzoek zal hierbij meestal negatief uitvallen, eene zeer uitvoerige anamnese misschien eenig licht brengen, eene laparotomie alleen met eene zekere diagnose eene afdoende therapie kunnen verschaffen.

In Maart 1894 werd een duidelijk voorbeeld hiervan in de Chir. Klin. opgenomen: een 30-jarig meisje (onbewust draagster eener atresia ani vaginalis) klaagt sinds 4 à 5 md. over zeer heftige pijnen in de maagstreek, naar de rug en zij uitstralend. Geene vermelding van vroegere kolieken of geelzucht. Klachten worden na onderzoek niet afhankelijk gesteld van eene beweegbare rechternier. Geene verdere bezwaren. Bij laparotomia mediana vertoonen zich verscheiden adhaesies van de galblaas met duodenum, welke verwijderd worden. Overigens geene afwijkingen te constateeren. Genezing p. p. Pijnen voor goed verdwenen.

Juist door de chirurgische hulp der laatste jaren heeft men gezien, dat deze soort van gevallen niet zoo zeldzaam zijn, zoodat RIEDEL de uitspraak durfde doen: „Die meisten Gallensteinkoliken beruhen nicht darauf, dass Steine durch

den Ductus Choledochus wandernd, sich einklemmen, sondern sie werden durch entzündliche Processe in der Gallenblase selbst bedingt," terwijl KEHR in verband hiermede zegt, „Umgekehrt werden die Gallensteinkoliken ausserordentlich häufig für Magenkrämpfe gehalten, besonders wenn Icterus fehlt. Gerade in solchen Fällen ist eine Operation recht häufig nöthig".

In alle gevallen onzer rubriek en tevens in de beide eerste der volgende worden in de anamnese kolieken of volgens ons daarmee vergelijkbare pijnen opgegeven en in 6 gevallen werden dan ook steenen aangetroffen, geval IX vertoont ons een waarschijnlijk voorbeeld van cholelithiasis, zonder dat van pijnen gerept wordt, in geval IV kunnen we de pijnen eerder aan den woekerenden tumor dan aan de zeer gespannen galblaas toeschrijven.

De leeftijd onzer galsteenlijders komt vrijwel overeen met de gewoonlijk daarvoor aangenomene, n.l. ruim 40 jaar. Gaan wij echter te rade met onze veranderde inzichten omtrent den aard van het galsteenlijden, dan moeten wij bij pat. III den aanvang reeds op 26-, bij pat. IV op 32-jar. leeftijd stellen; reeds bij ons klein aantal patienten zien wij de allergrootste verscheidenheid in vorm en aantal der steenen.

De uiteenlopende omstandigheden, waaronder wij galsteenen aantreffen, wijzen er op, dat de voorwaarden van steenvorming ook van verschillenden aard zijn zullen en door proefneming en ondervinding heeft men dan ook slechts zeer algemeene regelen kunnen opstellen, die zich hierbij zouden doen gelden. Nadat de theorie der galindikking en kristallisatie vervallen was, omdat men experimenteel langs dezen weg nooit galsteenen had kunnen vormen, en de samenstelling der gal bovendien niet overeenkomt met die der steenen, worden tegenwoordig vijf algemeen de door NAUNYN verkondigde meeningen aangenomen (WYNHOFF).

Hij stelde als fundamenteele regelen op, dat:

1^o steenvorming *voornamelijk* in de galblaas plaats heeft en eene zekere praedispositie van het slijmvlies noodig is;

2^o bij het ontstaan van den steenvormenden katarrh stuwung der gal en bacterie-inwerking elkaar de hand reiken.

Het eerste punt is van zeer veel belang; op het feit toch, dat steenvorming zoo zeldzaam tegelijkertijd in lever en galblaas werd waargenomen, een feit, waartoe hij op grond van eenige duizende sectie-verslagen meende te kunnen besluiten, baseerde LANGENBUCH het groote nut der cholecystectomie. Latere onderzoekingen hebben deze meening gewijzigd; niet zoo zelden toch vindt men in de lever wel niet groote concrementen, doch kleinere steentjes en vooral steengruis, waarvan men niet anders dan een ontstaan daar ter plaatse kan aannemen.

Bovendien gebeurt het in het beloop eener cholecystostomie herhaaldelijk, dat terwijl men gedurende de operatie geene steenen kan aantoonen in duct. hep.- of chol., daarna nog vele (tot 100 en meer) ontlast worden, welke na exstirpatie der galblaas tot tallooze recidiveerende kolieken en erger hadden aanleiding gegeven.

Onze meeningen omtrent de waarde der gal zijn zeer veranderd; beschouwde men haar vroeger eensdeels als een onmisbaar hulpmiddel voor eene regelmatige digestie en een voortreffelijk middel tegen rottingsprocessen in het darmkanaal, anderdeels als een hoogst gevaarlijk agens voor het buikvlies, tegenwoordig hecht men nog wel aan de eerstgenoemde eigenschap, doch slaat hare antiseptische waarde zeer laag aan; daarenboven heeft men hare onschadelijkheid voor het gezonde peritoneum in vele gevallen leeren kennen.

Het ligt voor de hand, dat infectie der galwegen het gemakkelijkst kan geschieden van het darmkanaal uit en dan natuurlijk het eerst door het daarin altijd aanwezige bact. coli comm. De normale galstroom vormt een, hoewel zwak verdedigingsmiddel, ontstaat echter door eenige oorzaak (zwelling door andere infectie, compressie) een stuwung, dan houdt

niets een indringen tegen en eene opstijgende angio-cholitis kan zich tot in de blaas en de fijnste galwegen uitbreiden. Kweekproeven toonden eveneens aan (DOMINICI), dat in stuwenden gal het bact. coli c. een voortreffelijken voedingsbodem vindt, terwijl bv. ook door enting van cholera-bacilen eene typische cholecystitis en angio-cholitis ontstond. Het ware dan ook ondoenlijk, alle gevallen op te noemen (vooral ook bij emp.) waarbij bacteriologisch deze parasiet werd aangetoond (NAUNYN, FRAENKEL, KÖRTE, BOUCHARD, GILBERT et GIRODE, SNOECK HENKEMANS); wat meer zegt, GILBERT en DOMINICI konden in verse galsteen eveneens bact. c. c. aantoonen, echter gelukte hun bij enting de vorming van galsteen nooit, een bewijs, dat bij overigens gelijke omstandigheden toch nog een specifiek moment in het spel is. (Enkele malen vonden zij den d. chol. verstopt door een slijmprop [GERHARDT]). NAUNYN wil in de gelijksoortigheid der galsteen een bewijs voor bacterieele invloeden zien.

Heeft een galsteen het darmlumen bereikt, dan kan hij verder zonder stoornis ontlast, ja zelfs geheel of gedeeltelijk geresorbeerd worden, ook echter de hoogstgevaarlijke *galsteen-ileus* veroorzaken. Met betrekking tot het ontstaan hiervan vermelden we slechts, dat volgens KÖRTE de steen niet altijd grooter dan het darmlumen is, zoodat behalve eigenaardige plaatsing, wellicht ook paralyse na circumscripte peritonitis (REHN en HELFERICH), prikkeling van den darm (KÖRTE), afknikking door dislocatie der darmis naar het kleine bekken (CZERNY), invaginatie van het losse slijmvlies door den voortbewegenden steen (KÖNIG) in het spel is. Terwijl aan de chirurgische hulp natuurlijk de zwaarste gevallen ten deel vallen, heeft deze slechts 11⁰/₀ meer mortaliteit dan de interne geneeskunde, een bewijs hoeveel gunstiger het geheele sterftecijfer kon luiden, zoo eerder de indicatie voor operatief ingrijpen gesteld werd.

Eene gewichtige vraag is de *differentieel-diagnose* van een

tumor in de streek der galblaas; behalve van deze zelf uitgaande, zijn zij voornamelijk afkomstig van nier, pancreas of darm (colon). Voor de laatste drie organen is eene nauwkeurige differ.-diagnose niet van zoo groot practisch belang, daar in geval van hulp de te volgen weg altijd dezelfde blijft, nl. laparatomie. Anders echter voor de nier. Elk schrijver over galblaaschirurgie illustreert door *historiae morbi* de vergissing met ren mobilis en ook ons klein aantal gevallen geeft reeds eenige bewijzen (geval III en V), waar aan de mogelijkheid van een niertumor gedacht moest worden.

Terwijl algemeen op de *vergissing* gewezen wordt, herinnert MORRIS er aan, dat vrij dikwijls „movable Kidney” en uitgezette galblaas *tegelijktijd* voorkomen en het bij nauwkeurig onderzoek mogelijk is, hen terzelfdertijd afzonderlijk te palpeeren en hunne verschillende respiratorische beweegbaarheid vast te stellen. De vorming der galblaastumor verklaart hij uit afknikking der galwegen door het naar beneden getrokken duodenum en hecht weinig diff-diagn. waarde aan de colonopblazing, daar dit darmgedeelte zelf bij een der bedoelde afwijkingen zoo dikwijls verplaatst zou zijn en bij opblazing de nier omhoog dringt evenals bij normale ligging de galblaas.

Terwijl beide van grootte kunnen veranderen, de galblaas door verschillende vulling bij onvolkomen afgesloten galwegen, de nier door bloedstuwning (asdraaiing of -knikking) en hydro-nephrose, schiet volgens *Morris* in rugligging de cystis fellea na wegdrukking weder tegen den buikwand, terwijl de nier na repositie hare plaats zou blijven innemen.

De eigenlijke tumor ves. fell. wordt gevormd door:

1^o steenblaas, 2^o hydrops (resp. gal of etter), 3^o carcinoom.

Reeds bij CRUVEILHIER afgebeeld en door TROUSSEAU vermeld (HELLIER), hecht RIEDEL groote diagnostische waarde bij galblaassteen aan het *appendix linguiformis hepatis*, dat in pl.m. $\frac{1}{3}$ zijner gevallen voorkwam; terwijl MARCHAND eenzelfde aetiologisch moment als voor steenvorming, n.l.

rijgen aanneemt, beschouwt R. het als ontstaan door trekking van de met steenen gevulde blaas, daar hij het eenige malen na operatie weer zag verdwijnen; in het algemeen zal de palpatie en percussie van het meestal zeer dunne levergedeelte (dat volgens GLENARD en CHARCOT van de lob. quadr. zou afgaan) wel eenige moeilijkheden opleveren, wij treffen het in onze gevallen niet aan.

De ongeveer in de rechter parasternaallijn liggende tumor (bij magere personen somtijds zichtbaar), wier bestaan de patienten enkele malen zelf reeds aangeven (geval I), heeft naar gelang harer inhoud verschillende consistentie en is dus min of meer duidelijk palpabel. Hydrops, ontstaande door secretie in een door steen, littekenweefsel of tumor afgesloten galblaas, en empyema, waarbij zoowel bact. c. c. als staphyl. pyog. albus (geval V) is aangetoond, geven gelijkmatig gespannen zwellingen, eene met vele steenen gevulde galblaas bezit harder consistentie, somtijds oneffen oppervlakte. Palpatie volgens RHEINSTEIN vergemakkelijkt het onderzoek zeer, evenals de door WIJNHOF aangegeven methode.

Vrij algemeen is men teruggekomen van de *punctie* als diagnostisch en therapeutisch hulpmiddel, daar men het uitloopen van vloeistof daarna niet kan tegengaan (KÖRTE); hoewel normale gal geen gevaar oplevert voor het peritoneum, is men van te voren niet bekend met den aard der vloeistof (gal, empyeem, hydrops of overgangsvorm), terwijl normaal uitziende gal zeer infectieus kan blijken (geval VIII). Bij den meestal gespannen wand kan men zich moeielijk sluiting der punctie-opening voorstellen, vooral niet, wanneer deze bovendien nog zeer verdund zijn kan (geval II).

Waar dan ook NAUNYN, ondanks de »lichte temperatuursverheffingen en de locale pijnlijkheid», die na eenige zijner puncties optraden, toch tot de ongevaarlijkheid der encheirese besluit en haar in het algemeen aanbeveelt, heeft hij te weinig de gevaren in het oog gehouden, waaraan bij eenigszins verbreide toepassing de patienten zouden worden blootgesteld. Een leerzaam voorbeeld vermeldt SENDLER. Ook KÖNIG verklaart: »Ich kann mich um so mehr der Zahl der Chirurgen anschliessen, welche vor der Probepunction warnen, als ich der festen Ueberzeugung bin, dass sie nur ganz ausnahmsweise Nutzen bringt.»

Galstuwang in de blaas *kan* alleen gevonden worden bij afsluiting van den duct. choled., doch behoeft daarbij geenszins te bestaan. Differentieel-diagnostisch heeft men hier het *Courvoisier-Terrier'sche symptoom* tot wet verheven, n.l. atrophie en schrompeling in geval van steen-verstopping van den duct. choled., uitzetting bij anderen oorzaak. Diegene onzer gevallen, waar de diagnose vaststaat, bevestigen deze „wet”, daar in geval IV de galblaas te palpeeren was en bij sectie zich een carcinoma pancr. vertoont, geval beantwoordt eveneens volkomen er aan, en hoewel geval V een meer gecompliceerden toestand voorstelt, komen de door gezwollen carcinomateuze klieren afgesloten d. chol. en de uitgezette blaas goed overeen. Onder de cholecyst-enterostomiën is geval VII, bij wien wij veilig een calcul. d. chol. mogen aannemen daarentegen volkomen in strijd er mede, in de verdere gevallen staat de juiste diagnose te weinig vast, om deze ter vergelijking te laten dienen. Dat tot de diagnose van carc. cap. pancr. behalve galblaasuitzetting terecht *ascites* gerekend wordt, bewijs geval IV.

Wat is de reden dier uitzetting of schrompeling?

TERRIER wil voor de schrompeling een door steenen meestal onvolkomen afsluiting van den duct. choled. aannemen, dus zou dit steeds moeten samengaan met galhoudende faeces. HANOT daarentegen meent haar te moeten verklaren uit eene verandering (sclerose) van galwegen en blaaswand door den katarrh en sterker bacterieele invloeden. De uitzetting der galblaas zou dan berusten op meer volkomen afsluiting door den woekerenden tumor (ook door druk op de vaten?)

Maken ook al beider verklaringen een zeer zwakken indruk, het feit zelf is genoegzaam bevestigd geworden, om practische waarde er aan toe te kennen.

Onder de nieuwvormingen is het meest van belang het *carcinoma ves. fell.*; hoewel betrekkelijk weinig voorkomend, is zijne aetiologie van het grootste gewicht. Ten allen tijde is het opvallend dikwijls tegelijk met cholelithiasis aangetroffen

en zocht men naar eenig oorzakelijk verband. STRÜMPPELL zegt: „Diese auch klinisch sehr bedeutsame Thatsache hängt mit der allgemeinen Beobachtung zusammen, dass andauernde mechanische Schleimhautreize, Narbenbildung und dgl. überhaupt die Veranlassung zur Entwicklung eines Carcinoms werden können. Die secundaire Carcinombildung nach Cholelithiasis findet eine völlige Analogie in der Carcinombildung nach Magenulcus, bei Nephrolithiasis u. A.” DIEULAFOY daarentegen „il est probable, que l'apparition du cancer précède la formation des calculs.” COURVOISIER vond in 88% tevens galsteen, BRODOWSKY in 40 gevallen steeds. SIEGERT kon in 99 gevallen van primair galblaascarcinoom 94 maal steenen aantoonen, terwijl nog 2 maal twijfel bestond (fistels); bij 13 gevallen van secundair carcinoom vond hij slechts 2 maal galsteen, in alle overige gevallen wordt het ontbreken uitdrukkelijk vermeld. Daarna zegt hij: „Dass die Bedingungen für Concrementbildung durch die Entstehung eines Carcinoms nicht in jedem Falle erfüllt werden, ausser bei ausgedehnter Infiltration und Ulceration, da Gallensteine schon beobachtet worden sind bei einer so geringen Entwicklung der Geschwulst, dass diese nicht Ursache sein könnte, da ferner entsprechend dem häufigeren Vorkommen von Gallensteinen bei Weibern auch der primäre Krebs der Gallenblase 5-6 mal häufiger bei diesen sich findet als beim Manne, so ist der Schluss berechtigt, dass Gallensteine jedenfalls eine der Ursachen des Gallenblasenkrebses sind, und sicher nicht die Folgen derselben darstellen.”

