



# **Het resultaat van de interne behandeling van het maagzweerlijden : vooral wat betreft de betekenis van de behandeling**

<https://hdl.handle.net/1874/349015>

A. qu. 192, 1940

HET RESULTAAT VAN  
DE INTERNE BEHANDELING  
VAN HET MAAGZWEERLIJDEN  
VOORAL WAT BETREFT  
DE BETEKENIS VAN DE NABEHANDELING

F. VRIESENDORP

**A. qu.**  
**192**





HET RESULTAAT VAN  
DE INTERNE BEHANDELING  
VAN HET MAAGZWEERLIJDEN  
VOORAL WAT BETREFT  
DE BETEKENIS VAN DE NABEHANDELING

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD  
VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN  
DE RIJKSUNIVERSITEIT TE UTRECHT,  
OP GEZAG VANDEN RECTOR MAGNIFICUS  
DR. H. R. KRUYT, HOOGLEERAAR IN  
DE FACULTEIT DER WIS- EN NATUUR-  
KUNDE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN  
SENAAT DER UNIVERSITEIT TEGEN  
DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT  
DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN  
OP DINSDAG 26 NOVEMBER, DES  
NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

FRANS VRIESENDORP

GEBOREN TE DORDRECHT



*Aan de nagedachtenis van mijn Moeder*

*Aan mijn Vader*

*Aan mijn Vrouw*





## VOORWOORD.

*Der gewoonte getrouw grijp ik de welkome gelegenheid, die het voltooiën van dit proefschrift mij biedt, aan om U, Hoogleeraren en Docenten van de Medische en Philosophische Faculteit, en verder allen, die aan mijn vorming tot arts hebben bijgedragen, mijn dank te betuigen.*

*Mijn dank geldt echter vooral U, Hooggeleerde DE LANGEN, Hooggeachte Promotor. De wijze, waarop U in de oude omgeving nieuwe ideeën en andere therapeutische inzichten ingang hebt doen vinden, heeft grooten indruk op mij gemaakt en het verheugt mij zeer, dat dit proefschrift uiteindelijk ook Uw duidelijk stempel draagt.*

*Hooggeleerde HIJMANS VAN DEN BERGH, ik ben U zeer dankbaar, dat ik de eerste jaren na mijn artsexamen onbezorgd in Uw kliniek heb mogen doorbrengen; ik weet zeker, dat de invloed die daarbij van U is uitgegaan, altijd mijn medisch denken en handelen zal bepalen.*

*U, Hooggeleerde v. d. PLANK en U, Zeergeleerde HIRSCHFELD, ben ik zeer erkentelijk voor Uw hulp op het gebied der statistiek.*

*Uw aller vriendschap, assistenten en oud-assistenten van de kliniek, heeft mij den tijd, waarin ik met U samen mocht werken, tot een onvergetelijken gemaakt; in het bijzonder ben ik U, Zeergeleerde HULST, dank verschuldigd voor het leiden van mijn eerste schreden, waarbij de door U georganiseerde assistenten-avonden een groote plaats innamen en U, Zeergeleerde SCHALY en Zeerervaren MAATS, voor Uw bijstand bij het verzamelen van het materiaal voor dit proefschrift.*

*Zonder Uw medewerking, Zeergeleerde EEF TINCK SCHATTEKERK, zou mijn onderzoek niet volledig geweest zijn.*

*Geachte Mejuffrouw VAN RIEZEN, ik ben U zeer erkentelijk voor het verzorgen der correspondentie evenals U, Geachte Mejuffrouw IJFS*

*en Geachte Zusters STEUNENBERG en VAN DIJK, voor Uw hulp bij het zoeken in Uw goedgeordende kaartsystemen.*

*U, waarde VERHOEF en verder allen, die aan de totstandkoming van dit proefschrift hebben medegewerkt, betuig ik mijn hartelijken dank.*

*Tenslotte spreek ik den wensch uit, dat het Utrechtsch Studenten-corps en de Utrechtsche Studentensociëteit P.H.R.M. nog in lengte van dagen mogen leven, groeien en bloeien; in dankbaarheid gedenk ik wat zij mij hebben geboden.*

HET RESULTAAT VAN DE INTERNE BEHANDELING  
VAN HET MAAGZWEERLIJDEN, VOORAL WAT BETREFT  
DE BETEKENIS VAN DE NABEHANDELING.

AAN DE HAND VAN 1202 GEVALLEN IN DE GENEES-  
KUNDIGE KLINIEK VAN HET STADS- EN ACADEMISCH  
ZIEKENHUIS TE UTRECHT IN DE JAREN 1928—1938.

*De cette manière nous pourrons approcher  
de l'idéal que chacun de nous doit avoir  
dans son coeur, c'est d'être pour nos malades  
le médecin moderne avec son appareil com-  
pliqué, son laboratoire chimique, ses rayons  
X, ses instruments à endoscopie, sa techni-  
que opératoire et aussi le médecin ancien  
qui prenait les mains de ses malades en  
disant: „Ayez confiance, je suis avec vous”.*

J. SCHOENMAKER.

(Discours d'inauguration du 1er Congrès Inter-  
national de Gastroentérologie, Bruxelles 1935).



## INHOUD

|   | Bladz. |
|---|--------|
| I. INLEIDING.   | 1      |
| Materiaal . . . . .   | 2      |
| II. KORT OVERZICHT OVER HET ONTSTAAN EN VOORKOMEN<br>VAN HET ULCUS VENTRICULI ET DUODENI.   |        |
| Ontstaan . . . . .  | 7      |
| Voorkomen . . . . .   | 9      |
| Compliceerende ziekten . . . . .  | 16     |
| III. HET VASTSTELLEN VAN HET ULCUS VENTRICULI ET<br>DUODENI IN HET BEWERKTE MATERIAAL.  |        |
| Inleiding . . . . .   | 18     |
| Anamnese . . . . .  | 19     |
| Algemeen onderzoek . . . . .  | 21     |
| Onderzoek van de motorische en secretorische<br>maagfunctie . . . . .   | 22     |
| Maagbloeding . . . . .  | 27     |
| Röntgenologisch maagonderzoek . . . . .   | 29     |
| Operatie . . . . .  | 31     |
| Obductie . . . . .  | 31     |
| IV. HET RESULTAAT VAN DE INTERNE BEHANDELING VAN<br>HET MAAGZWEERLIJDEN, VOORAL WAT BETREFT DE<br>BETEKENIS VAN DE NABEHANDELING. |        |
| Inleiding . . . . .   | 36     |
| Behandeling . . . . .   | 38     |
| Resultaat . . . . .   | 46     |
| en Nabehandeling: Kliniek en Polikliniek . . . . .  | 51     |
| Chirurgische behandeling . . . . .  | 59     |
| Manifeste bloeding . . . . .  | 63     |
| Psychische behandeling . . . . .  | 68     |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Maagchemisme . . . . .        | 68 |
| Beroep . . . . .              | 69 |
| Familiair voorkomen . . . . . | 70 |
| V. SAMENVATTING.              | 71 |
| VI. CONCLUSIES.               | 74 |
| GERAADPLEEGDE LITERAATUUR.    | 82 |

## HOOFDSTUK I.

### Inleiding.

In de laatste tientallen van jaren heeft het *ulcus ventriculi et duodeni* niet over te weinig belangstelling te klagen gehad en er zijn redenen te over, die deze belangstelling steeds weer hebben geprikkeld.

Van het ontstaan en wezen is er nog steeds weinig bekend — al zijn enkelen er wel in geslaagd om tenminste een tip van den sluier, die de aetiologie van het *ulcus ventriculi et duodeni* nog steeds verborgen houdt, op te lichten —. Ook is het nog niet gelukt om een algemeen afdoende geneeswijze voor deze afwijking te vinden, al kunnen wij de klachten van den *ulcuslijder* voor korteren of langeren tijd, soms voor altijd, wegnemen.

Zelfs is den laatsten tijd het vermoeden uitgesproken, dat het *ulcus ventriculi et duodeni* zou toenemen of wellicht beter gezegd, dat het aantal *ulcuslijders*, dat klachten heeft en ernstige complicatie's krijgt, grooter zou worden.

De laatste jaren is ook in Nederland groote belangstelling vooral voor de resultaten van de behandeling gebleken, wat zich o.m. heeft geuit in het verschijnen van de academische proefschriften van VOÛTE (Amsterdam), HEERING (Leiden) en EEF-TINCK SCHATTEKERK (Utrecht)<sup>1)</sup>, die het vraagstuk weer van verschillende zijden hebben bekeken. Waar wij in de gelegenheid waren nog eens aan een groot materiaal de resultaten van de interne behandeling en eventueel daarop volgende chirurgische behandeling en vooral de beteekenis van de nabehandeling na te gaan, hebben wij deze gelegenheid meenen te moeten aangrijpen, immers wellicht dat onze zich steeds opnieuw richtende

<sup>1)</sup> In den tijd dat dit proefschrift bewerkt werd, kwamen daar nog bij: TEN KATE (Leiden), DE ROOY (Amsterdam) en VAN GELDEREN (Amsterdam).



belangstelling en ons voortdurend bezinnen op wat wij reeds gedaan hebben, ons toch iets nader kunnen brengen tot een beter verstaan van het ulcus ventriculi et duodeni en tot een meer afdoende behandeling van deze aandoening, wellicht tot het voorkomen ervan.

Roux drukt het als volgt uit: Il est donc probable que les ulcères de l'estomac et du duodénum, très fréquents, sont de variétés fort différentes; les uns sans symptomatologie typique guérissent spontanément ou par le traitement le plus bénin; les autres ont altéré profondément la paroi gastrique, s'accompagnent de symptômes, que nous savons reconnaître. Ces dernières ulcérations guérissent très difficilement ou même ne guérissent jamais. L'ulcus, qui pour des raisons à découvrir ne reste pas latent mais trouble les fonctions de l'estomac et se traduit par la symptomatologie bien connue, serait donc très rebelle au traitement médical et parfois au traitement chirurgical. Cette notion assez pessimiste en apparence permet pourtant d'avoir plus de confiance en l'avenir. Si la clinique nous confirme notre impuissance relative actuelle, les faits anatomo-pathologiques démontrent la possibilité de la guérison de l'ulcus dans un nombre de cas plus grand qu'on ne pourrait le soupçonner. Il y a donc des conditions encore inconnues que l'organisme réalise spontanément et qui permettent une cicatrisation durable. Notre effort doit tendre à distinguer les facteurs, qui dans un certain nombre de cas s'opposent à la guérison habituelle et spontanée des ulcérations gastriques et duodénales; quand nous les connaissons, nous pourrions sortir de la thérapeutique incertaine où nous nous débattons aujourd'hui.

#### *Material.*

Bij ons onderzoek betrokken wij:

1. de patienten, die onder de diagnose ulcus ventriculi et duodeni in de geneeskundige kliniek van het Stads- en Academisch Ziekenhuis te Utrecht waren opgenomen geweest en wel in de jaren 1928 tot 1938. In deze jaren namelijk zijn de indi-

catie's voor het instellen van een behandeling vrijwel dezelfde geweest en ook de wijze van onderzoek heeft weinig verandering ondergaan, terwijl toch voordien het Röntgenologisch onderzoek, vooral van het duodenum, een belangrijke ontwikkeling had doorgemaakt.

In deze tien jaren zijn opgenomen geweest 1484 patienten, die van een ulcuslijden verdacht werden, waarvan bij 1002 de diagnose ulcus ventriculi et duodeni met een dergelijke mate van waarschijnlijkheid kon worden gesteld, dat zij voor ons onderzoek in aanmerking kwamen.

De belangrijkste punten uit de ziektegeschiedenissen van deze patienten werden op kaarten ingevuld en vervolgens werden in het voorjaar van 1939 aan de patienten vragenlijsten gestuurd met het verzoek deze te willen invullen, voorzover zij niet reeds in 1939 om de een of andere reden de kliniek of polikliniek weer hadden opgezocht.

Van dit onderzoek werden uitgesloten:

Zij, die reeds voor opname in de kliniek aan de maag waren geopereerd (112) en zij, die door ons in eersten of tweeden aanleg voor behandeling naar den chirurg waren verwezen (199). Voor de laatste groep konden wij over het reeds door EEF TINCK SCHATTEKERK bewerkte materiaal beschikken.

De medewerking van huisartsen, patienten en Burgerlijken Stand was groot en het gelukte ons van de overblijvende 691 patienten 631 (91,32 %) te bereiken.

Van de 8.68 %, die niet bereikt konden worden, gaven 2.6 % geen antwoord, waren 5.2 % niet te vinden en waren 0.88 % naar het buitenland vertrokken.

2. de patienten, die in 1934 de polikliniek onder de diagnose „maagklachten" hadden bezocht; dit om een indruk te krijgen van de resultaten van de loopende behandeling.