Ook KÖNIG beschouwt de galsteen als praedisponerend moment. Zoo men hen dus dezen invloed toeschrijft, moet men, daar door uitwendig onderzoek de diagnose van carcinoom alleen in meer of te ver gevorderde stadia met eenige zekerheid te stellen is, dienovereenkomstig de indicatie ter operatie van galsteen uitbreiden, daar het van tevoren niet te zeggen is, welke en wanneer een zoogenaamde goedaardige tumor maligne eigenschappen zal verkrijgen.

MERMAN vermeldt een geval van cholecystostomie, waarbij de blaaswand 1 cM. dik was, bindweefselachtig veranderd en 63 steenen verwijderd werden. Na 1 jaar stierf de patient aan carcinoma vesicae felleae met metastasen in de lever.

CHOLECYST-ENTEROSTOMIE.

Geval VII. H. v. D., m., 49 j. *Cholelithiasis. Cholecysto-duodenostomie. Genezen.*

Anamnese 1. IV. '94. In Aug. '93 is pat. gaan klagen over vermoeidheid en werd hij ziek met misselijkheid, diarrhoea en leelijken smaak in den mond. Ontlasting was zeer stinkend, urine zag donker, doch hij had geen pijnen.

Sept. 1893 is pat. geel geworden en werd de ontlasting wit, stopverfachtig, af en toe wel meer gekleurd, doch nooit normaal.

Stat. praes. 8. V. Pat., vrij stevig gebouwd, is sterk geel gekleurd (in 1 w. merkbaar toegenomen).

Hart niet uitgezet, pols: mollis, parvus, rarus.

Longtoppen staan vrij hoog.

Abdomen is sterk gewelfd, vloeistof waarschijnlijk afwezig, hoewel eenig fluctuatie-gevoel.

Relatieve leverdemping begint aan den onderrand der 4^{de} rib, — dofheid aan de 6^{de} rib en strekt zich uit tot aan de horizontale navellijn. Linkerkwab reikt tot snijdingshoek van linkerpapill. lijn met ribbenboog.

Lever is hard, oppervlakte glad, rand bewegelijk, beide incisuren te palpeeren. Milt reikt tot eenige cM. beneden den ribbenboog.

Faeces zijn altijd iets gekleurd, nooit galsteen er in gevonden.

Urine bevat veel galkleurstof.

Diagnosis Hypertrophische levercirrhose.

Therapie: Rust, dieet, nl. koolhydraten en eiwitstoffen, verboden is groote hoeveelheid vet.

10. V. Geen galkleurstof in de urine, faeces bruin gekleurd.

18. V. Pat. plotseling zeer onwel, kreeg koude rillingen. Ontlasting volkomen ontkleurd, in urine weer galkleurstof. Temp. verhoogd. Geen pijn. Buik vrij sterk opgezet, laag tympan. percussiegeluid. Lever en milt als vroeger.

26. V. Den vorigen avond heeft pat. hevige pijn in epigastrio gekregen, eenige uren durend, temp. 38°,7. Buik opgezet; acute leveruitzetting wordt aangenomen en pat. naar de Chir. Klin. overgebracht.

29. V. Des middags weder aanval; heftige pijn, uitstralend naar linkerschouder, duur tot 8 u. 's av. Urine zeer donker gekleurd (galkl.), ontlasting stopverfachtig. Morphine, clysmata, bitterwater.

Pat. is debilis geworden, gewicht tot 56 Kg. gedaald, icterus vermeerderd, sterk huidjeuken. Ondergrens der lever reikt beneden horiz. navellijn, naast en evenwijdig aan den laterale rand van den M. rect. abd. d. palpeert men een ruim 6 cM. lange, harde, gladde tumor.

6. VI. *Operatie*. Chloroform-narcose: Mixt. Billr., $1\frac{3}{4}$ u., 115 cM³.

Incisie ($17\frac{1}{2}$ cM. lang), 10 cM. beneden en evenwijdig aan den rechterribbenboog. Opening van het peritoneum na zorgvuldige bloedstelping. In de wond vertoont zich de sterk uitgezette, zeer gespannen, peervormige galblaas. Fixatie aan 2 draden, opening buiten de buikwond. Een ruime hoeveelheid donkergroen gekleurde gal stroomt af, vermengd met zwart gekleurd gruis, dat ook tusschen de plooien der blaasmucosa zit en waarvan door uitsponzen eene groote hoeveelheid verwijderd wordt.

Ruime opening der galblaas. Lever is zeer hard, donker gekleurd en glad.

Op groote diepte voelt men in den duct. choled. een harde tumor zitten (zeer waarschijnlijk steen), welke echter van het lumen uit met scherpen lepel en sonde niet in eenige richting kan bewogen worden. Daarom wordt galblaas voor het grootste gedeelte gesloten en eene galblaas-duodenaalfistel aangelegd (*Wölfler'sche* naadmethode).

Volkomen sluiting der buikwond door etagenaad.

Jod. gaas-collodionstrookje. Drukverband.

7. VI. Flatus afgegaan, geen meteorismus, geen temperat. verhooging.

9. VI. Op clysma van aq. lax. Vienn. des avonds geelbruin gekleurde ontlasting.

10. VI. Urine reeds veel lichter, icterus vermindert.

12. VI. Urine volkomen ontkleurd. Ontlasting meer gekleurd.

13. VI. Verbdw. Genezing p. p.

16. VI. Faeces nog iets te licht. Leverdofheid bijna normaal.

30. VI. Pat. gaat terug naar Int. klin. Gewicht 65 Kg.

1 jaar na de operatie vertoont pat. zich in zeer gezonden toestand.

Nu recidief der pijnen.

Epicrisis. Moest in den aanvang de diagnose anders luiden, door de later optredende kolieken met het verschijnen van den blaastumor werd deze in acute afsluiting van den duct. choled. veranderd en met het oog op de hevige verschijnselen was de spoedige operatie geïndiceerd. In hoeverre de lever als plaats van ontstaan van het galsteengruis heeft bijgedragen kan hier niet uitgemaakt worden; evenmin of en hoelang de (vermoedelijke) steen in den d. chol. zich in de blaas bevonden heeft. (Leeftijd, locale toestand, consistentie en verloop pleitten

tegen een andere (maligne) oorzaak). Eene tweede mogelijke therapie ware geweest de choledochotomie met of zonder cholecystostomie, volgens med. April ingewonnen bericht en heeft hij weder veel last van pijnen in rug en linkerzij (?) bij werken, met slechten eetlust, doch geene afwijkingen aan urine en faeces. Zoo wij deze verschijnselen als een gevolg van het galsteenlijden moeten opvatten (ondanks dringend verzoek heeft pat. zich niet weder laten opnemen in de Chir. Klin.), kunnen wij ons daarover niet verwonderen; de bron van alle kwaad toch, de choledochussteen, is in situ gebleven en kan evenals vroeger, kwellen. Was de patiënt 7 md. later tot ons gekomen, dan ware ongetwijfeld ook hier, aangemoedigd door het succes van geval VI, de ideale choledochotomie verricht.

Geval VIII. A. B., vr., 57 j. *Occlusio d. chol., cholec.-duodenostomie. Genezen.*

Anamnese 30. IX. 95. Pat. werd vóór 2 jaar ziek, werd zeer geel, had jeukte en hoofdpijn, braakte dikwijls en werd gedurende 4 w. in het Sted. Ziekenh. verpleegd. Hare ontlasting was toen stopverfachtig, haar water afwisselend donker en licht. Deze ziekteverschijnselen bleven thuis voortbestaan. Med. Sept. '95 kreeg zij een aanval van hevige benauwdheid en zakte ineen; in den laatsten tijd was zij na gebruik van voedsel altijd zeer benauwd. Nu en dan heeft zij pijn in epigastrio, zoowel bij druk als spontaan, en na pijnaanval dikwijls hooge koorts. Het meest wordt zij door het heftige jeuken geplaagd. Gehuwd, moeder van 17 kinderen.

Stat. praes. Pat. is mager heeft gele kleur van huid en conj., en wel als bewijs van langdurige galstuwung, niet helder geel. Ook haar zweet is geel gekleurd. Buikwand is dun en niet gespannen, in rechter parasternaallijn en in epigastrio gewelfd. Geen vloeistof in abdomine, diaphragma respiratie.

Lever: Ondergrens in rechterparast. lijn 4 cM. onder horiz. navellijn.
(14 cM. onder ribbenboog).
in papill. lijn 5 cM. boven spin. a. s.
(12 cM. onder ribbenboog).
in mediaanlijn tot aan de navel.

Leverrand is dun. Palpatie en percussie komen overeen.

Milt: in papillairlijn 3 cM. onder ribbenboog.

Faeces: gedurende verblijf in de Int. klin. slechts nu en dan gekleurd.

Urine: donker gekleurd, bevat galkleurstof.

Galblaas in parasternaallijn te voelen.

Temperatuur: 21/IX : 38°,3, 30/IX : 39°,3, 4/X : 39°,3 9/X : 38°,9, 13/X : 38°,5.

Diagnosis (Int. klin.): Op grond van langdurige sluiting van den duct. choled., intermitterend bij een oud, niet cachectisch individu, met fièvre intermittente hépatique bij tamelijk wel begin pleit dit alleen voor een steen, waarschijnlijk in ductu choledocho.

Overbrenging naar de Chir. kliniek.

Operatie. 14. X. '95. Chloroform-narcose: Mixt. Billr., 2 u. 8 min., 105 cM³.

Incisie, (15 cM. lang) evenwijdig aan den rechter ribbenboog tot op peritoneum, dat na zorgvuldige bloedstelping geopend wordt. Ook nu, bij iets verhoogd bekken, komt de lever eenige vingerbreedten onder de ribben uit.

De galblaas promineert sterk, is tot den omvang eener kindervuist vergroot en heeft sterk gespannen wand. Vooral naar links heeft zich om de galblaas veel bindweefsel gevormd, dat met intestinum vergroeid is. Bij betasting der groote galwegen vindt men hier geen vasten tumor, in den duct. choled. is geen steen te voelen, maar om den ductus heen eveneens zacht weefsel, waarin eenige (3) knobbeltjes, iets harder dan het omringende.

Op stompe wijze worden de adhaesies van galblaas met darm verbroken, waarbij uit 2 kleine openingen gal te voorschijn komt (reeds bestaande galfisteltjes naar den darm?). Tamponade en wegveging van het uitvloeiende. Galblaas wordt buiten het peritoneum gehouden, in rechterzijdeligging ingesneden op den top en zeer veel donkergroene gal slroomt af. De wand der blaas is verdikt. Een ovalair stuk, de beide fistelopeningetjes bevattend, wordt uit den wand gesneden, het ovaal door suturen verkleind en verder gebruikt tot vorming eener fistel met het duodenum (*Wölfler'sche* naadmethode).

Invoering van een jod. gaastampon op de plaats der naad, welks uiteinde door de buikwond gaat. Sluiting der wond door etagenaad. Krulgaasverband. Vloeibaar dieet.

17. X. Na de narcose alleen eenig galbraken; flatus zijn afgegaan.

20. X. Eerst heden na herhaalde lavementen ruime, normaal gekleurde ontlasting.

23. X. Tampons en suturen verwijderd. Wond p. p. genezen. Hoogste temper. was 37°,5 (16. X.)

25. X. Geregelde ruime ontlasting.

6. XI. Pat. gebruikt gewoon voedsel. Icterus verdwenen, wellicht

sclerae nog iets geel; faeces en urine normaal, ontlasting geregeld zonder laxantia. Geene pijnen meer. Ontslagen.

19. XI. Spoedig na vertrek zijn pijnen opgetreden, boven het coecum gelocaliseerd, bij loopen en staan erger. Icterus misschien iets sterker. Zij zegt zelf, dat de pijn bij ruime ontlasting minder is, dus therapie: laxantia.

27. XI. Op de plaats der galblaas een bij aanraking pijnlijke zwelling. Laxantia en zachte massage met lin. chlorof., waardoor de pijnen zeer veel verminderen.

20. I. '96. Pat. maakt een volkomen gezonden indruk. Geen icterus, urine en faeces normaal; klachten over eenige pijnlijkheid en braken.

Lever reikt bij palpatie tot 2 vingerbr. onder ribbenboog; geene pijnlijkheid bij druk. Geregeld gebruik van sulf. sod. en sulph. magn. aa wordt voorgeschreven.

15. V. '96. Algem. toestand gunstig. Iets trage ontlasting.

Epicrisis. Hoewel de vooraf gestelde diagnosis niet volkomen bevestigd werd, bleek de voornaamste afwijking wel op de aangeduide plaats te zetelen. Maar ook na palpatie was het niet mogelijk, een zeker oordeel uit te spreken. Hoogstwaarschijnlijk zijn in vroeger jaren wel een of meer steenen uitgedreven, en kan men de verdikking der chole-dochus en blaaswanden beschouwen als een gevolg der herhaalde ontstekingen. Noch de anamnese, noch het beloop na de operatie geven ons het recht, in de kleine knobbeltjes van den wand het begin van ontwikkeling eener maligne tumor te zien; evenmin maakten zij den indruk van concrementen. In elk geval, het zachte weefsel rondom den ductus choled. was een te gevaarlijk terrein (perforatie, infectie, bloeding), om zonder bepaald doen daarin lang te manipuleeren; zoodat als symptomatische en volkomen afdoende therapie ook hier weder eene galblaasduodenaalfistel werd geschapen. Daar de geheele wand de teekenen van vroegere ontsteking vertoonde (vergroeiing met darm, fistelvorming), was drainage van het terrein voorzichtigheidshalve zeer begrijpelijk. De locale genezing verliep naar wensch, de algemeene verbetering trad eveneens snel op; ten bewijze van de goede werking der fistel, verdwenen zeer spoedig alle teekenen van galstuwing, na 6 d.

reeds normaal gekleurde ontlasting, terwijl ontkleuring van huid en urine daarmee gelijken tred bleef houden.

3 md. p. o. was de algemeene toestand volkomen bevredigend en bestonden alleen enkele subjectieve diffuse klachten, die door een ruim gebruik van laxantia voldoende bestreden werden, in elk geval vertoonde zich geen enkel teeken van de vorming eener maligne tumor i. d. diepte. Misschien ook zou men de pijnen en het braken in verband moeten brengen met de vorming van nieuwe adhaesies in de streek der galblaas, welke door dislocatie der organen weer maagklachten veroorzaken.

CHOLECYST-ENTEROSTOMIE.

Geval IX. N. N., 34 j. *Cirrhosis hepatis. Occlusio d. choled. Cholecysto-jejunostomie. Genezen.*

Pat. is sinds ruim 1 jaar lijdend; hij is vermagerd, heeft gele huidskleur gekregen met sterk jeuken, terwijl de ontlasting afwisselend min of meer ontkleurd is en ook de urine sinds lang een donkerder tint vertoont.

Zonder dat bepaalde kolieken optraden, ook zonder opvallende temperatuursverhooging verergerde de toestand; er werd bij hem gevonden eene cirrhosis hepatis, vergrooting der milt, af en toe ontkleurde faeces en galkleurstof in de urine. Op grond van nu en dan terugkeerende complete acholie van de faeces wordt een verstopping der grootte galwegen aangenomen en wel, daar de galblaas niet groot scheen te zijn, eene hooge afsluiting. De onderlinge vergelijking der kleur van huid, faeces en urine moest er toe leiden, in de lever zelf reeds veranderingen aan te nemen, waardoor de galproductie verminderd is. Daar onder interne behandeling geen beterschap volgde, en de toestand dringend verbetering eischte, wordt besloten tot proeflaparotomie.

9. II '95. *Operatie.* Incisie; na bloedstelping opening van het peritoneum.

Dadelijk vertoont zich eene vergroote, gespannen galblaas. Lever is hard, hare oppervlakte korrelig. In den ductus choledochus voelt men 4 naast elkander liggende insnoeringen, in de daar tusschen zijnde erwt-groote uitzettingen bevindt zich eene weeke, zandige massa; van een hard concrement wordt niets ontdekt.

Uit de door 2 suturen naar buiten gehouden galblaas (zorgvuldige tamponade der omgeving) stroomde bij opening eene vrij groote hoeveelheid normaal uitzijnde gal; in de galblaas geene steenen. Eene sonde kan doordringen tot de eerste der insnoeringen, doch komt ook bij

eenigszins krachtiger aandrukken niet verder, zoodat tot cholecyst-enterostomie besloten wordt. De wand der blaas is papierdun.

De meest centrale, goed bewegelijke darmlis wordt opgezocht en nu, in afwijking van de meestal gevolgde manier, gedaan als bij de gastro-enterostomie retro-colica naar v. HACKER: in het mesocolon transversum wordt nl. met stomp geweld eene opening gemaakt (in de richting der bloedvaten), de lis er door gehaald en met enkele naden aan de randen der opening gefixeerd. De hechting der wand, kon wegens de uiterste dunheid met de grootste omzichtigheid, op de gewone wijze geschieden (zie v. Eiselsberg, Tijdschr. v. Gen. 1896, I, n^o. 8), zoodat eene pinkdikke communicatie werd tot stand gebracht.

Etagenaad der buikwond. Het wondverloop was zeer gunstig, genezing p. p., ook de algemeene toestand verbeterde, zoodat in Oct. 1895 deze vrij goed was.

In den winter is de icterus weer toegenomen; de ontlasting, welke vrij normale kleur had gekregen, is min of meer ontkleurd, terwijl de urine vrij veel galkleurstof bevatte. Ook heeft pat. veel last gehad van koude en diarrhoea. Hoewel de algemeene toestand veel verbeterde na de operatie, was het resultaat niet zoo groot als verwacht werd en is ook nu, ofschoon pat. voortdurend passende geneesmiddelen neemt, de toestand stilstaande.

De sterke verdunning van den blaaswand kunnen we gereedelijk aan den mechanischen druk der stuwende gal toeschrijven, de afwezigheid van steenen verklaart, waarom de blaas ook bij den zeer mageren buikwand, niet duidelijk palpabel was. Hoe de stuwing te verklaren?

Noch uit de anamnese, noch bij de operatie blijkt iets positiefs omtrent steenen, doch de inhoud van den d. chol. maakte wel den indruk van een zandige massa; in elk geval wijzen de typische insnoeringen, die moeilijk anders dan als fibreus (litteeken?) weefsel kunnen beschouwd worden, op herhaalde (afgelopen?) ontsteking. Het verdere beloop, hoewel niet onverdeeld gunstig, sluit toch ook weer het idee van maligniteit der kleine zwellingen uit.

Dat van eene dilatie dezer 4 stricturen geen sprake kon zijn en zelfs al ware ze momentaan gelukt, een recidief zich waarschijnlijk zeer spoedig zou vertoond hebben, ligt voor de hand en de eenige wijze, voldoende afstrooming te bezorgen

aan het leversecreet, was derhalve eene cholecyst enterostomie. (De totale afwezigheid van galsteen, in verband met anamnese en bevinding, maakte in dit geval eene tijdelijke cholecystostomie volkomen overbodig).

De gediagnostiseerde veranderingen in de lever werden door de uiterlijke verandering van het orgaan (hardheid, korrelige oppervlakte), bevestigd, en in zooverre verwonderen wij ons niet over het verder beloop. De fistel, zooals deze hier werd aangelegd, functioneert vrij goed; de bevestiging der dunnedarmlis aan het weinig bewegelijke mesocolon transversum voorkwam het gevaar van rekking en uitscheuring van den zeer dunnen blaaswand, evenzeer door druk van het colon, terwijl bij dit korte, gefixeerde mesenterium ook geen vrees voor afknikking van de er door heen loopende lis bestaat. In het algemeen is de methode eene complicatie; wanneer bij de spleetvorming in het mesocolon eene bloeding optreedt, is deze niet altijd zoo gemakkelijk te stelpen en kan dus voor den dikwijls cholaemischen patiënt van veel nadeel zijn.

In ons geval echter had zij zeker voordeelen en heeft ongetwijfeld tot het ongestoorde beloop bijgedragen.

Ook hier kan het elders herhaaldelijk geconstateerde feit vastgesteld worden, dat de pruritus cutaneus zeer spoedig verdween.

Geval X. H. O., m., 22 j.

Anamnese: Oct. 1894 kreeg pat., als soldaat in Indië, een dikte in de rechterzijde, ter hoogte van de lever, waarbij hij geel werd, koorts en koude rillingen had. Nov. 1894 vertrek naar het Mil. Hosp. te Amsterdam, waar hij alleen in het begin koude rillingen had, weinig koorts, echter bleef hij geel zien en had soms dikke voeten. 9. III '95 verliet hij het Hospitaal.

Dysenterie, cholera, malaria, beri-beri heeft hij niet gehad, evenmin kolieken of aanhoudende pijnen.

8. V. 95. Opname in de Int. Klin.

Stat. praes. Pat. is mager en vertoont vrij sterken icterus.

Geen verhoogde temperatuur. Hart en longen normaal.

Lever: Relatieve leverdemping begint in de papillairlijn bij de 4^{de} rib in de axillairlijn aan 5^{de} rib.

Ondergrens komt in de mediaanlijn tot halverwege proc. ensif. en umbilicus, in de rechterpap. lijn tot 4 cM. onder ribbenboog en reikt naar links tot in linkerpap. lijn. Bij druk is de leverkwab onder rechterribbenboog pijnlijk. Is duidelijk te voelen, oppervlakte schijnt onregelmatig.

Galblaas niet te voelen.

Milt is iets vergroot, komt onder ribbenboog uit, reikt naar voren tot in de voorste axillairlijn en is vrij hard. Liesklieren matig gezwollen.

Faeces zijn gekleurd, urine donker gekleurd.

Waarschijnlijkheidsdiagnose: Hepatitis diffusa na absc. hepatis. Later werd hieraan nog toegevoegd: Sluiting van den ductus choledochus.

Overbrenging naar de Chir. Klin.

Operatie. 10. VI. 95. Chloroform-narcose: Mixt. Billr., 2 u. 20 m 108 cM³. Veelvuldig braken gedurende de narcose.

Incisie in de linea alba van handbreed beneden het proc. ensif. tot aan de navel. Na opening van het peritoneum springt de vergrootte, korrelige, verharde lever in het oog en eveneens de uitgezette en gevulde galblaas. Langs deze laatste naar omlaag mediaan gaande, is er niets abnorms te voelen dan 3 kleine tumoren van niet meer dan hazelnoot grootte naast de wervelkolom in de streek van het pancreas. Besloten wordt, cholecyst-enterostomie te doen. Na aantrekking der galblaas door 2 suturen wordt eene kleine, 1 cM. lange, dwars verloopende incisie gemaakt, waarbij oogenschijnlijk zuivere gal in groote massa afstroomt bij zijdeligging en circulaire tanponade. Ook met sonde is in de diepte niets bijzonders te bespeuren. Opzoeking der in het duodenum overgaande dunnedarmlis, leegstrijking, afbinding van af- en aanvoerend deel met jodoformkatoen. Door een in het mesocolon gemaakte opening wordt de afgesnoerde lis doorgehaald en daarin met enkele suturen bevestigd. Longitudinale insnijding (1½ cM. lang) tot op de mucosa; na wegneming der voorloopige jodoformgaastampon uit de galblaas hechting aan de darmlis door sero-musculaire naden.

Insnijding der darmmucosa, slijmvliesnaad met galblaas, voorste slijmvlies en serosa-naden, Lambert'sche naden. Een stukje omentum wordt over de voorzijde der hechtplaats genaaid, wegname der darmafsnoring. Etage-naad van den buikwand. Krulgaas-, kleefpleisterhoutwolverband.

's av. Temp. 37°.

11. VI. Veel hoesten, waardoor pijn aan de wond. Avondt. 36°, 7.

13. — Temp. normaal, pols 120; pat. voelt zich zwakker. Eenig braken.

14. — Toestand verbetert. Urine reeds minder donker. Na clysmata ontkleurde ontlasting.

15. — Temp. normaal. Algem. toest. bevredigend.

17. — Icterus neemt nog zeer weinig af, normale temp. Herhaalde epistaxis. Veel wijn, cognac, melk.

22. — Temp. 38°, 1. Rechts achter eenige rhonchi.

23. — Verbandw., daar patient 's nachts plotseling van onder het verband bloedde. De reeds p. p. genezen wond is opengegaan door een bloeding in den buikwand, ook onder het gesloten gedeelte een haematoom. Tamponade.

1 Juli. Pijn in de rechterborstheft; wegens uitgebreide dofheid op verschillende plaatsen proefpunctie zonder resultaat. Sterke epistaxis.

6. VII. Voor het eerst gekleurde faeces, icterus neemt merkbaar af, bloedingen worden eveneens minder, de wond begint te granuleeren.

15. VII. Algemeene toestand veel beter, terwijl de wond zich verkleint. Pat. staat nu en dan op, nog veel last van bloedingen.

1. VIII. Pat. gevoelt zich veel beter, urine bevat geen galkleurstof, faeces wel. Icterus blijft nog steeds in lichten graad bestaan; overigens toestand onveranderd tot

30. VIII. Weder ontkleurde faeces, in urine geen galkleurstof. Nu en dan epistaxis. Hernia ventralis begint zich te vormen.

Med. IX. Overplaatsing naar Int. klin.

Physisch onderzoek in Nov. '95 leverde op:

Urine zeer donker, faeces weinig gekleurd. Icterus nog duidelijk aanwezig; geen vloeistof in abdomine.

Leverdofheid: in de papillairlijn 13 cM., in de axillairlijn 17 cM. hoog.

Milt dofheid: 9 cM. hoog, reikt tot 5½ cM. onder ribbenboog.

April '96. Met afwisselende verergering of verbetering ziet pat. nu donkergeel, hoewel niet kachectisch, gevoelt zich ook vrij goed.

Faeces bevatten altijd eenige galkleurstof, kleur is wisselend evenals die der urine.

Lever en milt zijn sterk vorgroot:

Leverdofheid: in de parasternaallijn 12,5 cM.

„ „ papillairlijn 14 „

„ „ voorste axillairlijn 17,5 „

Milt dofheid „ „ papillairlijn 18,5 „

„ „ voorste axillairlijn 12,5 „

De beginnende diastase tusschen de Mm. rect. abdom. heeft zich uitgezet tot een spleet van ruim 4 vingerbreedten, door een buikband met schouderriemen worden echter de bezwaren hiervan geheel opgeheven.

Dat ook hier na de operatie wel niet volkomen verbetering

bereikt zou worden, werd verwacht. De interne diagnose bleek de juiste te zijn, getuige de groote, korrelige verharde lever; eene positieve oorzaak voor den belemmerden afvoer door den duct. choled. werd niet gevonden, daar de hist. morbi ons niet den indruk geeft, alsof de sluiting door druk der 3 kleine gezwellen zou geschieden; waarschijnlijker is een zwelling van het slijmvlies door voortgeleide ontsteking of eene sclerotische vernauwing.

Tot aan de galblaas was de communicatie met de lever normaal, logisch was dus de aanlegging eener galblaas-darmfistel, welke ook hier als retro-colica verricht werd en bovendien door fixatie van het omentum werd versterkt.

Reeds spoedig moest de toch al twijfelachtige prognose nog slechter gesteld worden wegens het optreden van epistaxis en van de spontane bloeding in de buikwond, beide teekenen der voortschrijdende cholaemie.

Niet duidelijk is het ons, waarom de faeces na de operatie steeds ontkleurd bleven en eerst na 4 weken bij kleuring der ontlasting de icterus verminderde en de algemeene toestand zich voor korten tijd verbeterde, daar de neusbloedingen zich herhaalden en de faeces weder ontkleurd waren. Onafgebroken schrijdt het primaire leverlijden voort, en hoewel het leverparenchym nog eene ruime hoeveelheid gal afscheidt, wijst de sedert Juni '95 buitengewoon vergroote milt, dat een aanzienlijke stuwung in het gebied der V. port. beslaat; ook de infectie draagt natuurlijk het hare tot deze vergrooting bij.

Over de prognose valt weinig te zeggen: de ongeneeslijke hypertrophische cirrhose zal niet door de aanlegging eener galblaasdarmfistel gebaat worden, alleen vermag deze laatste de cholaemie ¹⁾ waarschijnlijk te bestrijden.

1) Bij eenen anderen leverlijder, bij wien een abscess. hepatitis mogelijk geacht, doch bij de incisio exploratoria niets positiefs gevonden werd, openbaarde zich de cholaemische toestand eveneens in epistaxis, bloedingen uit de in de buikwond gefixeerde lever en in rectaalbloedingen, zoodra de patiënt opstond. Doordat in bloedige sputa 4 maanden post operat. tuberkelbacillen aangetoond werden, kwam ten slotte ook de diagnose tuberculosis hepatitis in aanmerking.

Bepaalden de vorige methoden er zich toe, bij galstuwung of pijnen de oorzaken zooveel mogelijk weg te nemen en de normale afvloeiing der gal te bevorderen, deze operatie stelt zich ten doel, bij onoverkomelijke hindernissen een nieuwen weg te banen en zodoende geheele genezing of tijdelijke verbetering te brengen¹⁾. Uit den aard der zaak zullen dus tot deze groep behooren vele gevallen van door langdurig bestaan onherstelbaar geworden steenlijden van den duct. choled., van oblitereerende of drukkende tumoren van pancreas enz., eindelijk de gevallen van idiopathische leveraandoeningen waar bij acholie van de faeces eene vergroote met gal gevulde blaas gevonden wordt. Terwijl de aard van het lijden in vele opzichten de prognose dikwijls reeds dubia maakt, wordt deze nog slechter door den algemeenen toestand, waarin meestal de personen verkeerden, bij wie deze operatie verricht moet worden. De langdurige icterische toestand toch gaat over in cholaemie, welke op zichzelf den lijder reeds spoedig ten grave kan sleepen. De meening over de waarde der ch.-ent. is in vele opzichten afhankelijk van den rol, dien men de gal in het menschelijk organisme laat spelen en van de individueele geaardheid.

Wat dit laatste betreft, terwijl enkelen jarenlange stuwung verdragen zonder slecht gevolg, (CHADWICK vermeldt een geval van galsteen-icterus gedur. 6 jaren met genezing) vertoonen anderen spoedig alle teekenen van cholamie; terwijl eenigen zonder nadeel verbazingwekkende hoeveelheden gal kunnen verliezen, zijn anderen door een veel geringer afvoerende fistel weldra uitgeput.

De *onmisbaarheid* der gal wordt dan ook door vele ge-

Daar de exit. letalis één week na zijn vertrek uit de Int. Klin. tehuis plaats vond, kon het duistere lijden, dat door een reeks van andere interessante verschijnselen vergezeld was geweest, niet verder vastgesteld worden.