Bij 200 patienten kon de diagnose ulcus ventriculi et duodeni met voldoende waarschijnlijkheid worden gesteld en aan hen werden dezelfde vragenlijsten als aan de vorige groep gezonden.

| -V-                 |                      | Voorgeschiedenis.<br>1e Opname | Tusschen-<br>tijd | 2e Opname | <i>Bijzonderheden</i> |
|---------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------|
| Duur v/d klachten   |                      |                                |                   |           |                       |
| Andere ziekten      |                      |                                |                   |           |                       |
| Periodiciteit       |                      |                                |                   |           |                       |
| R. O. B.            | Pijn                 |                                |                   |           |                       |
|                     | Typische Localisatie |                                |                   |           |                       |
|                     | Nachtpijn            |                                |                   |           |                       |
|                     | Hongerpijn           |                                |                   |           |                       |
|                     | Etenspijn            |                                |                   |           |                       |
|                     | Invloed melk         |                                |                   |           |                       |
| Pyrosis             |                      |                                |                   |           |                       |
| Last v/h zuur       |                      |                                |                   |           |                       |
| Ructus              |                      |                                |                   |           |                       |
| Braken              |                      |                                |                   |           |                       |
| Obstipatie          |                      |                                |                   |           |                       |
| Perforatie          |                      |                                |                   |           |                       |
| Melaena             | Occult               |                                |                   |           |                       |
|                     | Manifest             |                                |                   |           |                       |
| Haematemesis        |                      |                                |                   |           |                       |
| Familiair voorkomen |                      |                                |                   |           |                       |
| Rookten             |                      |                                |                   |           |                       |
| Alcohol             |                      |                                |                   |           |                       |
| Gewicht             |                      |                                |                   |           |                       |
| Lengte              |                      |                                |                   |           |                       |
| Bezinkingssnelheid  |                      |                                |                   |           |                       |
| Hyper<br>aciditeit  | Boas-Ewald           |                                |                   |           |                       |
|                     | Fract. test          |                                |                   |           |                       |
| Röntgenonderzoek    |                      |                                |                   |           |                       |
| Therapie            |                      |                                |                   |           |                       |

Aan de keerzijde was plaats voor statusnummer, naam, adres, beroep, leeftijd en naam huisarts van de patient.

De kaarten van ulcus duodeni waren geel. De kaarten van ulcus ventriculi waren blauw. De kaarten van ulcus ventriculi et duodeni waren rood.

R = diagnose door Röntgen-onderzoek gesteld.

O = diagnose door operatie en obductie gesteld.

B = diagnose door typische bloeding gesteld.

## VRAGENLIJST

| VRAAG  | ANTWOORD |
|--|----------|
| 1. Heeft U na Uw laatste verblijf in de kliniek<br>laatste bezoek a/d polikliniek<br>nog maagklachten gehad? |          |
| 2. <b>Zoo neen:</b> houdt U dan nog dieet?   |          |
| 3. <b>Zoo ja:</b> tot hoelang heeft U het medege-<br>geven dieet gehouden?                                   |          |
| 4. Heeft U toch nog uw werk regelmatig<br>kunnen doen?   |          |
| 5. Is U als loopend patient behandeld?   |          |
| 6. Is U met rust behandeld?<br>Hoe vaak?<br>Waar?<br>Wanneer?  |          |
| 7. Is U geopereerd?<br>Hoe vaak?<br>Waar?<br>Wanneer?  |          |
| 8. Bent U bereid na oproep naar Utrecht te<br>komen voor onderzoek?  |          |

Wij zouden het zeer op prijs stellen indien U de keerzijde gebruikte voor inlichtingen, die U nog in het belang van het onderzoek zoudt willen doen.

Indien patient is overleden wordt de familie vriendelijk verzocht dit aan ons te melden met opgave van den arts, die het overlijdensbriefje heeft geteekend.

183 patienten (91.5 %) konden worden bereikt (hiervan werden later 38 (19 %) in de kliniek opgenomen).

Van de overblijvende 8.5 %  
gaven 3.5 % geen antwoord,  
waren 4 % niet te vinden en  
waren 1 % naar het buitenland vertrokken.

## HOOFDSTUK II.

### Kort overzicht over het ontstaan en voorkomen van het *ulcus ventriculi et duodeni*.

#### *Ontstaan.*

GUTMANN heeft van het *ulcus ventriculi et duodeni* eens de volgende — en naar onze meening juiste — definitie gegeven:

„*Trouble encore inconnu du trophisme où du métabolisme, se traduisant par une ulcération gastrique où duodénale, qui évolue par poussées, guérit souvent spontanément à la suite de cette poussée et qui, par ses répétitions tend à devenir permanent.*”

Nog steeds is dus, sinds CRUVEILHIER in de eerste helft van de vorige eeuw de symptomatologie en de pathologische anatomie van het „*ulcus simplex*” heeft beschreven, ondanks het enorm aantal onderzoekers<sup>1)</sup>, dat er zich mede heeft bezig gehouden, nog weinig bekend over het ontstaan en wezen van het *ulcus*. Van de talrijke factoren, die een rol zouden spelen, volgt hier een kort overzicht:

In den beginne werd de oorzaak van de maagzweer gezocht in de maag en zoo zouden vaatafwijkingen (VIRCHOW), al of niet berustende op spasmen en leidende tot infarcten (HAUSER), vervolgens mechanische invloeden van het voedsel (ASCHOFF) en tenslotte een gastritis (KONJETZNY) de voornaamste oorzaak zijn, terwijl o.a. SIPPY en HURST en nog onlangs PALMER en NUTTER op de beslissende rol van het maagsap, inwerkende op de maag en duodenumwand, wezen.

Later volgden dan die veronderstellingen, waarbij niet alleen

---

<sup>1)</sup> Van de talloze onderzoekingen zijn uitstekende overzichten gegeven niet alleen in de reeds eerder genoemde proefschriften, maar ook in handboeken van BOAS, HURST en STEWART, EUSTERMAN en BALFOUR, KALK, BERGMANN und STAEHELIN, om maar enkele te noemen.

in de maag de oorzaak werd gezocht; in de eerste plaats de invloed van zenuwen (v. YZEREN, LICHTENBELT) uitgebreid tot de disharmonie van het vegetatieve zenuwstelsel (v. BERGMANN) en in de tweede plaats de meeningen van BALINT, die de zuurdere reactie van het bloed en weefsels aansprakelijk stelde (zie o.a. MILDERS), van ROSENOW, die aan infectie's van verschillende oorsprong b.v. carieuze tanden, tonsillen grooten invloed toeschreef en van RÖSSLE, die zelfs van „Zweite Krankheit" sprak op grond van het feit, dat hij naast het ulcus steeds nog andere ziekteprocessen (b.v. in den appendix) aantrof.

Tenslotte verschijnt dan het begrip „ulcusziekte", waarbij de geheele mensch weder binnen het licht der onderzoekingen valt, waarbij klimatologische invloeden (DE LANGEN) en constitutioneele en hereditaire factoren op den voorgrond treden (MOINY-HAN, HURST, DAVIES, DRAPER, MATTISSON e.a.) en waarbij dan tevens meer aandacht gevraagd wordt voor den invloed van de psyche van den patient, vooral sinds de onderzoekingen van CUSHING een verband tusschen middenhersenen en maag en duodenum hebben doen aannemen. (Zie o.a. POLAK DANIELS).

Zoo zijn er dus in den loop der jaren vele factoren in verband met het ontstaan van het ulcus ventriculi et duodeni bekend geworden, die door RIVERS in drie groepen zijn verdeeld, n.l.:

1. the factor of trauma to tissue,
2. the factor of aggression and defense,
3. systemic factors,

en waarvan hij aan het einde van zijn verhelderend overzicht zegt:

An attempt has been made to apply some of the hypotheses advanced to explain the etiology of peptic ulcer to the clinical problems of ulcer in man. In all probability peptic ulcer is the result of several interacting and variable factors. Physiologists have demonstrated that the aggressive action of undiluted juice can, by its eroding potentialities, produce ulcer. It produces ulcer the more effectively when it impinges on tissues unaccustomed and unprotected by nature to receive them. It is suggested that this factor of aggression is the more likely to cause ulceration

when the resistance of the tissues exposed is in some way lowered by trauma of any kind. Thus, an infected intestinal wall or mucosa injured by mechanical or chemical irritants might well succumb and desintegrate when a membrane with normal protecting mechanism would remain intact. Systemic factors if conducive to the diminution of the resistance of tissues or if capable of producing prolonged or persistent accentuation of the factor of aggression in the acid chyme, might well increase the liability to the development of ulcer and its recurrence in such cases. There seems no doubt that the factors, involved etiologically in the formation of ulcer, vary in different subjects at different times.

Consequently every patient presents problems which must be studied carefully. Such study should reveal the particular factors or combination of factors which will obtain in each case and correction of these factors should be expected to result efficiently when applied in the treatment of ulcer.

En zoo zijn wij er dan toe gekomen van een evenwicht te spreken, dat door een stoornis van het reguleerend mechanisme — door dieetetische, psychische, klimatologische of andere factoren — aanleiding geeft tot het ontstaan van het ziektebeeld van het *ulcus ventriculi et duodeni*, zooals zoovele ziektebeelden eerst door v. BERGMANN, later door LICHTWITZ, als regulatiestoornissen — van hormonale of nerveuze regulatie — zijn opgevat.

Van welke groote beteekenis vooral het begrip neuroregulatie in de toekomst zal zijn, is nog onlangs door SILLEVIS SMIT duidelijk geschetst.

#### *Voorkomen.*

Blijkt er dus uit het bovenstaande weinig bekend te zijn over de aetiologie van het *ulcus ventriculi et duodeni*, eveneens tasten wij in het duister omtrent de oorzaak van den toenemenden ernst van de aandoening. Zoo is er den laatsten tijd door KALK op gewezen, dat in Duitschland het aantal perforatie's van maag



en duodenum en door DAVIES, dat in Engeland de sterfte aan maag- en duodenumzweren sterk is toegenomen.

Het is nu moeilijk uit te maken of dit komt, doordat het aantal werkelijke ulcuslijders of doordat het aantal ulcuslijders, dat verschijnselen heeft van den kant van het ulcus, is toegenomen; want dat er een aantal ulcuslijders is, dat nooit klachten heeft gehad en dat er dus vele ulcera ontstaan en weder genezen zonder ooit klachten te geven, heeft EEFINCK SCHATTEKERK duidelijk aangetoond door bij alle obductie's (van 1924—1930 in het Wilhelminagasthuis en van 1930—1934 in het Binnengasthuis te Amsterdam) waarbij litteekens of zweren in maag en duodenum werden gevonden, de ziektegeschiedenissen op maagklachten na te gaan.

Hij verkreeg het volgende resultaat, dat voor zichzelf spreekt:

Anamnese vermeldt maagklachten

|              | maag      |       | duodenum  |       |
|--------------|-----------|-------|-----------|-------|
|              | litteeken | zweer | litteeken | zweer |
| W.G. mannen  | 16 %      | 26 %  | 0 %       | 30 %  |
| W.G. vrouwen | 9 %       | 21 %  | 8 %       | 23 %  |
| B.G. mannen  | 24 %      | 57 %  | 55 %      | 71 %  |
| B.G. vrouwen | 21 %      | 58 %  | 7 %       | 33 %  |

In de eerste plaats zal dus moeten blijken, of het aantal bij obductie's gevonden ulcera is toegenomen. Een vergelijking met het materiaal uit andere landen:

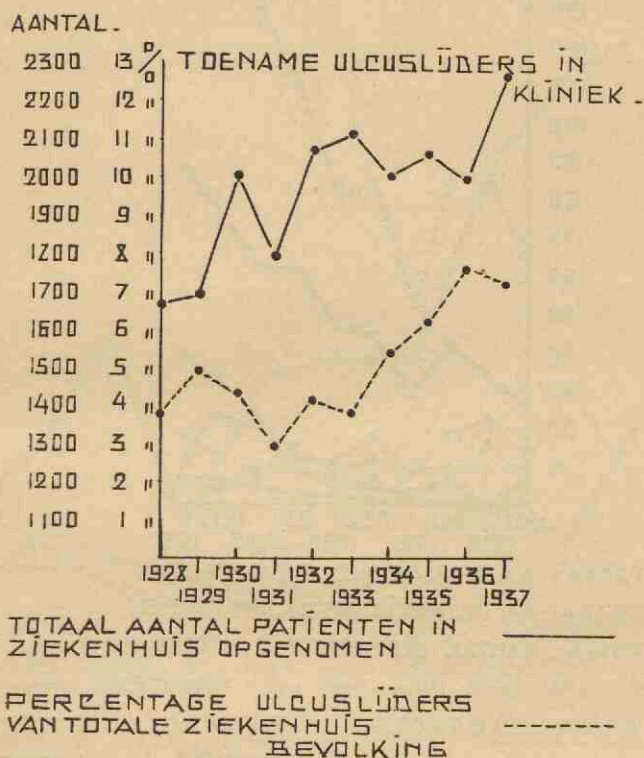
b.v. van HART uit Duitschland

van STEWART uit Engeland

van STURTEVANT en SHAPIRO uit Amerika

is niet goed mogelijk, omdat — zooals GRÜBER, die in 1911 reeds een groot aantal statistieken hierover heeft verzameld, duidelijk