1) Ook hier dus weder een nabootsing van toestanden, die men bij autopsiën spontaan, d. i. door galsteen, gevormd kan vinden

vallen gelogenstraf, ja zelfs BERNAYS, KOCHER en ABBE beschouwen haar geheel als een excretum, voor het organisme onnoodig, de *wenschelijkheid* eener invloeiing in den darm, wordt door niemand ontkend.

Ook de galophooping kan, gelijk DUJARDIN-BEAUMETZ uit persoonlijke ervaring dit voorstelt, op verschillende wijzen nadeel brengen en wel 1^o door intoxicatie met de terughoudende gal, geheel in het midden latend, hoe wij deze nadeelige werking ons verklaren moeten; 2^o door het wegblijven van de gal uit de ingewanden, waardoor eene onvoldoende vertering van vetten en eiwitsstoffen plaats heeft; zoo zou het begrijpelijk worden, dat ondanks zorgvuldige voeding de patient steeds vermagerd en verzwakt.

Eene volkomen retentie van gal acht hij niet afhankelijk van steenen, welke door liggingsverandering, verbrokkeling, afwisselende slijmvlieszwelling meer voor periodieke acholie der faeces aansprakelijk zijn, maar neemt dan eene fibreuse of cicatricieele afsluiting van den duct. choled. aan; de gevolgen toonen zich in uitzetting der galblaas en cirrhose hyperthrophique. Daarom volgt na cholecyst-enterostomie de ontkleuring der huid en de leververkleining slechts zeer langzaam, terwijl de infection biliaire nog aanleiding geeft tot koortsaanvallen met malariatype.

Hoe voortreffelijk de cholecyst-enterostomie ook zij als eindoperatie bij choledochus-afsluiting, enkele nadeelen kunnen er aan verbonden blijven of er door ontstaan.

DUJARDIN-BEAUMETZ weder wees er op, dat na galblaas-darmfistel de afvloeiing der gal dikwijls niet zoo goed plaats heeft, als men verwacht, omdat de galblaas zich niet dadelijk tot een buis vervormt, maar langen tijd een zak kan blijven, waarin nog stagnatie geschiedt. Verder wordt zeer dikwijls aangenomen, dat langs de fistel eene opstijgende infectie van het darmlumen uit kan volgen; ofschoon de plaats van inmonding hierop veel invloed heeft, moet men wel bedenken, dat bij deze operatie het geheele gebied der lever meestal

reeds min of meer geïnfecteerd is, terwijl de regelmatig afstroomende gal ook mechanisch eene infectie tegenwerkt. TUFFIER vermeldt 2 gevallen van cholecyst-enterostomie, welke, na 3 weken gestorven, geene infectie der galblaas vertoonden.

Daar bij de gevallen van cholecyst-enterostomie dikwijls reeds eene cholaemische toestand bestaat, en de infection biliaire beschouwd moet worden als ernstiger symptoom dan de acholie van het darmkanaal, wenschen vele chirurgen aan haar eene tijdelijke cholecystostomie te doen voorafgaan, enkele deze zelfs tot radicale therapie te verheffen.

Vóór het eerste is veel te zeggen; daar in elk geval de ductus cysticus en hepaticus vrij moeten zijn (de inhoud der galblaas of het afstroomen van gal tijdens de operatie geven dit aan), zal bij -stomie niets de vrije afvloeiing der gal beletten en ook hier door drukvermindering op het slijmvlies de galstroom weder haren natuurlijken weg opzoeken.

Zoo nu de cholaemie snel verdwijnt en de algemeene toestand veel verbetert, kan de vorming eener galblaasdarm-fistel ter sprake komen, daar de verbetering toch altijd zeer betrekkelijk is, de lasten eener sterk secernerende fistel zijn vele, de toestrooming der gal naar het darmkanaal is naar onze meening ter verdere genezing noodzakelijk.

Is bij de eerste operatie niet te veel gemanipuleerd in de omgeving der galblaas, (wanneer dus onmiddellijk eene irreparabele afsluiting van den ductus choledochus herkend werd), dan zullen opgetreden peritoneale adhaesies bij het tweede ingrijpen zeker geen onoverkomelijke moeilijkheden vormen, en de cholecyst-enterostomie op de gewone wijze verricht worden, waarbij de bestaande opening in de galblaas na omsnijding harer wondranden voor de fistelvorming kan dienst doen.

Verbetert de algemeene toestand bij uit- of inwendige fistel niet voldoende, dan verkeert men in eene moeilijke positie. Moet men dit in het eerste geval afhankelijk stellen van het oorspronkelijk lijden of van het galverlies, gaat men bij de

2^{de} (bij geheel of gedeeltelijk ontkleurde faeces) niet twijfelen aan de functie der fistel en vraagt zich af, of eene uitwendige fistel voor het leverlijden (voornl. waar quaestie van cholelithiasis is) niet beter diensten had gedaan? In beide gevallen is men eenigszins huiverig, de aangewezen (zij het slechts symptomatische) therapie toe te passen, hetzij de verandering der cholecystostomie in een galblaas-darmfistel, hetzij de scheiding van blaas en darm, sluiting der laatste en vorming van een weg naar buiten, daar men natuurlijk niet verzekerd is van het nuttig effect.

Van enkele zijden heeft men gemeend, het gevaar der cholaemie ook door interne middelen te moeten bestrijden. Daar bij dezen toestand bloedingen zoo gemakkelijk optreden, beveelt MAYO ROBSON, steunend op de proeven van WRIGHT, het gebruik van calciumchloride vóór de operatie aan, „to make the blood more plastic and to lessen the tendency of bleeding both at the time of operation and subsequently”. GAILLARD geeft ter compenseering van het galverlies een extract van ossengal in salol, welke pas in het duodenum door het pancreasferment ontleed wordt. HARLEY ried reeds aan, 0,3 gr. varkensgal in caps., na geeindigde maagvertering.

DUJARDIN-BEAUMETZ, die de acholie van het intestinum eveneens een zeer ernstig bezwaar tegen de uitwendige fistel vindt, wijst er op, dat na de cholecyst-enterostomie eene specieele hygiëne en medicamenteuze behandeling onvermijdelijk is. Tegen de sloopende koortsaanvallen geeft hij lavementen van hydrochloras quinini, als cholagogen salol (waarbij de toestand der nieren vooral gecontroleerd moet worden), terwijl hij ter bestrijding van de dyspepsie in het centraal van de fistel gelegen darmstuk voorschrijft bicarb. sodae 0,5—1 gr., 1 u. na den maaltijd.

Wat nu onze 4 gevallen van cholecyst-enterostomie betreft, hoewel bij alle het wondverloop lokaal zeer gunstig was, bij geval X alleen als bewijs der vergevorderde cholaemie herhaalde epistaxis en bloeding met haematoom in de p. p. genezen wond, is het blijvend resultaat der operatie zeer verschillend. Bij de patienten VII en VIII, die zeer gelijk-luidende anamnese aangeven en wier algemeene toestand ook veel overeenstemde, is het onmiddelijk resultaat buitengewoon gunstig, daar VII weder een krachtig persoon werd (*later*

echter recidief), de andere niet achterstaat bij elke andere vrouw van haren leeftijd.

De beide andere gevallen vertoonden reeds van den aanvang een meer gecompliceerd lijden, zonder de typische kolieken der eerste patienten; terwijl bij pat. IX de prognose vóór de operatie reeds infausta gesteld werd, moet bij pat. X aan de waarschijnlijkheids-diagnose hepatitis diffusa nog toegevoegd worden sluiting van den ductus choledochus, nog later hypertrophische cirrhose. De juiste oorzaak van sluiting blijft telkens in het onzekere, daar de inhoud der galblaas niet als in geval VII vermengd is met gruis, zelfs niet waar de ductus choled. hiermede (geval IX) gevuld schijnt, hare betrekkelijke ondoorgankelijkheid staat echter vast.

Kon de andere therapie, cholecystostomie nl., hier meer nut gesticht hebben? Daargelaten het standpunt, dat men tegenover het voortdurende galverlies inneemt, maakte de uiterst dunne blaaswand in geval IX de prognose quoad operat. reeds dubia, zoodat hier zeker niet gedacht mocht worden aan een herhaald ingrijpen, en wij ons reeds verheugen mogen, dat de operatie zelf geslaagd is. Nu een jaar daarna geene verergering is ingetreden, hebben wij het recht, onder eene zorgvuldige en lang voortgezette behandeling nog vooruitgang te verwachten.

(Symptomatisch is bv. ook bij dezen patient het ondragelijke jeuken reeds zeer snel na de operatie en blijvend verdwenen).

Wij verklaarden al, waarom bij pat. X ons de gevolgde symptomatische therapie rationeel toescheen, de gevolgen echter hebben ons teleurgesteld en we vragen ons af, wat daarvan de oorzaak kan zijn, of de aangetoonde progressie van het oorspronkelijk lijden, of tevens onvoldoende functie der fistel afhankelijk van de gevolgde methode. Voor dit laatste zouden wij 2 oorzaken kunnen vermoeden: 1^o de wijziging in enterostomia retro-colica met dichtdrukking of afknikking der blaas of dunne darm in de mesenteriaalspleet. Dit nu komt ons onwaarschijnlijk voor, daar in den aanvang

de fistel goed gefunctioneerd heeft, niet alleen bij ligging, maar ook bij het loopen gedurende ruim 1 maand, en bovendien een hiermede vergelijkbare stuwingszucht, voor zooverre wij weten, evenmin ooit vertoond heeft bij de gastro-enterostomia retro-colica (V. HACKER), waar dit door den aard der ingesta en de anatomische verhoudingen zooveel eerder kon geschieden; 2^o de afsluiting door de lever zelve. Hierbij kunnen wij denken aan onmiddellijken druk van het zeer vergrootte orgaan en aan trekking der zich omlaag verplaatsende lever met afknikking van den duct. hepaticus, dus eenigszins vergelijkbaar met de hydronephrose bij zwerfnier. Ook NIEMEYER geeft eene dergelijke verplaatsing als oorzaak van galstuwingszucht op. Het physisch onderzoek meent hier eene hepatoptose uit te mogen sluiten en komt dus alles op rekening van de met het leverproces zelf verbonden histologische veranderingen der weefsels.

De ontstane hernia ventralis wordt voldoende verklaard uit het door de bloeding gestoorde wondverloop en den druk der kolossaal vergrootte lever en milt; in geen enkel ander geval van laparotomia mediana, waarbij altijd nauwkeurig de laagsgewijze buiknaad verricht wordt (V. EISELSBERG l. c.), is eene buikbreuk opgetreden.

HOOFDSTUK II.

CHIRURGIE DER GALWEGEN.

De in aetiologischen zin zoozeer uiteenlopende afwijkingen der galwegen hebben langzamerhand een omvangrijke groep van operatie-methoden doen geboren worden, welke deels reeds hunne specieele indicaties gevonden hebben, deels nog het onderwerp van lange discussiën uitmaken. Gelijk in den aanvang elke operatie meestal slechts aan eene *indicatio vitalis* of *symptomata* beantwoordt en eerst daarna door de opgedane ondervinding geleid, de *indicatio causalis* meer tot haar recht komt, waardoor de andere vervallen, zoo hebben ook op dit gebied in een zeer kort aantal jaren reeds verscheiden omkeeringen plaats gehad. Nog is de rust niet gekomen; sommige methoden, reeds verlaten, vinden weer meer aanhang, andere, tot nu toe zeer geprezen en verdedigd, dreigen op den achtergrond geschoven te worden.

Uit lang vervlogen tijden (17^{de} en 18^{de} eeuw) zijn berichten omtrent sporadische galsteenoperaties tot ons gekomen; feitelijk bestonden deze in weinig meer dan de incisie van een buikwandabsces, daar meestal door de natuur een ontsteking en vergroeiing der blaas was tot stand gekomen en deze het meest tot den goeden uitslag bijdroeg. Als begin eener werkelijke galblaaschirurgie mag men dan ook aannemen het werk van J. L. PETIT (1733), waarin hij voor het eerst eene methode voor punctie en lithotomie aangaf.

Reeds in 1767 beval HERLIN op grond van dierproeven de

onderbinding van den ductus cysticus met incisie of exstirpatie van de galblaas aan, terwijl in 1774 BLOCH aanried, door applicatie van uitwendige middelen eene vergroeiing met den buikwand op te wekken, waarna door eene gemakkelijke en ongevaarlijke operatie genezing te verschaffen is.

CHOPART en DESAULT verwerpen reeds in 1783 wegens het gevaar van galuïtvloeiing de enkele punctie der niet vergroeide galblaas en CHELIUS (1828) geeft ter vorming van adhaesies splyting tot aan het peritoneum en toepassing van troicard of caustica. Eerst in 1859 raadt THUDICHUM bij cholelithiasis de fixatie der vrije galblaas in den buikwand door suturen en opening na 6 dagen aan, het principe dus, dat met eenige wijziging ook heden nog voor enkele leverabscessen, voor echinococcusblazen, pancreascysten enz. in toepassing gebracht wordt. M. SIMS echter was de eerste, die (1878) als bedoelde operatie de incisie der uitgezette galblaas verrichtte en aan deze operatie den naam van *cholecystotomie* gaf en zodoende beschouwd moet worden als de grondlegger der nieuwere galwegchirurgie, welke ik op uitvoeriger wijze wensch te bespreken.

Terwijl in den aanvang slechts enkele hoofdoperaties onderscheiden werden, hebben zich langzamerhand nieuwe daartusschen gevoegd, hetzij op zichzelf staand, hetzij in verband met of ter vervanging van vroegere, zoodat men tegenwoordig een vrij volledig systeem kan opbouwen. Naar hunne anatomische volgorde wenschen wij de verschillende hier en elders verrichte operaties te rangschikken en meenen daardoor het schema op blz. 46 te mogen aangeven.

GALBLAAS:

Het verschil van meening bij de operaties der galwegen begint reeds bij de eerste acte, de huïdsnede. Terwijl alleen voor de diepere galwegen, bij zeer vergroote lever of twijfel-

GALBLAAS.

Cholecystostomie.

a. in 2 tempo's (RIEDEL)

α. perit. pariet. (Riedel).

β. omentum (LAUENSTEIN, CZERNY).

γ. Hepar (Landerer).

b. in 1 tempo (LAWSON TAIT, SIMS).

RANSOHOFF.

Catherismus.

Locale therapie.

Cholecystendyse (Ideale cholecystotomie) MEREDITH,

KÜSTER.

in 2 tempo's (Wölfler-Senger).

Methode BLOCH.

Cholecystopexie (CZERNY).

Cholecystectomy (LANGENBUCH).

FRANK, ODDI, ZIELEWICZ.

DUCTUS CYSTICUS.

Cystico-lithotripsy.

Cystico-lithotomy (KEHR).

DUCTUS CHOLEDOCHUS.

Choledocho-lithotripsy (punctie).

Choledochotomy.

a. par voie abdominale } extern
intern

b. par voie lombaire (Tuffier).

Duodenotomy.

Choledochostomy.

a. met buikwand.

b. met duodenum.

c. met jejunum } ante-colica.
retro-colica.

Cholecyst-enterostomy.

V. MUSSBAUM, V. WINIWARTER.

HARLEY, GASTON, COLZI.

MURPHY.

achtige diagnose de laparatomia mediana de voorkeur verdient¹⁾, loopt voor de galblaas zelf de incisie meer over den tumor en wel in *longitudinale* of *dwarze* richting. De eerste, op den buitenrand van M. rect. abd. d., wier lengte afhangt van dikte en spanning der buikwand, grootte van gezwel en lever, vergroeiingen enz., geeft weinig bloeding, en misschien minder gevaar voor buikbreuk; de dwarse (s. schuine evenw. arc. cost.) verleent een ruim overzicht, doch bloeding is sterker en de doorgesneden spieren moeten zorgvuldig gehecht worden (ter voorkoming van retractie kan men, evenals ter genezing na peesnaad, de spier door een suture boven en onder de snede tegen de bovenliggende huid fixeeren en daarna haar doorsnijden). Naar onze ondervinding is met eenigszins normale verhoudingen bij aseptisch wondverloop en *nauwkeurige hechting der diepere lagen* het gevaar voor een breuk ook bij schuine snede zeer gering; ook KÖRTE vindt haar verre te verkiezen boven de andere, daar het litteken dicht bij den borstwand komt te liggen, de lever het tegen den druk der ingewanden beschermt en bij vrouwen het corset van buiten een druk oefent.