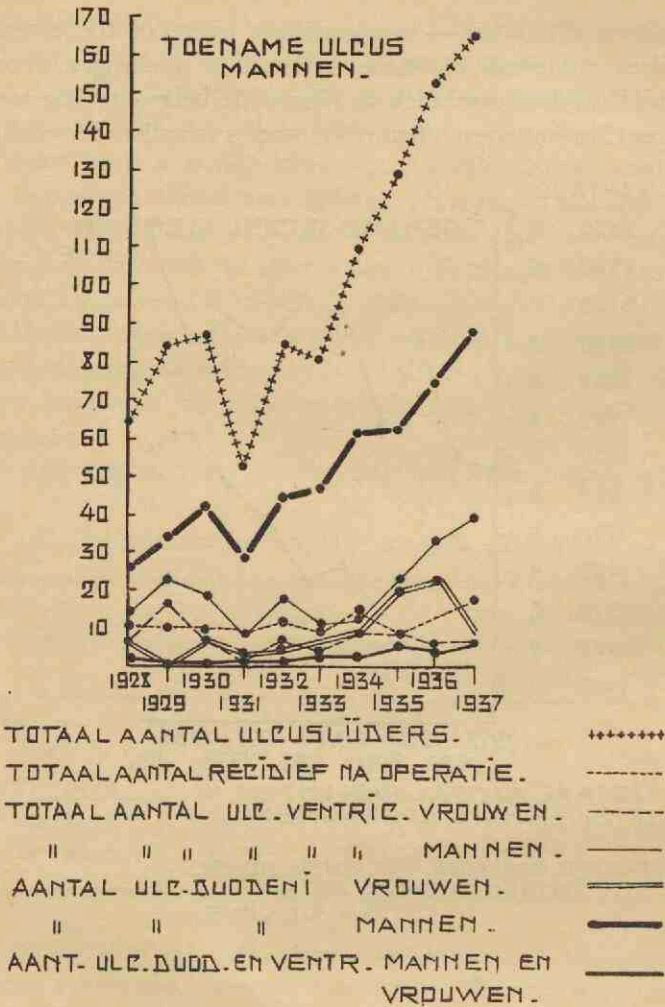
heeft doen uitkomen — een conclusie over het toenemen van het ulcus ventriculi et duodeni niet is te verkrijgen door het verschil in obductietechniek, in bijzondere belangstelling van den obducent, in het meer of minder precies invullen der obductie-



Curve I.

protocollen, enz., terwijl bovendien het voorkomen in de verschillende landen geheel anders kan zijn.

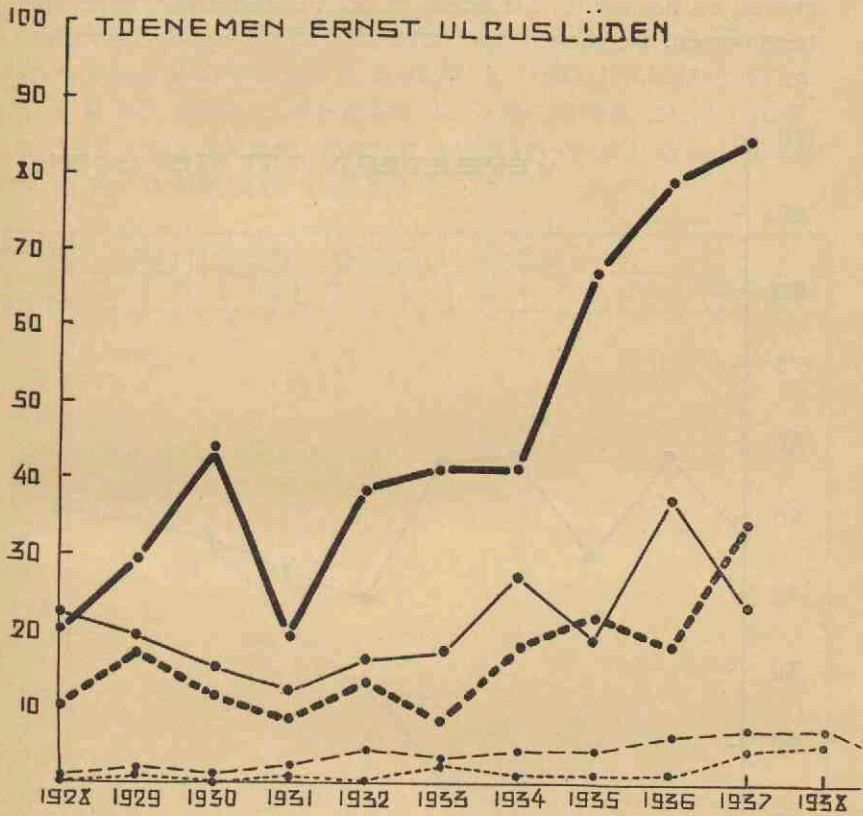
Wij zijn dan ook aangewezen op de statistieken in het eigen land en het is de patholoog-anatoom HAMMER geweest, die van het Amsterdamsche materiaal een uitstekend gebruik heeft gemaakt.



Curve II.

Hij komt tot de volgende conclusie: „In het Binnengasthuis te Amsterdam is het aantal ulcuslijders de laatste kwarteeuw toenomen, vooral dat der maagperforatie's en der sterfgevallen aan ulcus. Deze toeneming betreft uitsluitend mannelijke pasien-

AANTAL



BEHANDELD LOOPEND .

" " " MET LIJDIEETKUR .

" " " " OPERATIE .

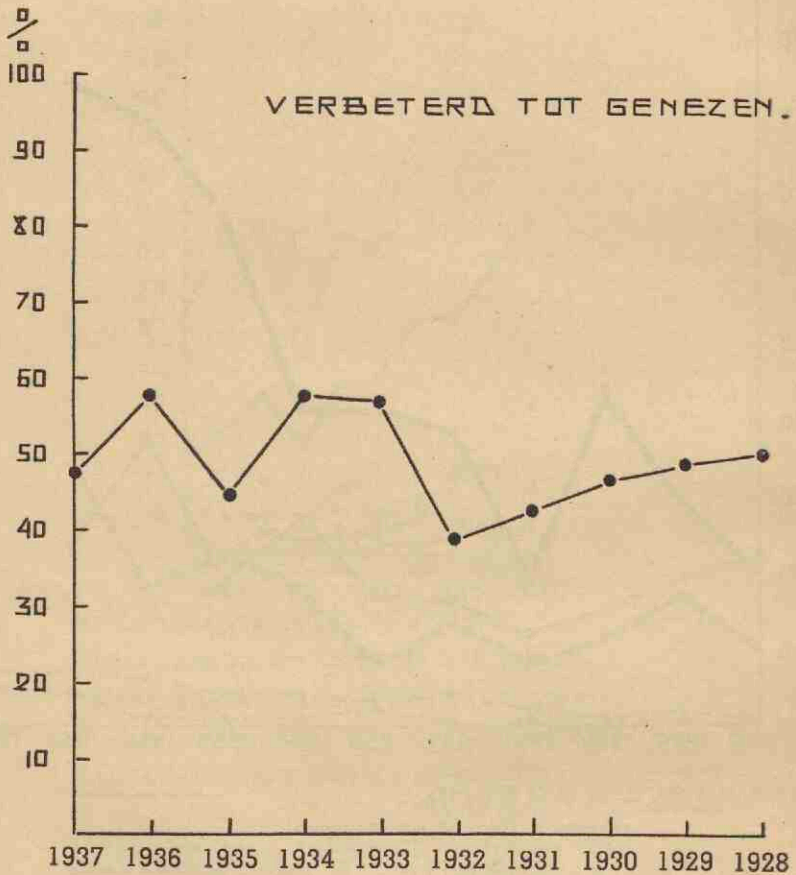
OVERLEDEN AAN ULCUS .

" " " " " PERFORATIE .

Curve III.

ten. Dezelfde toeneming wijst de sterftestatistiek voor Nederland aan, eveneens uitsluitend voor de mannen. Bij de sectie's

is gebleken, dat het aantal niet-dodelijke maag- en duodenumzweren en het aantal litteekens in het maagslijmvlies niet zijn toegenomen. De toeneming betreft dus alleen ernstige gevallen



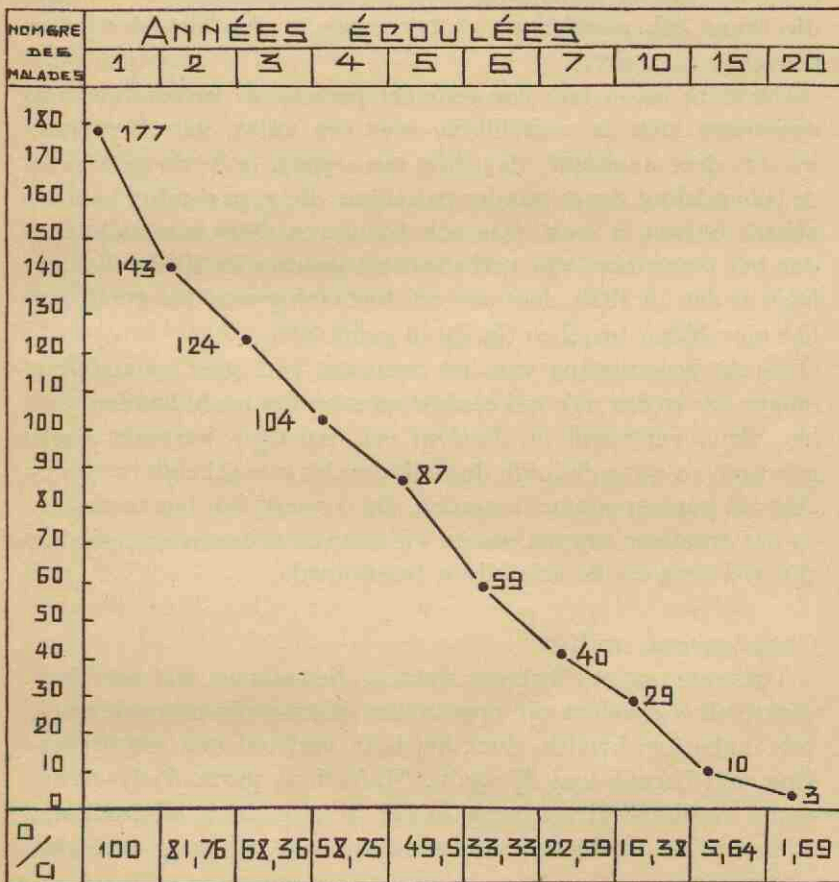
Curve IVa.

bij mannen." Ook de bevindingen in de kliniek pleiten daar niet tegen en daaruit blijkt tevens de verplaatsing van het ulcus van de kleine curvatuur naar het duodenum.

Curve I laat zien dat ondanks de toename van het aantal

## TABLEAU III

TABLEAU DE DÉCROISSANCE DU NOMBRE DES MALADES SUPPOSÉS GUÉRIS MÉDICALEMENT DE 1 À 20 ANS, D'APRÈS L'HISTOIRE CLINIQUE DE 177 MALADES SANS RÉCIDIVES CONNUES EN DÉCEMBRE 1931.



Curve IVb.

patienten dat per jaar in de kliniek werd opgenomen, het percentage aan ulcuslijders van de ziekenhuisbevolking is blijven stijgen.

Curve II laat zien dat bovengenoemde stijging vooral te danken is aan het aantal mannelijke ulcuslijders (lijders aan ulcus duodeni meer dan lijders aan ulcus ventriculi).

Curve III laat zien dat ook de ernst van het ulcus toegenomen is en wel dat de verhouding loopend behandelden, met een lig-dieetkuur behandelden en geopereerden in den loop der jaren geheel is veranderd.

Curve IV a—b laat nog eens het percentage verbeterden tot genezen zien in vergelijking met een curve van MOUTIER, waarin deze aantoonde, dat, hoe meer jaren er verlopen sinds de behandeling, des te minder patiënten, die geen recidief hebben gehad, blijven er over. (Zie ook FRÖHLICH, NIELSEN e.a.). Dat dus het percentage van verbeterd tot genezen in 1938 zelfs nog lager is dan in 1928, doet ons een toeneming van den ernst van het ulcuslijden tusschen die jaren aannemen.

Bij de beoordeeling van het resultaat van onze behandeling mogen wij er dus ook wel eenigszins rekening mede houden, dat het ulcus ventriculi et duodeni een ernstiger karakter heeft gekregen en waarschijnlijk dus ook minder gemakkelijk tot genezing zal kunnen gebracht worden. De oorzaak van het toenemen en het ernstiger worden weten wij niet; de tijdsomstandigheden zijn wel eens als de schuldigen beschouwd.

#### *Compliceerende ziekten.*

Tenslotte nog een lijst van ziekten, die tezamen met het ulcus ventriculi et duodeni zijn opgetreden. Hierbij zijn natuurlijk ook vele ouderdomskwalen, doch het is in verband met een opmerking van EMERY and MONROE: "Infections particularly of the upper respiratorytract were found to precede a relapse" wel opmerkelijk, dat hierbij vele aandoeningen van long en luchtwegen zijn.

Ook het betrekkelijk groote aantal calculi (renis et vesicae

felleae) is van belang in verband met de differentiaal-diagnostiek:

|  |   |
|--|---|
| empyema thoracis . . . . .                                 | 2 |
| pleuritis . . . . .  | 4 |
| t.b.c. pulmonum . . . . .                                  | 9 |
| bronchitis chron. . . . .                                  | 2 |
| bronchieectazie . . . . .                                  | 2 |
| bronchopneumonie . . . . .                                 | 2 |
| gangraena pulmonum . . . . .                               | 1 |
| asthma bronchiale . . . . .                                | 2 |
| cholelithiasis . . . . .                                   | 8 |
| cholecystitis . . . . .                                    | 5 |
| calculus renis . . . . .                                   | 9 |
| arteriosclerose (hypertensie en angina pectoris) . . . . . | 4 |
| coronairthrombose . . . . .                                | 2 |
| decompensatio cordis . . . . .                             | 3 |
| aorta insufficientie + mitraalstenose . . . . .            | 1 |
| thrombose venae femoralis . . . . .                        | 1 |
| thrombose venae cavae inf. . . . .                         | 1 |
| nephritis acuta . . . . .                                  | 1 |
| rheuma (acuta) . . . . .                                   | 1 |
| chorea minor . . . . .                                     | 1 |
| polyneuritis . . . . .                                     | 1 |
| cystitis . . . . .   | 2 |
| acute myeloblastenleucaemie . . . . .                      | 1 |
| lues . . . . .   | 3 |
| diabetes . . . . .   | 5 |
| cirrhosis hepatis . . . . .                                | 1 |
| Xanthosis . . . . .  | 1 |
| hyperbilirubinaemie . . . . .                              | 3 |
| Ca laryngis . . . . .                                      | 1 |
| hysterie . . . . .   | 1 |
| psychopathie . . . . .                                     | 1 |
| depressie . . . . .  | 1 |



### HOOFDSTUK III.

#### Het vaststellen van het *ulcus ventriculi et duodeni*.

##### *Inleiding.*

Wat betreft het stellen der diagnose is den laatsten tijd groote vooruitgang gemaakt en gelukt het ons tijdens het leven van den patient in een zeer groot aantal gevallen klinische zekerheid te verkrijgen ten opzichte van het nog bestaan of bestaan hebben van een *ulcus ventriculi et duodeni*.

Wij zullen bij de nu volgende korte bespreking van het onderzoek nog op enkele punten terugkomen.

Wanneer de *anamnese* reden had gegeven om te vermoeden dat een maaglijden aanwezig was, dan werd na *algemeen onderzoek* de secretorische en motorische *functie van de maag* nagegaan, echter niet alvorens te hebben vastgesteld, dat er geen *maagdarmbloeding* (occult of manifest) bestond, terwijl dan het *röntgenologisch maagonderzoek* de sluitsteen van het onderzoek vormde. Wanneer later *operatie* of *obductie* volgde, kon de diagnose meestal met zekerheid gesteld worden, alhoewel naar onze meening ook door het voorkomen van een haematemesis of melaena (bij uitsluiting van andere mogelijkheden) en het röntgenologisch maagonderzoek wel klinische zekerheid kon worden verkregen, zooals later nader zal worden uiteengezet.

De *gastroscopie* is pas in 1938 in de kliniek ingevoerd en wel juist nadat dit onderzoek werd afgesloten. Ook deze methode heeft zijn waarde en begrenzing voor het *ulcus ventriculi et duodeni*, of zooals MOUTIER het zegt: „Seul, le contrôle gastroscopique de l'ulcère, tout au moins dans les cas d'ulcère accessible, c'est à dire gastrique, est un signe de certitude.”

De *anamnese*.

Hoe objectief en hoe positief het verder onderzoek ook moge uitvallen — wij willen er nog eens met nadruk op wijzen — de anamnese zal toch altijd een voorname, zoo niet de voornaamste, plaats blijven innemen, niet alleen omdat het persoonlijk contact tusschen patient en arts vooral bij de behandeling van het *ulcus ventriculi et duodeni* van zooveel waarde is, maar ook omdat de gegevens uit de anamnese verkregen vaak uitsluitend de indicatie vormen, waarop wij verder onderzoek en therapie instellen, mede ook omdat het in Nederland niet goed mogelijk is om b.v. steeds uitgebreid en eventueel herhaald röntgenologisch maag-onderzoek bij onze maagpatienten te doen, zooals o.a. door GUTMANN noodzakelijk wordt geacht.

Niemand heeft de anamnese misschien beter beschreven dan SCHALIJ in een beschouwing, die eindigt met de woorden: „Zeer juist zegt KALK, dat de zweer van de maag en twaalfvingerigen darm de mooiste gelegenheid biedt om de waarde van de anamnese aan te toonen en het genoeg, dat deze arbeid geeft, bij ons levendig te houden. Tegelijkertijd ligt in het zorgvuldig uitvragen reeds een deel der therapie verborgen, omdat het vertrouwen wekt: „de patient bemerkt, dat de geneesheer belangstelling in zijn ziektegeval heeft.”

Het leek ons daarom van belang nog eens vast te stellen, welke klachten als „typisch” konden worden aangemerkt, immers het is voor ons komen vast te staan, dat hoe beter wij bekend zijn geweest met deze typische klachten, des te meer hebben wij bij het eerste onderzoek in plaats van vage maagklachten echte *ulcera* kunnen diagnostiseeren (en dit geldt natuurlijk ook vooral voor den huisarts, die meestal de eerste arts is, die met den *ulcuslijder* in aanraking komt en die dus het verder verloop van de ziekte medebepaalt).

Wij waren bij het verzamelen van gegevens aangewezen op hetgeen anderen daarover in de ziektegeschiedenissen hadden vermeld en het bleek dan ook, dat een typische plaats voor het aangeven van pijn bij het *ulcus duodeni* niet was te bepalen,

evenmin was het onderscheid tusschen pyrosis — zuurbranden — en last van het zuur vol te houden.

In 849 gevallen (579 ulcera duodeni en 270 ulcera ventriculi, bij obductie, operatie of röntgenonderzoek vastgesteld) werden als klachten opgeteekend:

1. Pijn.

Ook ons bleek pijn de voornaamste klacht te zijn (in 97.5 % van de gevallen van ulcus duodeni en in 81.8 % van de gevallen van ulcus ventriculi) en reeds SOUPAULT onderscheidde een „syndrôme pylorique”, bestaande uit:

periodiek,  
's nachts,

laat na het eten (één tot drie uur) optredende pijn.

(Nachtpijn en hongerpijn tezamen vattend vonden wij in 33.9 % van de gevallen van ulcus duodeni en in 5.3 % van de gevallen van ulcus ventriculi (alle dicht bij de pylorus gelegen) dit syndroom.

Daartegenover hebben wij getracht een ander syndroom af te grenzen, bestaande uit:

- a. periodiek,
- b. op de typische plaats van het maagkuiltje,
- c. binnen het uur na den maaltijd optredende pijn.

Weliswaar vonden wij het nooit bij een geval van ulcus duodeni, doch ook maar in 22.8 % van de gevallen van ulcus ventriculi.

De gunstige invloed van melk op de pijn kon nog worden nagegaan, zooals welhaast volgens de klassieke beschrijving het glas melk naast het ziekbed den ulcuslijder doet herkennen.

2. last van het zuur (pyrosis),
3. opboeren,
4. braken,
5. obstipatie.

Van het voorkomen van bovenstaande klachten volgt hier een tabel:

| Klachten                            | % van het aantal gevallen van ulcus ventriculi | % van het aantal gevallen van ulcus duodeni |
|-------------------------------------|--|---|
| 1. Pijn . . . . .                   | 81.8   | 97.5  |
| periodiciteit . . . . .             | 27   | 40  |
| typische localisatie . . .          | 48.8   | —   |
| nachtpijn . . . . .                 | 1.2  | 41.3  |
| hongerpijn . . . . .                | 1  | 44.2  |
| (3 uur na het eten)                 |  |   |
| etenspijn . . . . .                 | 49.6   | 57.8  |
| ( $\frac{1}{4}$ —1 uur na het eten) |  | (1—3 uur na het eten)                       |
| invloed melk. . . . .               | 42   | 45.9  |
| 2. last van het zuur . . .          | 53.2   | 53.5  |
| 3. opboeren . . . . .               | 44.3   | 45.6  |
| 4. braken . . . . .                 | 65   | 49  |
| 5. obstipatie . . . . .             | 45.6   | 58.3  |

Samenvattend kunnen wij dus zeggen, dat wij klachten van periodiek (voor- en najaar) optredende pijn in den bovenbuik goed reageerend op melk en gepaard gaande met braken, last van het zuur, opboeren en obstipatie als typisch voor ulcus ventriculi et duodeni hebben opgevat, waarbij dan het localiseeren van de pijn in het maagkuiltje  $\frac{1}{4}$  à 1 uur na het eten in de richting van een ulcus ventriculi en het optreden van honger- of nachtpijn en pijn 1 à 3 uur na het eten, in de richting van een ulcus duodeni zouden wijzen.

#### *Algemeen onderzoek.*

Wanneer geen andere ziekten optraden, werden bij dit onderzoek geen afwijkingen gevonden; wel bleek steeds weer dat ulcuslijders, wat hun bouw betreft, toch tot een bepaald type behoorden, wat voorheen ook reeds door v. BERGMANN, JAENSCH,

DRAPER, HURST, DAVIES, MOINYHAN e.a. was vastgesteld: een bleek gezicht, een lijdenstrek op het gelaat, mager met vrij goed ontwikkeld been- en spierstelsel — een type dat wij, evenals b.v. RÜBSAAM, door enkele objectieve gegevens hebben trachten vast te leggen. RÜBSAAM bepaalde zich tot bradycardie, hyperaciditeit en spastische obstipatie; wij gingen na: bradycardie, hyperaciditeit en magerheid in dien zin, dat wij een patient mager noemden, wanneer zijn gewicht minder aantal Kilogrammen bedroeg dan  $\frac{9}{10}$  van het aantal Kilogrammen, dat hij volgens de tabel van MC LEAN (zie A. A. HIJMANS v. D. BERGH: Voordrachten over suikerzichte) zou moeten wegen.

Van 523 bij obductie, operatie of röntgen-onderzoek vastgestelde gevallen werd dit drietal gevonden in 16 % bij ulcus duodeni en 9.2 % bij ulcus ventriculi.

In het algemeen bleek verder, dat het aangeven van drukgevoelige punten of zône's zoo wisselend was, dat geen groote waarde daaraan mocht worden toegekend. Wel was een voornaam symptoom het zien van peristaltiek in de maagstreek, wat steeds op een aanzienlijke passagestoornis wees. In enkele gevallen kon suiker in de urine van lijders aan ulcus duodeni worden aangetoond, dit in tegenstelling met het ulcus ventriculi; een onderscheid, waarop reeds door STRÜMPELL in zijn leerboek is gewezen en waarop wij wellicht later nog zullen terugkomen.

#### *Onderzoek van de motorische en secretorische functie van de maag.*

Het onderzoek naar de motorische en secretorische functie van de maag heeft in verband met de ontwikkeling van het Röntgen-onderzoek veel van zijn belang verloren. Toch zijn ook hiermee op eenvoudige wijze gegevens te verkrijgen, zoodat het zich in de kliniek en polikliniek als routine-methode gehandhaafd heeft. De motorische functie werd bepaald door den patient ongeveer 8 uur na den laatsten maaltijd van gemakkelijk terug te vinden bestanddeelen, b.v. krenten of peterselieblaadjes, de maag te ledigen (eventueel te spoelen) en den verkregen maaginhoud op etensresten te onderzoeken; de secretorische functie werd bepaald

met de zogenaamde "fractional test" methode: 's ochtends werd bij nuchtere maag de dunne maagslang (volgens RYLE of REHFUSS) ingebracht, eventueel aanwezige retentie opgezogen en verwijderd en dan een proef-ontbijt gegeven, bestaande uit: 2 afgestreken eetlepels havermout en 1 liter water, dat tot  $\frac{1}{2}$  liter werd ingekookt. Om het kwartier werd dan  $\pm 10$  cc van den maaginhoud opgezogen en in afzonderlijke buisjes gebracht, waarin direct met congorood papier de aanwezigheid van vrij zuur kon worden aangetoond. Na drie uur werd de test beëindigd.