In enkele gevallen (vooral bij cholecyst-enterostomie, choledochotomie, in 't algemeen langdurige galstuwings) bedekt de vergrootte lever het geheele operatieveld; meestal kan zij echter evenals de intestima, manueel teruggehouden worden; STUDSGAARD raadt repositie door een dikken door het leverparenchym aangelegden draad aan; de broosheid van het weefsel en gevaar voor nabloeding schijnen geene bezwaren te zijn.

Naar analogie van andere maag- en darmoperaties zou men van *stomie* alleen dan mogen spreken, wanneer onmiddelijk of middelijk musosa met huidwond wordt vereenigd, zooals in geval V, waar ter voorkoming v. doorsnijding eene mucosa-

1) Door CZERNY wordt hiervoor aangeraden een rechthoekssnede, verticaal in de mediaanlijn, horizont. beneden de navel naar rechts.

fascia- en fascia-huidnaad is aangelegd, dus met het doel, eene blijvende opening te vormen, zooals bij impermeabele choledochusstenose of voor catheterismus der galwegen.

In navolging van COURVOISIER willen wij hier echter van *cholecystostomie* spreken *in alle gevallen, waar eene verbinding tusschen blaaslumen en buitenwereld* tot stand gebracht wordt.

Deze fistel nu kan in 1 of 2 tempo's gemaakt worden; in overeenstemming met den snellen vooruitgang der buikchirurgie stelde SIMS het eerste voor en werd daarin nagevolgd door LAWSON TAIT, die reeds spoedig op schitterende resultaten, langs dezen weg behaald, kon wijzen. Waar RIEDEL dan ook de vorming in 2 tempo's ten zeerste aanraadt, schijnt dit eene onbegrijpelijke en niet door de ervaring gewettigde achteruitgang; echter laat zich zijne maatregel wellicht daardoor verklaren, dat hij, als de eerste operateur van vele atypische gevallen, het meeste met sterk veranderde blaaswanden kennis maakte, wier onmiddellijke hechting en opening te veel gevaar bracht. Daar RIEDEL in bijna alle gevallen een sterk voorstander der cholecystostomie is, viel hem bij diepliggende geschrompelde blaas de hechting aan het buikvlies dikwijls zeer moeilijk; daarom geeft hij den raad, het perit. pariet. voor een gedeelte af te praepareeren, in de diepte te stulpen en in een kring te hechten aan den fundus der galblaas, welks ligging door een draad wordt aangegeven. De bepaling der juiste plek ter opening kan ook dan nog in de granulatiekoker, welke zich gevormd had, door vertrekking somtijds groote moeilijkheden baren, zoodat in verscheiden gevallen bij het 2^{de} tempo de buikholte in plaats van de galblaas geopend werd. Door CZERNY en LAUENSTEIN (C. f. Chir. 1893. I) werd voor hetzelfde doel aangeraden het omentum majus te hechten aan den fund. ves. en de wondranden en ook door ROBSON en SOUTHAM worden eenige dergelijke gevallen vermeld. Als unicum gelde de hechting van een met de daaronder liggende galblaas vergroeide dunne leverlap met den buikwand (LANDERER) en opening na 16 dagen met behulp

van den Paquelin, welke laatste ook MIKULICZ eenmaal hiervoor gebruikte, terwijl RIEDEL in een geval van sterke incrustatie hamer en beitel noodig had. Het tijdstip der opening is afhankelijk van de adhaesievorming, waarvoor men 5—7 dagen kan stellen, zoo de algemeene toestand (kolieken bv.) hier tegen geen bezwaar leveren.

Ditzelfde stadium wordt naar SIMS en L. TAIT in één tempo bereikt; te goed heeft men het gevaar voor het peritoneum leeren afwenden, dan dat zelfs empyema ves. fell. een strikte indicatie voor de operatie in 2 tempo's zou zijn.

L. TAIT stelde zich reeds een tweeledig doel van de fistel voor, nl. òf de werking als veiligheidsklep voor het met gal overladen organisme, evenals de anus praeternaturalis bij ileus, òf als afdoend geneesmiddel bij empyeum of steen.

Bij het openen der vrije galblaas, wat op zichzelf meestal geene moeilijkheden brengt, zal men de buikholte door tamponade zooveel mogelijk trachten te beschermen tegen den inhoud. Veelal wordt voorafgaande punctie met Dieulafoy's spuit aangeraden (WITZEL), ten einde eene overweldigende afstrooming te voorkomen; ons bleek eene tijdelijke zijligging en voorzichtige naar buiten trekking der blaas aan 2 suturen, waartusschen de insnijding gemaakt wordt, zeer praktisch en volkomen voldoende, daar de inhoud dan onmiddellijk over den intacten buikwand wegstroomt.

De extractie der steenen levert gewoonlijk geene moeilijkheden op, voor zooverre zij zich in het blaaslumen bevonden, ook die, welke in een divertikel besloten liggen, zijn meestal terug te schuiven, evenals losliggende in den ductus cysticus, zelfs van den ductus choledochus (TUFFIER, KOCH te Groningen) en hepaticus uit kan men ze somtijds tot in de blaas schuiven en zodoende samengestelde ingrijpen vermijden. Bij vastklemming kan men een zachten cholestearine steen met tang of scherpen lepel verbrijzelen en zoo de fragmenten extraheeren; gelukt dit niet, dan moet men tot eene andere operatie overgaan. Dat men meer gewicht moet hechten aan

de zorgvuldigheid dan aan de methode der naad, welke het periton. vesicale met het perit. pariet. (c. q. met verdere lagen) verbindt, is evenals bij andere darmoperaties ook hier voldoende gebleken.

Het in 1882 door RANSOHOFF aangegeven procedé, hechting der gesloten galblaas aan den buikwand met onmiddellijke opening is veel minder verkieslijk, daar het verdere manipulaties aan de diepere galwegen belet en ook de toepassing der ideale cholecystotomie verhindert.

Volgens ons tegenwoordig standpunt is de *cholecysto-lithotripsie*, de verbrijzeling der steenen door vinger- of tangdruk in de gesloten galblaas en voortschuiving der fragmenten tot in het darmlumen absoluut te verwerpen, daar het groote gevaar voor recidief door achterblijven van kleine concrementen op deze wijze niet opweegt tegen de ongevaarlijke opening der galblaas en de o. i. geringe bezwaren eener temporaire galfistel.

Is zoo de cholecystostomie volbracht, dan draineert men het lumen met een buis, of jodoformgaas (bij cholaemischen toestand liefst dit laatste ter vermijding van bloeding door decubitus), of een omwonden drainagebuis voor permanente drainage, zoo men bij choledochussluiting elke stuwung wil voorkomen.

De hoeveelheid gal nu, die uitstroomt is zeer verschillend; natuurlijk nemen wij doorgankelijkheid van den ductus cysticus aan, maar ook zelfs dan kan door veranderde drukverhoudingen, door zwelling van het slijmvlies een bestaande galafvloeiing ophouden om later weder te beginnen of niet meer terug te keeren. De groote vrees nu was vroeger het blijven bestaan der fistel; bij de specifieke indicaties, die echter voor de operaties aan de galwegen gevormd zijn, is het meer en meer gebleken, dat aan zulk eene galfistel zeer dikwijls choledochussteenen ten grondslag liggen, die of primair of secundair behooren verwijderd te worden of de verandering der uitwendige fistel in een blaas-darmfistel vereischen.

Dat men, zoo de patient lichamelijk of moreel geen nadeel van voortdurend galverlies lijdt, zich met de sluiting niet behoeft te haasten, somtijds zelfs niet *mag* haasten, is door de ervaring voldoende bewezen, daar na korter of langer tijd

zich dikwijls nog talrijke steenen uitstooten, die de spontane sluiting tot nu toe verhinderden.

Een sprekend voorbeeld levert ons eene 35-jar. patiënte, overgenomen van de Interne Kliniek, bij wie, daar de gediagnostiseerde icterus catarrhalis onder passende therapie niet verbeterde, de incisio exploratoria werd verricht. Vuistgroote hydrops vesicae fell. wordt gevonden, ductus cysticus blijkt gesloten, waarom tot cholecystostomie wordt overgegaan. Na 8 u. gal in het verband en van nu af sterke secretie, terwijl algemeene toestand zeer verbetert, icterus vermindert en faeces weder gekleurd worden, doch urine ook nog steeds galkleurstof bevat. Sluiting der fistel door cauterisatie, compressie en suturen gelukt niet, zoodat pat., zelf over haren toestand tevreden, na 3 md. vertrekt met sterk secernerende fistel. Nooit werd een steen in verband of ontlasting gevonden.

Tehuis nu baanden zich later tallooze galsteen en een weg door de fistel, welke toen spontaan genas.

Verschillende hulpmiddelen heeft men toegepast, om van de fistel uit dieper liggende steenen op te sporen en te verwijderen, of therapeutisch op de diepere galwegen in te werken.

In de eerste plaats dient als zoodanig het *catheterismus* genoemd te worden. Nadat reeds hier en daar gevallen vermeld werden, waar door weken lang systematisch catheteriseeren de ductus choledochus weder doorgankelijk geworden was (PARKER, v. WINIWARTER), werd zoowel door ROSE als vooral door TERRIER en DALLY nagegaan, onder welke omstandigheden catheterismus der galwegen mogelijk en wanneer het gewenscht was, zoowel uit diagnostisch als therapeutisch oogpunt. In normale omstandigheden zijn de valv. Heyst. een zeer groot bezwaar, minder echter in de pathologisch uitgezette galwegen; grootere moeilijkheden leveren altijd knikking van den duct. cyst., klepvorming of laterale inmonding in de vesica. Therapeutisch kan men zich een voortdrijven van steenen tot in het darmkanaal, bij vernauwing door in- of uitwendige oorzaken een (meestal wel tijdelijke) verwijding van den duct. choled. voorstellen. In onze gevallen VIII en IX is het niet beproefd en ook al gebruikt men een zachte sonde, de gevaren blijven niet gering.

DUJARDIN-BEAUMETZ wijst op de bloeding, welke bij cholaemische patienten licht zou optreden, BAUDOUIN toont tevens het gevaar van ruptuur, valsche wegen of erosies aan. In elk geval is het, evenals voor de urethra, gewenscht, het instrument zoo dik mogelijk te nemen.

Mechanisch heeft men bovendien beproefd, de uitdrijving van steenen te bevorderen door inspuiting van water onder sterken druk, (KEHR, die later ervan teruggekomen is wegens gevaar van verderstuwing der steenen), retrograde irrigatie door sonde (SIMS en KOCHER), chemisch door taurocholzure soda, aether en terpentijn (M. ROBSON).

FONTAN meende succes te zien van herhaalde aether-indruppeling tijdens de operatie, BROCKBANK wil door langdurige olie-inwerking vastgeklemden steenen oplossen.

Beter kan men zich door antiseptische wasschingen eenigen invloed op de ontstoken slijmvliezen voorstellen.

Zoo tenslotte bij complete galfistel nooit steenen zich vertoonen, kan men trachten door afsluiting der opening met een prop den galstroom te dwingen, den ductus choledochus te passeeren (KEHR), en bij gewenscht resultaat door cauterisatie (Paquelin), suturen, of cholecystendyse de fistel, zoo zij niet spontaan verdwijnt, te sluiten. Reeds vroeger noemde ik hoe te lage aanhechting der galblaas aan den buikwand de oorzaak eener blijvende fistel worden kan. ROTGANS vermeldt een geval, waar het weglaten der hevel-drainage voldoende was, om spoedige sluiting der fistel te verkrijgen.

Door DELAGINIÈRE is onlangs eene kleine wijziging aangegeven, welke hij „*cholecystostomie intra-musculaire intraparietale*” noemt, nl. longitudinale incisie in den M. rect. abd., dwarse aanhechting der galblaas aan de voorste aponeurose, drainage der blaas en sluiting der huidwond tot op drainopening. In 3 gevallen was het resultaat zeer gunstig.

Daar dus tengevolge der cholecystostomie de patiënten dikwijls gedurende korter of langer tijd aan de onaangenaam-

heden (ook gevaren?) eener galfistel worden blootgesteld, meende men dit te mogen vermijden door de CHOLECYSTENDYSE de onmiddellijke sluiting der galblaas na lediging of steen-extractie, 't zij door mucosa- en peritoneaalnaden, 't zij door eene dubbele rij der laatstgenoemde.

Hare oorspronkelijke benaming, „ideale cholecystotomie” geeft genoegzaam aan, welke verwachtingen men ervan koesterde, en is al in vele gevallen de werkelijkheid beneden het ideaal gebleven, door vele chirurgen wordt toch haar lof verkondigd, en vooral bij nauwkeurig gestelde indicatie zal hare toepassing, hoewel minder veelvuldig dan vroeger, ook voortaan op voortreffelijke resultaten mogen rekenen. MEREDITH verrichtte haar het eerst in 1883, en KÜSTER stelde in 1887 de operatie op het XVI^{de} Congr. d. D. G. f. Chir. als „ideale cholecystotomie” voor, waar LANGENBUCH haar ten gunste zijner eigen methode verwerpt en tracht de onmogelijkheid eener voldoende sluiting te betoogen, daar de naad wellicht bezwijken zal onder de aandrang der vochttophooping, welke na de operatie zou plaats vinden in de blaas. LAWSON TAIT vindt haar „fatal in every instance”, COURVOISIER (hoewel aan de cholecystostomie de eerste plaats inruimend) en KÖRTE scharen zich onder hare voorstanders, KÖNIG en KEHR laten een afkeurend oordeel hooren.

De ervaring heeft voldoende bewezen, dat in vele gevallen de methode zonder eenige bezwaren toegepast mag worden, maar tevens niet zoo algemeen verbreid, als hare uitvinders dit verlangden. Technische moeilijkheden zijn bijna nooit aan de operatie verbonden, zoodat bij nauwkeurige naad het gevaar voor ruptuur zeker overdreven is, doch de 2 hoofdfactoren, gezonde blaaswand en afwezigheid van galsteen en zijn moeilijk na te gaan.

Eene verdikte wand toch kan zeer broos zijn, schijnbaar normale gal kan vele infectieuze stoffen bevatten (geval VIII), terwijl de door ons op blz. 49 genoemde patient eveneens de onmogelijkheid aantoont, van de afwezigheid van steenen

overtuigd te zijn. Daarom meenen wij als principe te moeten stellen, de cholecystendyse niet te verrichten, wanneer talrijke concrementen gevonden worden, daar men nooit een volkomen verwijdering in eens mag aannemen. Beter geschikt schijnen ons de gevallen, waar één of enkele groote steenen blaas of duct. cyst. vullen en de blaaswand noch zeer geïnfilteerd, noch sterk verdund (geval IX) is. Zoo men met RIEDEL en KEHR hecht aan eene langdurige drainage van het geheele galwegsysteem, vervalt de cholecystendyse natuurlijk geheel.

KEHR beroept zich daarbij op die gevallen, waar na cholecystostomie met spoedige spontane fistelsluiting lichte recidieven optraden, berustend op vochttophooping in de galblaas en geheel wijkend voor verwijding der vroegere fistel en ruime drainage van het blaaslumen gedurende verscheiden weken. Ook TUFFIER verklaart zich voor de tijdelijke cholecystostomie.