De aldus verkregen portie's werden onderzocht op:

1. bloed: macroscopisch: bruinkleuring;
2. gal: macroscopisch: groenkleuring;
3. slijm: macroscopisch: dikke stukken of lange draden bij overschenken in een ander buisje;
4. zetmeel: één druppel Jodium-oplossing (0,1 of 0,05 N) geeft blauwe verkleuring;
5. vrij zuur: kwalitatief: congorood papier wordt blauw quantitatief: een indicator (TÖPFFER) een oplossing van dimethylgeel is rood in zure en geel in alcalische oplossing. Er werd getitreerd met loog  $\frac{1}{10}$  N op de eerste overgangstint (oranje);
6. totaal zuur: kwalitatief: er werd getitreerd met loog  $\frac{1}{10}$  N tot de indicator phenolphtaleine een roode tint gaf.

De bepaling van vrij en totaal zuur ging dan als volgt: 10 cc maaginhoud met enkele druppels dimethylgeel en phenolphtaleine werd getitreerd met  $\frac{1}{10}$  N loog, de vloeistof, die vóór de titratie rood gekleurd was, werd oranje (eindpunt titratie voor vrij zuur), dan geel (alcalische tint van het dimethylgeel), vervolgens rood (eindpunt titratie totaal zuur).

De hoeveelheid zuur werd uitgedrukt als aantal cc  $\frac{1}{10}$  N NaOH per 100 cc maaginhoud. Wij namen als normen aan voor het totale zuur:

- beneden 30: laag;
- tusschen 30 en 70: normaal;
- boven 70: hoog.

Tenslotte werd de retentie gemeten (50 cc werd als boven-

grens van het normale beschouwd) en het sediment daarvan bekeken vooral op erythrocyten en leucocyten.

Op deze wijze nu werd een indruk verkregen van de motorische en secretorische functie van de maag op een zoo ad aequaat mogelijken prikkel.

Bij 849 bij obductie, operatie of röntgen-onderzoek vastgestelde gevallen vonden wij in de volgende tabel saamgevatte percentages:

Maagzuurwaarden (totaal zuur)

|                            | hoog   | normaal | laag  |
|----------------------------|--------|---------|-------|
| ulcus ventriculi . . . . . | 22.6 % | 34.3 %  | 10 %  |
| ulcus duodeni . . . . .    | 51.4 % | 33.7 %  | 4.5 % |

Vrij zuur was in bijna alle gevallen aanwezig en in slechts 4 gevallen afwezig en waar juist deze afwezigheid tot moeilijkheden bij het stellen van de diagnose aanleiding had gegeven, laten wij hier in het kort even de ziektegeschiedenissen van deze 4 patienten volgen:

J. v. R., man, 69 jaar; opgenomen in 1937.

Reeds 20 jaar bestonden typische ulcus duodeni klachten, met reeds tweemaal een maagbloeding. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen, bij maagonderzoek een histaminerefractaire achloorhydrie gevonden (vrij zuur 0, totaal zuur 10). Röntgenologisch bestond een uitgebreide deformatie van de bulbus duodeni; tenslotte is patient aan de perforatie van een ulcus callosum duodeni overleden.

M. D. L., vrouw, 63 jaar; opgenomen in 1934.

Ook bij haar bestonden reeds 20 jaar vrij typische ulcus

ventriculi klachten; zij werd echter opgenomen voor een myodegeneratio cordis met voorkamerfibrilleeren. Bij algemeen onderzoek werden behalve de afwijkingen aan het hart geen bijzonderheden gevonden; bij maagonderzoek bestond een histamine-refractaire achloorhydrie (vrij zuur 0, totaal zuur 20) en het röntgenbeeld liet een vreemde, moeilijk te duiden uitsparing in het corpus ventriculi zien. Patiente overleed plotseling en bij obductie kwam een oud callosus ulcus ventriculi voor den dag.

C. N., man, 36 jaar; opgenomen in 1934.

Reeds 8 jaar bestonden typische ulcus duodeni klachten met éénmaal melaena. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen, bij maagonderzoek een histamine-refractaire achloorhydrie gevonden (vrij zuur 0, totaal zuur 2). Bij röntgen-onderzoek bleek een het meest voor een maligne tumor pleitend beeld te bestaan, doch bij operatie werd een groot callosus ulcus ventriculi gevonden, dat reeds in het pancreas was geperforeerd.

S. S., man, 41 jaar; opgenomen in 1935.

Slechts enkele weken bestonden er pijnen in de maagstreek, gepaard gaande met duidelijk retentiebraken. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Krentenretentie en een achloorhydrie (vrij zuur 0, totaal zuur 30). Bij röntgen-onderzoek werden, behalve een groote rest van het contrastmiddel na 6 uur geen afwijkingen gevonden en bij operatie bleek een groot ulcus duodeni te bestaan.

Tenslotte volgen hier nog eenige voorbeelden van een drietal zgn. „Kletterkurven”, zooals die voor het ulcus duodeni karakteristiek zijn.

Voor het poliklinisch onderzoek werd gebruik gemaakt van de groote maagslang volgens BOAS-EWALD: bij nuchtere maag werd de slang ingebracht en een eventueel bestaande retentie verwijderd, vervolgens werd als proefontbijt 50 gram droog brood en 300 water gegeven en na  $\frac{3}{4}$  uur werd opnieuw de slang inge-

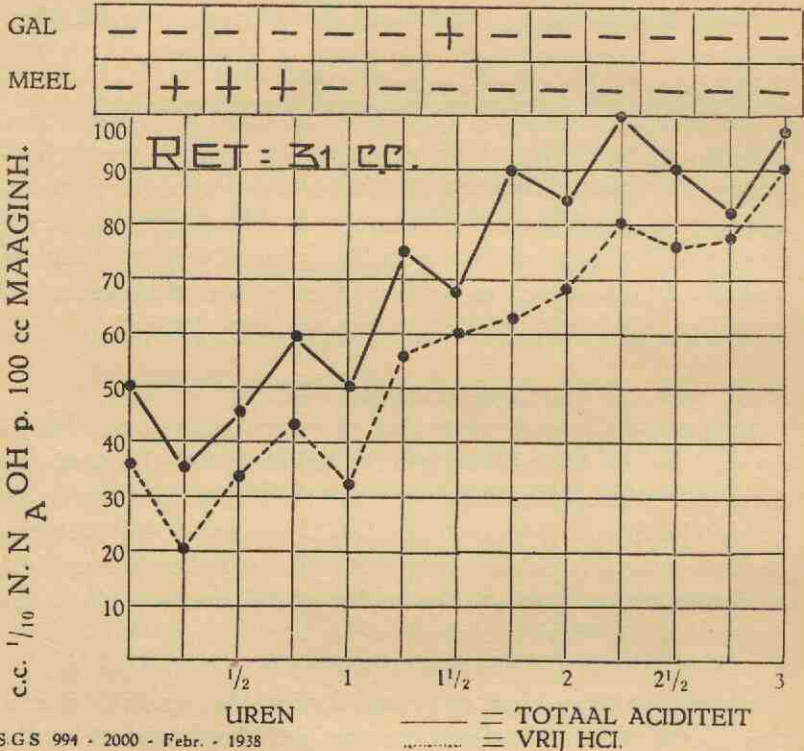


bracht en maaginhoud verkregen, die op de reeds eerder beschreven wijze werd onderzocht.

Het bezwaar van deze methode blijkt nog eens uit boven-

STICHTING: „STADS- EN ACADEMISCH ZIEKENHUIS”, UTRECHT

PATIËNT: J.M. DATUM: 12-5-'36



„Klettercurve” I.

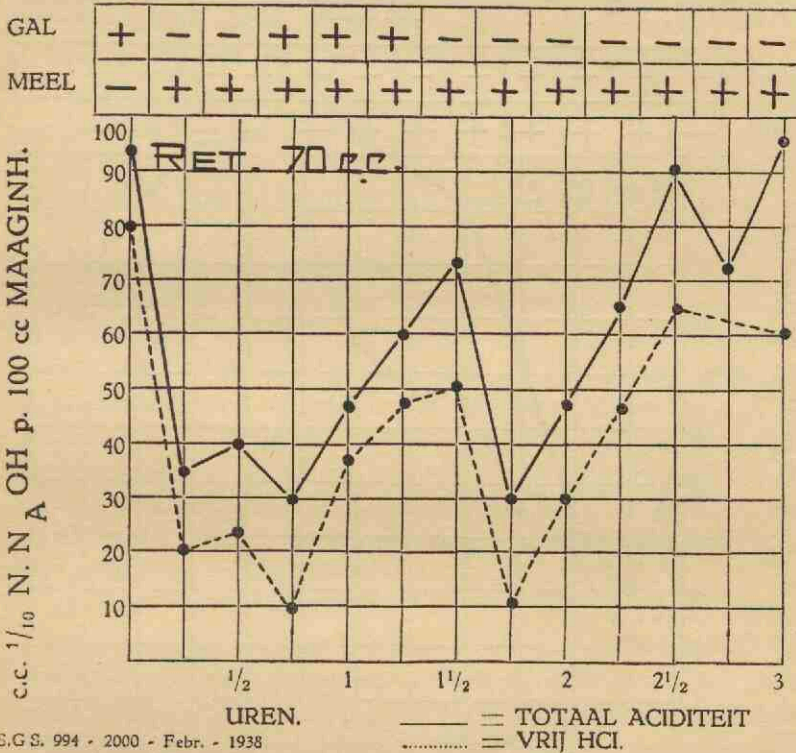
staande curven, immers in het eerste geval zouden normale, in het tweede geval lage en in het derde geval pas hoge maagzuurwaarden verkregen zijn.

*Maagbloeding.*

Wanneer in de anamnese een duidelijke haematemesis of melaena werd gevonden, dan stond — meestal ook in verband

STICHTING: „STADS- EN ACADEMISCH ZIEKENHUIS”, UTRECHT

PATIËNT: J. D. DATUM: 10 JUNI 1936



S.G.S. 994 - 2000 - Febr. - 1938

„Klettercurve” II.

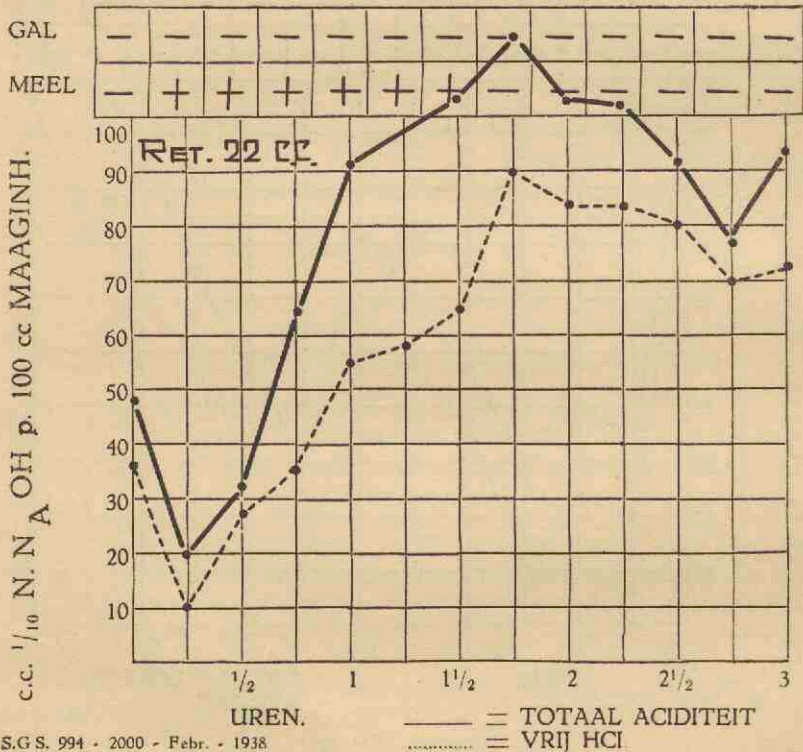
met de klachten en wanneer bovendien alle andere mogelijkheden konden worden uitgesloten — de diagnose ulcus ventriculi et duodeni vast.

Wij werden in deze meening versterkt doordat in 81.4 % van

de 339 gevallen met bloeding de diagnose kon worden gecontroleerd. 6.5 % bij obductie,  
 22.1 % bij operatie en  
 52.8 % bij röntgen-onderzoek.

STICHTING: „STADS- EN ACADEMISCH ZIEKENHUIS”, UTRECHT

PATIËNT: R. T. DATUM: 26 Mei 1936



„Klettercurve” III.

Het was natuurlijk zeer moeilijk om in de overblijvende 18.6 % uit te maken of wij met een ulcus ventriculi dan wel met een ulcus duodeni te maken hadden. Het röntgenologisch maag-

onderzoek had ons daarbij in den steek gelaten, hetzij dat het in het geheel niet, hetzij dat het na afloop van de behandeling (en daarom meestal met negatief resultaat) verricht was.

De eenige aanknoopingspunten waren wellicht nog:

1. de klachten (in 3.5 % van de gevallen waren echter geen maagklachten vóór de bloeding opgetreden);
2. de aard van de bloeding zelf, immers bij 849 gecontroleerde ulcera trad de bloeding op:
  - in 20.7 % van de gevallen van ulcus duodeni,
  - in 42.3 % van de gevallen van ulcus ventriculi,
  - en hiervan als haematemesis:
  - in 44 % van de gevallen van bloedend ulcus duodeni en
  - in 71 % van de gevallen van bloedend ulcus ventriculi.

#### *Het röntgenologisch maagonderzoek.*

Sinds 1920 heeft het röntgenologisch maagonderzoek een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Onder invloed van BERG, ÅKERLUND, FORSELL e.a. is vooral de diagnostiek van het ulcus duodeni zoo verbeterd, dat het röntgenonderzoek bij de vaststelling van het ulcus ventriculi et duodeni een eerste plaats is gaan innemen. Alleen zal het niet altijd mogelijk zijn om bij de eerste verdenking op ulcus deze methode toe te passen, soms op medische gronden (bloeding, dreigende perforatie), soms door finantieele omstandigheden.

Zekerheid voor het bestaan van een ulcus werd verkregen, wanneer een nis aan maag of duodenum (profielnis, en facenis) was te zien; zekerheid omtrent het bestaan hebben van een ulcus werd verkregen, wanneer een naar één punt convergeerend verloop der plooiën of een typische deformatie van de bulbus was te zien. In het laatste geval moesten dan voor het nog bestaan van een ulcus andere gronden worden aangevoerd.

In 717 van 849 gevallen werd de diagnose röntgenologisch vastgesteld en wel:

een ulcus ventriculi: 162 maal door het vinden van een nis;

een ulcus duodeni: 242 maal door het vinden van een nis;

306 maal door het vinden van een typische  
deformatie;

7 maal door het zien van convergeerend  
verlopende plooiën.

Niet gedaan werd het onderzoek:

10 maal wegens het klinisch reeds duidelijk bestaan van een  
stenosis pylori;

5 maal wegens perforatie of dreigende perforatie;

50 maal wegens het bestaan van een bloeding.

Negatief viel het onderzoek uit:

39 maal doordat een bestaande stenose het onderzoek belem-  
merde (38 maal bij operatie en éénmaal bij obductie) werd  
daarna de diagnose vastgesteld;

44 maal doordat pas 6—8 weken na de bloeding het onderzoek  
kon plaats vinden.

Het is zeer moeilijk te schatten hoeveel malen het röntgenolo-  
gisch maagonderzoek negatief uitviel, terwijl er toch wat te  
vinden had moeten zijn. Naar onze meening zou dat dan in onge-  
veer 10—15 procent van het aantal ulcera ventriculi et duodeni  
zijn, een meening die overeenkomt met die van KALK e.a.

In 23.8 % kon het röntgenonderzoek gecontroleerd worden:  
in de eerste plaats door obductie: 3.4 % (alle op deze wijze  
gecontroleerde röntgenbevindingen konden worden bevestigd);  
in de tweede plaats door operatie: 20.4 %.

Wij spraken dan van contrôle, wanneer tusschen röntgen-  
onderzoek en operatie geen twee maanden waren verstreken, ter-  
wijl wij de moeilijkheid, dat zelfs door den patholoog-anatoom  
niet steeds kon worden uitgemaakt of er een ulcus pylori dan wel  
ulcus duodeni bestond, in dezen zin meenden te moeten oplossen,  
door in twijfelgevallen en in gevallen waar het ulcus pylori op  
de bulbus was overgegroeid en dus ook tot röntgenologische  
veranderingen had aanleiding gegeven, een ulcus duodeni aan te  
nemen (S. DE GROOT Sr.).

In 14.2 % werd het röntgenonderzoek door operatie beves-

figd, in de overblijvende 6.2 % werd toch een ulcus, een ulcus op een andere plaats of geen ulcus gevonden.

Dat het bij gesloten maag ook den chirurg soms moeilijk valt een ulcus vast te stellen, bewijst het volgende geval:

J. H. M., man, 20 jaar; opgenomen in 1932.

Sinds één dag bestond heftige pijn in de maagstreek, waarvan de oorzaak niet duidelijk was; bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden en daar later bij röntgenologisch onderzoek bleek, dat zich lucht vrij in den buik bevond, werd het meest gedacht aan de perforatie van een ulcus. Na een strenge dieetkuur ging patient klachtenvrij naar huis. In 1937 werd patient opnieuw opgenomen, omdat hij den dag tevoren plotseling bloed had gebraakt. Hij bleef bloeden, zoodat chirurgisch ingrijpen werd voorgesteld. Na een bloedtransfusie werd inderdaad geopereerd en bij gesloten maag kon geen ulcus worden vastgesteld; er werd toen toch resectie van een groot gedeelte van de maag gedaan. Enkele dagen daarna overleed patient aan een dubbelzijdige pneumonie; bij obductie werd in de maag aan de kleine curvatuur, op eenigen afstand van de operatiewond een klein ulcus gevonden, waarin een geopende arterie uitpuilde. Deze was van zoodanige grootte en ook de daarin gevonden opening was zoo groot, dat daaruit een aanmerkelijke bloeding kon hebben plaats gevonden.

#### *Operatie.*

Na het voorgaande behoeven wij weinig meer te zeggen over het stellen van de diagnose bij operatie. In 38 gevallen van pylorusstenose en in 3 gevallen van perforatie van het ulcus in de kliniek werd de diagnose pas vastgesteld bij de operatie.

#### *Obductie.*

Wanneer het leven van den ulcuslijder ten einde was geloopt, kon niet altijd door obductie de uiteindelijke diagnose worden vastgesteld.

In ons klinisch materiaal van 890 patienten overleden er 85 en wel:

- 33 aan een andere oorzaak dan het ulcus, n.l.:
- aan myodegeneratio cordis . . . . . 5
  - aan carcinoma ventriculi . . . . . 5
  - aan ouderdom . . . . . 7
  - aan paralysis cordis . . . . . 3
  - aan bronchopneumonie . . . . . 3
  - aan diabetes (coma) . . . . . 2
  - aan uraemie (nephrogeen) . . . . . 2
  - aan myeloblastenleucaemie . . . . . 1
  - aan coronairthrombose . . . . . 1
  - aan tumor van het colon . . . . . 1
  - aan longembolie . . . . . 1
  - aan longtbc. . . . . 1
  - aan carcinoom van de larynx . . . 1
- 52 aan het ulcus zelf (perforatie of bloeding).

In 38 gevallen kon het ulcus door obductie worden vastgesteld.

Tenslotte deden zich bij het vaststellen van het ulcus ventriculi et duodeni vele merkwaardige gevallen voor, waarvan wij er tien laten volgen:

E. v. T., man, 32 jaar; opgenomen in 1936.

Sinds 4 jaar bestonden typische ulcusklachten. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden; de maagzuurwaarden waren normaal en bij röntgenologisch onderzoek bestond een zeer diep ulcus aan de kleine curvatuur. Waar de klachten onder de therapie bleven bestaan, werd chirurgisch ingrijpen overwogen en 3 *weken* na het röntgenonderzoek werd tot operatie overgegaan. Bij de operatie werden bij ongeopende maag *geen* afwijkingen gevonden. Na eenigen tijd werd het röntgenonderzoek nog eens herhaald, doch daarbij bleken geen afwijkingen meer te bestaan.

A. K., man, 42 jaar; opgenomen in 1936.

Sinds 22 jaar bestonden typische ulcus ventriculi-klachten; bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, de maagzuurwaarden waren normaal en bij röntgenonderzoek bestond een nis aan de bulbus en een duidelijke rest na 6 uur. Er werd tot operatie besloten, waarbij bij geopende maag een ulcus aan de kleine curvatuur werd gevonden en geen ulcus duodeni.

J. I. B., man, 53 jaar; opgenomen in 1936.

Sinds 2 jaar bestonden typische ulcus-klachten, met éénmaal een haematemesis. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen en bij maagonderzoek normale maagzuurwaarden gevonden. Bij röntgenologisch onderzoek bestond er een gedeformeerde bulbus met nis en een pylorusstenose. Bij operatie werd een ulcus aan de kleine curvatuur gevonden en aan de pylorus bestond een verdikking door hyperplasie van spierweefsel; een tumor werd niet gevonden. 3 jaar na de operatie ging het patient nog zeer goed.

J. M., vrouw, 50 jaar; opgenomen in 1930.

Sinds 20 jaar bestonden typische ulcus-klachten, met tweemaal een haematemesis. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, de maagzuurwaarden waren normaal en bij röntgenologisch maagonderzoek werd een nisje in de bulbus duodeni gezien. Daar interne therapie steeds gefaald had, werd tot operatie overgegaan. Daarbij werden geen afwijkingen gevonden aan maag en duodenum, doch wel naast het duodenum een mandarijngroote tumor, gezeteld in het caput pancreatis, die als rest van een oude pancreatitis werd beschouwd.

C. D. P., vrouw, 26 jaar; opgenomen in 1937.

Sinds 9 weken bestonden typische ulcus-klachten. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De bezinkings-snelheid der erythrocyten was normaal, de maagzuurwaarden



waren eveneens normaal en de benzidine-reactie in de faeces viel bij herhaling zwak positief uit. Bij röntgenologisch onderzoek werd een ulcus aan den achterwand van de maag gevonden en de diagnose op ulcus ventriculi gesteld. Waar patiente in ernstige mate aan carcinophobie leed, werd een loopende behandeling ingesteld. 2 maanden na ontslag werd zij wederom opgenomen met duidelijke ileusverschijnselen, operatie volgde en er werd een snelgroeiend carcinoom gevonden met metastasen in dunnen darm, uitgaande van de maag.

H. R. S., man, 38 jaar; opgenomen in 1929.

Sinds 12 jaar bestonden typische ulcus ventriculi-klachten. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, de maagzuurwaarden waren hoog (vrij zuur 50, totaal zuur 80) en bij röntgenologisch onderzoek werd een duidelijke retentie gevonden. De diagnose werd gesteld op een goedaardige pylorusstenose, doch bij operatie kwam een inoperabel carcinoma ventriculi voor den dag.

J. v. O., vrouw, 55 jaar; opgenomen in 1934.

Van haar twintigste jaar bestonden vrij typische ulcus-klachten met reeds éénmaal een haematemesis. Zij werd in de kliniek opgenomen ook voor een haematemesis en in de kliniek braakte zij nog enkele malen bloed. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, de bezinkingssnelheid der erythrocyten was normaal en de diagnose werd gesteld op een bloedend ulcus ventriculi. Waar de bloeding niet tot staan was te brengen, werd operatie verricht en daarbij kwam een uitgebreid carcinoma van een groot gedeelte van den maagwand voor den dag.

N. D. K., man, 41 jaar; opgenomen in 1935.

Sinds 3 jaar bestonden typische ulcus ventriculi-klachten. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, de bezinkingssnelheid der erythrocyten was normaal, de ontlasting bevatte geen occult bloed en de maagzuurwaarden waren nor-

maal. Bij röntgenologisch onderzoek werd een duidelijk ulcus ventriculi aan de kleine curvatuur gevonden. De diagnose werd gesteld op een ulcus ventriculi en na een ligdieetkuur verliet patient zonder klachten de kliniek. 4 maanden daarna werd hij weer opgenomen met duidelijk retentiebraken en het röntgenologisch maagonderzoek liet een uitgebreid carcinoma ventriculi zien, dat inoperabel bleek.

H. S., man, 74 jaar; opgenomen in 1937.

Sinds 20 jaar bestonden typische ulcus-klachten. Bij algemeen onderzoek werd behalve talrijke ouderdomsverschijnselen een diabetes gevonden en een melaena. Enkele dagen na opname braakte patient een groote hoeveelheid bloed en overleed kort daarop. Bij obductie werden gevonden twee zgn. kissing ulcers, waarvan het eene een ulcus pepticum met groot aangevreten vat, het andere carcinomateus gedegeneerd was.