Het groote gevaar der ideale cholecystostomie, het uitvloeien van gal of infectieusen inhoud in de buikholte, heeft men op verschillende wijze getracht te voorkomen.

WÖLFLE en SENGER gaven in 1890 de id. chol. in 2 tempo's aan, nl. hechting der galblaas aan de peritonaalranden, na enkele dagen opening, extractie der steenen en sluiting der blaaswand, terwijl de buikwand open blijft. Zoo zich nu geen galfistel vormt, wordt (WÖLFLE deed dit na 9 d.) de galblaas weder losgemaakt van het perit. pariet. en de buikwand op gewone wijze gehecht. De bezwaren zijn de wellicht onvolkomen extractie bij aangehechte blaas, dus kans op recidief en het gevaar van losmaking der adhaesies.

In de Rev. de Chir. 1895 wordt door BLOCH eene zelfde methode nog eens aangegeven als „cholecystotomie extra-abdominale extra-cutané", nl. incisie in de mediaanlijn, bevestiging der galblaas met catgutsuturen aan de huid (wat overigens SENGER ook reeds gedaan had), na 3 dagen opening, steenextractie en toenaaiing, losmaking der blaas met sluiting der buik 9 dagen hierna.

De grootste verbetering werd voor twijfelachtige gevallen in 1888 door CZERNY aangegeven, de CHOLECYSTOPEXIE, suspensie der gehechte galblaas aan den buikwand. C. zelf zegt: „Die typische Operation bei Steinen in der Blase besteht in der Incision, Entleerung und Naht der Gallenblase, wobei aber die Bauchwunde für kurze Zeit zu drainiren ist”, terwijl MERMANN in zijn overzicht der galwegoperaties van de Chir. Klin. te Heidelberg zegt: „Sie (die Cystendyse) wird eben in den leichten, frischen Fällen ausgeführt. Indicirt ist sie stets, wo die Gallenblasenwand noch nicht ulcerirt ist, Inhalt also Galle oder Schleim, oder bei Cysticus-verschluss hydropische Flüssigkeit ist. Vorbedingung ist, dass sofort Galle aus dem Cysticus fließt, der D. Choled. offen ist und mit Sicherheit keine Steine mehr gefühlt worden sind”, anders raadt CZERNY eveneens eene temporaire galfistel aan. Door de cystopexie nu zal zich bij bersting of perforatie langs de steekkanalen eerder eene uitwendige fistel vormen dan afvloeiing der massa in de buikholte, vooral zoo men gedurende de eerste dagen de wond in den buikwand draineert. PARKES en CARMAULT hadden 2 j. vroeger een bijna gelijklopend procedé aangegeven, nl. *ideale cholecystotomie met voorafgaande cystopexie* der blaas, evenals RANSOHOFF voor de-stomie wilde; dezelfde bezwaren zijn ook tegen deze operatie in te brengen.

VAUTRIN, warm voorstander der cholecystopexie in Frankrijk vereenvoudigde de door CZERNY aangegeven hechtingswijze in den geest der naad naar LEMBERT. KOCHER verklaart zich tegen cholecystopexie, daar er volgens hem gevaar voor afknikking van den duct. choled. zou bestaan. COURVOISIER meent, dat de peritoneale adhaesies later nadeel zouden kunnen doen.

Onze 3 gevallen van ideale cholecystotomie hebben eenig verschillend resultaat gegeven. Geval I beantwoordt geheel aan de door CZERNY voor deze operatie gestelde criteria, vertoont dan ook een voortreffelijk verloop en ook later zijn geene klachten meer vernomen; eveneens in geval II werd

de locale genezing door niets gestoord, terwijl het vermoeden van recidief nog op zeer losse gronden berust.

Bij patient III ware, in overeenstemming met den langen duur van het lijden, het groote aantal steenen en de verdikte wand de aanlegging eener temporaire galfistel waarschijnlijk wenschelijker geweest, zooals de vorming van het buikwand-absces ons toont; echter heeft de cholecystopexie den doorbraak in de buikholte voorkomen en zou het absces, dat blijkbaar geene neiging tot voortgang op het peritoneum vertoonde, bij voortzetting der doelmatige therapie alleen de genezing vertraagd hebben; voor den letalen afloop heeft het geen verschil gemaakt, daar deze geheel aan de heftige bloeding uit het ulcus ventriculī in het maaglumen moet geweten worden.

Zoo wij derhalve uit onze en anderer gevallen een conclusie willen trekken, is het deze, dat in zeer omschreven gevallen een voortreffelijk resultaat opleverend, de cholecystendyse, ook met cystopexie, niet als algemeen toepasselijke operatie mag aangegeven worden, daar het, gelijk KÖNIG zegt, onmogelijk is, met zekerheid ongelukken te vermijden.

De tot nu beschreven operaties hadden ten doel, steenen of anderen schadelijken inhoud uit de galblaas te verwijderen, haarzelf als physiologisch orgaan echter ongerept te laten, ja al het mogelijke te doen, hare normale functies te herstellen. LANGENBUCH echter meende, dat de patient door wegname van het zieke orgaan meer gebaat zijn zou en gaf zijne CHOLECYSTECTOMIE aan.

Vele bezwaren werden al dadelijk tegen de operatie ingebracht; L. beweerde, dat dewijl de galblaas physiologisch bij vele dieren, (paard, olifant, rhinoceros, kameel, struisvogel,) ook bij enkele menschen, ontbreekt, zij geene voor het organisme noodzakelijke functiën verricht en dus zonder nadeel kan verwijderd worden. Men hield hem echter voor, dat een aangeboren afwezigheid niet mag vergeleken worden met eene

plotselinge verwijdering, dat de invloed op de spijsvertering bij mensch en dier zich niet zonder meer vergelijken laat, dat zijne operatie lang niet zoo eenvoudig was als hij dit voorstelde, integendeel de grootste geoefendheid kon vereischen.

LANGENBUCH's gewichtigste argument was echter, dat door zijne methode de eenige bron van steenvorming werd weggenomen en dus niet dan bij hooge uitzondering een recidief kon optreden; dit nu is zeker niet waar, daar men reeds te dikwijls bij schijnbaar normaal bevonden galwegen langs natuurlijken weg of fistel tallooze galsteen later zag afgaan, en dus ook intra-hepatische steenvorming moet toegeven. Het aannemen eener hiervoor noodzakelijke katarrh verbiedt ook reeds de exstirpatie, daar men de *mogelijkheid* van recidiven (hoewel zij zich nog zeer weinig getoond hebben) moet toegeven en in dit geval noodzakelijk eene choledochusstenose zou optreden. LANGENBUCH echter stond onder den invloed der talrijke permanente gal- of slijmfistels, die door diepe cysticus- of choledochussteen onderhouden worden en waarvoor in zeldzame gevallen de indicatie tot exstirpatie der galblaas nog geldt; hij zelf stelde als indicatie „wenn Patient und Arzt am Ende ihrer Geduld angelangt sind”. Hoewel op het oogenblik der operatie (steen, empyeem) de galblaas meestal geene diensten meer doet, (KLEIBER) en L. daarin zijn recht tot wegneming zoekt, meenen anderen (KEHR, LAUENSTEIN, ROBSON, KÖNIG), door langer of korter drainage hierin in verband met andere maatregelen zooveel verbetering te kunnen brengen, dat zij later altijd nog als ventil bij nieuwe steenvorming kan dienen, zonder op zichzelf bezwaren te geven.

ODDI meende door dierproeven bewezen te hebben, dat zich na Cysticusonderbinding door uitzetting der stomp weder een soort galblaas kan vormen, wat dus de operatie nutteloos zou maken. NASSE echter kon bij konijnen en honden dit niet bevestigen.

KÜSTER vergelijkt de galblaas met de gl. thyr.; gelijk men

deze in den aanvang ook geheel heeft weggenomen, doch daarvan groot nadeel heeft gezien, zoo komt men ook terug van de cholecystectomy en zal betere resultaten zien van de ideale cholecystotomy; hij kaatst op L.'s operatie hetzelfde bezwaar terug van vochttophooping in den afgebonden d. cysticus, nl. galstuwning of hydrops; een feit is het, dat in zeer vele gevallen zich voor korten tijd een (onschadelijke) galfistel vormt, ook zelfs na dubbele afbinding met catgut of zijde en cauterisatie van den stomp met Paquelin, waarom MICHAUX in alle gevallen drainage door jodoformgaas aanraadt.

LANGENBUCH maakt eene lengtesnede op den buitenrand van den M. r. abd., op welks midden eene mediale dwarssnede staat, en dringt tot de galwegen, in de vrije rand van het lig. hep.-duod. gelegen, door; hij splijt het peritoneum aan de fundus ves. f. circulair, waarna deze laatste, meestal tevens adhaesies met de ondervlakte der lever stomp losgemaakt en de d. cyst. peripheer na onderbinding kan doorgesneden worden. Vroeger verrichtte hij eerst de afbinding van den d. cysticus, daarna het uitpraepareeren; bij sterke vulling der blaas is het altijd gewenscht, het lumen vóór de uitpelling te openen.

Ter vermindering van een wellicht noodlottige galuitstorting door bersting van den cysticusstomp past FRANK de volgende methode toe: uitpelling der blaas uit haar peritoneum, onderbinding van den ductus cysticus, en hechting der peritoneaalkoker aan het perit. parietale der wondranden, dus extraperitoneale steelbehandeling. De vraag is, of de vorming van zulk eene strengvormige adhaesie naar den buikwand weer geene aanleiding tot koliek kan geven.

Door ODDI werd met hetzelfde doel en om de afvloeiing der gal te bevorderen, de hechting der cysticusstomp in het colon voorgesteld.

Hare voornaamste blijvende indicatie heeft de cholecystectomy gevonden in de maligne primaire tumoren der galblaas, nl. in die gevallen, waar nog geene duidelijke metastasen in de omgeving te vinden zijn.

Als zoodanig komt bijna alleen het *carcinoma vesicae fellae*

in aanmerking, welks nauwe samenhang met de cholelithiasis door ons voldoende is vermeld. In beginnende stadia kan de toestand der blaas veel overeenkomst hebben met die, welke bij langdurig empyema gevonden wordt, nl. een sterk verdikte ulcereerende wand, met eene geleiachtige massa bedekt, daar de oppervlakkige lagen van het diffuus infiltrerende carcinoom spoedig necrotiseeren. Voor de therapie maakt eene vergissing geen verschil, daar in beide gevallen de cholecystectomy behoort te geschieden, echter met geheel verschillende prognose, daar het weeke carcinoom bijna altijd reeds metastasen in de lever gezonden heeft.

Daar in enkele gevallen de galblaas zoo sterk vergroeid kan zijn met de lever, dat hare losmaking (-scheuring) teveel gevaar voor bloeding en galuitstorting oplevert, heeft ZIELEWICZ aangegeven, de aanlegging eener uitwendige galblaasfistel te vereenigen met de onderbinding van den ductus cysticus; zoo meende hij de galblaas langzamerhand tot atrophie te zullen brengen, terwijl de patiënt van de slijmfistel geen nadeel ondervindt.

AFVOERWEGEN.

Het is zeer verklaarbaar, dat de chirurgie der lagere galwegen van zooveel jonger datum is dan die der galblaas. De groote diepte en de kleine omvang van het operatieveld, de moeilijkheden, die overwonnen moeten worden, vóór men het bereiken kan, de fixatie der verschillende deelen, de nabijheid van gemakkelijk kwetsbare organen, het gebrek eener rationeele therapie werkten samen, om vele lijdens zonder of na vergeefsche operatie te doen bezwijken. Ontegenzeggelijk gelden de anatomische bezwaren evenzeer als vroeger, doch door verbeterde operatiemethoden is zoowel de mogelijkheid van als de vrees voor galuitstorting veel verminderd.

A. DUCTUS CYSTICUS.

De operaties van den d. cysticus vinden altijd hun oorsprong in galsteen, 't zij voor vrije, hetzij voor ingeklemde.

Terwijl vroeger juist voor deze laatste de cholecystostomie de aangewezen therapie was, trachtte men bij bewegelijke, ze in eenige richting te verschuiven en moest bij verplaatsing naar de galblaas de cholecystotomie laten volgen, of hoopte door een uitwendigen fistel vastzittende somtijds bewegelijk te kunnen maken. Voor deze onzekere en langdurige wijze van handelen heeft KEHR de *cystico-lithotomie* in de plaats gezet en door een reeks van voorbeelden het schitterend gevolg der operatie bewezen. Ook hij tracht den steen te mobiliseeren en tot in de gesloten blaas te schuiven (waarbij hij, zich rechts en met den rug naar het gelaat van den patient plaatsend, met de linkerhand manipuleert) en hierin slagend, cholecystostomie verricht. Gelukt het niet, dan na aspiratie opening van den fundus vesicae; vreest men den steen niet dan met vele laesies uit gezwollen slijmvliesplooien te kunnen losmaken, zoo legt hij eene uitwendige fistel aan ter vermindering der zwelling, waardoor dan na korter of langer tijd, de steen zich uitstoot of gemakkelijk verwijderd kan worden. Wordt het concrement echter door fibreus littekenweefsel vastgehouden en is te groot voor het lumen van den d. cysticus, dan verricht hij dadelijk de cystico-lithotomie, sluit de wond door een reeks van Lembert'sche naden en laat de cholecystostomie volgen. BERNAYS spleet ter verwijding den ductus cyst. aan de binnenkant, dus *interna*, wat echter een onzeker ingrijpen is met het oog op het wondverloop, KÜSTER ving de splijting reeds in de galblaas aan. KEHR raadt in alle gevallen aan, daarna een cystostomie te doen, om 1^o. deze als veiligheidsklep te laten werken, ten einde allen mogelijken druk op de naad te voorkomen, welke men om het lumen van den ductus cyst. niet te zeer te vernauwen, niet al te nauwkeurig in opvolgende lagen mag aanleggen, 2^o. door langdurige drainage gunstig op het slijmvlies der galwegen in te werken.

Zelfs al geschiedt de uitdrijving der steen na voorafgegane cystostomie spontaan noch instrumenteel, dan acht KEHR de

nu noodzakelijke laparatomie en cysticotomie toch nog veel minder gevaarlijk dan de cholecystectomie, waarvoor alleen de toestand der galblaaswand, nooit de *inhoud* hem eene indicatie stelt.

B. DUCTUS-CHOLEDOCHUS.

De operatieve hulp bij afsluiting der diepere galwegen (d. choledochus, hepaticus) dagteekent eerst van vóór 10 jaar, en richt zich ook hier naar den aard der stenose, naarmate de oorzaak in of buiten den d. chol. zit, wegneembaar is of niet; door den langen duur van het lijden echter worden de locale omstandigheden dikwijls zoozeer gewijzigd, dat eene rationeele causale therapie niet meer mogelijk is, 't zij technisch, 't zij wegens het gevaar en een symptomatische daarvoor in de plaats treedt. Zoodoende blijft de chirurgie van den d. choledochus beperkt tot de gevallen van afsluiting door steenen (afgezien van hoogst zeldzame andere voorwerpen), waarbij echter door de groote afwisseling der toestanden de meest verschillende verrichtingen mogelijk zijn. Het begin bepaalde zich natuurlijk tot de verbrijzeling der steenen in den gesloten duct. choledochus, zoo wegdringing naar duodenum of blaas niet gelukte, (waarbij soms de steen in den duct. hepat. verdween; hiervoor alsook voor een recidief na cholecystectomie heeft CZERNY de *hepaticotomie* voorgesteld, eveneens CALOT: „Dans le cas d'obstruction du canal cystique et du canal choledoque par calcul, il reste une ressource suprême, l'abouchement du canal hepatique, toujours tres dilaté dans ce cas-là, à l'intestin). Niet alleen heeft men deze verbrijzeling verricht op dezelfde wijze als voor galblaas en duct. cysticus, nl. met bekleede tangen, dus *choleodocho-lithotripsie* (LAWSON TAIT, LANGENBUCH, KOCHER, CRÉDÉ), doch ook werd in 1895 nog voorgesteld door PRIDGIN TEALE, de steenen met een scherp troicard door den choledochuswand uiteen te stooten, en wil hij dit zelfs als een meer zekere en veiliger weg dan — tripsie of — tomie aanprijzen. Van zijne 3

patienten stierf echter één, eene behield hare na eene vroegere cholecystostomie overgebleven galfistel, één genas. Dezelfde bezwaren als boven ook hier tegen de *tripsie*.

Hierna kwam men tot een meer actief optreden tegenover den choledochussteen, de CHOLEDOCHOTOMIE, waarvan LANGENBUCH reeds in 1884 het denkbeeld had aangegeven, doch dat eerst in 1890 meer algemeen toegepast werd. KÜMMEL vermeldde het eerste geval er van met doodelijken afloop, VOGT, HEUSNER, COURVOISIER, THORNTON, konden in hetzelfde jaar op gelukkiger resultaten wijzen en sinds dien ontbreken in geen opgaaf een of meer gevallen er van.

Heeft men na het overwinnen van grooter of kleiner bezwaren den duct. chol. bereikt of voldoende blootgelegd, dan zijn aan de incisie op den gefixeerden steen en de extractie meest geene moeilijkheden verbonden, en kan men, zoo men geene steenen meer aantoonen kan (waarvoor sommigen aan het sondeeren der galwegen meer waarde hechten dan aan manueel onderzoek) overgaan tot het sluiten der gemaakte opening.

Terwijl de hechting van den normalen ductus choled. groote moeilijkheden zoude opleveren, te meer daar de steenen zich meestal in het onderste $\frac{1}{3}$ ^{de} deel in de nabijheid van het duodenum bevinden, leenen de pathologisch uitgezette en verdikte wanden bij aanwezigheid van een concrement zich veel beter hiertoe. Daar men echter omtrent absolute sluiting eenigszins in het onzekere verkeert, blijft het gevaar voor galuitvloeijing in de buikholte en dat der bloeding altijd bestaan en op verschillende wijzen heeft men getracht, dit te voorkomen. Het meest rationeele is ongetwijfeld, de plaats der naad te bedekken door nabijzijnd peritoneum of zoo zich dit niet verschuiven laat, beproeft men het operatieterrein zooveel mogelijk van de buikholte te scheiden, door het epiploon gastro-hepaticum aan de randen der buikwand te hechten (QUENU). Ook al is na het aanleggen der suture het vermoeden op uitvloeijing gering, houden toch de meeste chirurgen

(TERRIER) het voor gewenscht, of door drainagebuis of door een door den buikwand uittredende jodoformgaasstrook de naad tegen den aandrang der intestina te beschutten en zoo bij fistelvorming of nabloeding een uitweg te vormen.

Wellicht in verband met eene minder zorgvuldige techniek wordt door Engelsche chirurgen drainage der buikholte aangeraden, b.v. THORNTON plaatst een boven de symph. pubis uitkomend glasdrainagebuis in het cav. Douglasii, ja zelfs RUTHERFORD MORRISON wil drainage door de regio lumbalis. Hij verkiest voor alle galsteenoperaties, doch voornl. voor die der choled. een dwarse huidsnede van 1 cm. beneden het einde der 9^{de} rib tot tusschen arcus cost. en crista ilei en draineert door den lateralen wondhoek den zich onder de lever bevindenden peritoneaalsak, welke tot aan den onderrand der rechternier reikt. Eene blijvende gal-fistel bij open duct. chol. schrijft hij toe aan het feit der fixatie der blaas zelf en wil deze laatste dan ook alleen bij empyema verrichten. Bij voldoende lumbaal drainage zou men eene geschrompelde galblaas of den ductus choled., zoo het aanleggen der naden zeer bezwaarlijk blijkt, rustig kunnen openlaten, zonder nadeel voor den patient.

HEUSNER bevorderde de drainage van het operatieterrein na eene choledochotomie, waar ondanks 8 suturen bij geringen druk steeds gal doorvloeide, door het voeteneinde van het bed hooger te plaatsen en zodoende het gebied der galwegen tot het laagst gelegen punt te maken. TERRIER vermeldt, dat hij in 2 gevallen van choledochotomie geene suturen aanlegde, doch zich met tamponade met jodoformgaas vergenoegde, zonder het beloop te benadeelen; in andere gevallen raadt hij jodoformgaas of drainagebuis aan (dit laatste voor het gevaar van decubitus liever niet in gevallen van cholae-mischen aard).

Ook in ons geval, waar de steen manueel niet te verplaatsen was, leverde de extractie en de naad der zeer verdikte wanden geene groote moeilijkheden, uitstrooming van gal in de buikholte gedurende de aanlegging der naad kon voloende voorkomen worden, terwijl ook hier eene geringe uittreding van gal langs het draineerend jodoformlint gedurende de genezing plaats vond. Dat de uitwendige wond wegens uit-

stooting der draden nog langen tijd verzorging vereischte, zonder echter den patient in zijne bezigheden te hinderen, mag in het minst niet als bezwaar tegen eenig deel der operatie gelden.

Reeds stipte ik aan, dat bij al deze galwegoperaties RIEDEL en KEHR de gelijktijdige cholecystostomie als een voornaam hulpmiddel voor eene rustige genezing beschouwen. Ons enkel geval geeft natuurlijk niet het recht, hierover een oordeel uit te spreken.

Terwijl men de nu beschreven operatie choled. externa zou kunnen noemen, verrichte ABBE in een geval van zeer verwijden d. cyst. en choledochus met goed gevolg ter verwijding van 2 stricturen een *choledochotomia interna*, welke operatie zich wel niet boven den rang van curiosum zal verheffen.

Uit onze historiae morbi in verband met de obducties blijkt, hoe moeilijk de juiste toestand van den ductus choled. te beoordeelen is en dus ook de keuze der operatie. LAUENSTEIN kent aan de bewegelijkheid van den tumor groote differentieel-diagnostische waarde toe tegenover verhardingen in het caput pancreatos. Meent men echter de diagnose van steen te mogen stellen, dan wordt meer en meer (MC GRAW, ELLIOT, THIRIAR, KÖRFE, RIEDEL) de indicatie voor choledochotomie erkend en de vroeger hiervoor zoozeer gehuldigde cholecyst-enterostomie verlaten.

Eene moeilijke vraag blijft het bij elk punt, te beslissen, wanneer het onvermogen der interne therapie moet aangenomen worden en een chirurgisch ingrijpen haar behoort te vervangen. QUENU is de eenige, die zich hierover beslist uitsprekt voor de chirurgie van den duct. choledochus. Hij oordeelt de operatie gewettigd, zoo bij vaststaande diagnose gedurende 3 maanden tevergeefs de interne therapie aan het woord is geweest. Voor de aanlegging eener blaasdarmfistel is de blaas meestal te klein (*Courvoisier-Terrier'sche wet*), tegen de steenverbrijzeling heeft ook hij het bezwaar der overblijvende fragmenten, de choledochotomie vindt ook hij

wenschelijk in één of twee tempo's, het laatste met voorafgaande tamponade.

Eigenlijk kan men zich moeielijk een anderen weg denken ter bereiking der galwegen, dan per laparotomiam.

Een hoogst twijfelachtigen indruk maakt dan ook de door TUFFIER (gelukkig alleen nog naar lyken-experimenten) voorgestelde „*choledochotomie par voie lombaire*”. Hij verricht eene longitudinale snede als voor nephrectomia lumbalis en ziet bij doordringing in de diepte en wegschuiving van het peritoneum, het 2^{de} deel van het duodenum, den duct. choledochus en de achterzijde van het cap. pancr. „On va accrocher au dessus du duodenum et ce que l'on accroche, est toujours le choledoque.” De voordeelen der methode, welke ook voor tumoren van het 1^{ste} en 2^{de} deel van het duodenum dienen kunnen, zouden gelegen zijn in de extra-peritoneale handeling en dat eene zich vormende fistel eveneens geen schade aan het buikvlies doen kan. Zeer begrijpelijk kon deze methode geene instemming verwerven en werd terecht veroordeeld, omdat voor de choledochotomie juist de ernstigste gevallen in aanmerking komen, waar eene juiste diagnose meestal vooraf niet kan gesteld worden en dus een zoo ruim mogelijk overzicht van het operatieterrein een der eerste vereischten is.

De nog dieper, dus achter het eerste gedeelte van het duodenum of in de papilla Vateri liggende concrementen kunnen moeielijk ter plaatse verwijderd worden, daar de aanlegging eener vertrouwbare suturenreeks wel zeer bezwaarlijk gaan zal. POZZI verrichtte in een dergelijk geval, waar de groote in de papilla Vateri vastzittende steen zich niet verschuiven liet, eene *duodenotomie*, maakte nl. eene incisie in het duodenum, extraheerde van hier uit den steen, welke 5 gr. woog, en sloot den darmwand op de gewone wijze. Genezing volgde.

Zoo de aard van het afsluitende agens de exstirpatie verbood of een steen zich niet verwijderen liet, heeft men getracht door vereeniging van het proximaal gelegen gedeelte van den d. choled., dat bij langdurige stuwung meestal (soms tijds buitengewoon sterk) verwijd is, met een ander orgaan, verdere galstuwung te voorkomen. Hiervoor komen in aanmerking: *buikwand, duodenum, jejunum*. De *choledo-*

chostomia externa, waarbij een absoluut galverlies optreedt, werd volgens TERRIER 4-maal verricht; slechts in een geval (v. WINIWARTER) wist men, dat het uitgezette gedeelte den d. chol. zijn moest, daar de vesica te voren geexstirpeerd was, in de overige, waar de diagnose op hydatidengezwel, pancreascyste of uitgezette galblaas gesteld was, bleken eerst bij de autopsie de ware verhoudingen. Daar in alle gevallen tengevolge der cholamie of der operatie de patienten stierven, ware de aanlegging eener interne fistel meer geïndiceerd geweest.

Gaat men hiertoe over, dan is het physiologisch wenschelijk, dat deze zoo hoog mogelijk geplaatst zij, dus liefst in het duodenum; hiervoor komt alleen het eerste, in het lig. gastro-hepaticum vervatte gedeelte in aanmerking, daar alleen dit eenige bewegelijkheid bezit en dus de naad aan niet al te groote spanning blootstelt. Is ook dit niet wel mogelijk, dan heeft men de vereeniging met het jejunum tot stand gebracht.

SPRENGEL was de eerste, die de *choleodocho-duodenostomie* verrichtte met goed succes, nog wel gecombineerd met cholecystectomie: 40 jar. vr., sinds enkele maanden aan heftige kolieken lijdend, morphiniste. Bij de laparotomie vindt men in den vermoedelijken duct. choled. een steen, welke in het duodenum, naar men meende geschoven wordt. Na 3 w. weder kolieken en verergering der toestand, daarom na 5 md. nogmaals laparotomie. Vele vaste adhaesies hebben zich gevormd, galblaas is leeg, steen als vroeger nog even bewegelijk in het sterk verwijde lumen van duct. choled. en d. hepat. Terugdringing tot in de galblaas gaat niet en daar de steen nu in den duct. cyst. beklemd zit, cholecystectomie bij den afgang van d. cyst. uit d. hepat. In den d. hep. blijkt nu nog een 2° steen te zitten, welke door den wand heen verbrijzeld wordt; daar in het ost. duoden. waarschijnlijk een steen zich heeft vast gezet wordt choleodocho-duodenostomie verricht. Geen drainage; volkomen genezing.

Ook voor recidiëf na galblaasexstirpatie heeft CZERNY deze operatie, ev. innaaiing van den doorsneden d. choled. in het duodenum aangegeven. Alle deze methoden hebben echter te weinig algemeene waarde, om hier langer besproken te worden.

In elk geval is de choledochotomie, waarvan het sterftcijfer volgens MERMANN gunstiger is dan dat der cholecyst-enterostomie, (is hierbij wel genoeg aan beider aetiologisch moment gedacht?) een ernstige mededingster der laatste, en daar zij de oorzaak zelf bestrijdt, als de normale behandeling van choledochussteen te beschouwen.

CHOLECYST-ENTEROSTOMIE.

„On ne sait pas, ce qui doit étonner le plus, de l'audace et de la tenacité du chirurgien, ou de la patience du malade.” Aldus luidde het oordeel van DENUCE over het eerste hiervan medegedeelde geval en de uitvoerige beschrijving lezend, strijdt ook bij ons de bewondering voor de volharding van den chirurg en het vertrouwen van den lijder om den voorrang.

Terwijl dan v. NUSZBLAUM in 1880 het eerst het juiste denkbeeld van vereeniging der galblaas met het intestinum aangaf, verwezenlijkte v. WINIWATER het in den loop van dit en het volgende jaar. Ons bestek belet ons, een uitvoerig overzicht te geven van den schat van ervaringen, die het langdurige lijden bood; enkele trekken mogen ons echter doen zien, dat de geboorte dezer operatie niet zonder smart en angsten voor patient en medicus verliep.

Bij een 34-jar. pat., die voor eenige maanden aan perityphlitis geleden had, wordt plotseling de ontlasting ontkleurd, urine en huid kleuren zich en de geheele rechter buikhelft wordt langzamerhand geheel ingenomen door een met gal gevulde (punctie) elastische tumor; klachten zijn braken en gevoel van trekking. Diagnose: Sluiting van den duct. choled. door peritoneale strengen. Herhaalde punctie (4—6 L. elken keer) had geen succes. Operatie 20. VII. 1880: Longit. incisie in de papillairlijn Punctie der zeer uitgezette galblaas door den intacten buikwand, hechting van den zeer dunnen blaaswand aan het colon asc., zoodat 4 à 6 cm² met elkander in contact kwamen; fixatie aan het per. pariet. Na 4 d. punctie door buik-galblaaswand en genaaide blaas-colonwand. Uitwendige galfistel vormt zich hierna. Sluiting der fistel door suturen mislukt; algemeene toestand blijft vrij goed; sterke vermagering, icterus geheel verdwenen; 3 à 4 maal per dag afstrooming der gal uit de met een stop gesloten drainagebuis. 29. XI. '80. Hechting van een dunnedarmlis aan de zeer

verkleinde galblaas, splijting van den samengenaaiden wand van den fistel uit, inlegging van een drainagebuis. Ook hierna vloeit de meeste gal naar buiten, ja zelfs na een poging tot fistelsluiting vormden zich 2 faecalfistels. La situation semblait desesperée! (pat. is broodmager, uitgebreide decubitus aan sacrum en crista ilei, excoriaties over den buikwand). Langzame spontane verbetering en minder galuitleiding.

Oct. 1881. Voortreffelijke gezondheid, door de langdurige tamponade der zeer weinig secerneerende fistels waren deze zeer sterk verwijd.

Nov. 1881. Sluiting der fistels door naden; die van de dunne darm geneest p. p., de galfistel sluit zich na weglating der drainagebuis van zelf, de colonfistel vereischt nog een herhaald ingrijpen, zoodat eerst in April 1882 de patient volkomen genezen was.

In 1883 stelt HARLEY voor, tusschen galblaas en duodenum eenig kali causticum te leggen en de intestina daarna in de buikholte terug te leggen; beter raad gaf GASTON in 1884, nl. na opening der galblaas van het lumen uit een elastieken ligatuur te leggen door de tegen elkaar gedrukte wanden van blaas en duodenum, welke langzamerhand zal doorsnijden, en sluiting der uitwendige opening; desnoods kan men de vereenigingsplaats door uitwendige suturen nog versterken. Door BARDENHEUER werd deze methode 2 maal toegepast (I +). Hierna heeft men zich alleen van zijde of catgut bediend, om op dezelfde wijze als bij entero-anastomose eene cholecyst-enterostomie aan te leggen.