O. W., man, 74 jaar; opgenomen in 1936.

Sinds 50 jaar bestonden typische ulcus duodeni klachten, met reeds driemaal een haematemesis. Bij algemeen onderzoek werden geen afwijkingen gevonden en de maagzuurwaarden waren normaal. Bij röntgenologisch maagonderzoek werd naast een ptosis een gedeformeerde bulbus gevonden en de diagnose werd op een ulcus duodeni gesteld. Waar het ulcus steeds bleef bloeden, werd operatie gedaan en daarbij werd een duidelijk carcinoom van de pylorus gevonden, dat geresceerd werd. — In 1939 was patient nog zonder klachten.

## HOOFDSTUK IV.

### **Het resultaat van de interne behandeling van het ulcus ventriculi et duodeni.**

#### *Inleiding.*

De beoordeeling of een ulcus ventriculi et duodeni is genezen, is steeds een hachelijke onderneming geweest, niet alleen omdat de oorzaak van het lijden ons onvoldoende bekend is, maar ook omdat geen behoorlijke criteria voor het genezen zijn van het ulcus zijn vast te stellen. Er kan dus van een genezing in den strikten zin des woords geen sprake zijn; wel kunnen klachten voor korteren of langeren tijd wegblijven, wel kunnen röntgenologisch of gastroscopisch gecontroleerde nissen verdwijnen, wel kunnen ulcera worden weggesneden, maar steeds blijft de mogelijkheid van het optreden van een recidief bestaan, zoodat we niet alleen het ulcus moeten genezen, maar ook het weder optreden verhinderen.

We kunnen eigenlijk alleen maar spreken van den toestand van zooveel gevallen, over zooveel jaren, na zooveel jaren goed, matig of slecht en blijft dus het aannemen van genezing, wanneer na 5 jaar nog geen recidief is opgetreden, zooals b.v. door MATTISSON is gedaan, geheel willekeurig.

Van de vele statistieken, die zich met het genezen van het ulcus ventriculi et duodeni hebben bezig gehouden, hebben wij dan ook — gedachtig aan de woorden van GUTMANN: et de soumettre les méthodes préconisées à l'épreuve du temps, qui, c'est bien l'occasion de rappeler la formule classique, ne respecte pas ce que l'on fait sans lui — slechts die bij onze bespreking betrokken:

die gingen over een groot aantal patienten,

die zich over een groot aantal jaren uitstrekten,

| Onderzoeker     | Jaar van Onderzoek | Aantal Gevallen } m<br>} vr. | Aantal Jaren waarover Onderzoek | Aantal Jaren verlopen sinds Behandeling | Na-onderzoek Percentage | Mortaliteit | Resultaat   |
|-----------------|--------------------|------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------|-------------|---|
| RÜBSAAM         | 1923               | 128 }<br>88<br>40            | 5                               | 3—8                                     | 75                      | 4,7%        | 48% verbeterd tot genezen (chirurg.: 65,2% genezen)     |
| VOTÉ            | 1937               | 157 }<br>133<br>24           | 5                               | 3—8                                     | 94,9                    | 2,7%        | 34% verbeterd tot genezen (chirurg.: 62% genezen)       |
| HEERING         | 1938               | 107 }<br>85<br>22            | 1                               | 5—7                                     | —                       | —           | 64% verbeterd tot genezen (chirurg.: 42% genezen)       |
| SAVIGNAC        | 1931               | 80                           | ± 10                            | ± 10                                    | —                       | 14%         | 66,8% verbeterd tot genezen (chirurg.: 59,5% genezen)   |
| MOUTIER         | 1931               | 628 }<br>418<br>210          | 11                              | 1—11                                    | 71                      | 5,15%       | 28,68% genezen (chirurg.: 44,5% genezen)                |
| DURAND          | 1931               | 95                           | 10                              | 1—10                                    | 55                      | —           | 31% verbeterd tot genezen (chirurg.: 70% genezen)       |
| ROUX            | 1931               | 110                          | 20                              | 0—20                                    | —                       | 3,6%        | 53,7% verbeterd tot genezen (chirurg.: 65% genezen)     |
| MORAWITZ        | 1925               | 462                          | 7                               | 1—7                                     | 60                      | ?           | 55% verbeterd tot genezen                               |
| GERMAR          | 1925               | 462 }<br>247<br>215          | 14                              | 1—14                                    | 58                      | 3,3%        | 50—60% verbeterd tot genezen (chirurg.: idem)           |
| BAHN & RÜSCHER  | 1929               | 645 }<br>328<br>317          | 7                               | 8—15                                    | 68,2                    | 1 à 3%      | ± 66% verbeterd tot genezen (chirurg.: idem)            |
| BROWN           | 1930               | 1900 }<br>75%<br>25%         | 15                              | 1—15                                    | 64,4                    | 3%          | 66,2% verbeterd tot genezen                             |
| EINHORN & CROHN | 1926               | 100                          | 3                               | 1—4                                     | —                       | 3%          | 50% verbeterd tot genezen                               |
| EMERY & MONROE  | 1935               | 1435 }<br>6—25               | 9                               | ± 4                                     | 87,6                    | ?           | 81,2% verbeterd tot genezen                             |
| SMITH           | 1928               | 214 }<br>96<br>118           | 9                               | 6—15                                    | —                       | 8,5%        | 44—60% verbeterd tot genezen (chirurg.: 53—56% genezen) |
| MATTISON        | 1931               | 1631 }<br>620<br>1011        | 21                              | 14—35                                   | 91,4                    | 1,41%       | 61,8% verbeterd tot genezen                             |
| VRIESENDORP     | 1940               | 731 }<br>590<br>141          | 10                              | 1—11                                    | 91,8                    | 3,76%       | 48,2% verbeterd tot genezen (chirurg.: 79,8% genezen)   |

die den toestand na meer jaren beoordeelden, die een groot percentage van het oorspronkelijk aantal patienten bij het naonderzoek hadden weten te betrekken en die na 1920 waren gepubliceerd, immers omstreeks dien tijd heeft het röntgenologisch onderzoek een dergelijke vlucht genomen, dat wij met RENDLE SHORT, BÖHME e.a. van meening zijn, dat de samenstelling van de statistieken voor 1920 wel iets anders moet zijn geweest.

Het overzichtje hiernaast, dat allerminst aanspraak wil maken op volledigheid, toont hoe de cijfers onder „resultaat”, behoudens een enkele uitzondering, niet ver uiteenloopen.

#### *De Behandeling.*

Als een van de voornaamste factoren, die invloed hebben op het verloop van het ulcus ventriculi et duodeni, beschouwen wij nog steeds de behandeling: een algemeene behandeling van den patient, rekening houdende met geheelen toestand, verdere bevindingen (gebit!), bijzondere omstandigheden e.d. en een plaatselijke behandeling van het ulcus, die hieronder nader zal worden besproken.

Sinds het einde van de vorige eeuw zijn ontelbare verhandelingen verschenen over de behandeling van het ulcus ventriculi et duodeni en de resultaten daarvan. Tegenover elkaar stonden aanhangers van de interne en chirurgische behandeling, die het onder elkaar weer niet eens waren of nu behandeling volgens LEUBE, LENHARTZ, SIPPY, JAROTSKY, met de sonde dan wel de behandeling met gastro-enterostomie, resectie van het ulcus, enz. te verkiezen was. Het lijkt ons onnoodig het voor en tegen van al deze zienswijzen te bespreken, wij willen daarvoor verwijzen naar de reeds eerder genoemde handboeken en bovenstaand lijstje.

Wij willen verder volstaan met te vermelden, welke de behandeling is geweest van het ulcus ventriculi et duodeni in de Utrechtsche geneeskundige kliniek in de jaren, waarover dit onderzoek loopt, welke patienten intern, welke patienten chi-

rurgisch werden behandeld, welke de indicatie's en welke de resultaten zijn geweest.

Wat de interne behandeling betreft n.l.: de volledige bedrust en het dieet, hierover heeft HIJMANS VAN DEN BERGH zelf het volgende geschreven: „Gelukkig, dat de empirie los van alle theorieën ons in de voeding met melk een machtig middel tot behandeling der maagzweer in handen heeft gegeven. Indien de pijnen van een patient bij volstreckte bedrust en gefractionneerd melkdieet niet binnen 1 of 2 dagen verdwijnen, bestaat er bijna zonder uitzondering òf een complicatie (zweer met stenose, zweer zet zich voort in lever of pancreas) òf de diagnose is onjuist, er bestaat geen maagzweer maar een galblaasziekte, een appendicitis, een tuberculeuse peritonitis. Bij een ulcus van eenige beteekenis (de lichte, ambulans te behandelen gevallen, blijven hier buiten beschouwing) zal dus het dieet aanvankelijk uitsluitend uit melk, al of niet met room, later met toevoeging van dunne pap moeten bestaan en pas als er reden is, genezing van het ulcus aannemelijk te doen achten, mogen worden uitgebreid. Bij het voorschrijven van zulk een dieet kan men het houvast van een schema niet missen. Dat men — gelijk immer in de kliniek — al naar de individueele reactie van den patient meer of minder van het schema zal moeten afwijken, behoef ik wel niet te zeggen. In de plaats van de oudere schema's (van LOEBE en van anderen) volgen wij in de Utrechtsche Kliniek sinds verscheidene jaren dat van SIPPY, zij het ook met aanzienlijke wijzigingen. Ik meen, dat zij niet veel verschilt van de reeds in 1922 door SCHRIJVER aangegeven voorschriften. Behouden wordt het principe in het begin in alle uren, later alle twee uren telkens een kleine hoeveelheid van het voedsel te geven. Daarentegen volgen wij SIPPY's raad niet, de maag elken avond leeg te spoelen, omdat wij vreezen daardoor het orgaan tot afscheiding van zuur en tot contractie's te prikkelen. Eindelijk worden in tegenstelling met SIPPY's raad, geen groote doses alcali gegeven, doch wordt slechts dan een matige dosis toegediend, als de klachten van den patient er op schijnen te wijzen, dat zijn maag

overvloedig zuur bevat. Dat het schema van SIPPY, met deze wijzigingen toegepast, nauwelijks meer verdient zijn naam te dragen, kan ons voor de praktijk onverschillig laten."

De interne behandeling was in de eerste plaats aangewezen geweest voor:

A. *het occult of manifest bloedend ulcus* (114 patienten).

(Zie verder ook blz. 63.

Daarbij werd het standpunt van een absolute voedsel-onthouding per os, noch dat van een volwaardig dieet (MEULENGRACHT) in de eerste dagen na de bloeding ingenomen, doch een middenweg gekozen, (voor een overzicht zie J. LA DUE) dus

- 1) rust; strenge bedrust, patient plat te bed op den rug met een klein kussentje onder het hoofd (eventueel dekenboog met ijsblaas bovenbuik (psychisch?) of morphine);
- 2) dieet: eerste dagen, al naar gelang patient lust had om iets te gebruiken:

stukjes ijs in den mond.

om het kwartier — half uur, 15 cc—30 cc van een mengsel van  $\frac{1}{3}$  melk— $\frac{2}{2}$  kalkwater.

Al gauw werd overgegaan tot  $\frac{1}{2}$  melk— $\frac{1}{2}$  kalkwater,  $\frac{2}{3}$  melk— $\frac{1}{3}$  kalkwater en volledige ligdieetkuur, wanneer bij geregeld bloedonderzoek en geregeld ontlasting-onderzoek (bij obstipatie 4 à 5 dagen na bloeding warm olieclisma) de bloeding tot staan bleek te komen. Kwam de bloeding niet tot staan of herhaalde de bloeding zich, dan was de beslissing soms zeer moeilijk of door te gaan met de interne behandeling of opereeren (eventueel na bloedtransfusie), zie blz. 63.

B. *Voor het ulcus dat langdurige en ernstige klachten had gegeven:*

- 1) rust — strenge bedrust; patient plat te bed op den rug met een kussen onder het hoofd. Het werd patient niet toegestaan voor het verrichten van de dagelijksche behoeften van bed te gaan. Dat het op de verpleging aankwam en dat dus een strenge kuur het best in een ziekenhuis kon geschieden, heeft geen betoog. Een enkele maal werd een andere ligging

toegestaan, b.v. aan een asthmalijder, die half opgericht in de kussens zijn ligdieetkuur volbracht of aan enkelen, die bij liggen op den rug pijn hielden en die hun kuur op één zijde liggend voleindigden.

Na 5 weken werden de patienten langzaam gemobiliseerd en na 6 weken werden zij ontslagen.