Naar de organen, waarmede de galblaas in verbinding gebracht wordt, kan men onderscheiden: cholecysto-duodenostomie,

„ jeuno (ileo) stomie,

„ colostomie.

Reeds vroeger bespraken wij de vragen, die hierbij gesteld worden, nl. de physiologische omtrent de wenschelijkheid der galinwerking op den darminhoud en de chirurgische naar de mogelijkheid der vereeniging.

Hoewel niet alle bezwaren erkennend, die aan een lage inplanting worden toegeschreven, sluiten wij ons aan bij hen, die de vereeniging der galblaas met het duodenum verlangen en meenen, dat de overige methoden slechts dan gebruikt

mogen maken, zoo technische bezwaren aan de toepassing der eerste in den weg staan.

Verdiens v. WINIWARTER's volhardend streven meer den naam van een geniale proefneming op den mensch, COLZI (1886) was de eerste, die door zorgvuldige dierproeven geleid, de onmiddellijke vereeniging van galblaas en duodenum voorstelde door eene dubbele rij van naden. Volgens KLINGEL zou hij hierbij den d. choled. onderbonden hebben, PATURET spreekt hiervan niet.

KAPPELER en MONARSTYRKI verrichtten tegelijkertijd deze operatie, beide met gunstigen afloop, M.'s patient (jejunostomie) stierf na 2 maanden aan carcinoomcachexie, K. nam een willekeurige darmlis. TILLAUX (1890) hechtte de galblaaswand aan een darmlis, maakte eene cholecystotomia externa, en legde met goed gevolg als bij anus praeternaturalis na 8 d. een darmschaar aan. Eenige dagen na de daaropvolgende sluiting van de uitw. galfistel, stierf de patient aan carcinoomcachexie. Hierna verkreeg zij eene meer algemeene toepassing, terwijl in de techniek geene principiële veranderingen gebracht werden.

De vereeniging met het duodenum, volgens DELAGINIÈRE op grond van lijk-experimenten in de meeste gevallen mogelijk, vindt in werkelijkheid dikwijls bezwaren door de in latere stadia buitengewoon vergroote lever of door van vroegere ontstekeningen overgebleven adhaesies, welke of de organen op abnorme plaats fixeeren, of geene voldoende zekerheid op hechte vergroeiing aanbieden. Beter is het derhalve, zich zonder lange proefnemingen te bepalen tot een lager gelegen deel en de hoogst mogelijk gelegen lis met de galblaas te vereenigen (de aan de linkerzijde der wervelkolom gefixeerde onbewegelijke darmlis is de onmiddellijke voortzetting van het duodenum, deze peripheer vervolgend, is men dus zeker, zich in de richting der peristaltiek niet te vergissen).

Daar de mogelijkheid eener opstijgende infectie naar het blaaslumen na cysto-enterostomie niet ontkend kan worden, heeft men getracht door gelijktijdige aanlegging eener entero-

anastomie tusschen aan- en afvoerend deel der lis het contact van darminhoud met den blaaswand te voorkomen. De ring tusschen cholecysto- en entero-anastomie wordt dus a. h. w. uit de darmcirculatie uitgeschakeld. Zoodoende zal de galblaas zelf geheel vrij blijven van infectie, daar er geen bezwaar bestaat, de entero-anastomose op vrij grooten afstand der cholecyst-enterostomie aanleggen.

De wenschelijkheid der door V. EISELSBERG in 2 onzer gevallen toegepaste verandering, *retro-colica* laat zich moeilijk beoordeelen, daar juist bij beide patienten aanzienlijke veranderingen in de leverstructuur waren opgetreden, die evenzeer voor de galretentie aansprakelijk kunnen gesteld worden.

De vereeniging met het colon (ABBE), welke wij niet aanbevelen en waardoor men niet alleen het ontstaan eener galblaaskatarrh doch zelfs de vorming van een leverabsces meent gezien te hebben, zou zoo mogelijk voorbij den overgang van col. asc. in transv. moeten plaats hebben, ten einde de onmiddellijke peristaltische indrijving van faeces in de galblaas te voorkomen. Hierbij heeft men tevens de afbinding van den ductus choledochus aangeraden.

Omtrent het gebruik der „*Murphy*” knoop bij cholecyst-enterostomie kunnen wij niet een op ervaring gegrond oordeel vellen. Het tegenwoordige oordeel wordt vrij juist weergegeven door V. D. HORN V. D. BOS. Terwijl door den uitvinder en diens landslieden de verdiensten zeker overschat worden en de bezwaren te gering geacht, neemt men in Duitschland ongetwijfeld een te afkeerig standpunt in.

Te weinig rekening houdt men m. i. met het zeer verschillend doel, waarvoor de knoop dienen moet; meer dan eene zorgvuldig aangelegde naad in gezonde darmwanden kan zij echter niet doen en is het nadeel van de invoering van zulk een omvangrijk corpus alienum niet te ontkennen; daarom hecht ik ter vergelijking weinig waarde aan de statistiek van MURPHY over 46 (38 + 8) cholecysto-duodeno-

of enterostomiën met resp. 1 en 7 sterfgevallen (geene dezer wijt hij aan de operatie). Hier toch zal meestal een meer geoefend chirurg hulp verleen en is de toestand van den patient gewoonlijk niet zoo slecht, dat de allergrootste snelheid een hoofdvereischte is; onze kleine serie bewijst dan ook, dat zelfs bij ongunstige verhoudingen (dunnen blaaswand) de fistelvorming door de naadmethode voortreffelijke resultaten kan opleveren. Zeer beslist keuren wij den raad van MURPHY af: „Die Gallensteine brauchten nicht entfernt zu werden, die Anastomose war gross genug, um später einen Spontanabgang zu vermitteln.”

Anders daarentegen, waar oogenblikkelijke hulp bij bejaarde personen vereischt wordt; bij hern. incarceration, bv., waar men een oud man niet aan de groote gevaren van een anus praeternat. wil of mag blootstellen, is de Murphy-knoop ongetwijfeld een zegenrijk hulpmiddel voor minder geoefende handen. Duidelijk wordt de eenvoudige en gemakkelijk te oefenen techniek aangegeven door MARWEDEL in de Beitr. z. klin. Chir. XIII, 3, die op grond van klinische en experimenteele waarnemingen tot de slotsom komt, dat de gevaren er aan verbonden de voordeelen overtreffen en men alleen in geval van nood zijn toevlucht er toe mag nemen.

Te weinig juiste waardeering (KÖNIG, C. f. Chir. 1895, N^o. 4) hebben de woorden gevonden van den vurigen verdediger der Murphy-knoop, WILLY MEYER, die alle opgeworpen bezwaren niet bestrijdt, doch ze gering telt tegenover de schitterende resultaten: „Durch die so gebesserten Operationsresultaten wird dann, so steht zu erhoffen, auch der praktische Arzt sich leichter bewegen lassen, einschlägige Fälle *dem Chirurgen*¹⁾ früh zur Operation zu verweisen.”

CHAPUT, een tegenstander der M.-knoop, meent vele der ondervonden bezwaren te hebben weg te nemen met eene door hem uitgevonden modificatie.

1) Ik cursiveer.

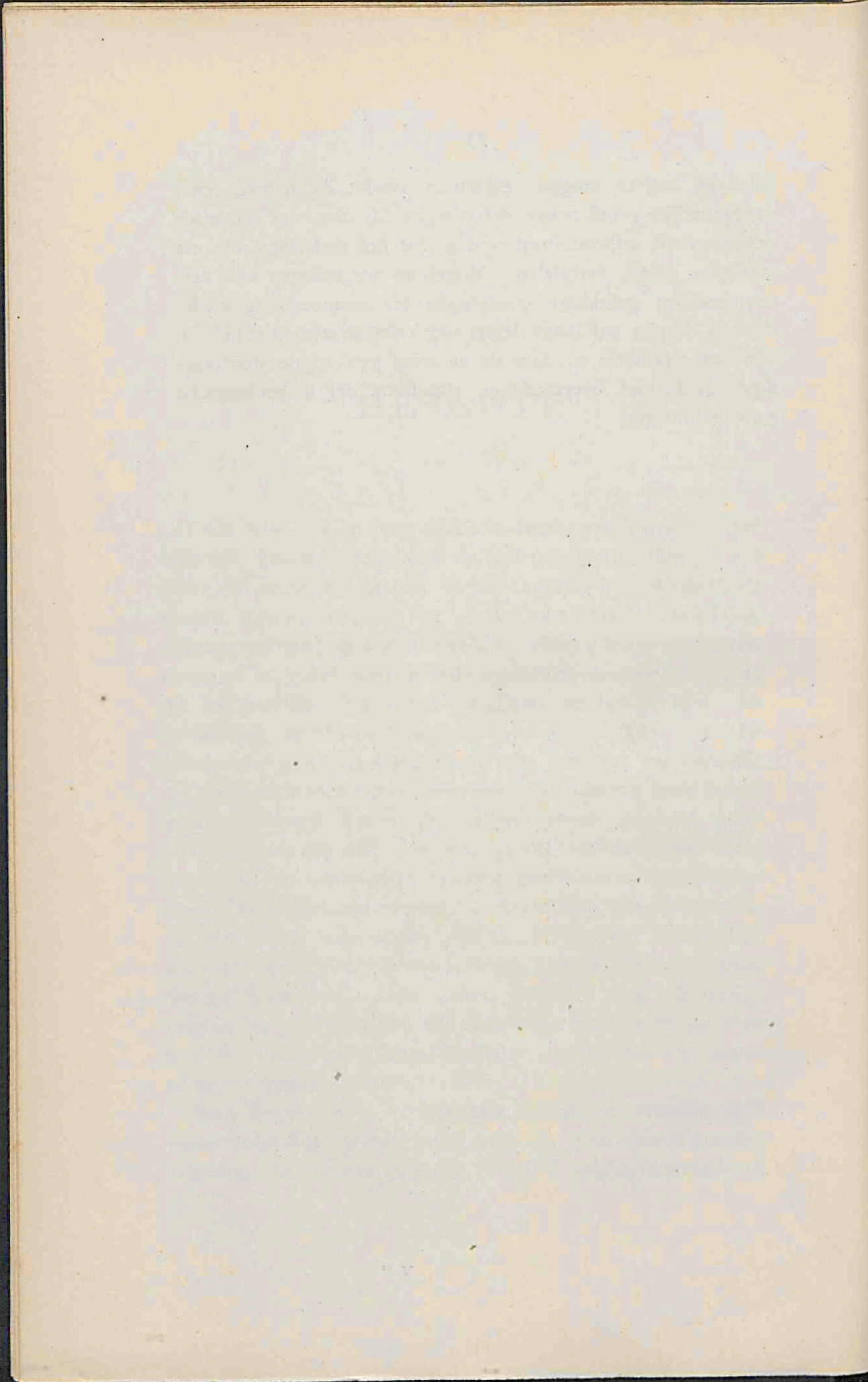
BESLUIT.

Voor wie ons op onze beschouwingen gevolgd is, zal het duidelijk geworden zijn, dat de hedendaagsche chirurgie der galwegen eene bij uitstek locale therapie is geworden, het kwaad zooveel mogelijk ter plaatse aanvallend, teneinde de normale verhoudingen te herstellen. Alleen wanneer dit niet mogelijk is, tracht men de natuurgenezing door de aanlegging der galblaasdarmfistel — het vermijden van het beletsel — na te bootsen, terwijl over de waarde eener tijdelijke maatregel (temporaire galfistel) nog veel verschil van meening heerscht.

Onze bescheiden opsomming mag dan ook op geen enkele vraag antwoord geven; het allerdroevigst resultaat onzer cholecystostomiën bv. zou een geheel verkeerd idee dezer zegenrijke en eenvoudige operatie geven, in andere gevallen wordt het ziektebeeld te veel door het interne lijden beheerscht, om een juiste voorstelling van de werking der heelkundige hulp te verkrijgen. Bovendien zal hier, bij het voor elken chirurg betrekkelijk klein aantal gevallen, zeer licht eenige neiging tot generaliseeren van enkele methoden ontstaan, daar men te weinig gelegenheid heeft, de waarde van elk hunner te leeren schatten.

Voor geene onzer sterfgevallen behoeft de operatie q. t. verantwoordelijk gesteld te worden en zoo enkelen meenen mochten, dat hiervan in geval IV of V sprake moet zijn, wij

gelooven het te mogen ontkennen, omdat de invloed eener noodzakelijke proef-incisie zich voegde bij dien van een reeds vergevorderd onherstelbaar lijden, dat het welslagen van elk ingrijpen moest verijdelen. Mogelijke vergissingen niet verzwijgend en gelukkige genezingen ter aanmoediging mededeelend, hopen wij langs dezen weg velen overtuigd te hebben van het rationeele en door de ervaring gewettigde stoutmoedige, doch niet overmoedige, standpunt der hedendaagsche galwegchirurgie.



STELLINGEN.

I.

De infiltratie-anaesthesiae naar SCHLEICH verdient, met verwijzing naar de max.-doses der Pharm. Neerl. III, warme aanbeveling voor de poliklinische chirurgie.

II.

De behandeling der zwerfnier door bandages is af te keuren.

III.

Voòr den werkmansstand verdient de radicaal-operatie van breuken naar KOCHER de voorkeur.

IV.

Invaginatio intestini worde voornamelijk chirurgisch behandeld.

V.

Castratie of exstirpatio uteri mag niet geschieden dan met toestemming der patient.

VI.

Bij metritis puerperalis septica is exstirpatio uteri per vaginam gewenscht.

VII.

Symphyseotomie behoort tot het gebied der chirurgie.

VIII.

Door wils-oefening kan in vele gevallen de ataxie bij tabes dorsalis verbeterd worden.

IX.

De gerechtelijke geneeskunde behoort als examenvak naast de gezondheidsleer gesteld te worden.

X.

Bij recidiveerende dakruocystitis purulenta verrichtte men exstirpatie van den traanzak.

XI.

De versnelde ademhaling bij verhoogde spierwerking wordt

het best verklaard door prikkeling van het ademhalingscentrum met in het bloed opgenomen stofwisselings-producten.

XII.

De opvatting van ALBRECHT omtrent het ontstaan der gnato-schisis is voor de meeste gevallen te verkiezen boven die van KÖLLIKER.

XIII.

Het door KOCHER en TAVEL aangenomen principe van schematische voorstelling van het beloop der infectie-ziekten verdient algemeene toepassing.

XIV.

Il faut prendre, pour faire une vaccination, toutes les precautions, que reclame l'asepsie moderne. On commencera donc par la preparation de la region.

XV.

Ten onrechte beveelt SONNENBURG in alle gevallen de vroegtijdige incisie bij perityphlitis aan.

XVI.

Voor al voor de inwendige geneeskunde is van de ZANDER-instituten veel heil te verwachten.

XVII.

Bij galsteenkoliek, langs internen weg tijdelijk genezen, is bij het eerste recidief operatieve hulp noodzakelijk.

XVIII.

Suikerverbruik heeft geene practische waarde ter verhooging van het arbeidsvermogen der spieren.

INHOUD.

	Bladz.
INLEIDING.	IX
LITERATUUR	XIII
HOOFDSTUK I	I
Cholecystotomie	1
Cholecystostomie	7
Choledochotomie	12
Cholecysto-duodenostomie	27
Cholecysto-jejunostomie	32
HOOFDSTUK II	44
Chirurgie der Galwegen	44
Galblaas	45
Afvoerwegen	59
Ductus cysticus	59
Ductus-choledochus	61
Cholecyst enterostomie	67
BESLUIT	72
STELLINGEN	75