- 2) dieet. Hiervoor werd het volgende schema gevolgd, waarbij moet worden opgemerkt, dat de ligdieetkuur geen hongerkuur was en dat, wanneer patienten honger hielden, zij vaker en met grootere hoeveelheden mochten worden gevoed. Een lepeltje ijsgekoelde boter (JAROTSKY) was soms van veel nut. Na 6 weken werden de patienten met een zoogenaamd loopend ulcusdieet (zie beneden) naar huis en aan het werk gestuurd en werd hun op het hart gedrukt dit dieet één jaar streng te houden.

Een voorbeeld werd, maar dan ook alleen maar als voorbeeld, bij het dieetschema gevoegd, (het kwam tweemaal voor, dat patienten geen melk verdroegen; dan werd een weinig slappe thee erbij of afwisselend karnemelk gegeven).

*SIPPY 1e week.*

*1e en 2e dag.*

om 6.8.10.12.14.16.18.20 uur: 130 cc melk + 20 cc room.

*3e en 4e dag.*

om 6.8.10.12.14.16.18.20 uur: 130 cc melk + 20 cc room.

om 9 en 19 uur: 150 cc gezeefde pap.

*5e, 6e en 7e dag.*

om 6.8.10.12.14.16.18.20 uur: 130 cc melk + 20 cc room.

om 9 en 19 uur: 150 cc gezeefde pap.

om 12 uur: 1 sneedje oud brood zonder korsten met roomboter.

om 16 uur: 1 zacht gekookt ei.

*2e week*

6 uur: 130 cc melk + 20 cc room.

8 uur: 130 cc melk + 20 cc room.

9 uur: 200 cc gezeefde havermout.



- 10 uur: 130 cc melk + 20 cc room + 1 beschuit met boter.  
 12 uur: 1 lepel aardappelpuree en 1 lepel appelmoes, 100 cc pap, rijst, maizena of griesmeel.  
 14 uur: 130 cc melk + 20 cc room + 1 beschuit.  
 16 uur: 130 cc melk + 20 cc room.  
     1 boterham zonder korst.  
     1 ei.  
 18 uur: 200 cc gezeefde pap.  
 20 uur: 130 cc melk + 20 cc room.

*3e week:*

- 2 uitgeperste sinaasappelen over den dag verdeelen.

*4e en 5e week:*

- 6 uur: 130 cc melk + 15 cc room.  
 8 uur: 130 cc melk + 15 cc room.  
     2 oude boterhammen zonder korst.  
     1 ei.  
 9 uur: 200 cc gezeefde pap.  
 10 uur: 130 cc melk + 15 cc room + 1 beschuit.  
 12 uur: aardappelpuree, zachte groenten.  
     gemalen biefstuk, visch of wit vleesch.  
     pap (rijst, maizena, griesmeel).  
 14 uur: 130 cc melk + 15 cc room + 1 beschuit.  
 16 uur: 130 cc melk + 15 cc room.  
     2 oude boterhammen zonder korst.  
     1 ei.  
 18 uur: 200 cc gezeefde pap.  
 20 uur: 130 cc melk + 15 cc room.  
     2 uitgeperste sinaasappelen.

*6e week:*

- 6 uur: slappe thee.  
 8 uur: 3 à 4 oude boterhammen zonder korst.  
     1 beker melk + 1 lepel room.  
     1 ei.

- 9 uur: gezeefde pap.  
 10 uur: beker melk + 1 lepel room + 1 beschuit.  
 12 uur: aardappelpuree.  
     gemalen biefstuk (gekookte visch) of zacht vleesch.  
     zachte groente.  
     pap (rijst, maizena, griesmeel).  
 14 uur: beker melk + lepel room, slappe thee en 1 beschuit.  
 16 uur: 3 à 4 oude boterhammen zonder korst.  
     1 beker melk + 1 lepel room.  
     1 ei.

18 uur: gezeefde pap.

20 uur: beker melk + beschuit.

Bij pijn of wakker zijn 's nachts 1 beker warme melk + beschuit.

*Loopend ulcusdieet.*

Het voedsel goed kauwen en niet te groote maaltijden ineens gebruiken. Het verdient aanbeveling zes maaltijden over den dag te verdeelen. Rustig eten. Bij pijn of wakker zijn 's nachts een beker warme melk en een beschuit.

Geen gebakken of gebraden spijzen.

Geen gepeperde of gekruide spijzen.

Niet rooken.

Geen zeer zoete spijzen.

Geen zure spijzen (zooals met azijn ingemaakte).

Geen grove peulvruchten, geen koolsoorten (met uitzondering van bloemkool).

Geen alcohol, specerijen, koffie, chocolade, jams, bessensap.

Geen ijskoude of zeer warme spijzen.

Voorbeeld:

8 uur: 1 glas melk.

    1 geklutst of zachtgekookt ei.

    2 à 3 sneedjes brood (oud) met boter.

10½ uur: 1 glas melk.

    2 beschuiten of 2 sneedjes oud brood met boter.

- 12½ uur: 1 glas melk.  
 3 sneedjes oud brood met boter.  
 1 ei of 2 sneedjes koek.
- 15½ uur: 1 glas melk met 2 beschuiten of  
 1 à 2 sneedjes oud brood met boter.
- 18 uur: geen soep.  
 stukje gekookt vleesch of wat gekookte visch.  
 puree van groenten of sommige zachte groenten.  
 puree van aardappelen met wat gesmolten boter.  
 een weinig maizena of andere meelpudding of  
 rijstebrij of rijst in water.  
 Als vruchten b.v. een stukje banaan, een stukje  
 peer, enkele aardbeien, sinaasappel, te regelen naar  
 den tijd van het jaar. Geen bessen, geen rhabarber.
- 21 uur: 1 glas melk met 2 beschuiten of 1 à 2 sneedjes oud  
 brood met boter.

3) Medicamenten.

Van de talrijke medicamenten, die in den loop der jaren waren  
 aangegeven bij de behandeling van het *ulcus ventriculi* et  
*duodeni*, hebben maar weinigen stand gehouden. De meest ge-  
 bruikelijke waren nog:

a. A en B poeders volgens SIPPY (in de kliniek als A en B drank  
 aangewend).

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| A. R/carb. magn. 12 | B. R/carb. bismuth bas 12 |
| Bicarb. natr. 12    | Bicarb. natr. 24          |
| pulv. gumm. 5       | pulv. gumm 5              |
| aquae ad 300        | aquae ad 300              |
| MDS. 6 × daags één  | MDS. 6 × daags één        |
| eetlepel.           | eetlepel.                 |

Wegens het tot zuurvorming prikkelend bic. natr. werd den  
 laatsten tijd meer gebruik gemaakt van:

b. het vooral door BOAS aanbevolen

R/magn. ustae 100

S. 6 × daags één theelepelt

al of niet met

- c. R/extract. belladonnae 0.010—0.020  
 magn. ustae 0.500  
 f.p.d.t.d. No. XX  
 S. 3 × daags één poeder.  
 of sulf. atropini b.v. als injectie éénmaal per dag 1 mgr.  
 Veel gebruikt werd ook:
- d. de poeder van PEL:  
 R/bicarb. natr. 20  
 nitr. bism. bas. 10  
 Oxyd. magn.  
 eleos. foenic.  
 Pulv. rad. Rhei  $\overline{\text{aaa}}$  5  
 Bromet. natr. 10  
 f.p.  
 S. 3 × daags één theelepel  
 waarin het vaak noodzakelijke sedativum en laxans (in de kliniek anders meestal een middenzout b.v. sulf. magn.) en
- e. het aluminium hydroxyde, dat niet geresorbeerd zou worden.  
 De parenterale therapie (SANDWEISZ, GUTMANN, LAROSTIDINE) werd weer verlaten evenals de Röntgenstraling en de behandeling met nitr. argenti.

C. *Voor het ulcus ventriculi et duodeni*

met geringe of nog kortdurende klachten (208) waaronder ook te rekenen:

- 1) zij (33), die reeds het dieet volgden en alleen voor onderzoek in de kliniek kwamen, hetzij na een bloeding, waarvoor zij thuis reeds een ligdieetkuur hadden doorgemaakt, hetzij dat zij voor een of andere keuring in de kliniek werden opgenomen en
- 2) zij (6), die een bepaalde behandeling (operatie, ligdieetkuur) geweigerd hadden en het nog eens met een zoogenaamd loopend ulcusdieet wat alle onder c. genoemde patienten meekregen, wilden probeeren.

Het kwam bovendien bij bovenstaande groep patienten wel

voor, dat bij heroptreden der klachten werd aangeraden eenige dagen met streng dieet strenge bedrust te houden, waarna de loopende behandeling werd voortgezet.

De chirurgische behandeling in eersten aanleg achten wij aangewezen voor 157 patienten en wel:

82 × voor het bestaan van een stenose.

9 × voor het bestaan van zeer groote afwijkingen.

8 × voor het optreden van perforatie tijdens onderzoek of behandeling.

26 × voor het blijven bestaan van klachten tijdens de behandeling.

27 × voor het blijven bestaan van bloeding tijdens de behandeling.

1 × voor het vermoeden op galsteen.

4 × voor het vermoeden van ca.

Niet behandeld werden 26 patienten:

5 die werden opgenomen voor keuring en geen duidelijke klachten hadden.

21 die tijdens of korten tijd na opname in de kliniek overleden n.l.:

17 na bloeding (2 onttrokken zich aan de behandeling en overleden thuis).

4 na perforatie.

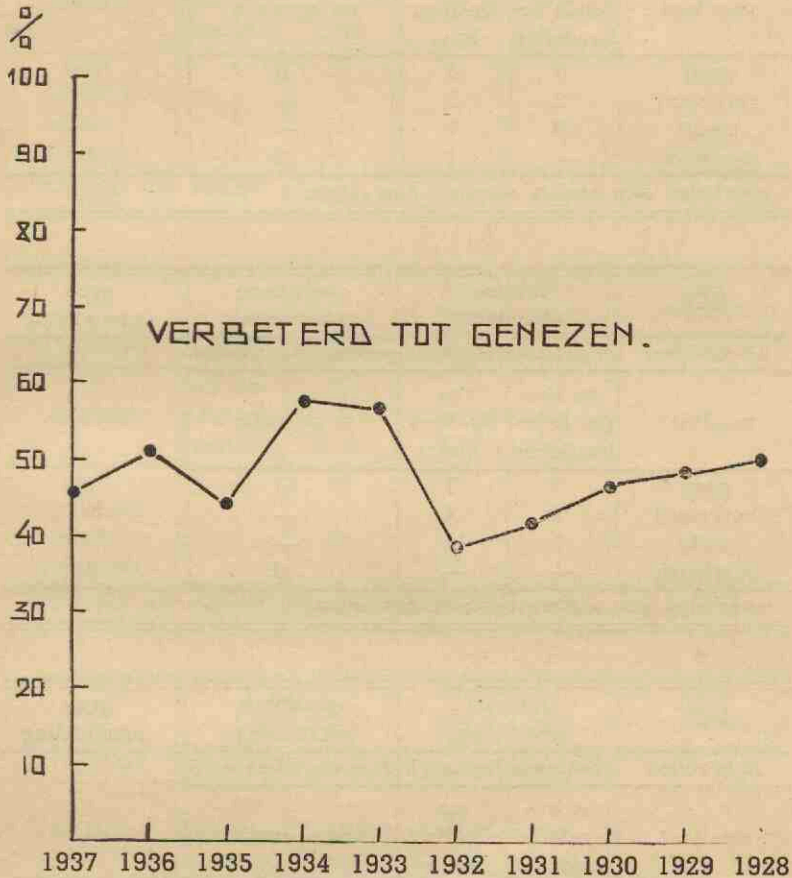
#### *Het resultaat.*

Wij namen om een vergelijking met het chirurgisch materiaal (EFTINCK SCHATTEKERK) mogelijk te maken dezelfde maatstaven aan bij de beoordeeling van het resultaat van de interne behandeling n.l.:

*goed* bij hen, die zich na de behandeling steeds in een goeden gezondheidstoestand hadden bevonden en die in het geheel geen klachten meer hadden gehad;

*verbeterd* bij hen, die na de behandeling nog wel eens lichte bezwaren hadden gehad of nog hadden. Duidelijk moest echter

uit de gegevens blijken, dat zij hun werk regelmatig konden doen, (ook zij, die pas na een tweede ligdieetkuur klachtenvrij werden zijn hierbij gerekend);



*slecht* bij hen, die na de behandeling ernstige maagklachten hadden gehad of nog hadden. Dus ook zij, die geen typische klachten hadden, doch zich onbekwaam voelden om hun dagelijksche bezigheden te verrichten.

| 1928                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 54 gevallen                               | geen naonderzoek 8                |                         | geen naonderzoek 2        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 6                                 | 4                       | 6                         |                     |
| verbeterd                                 | 2                                 | 5                       | —                         |                     |
| slecht                                    | 9                                 | 7                       | —                         |                     |
| overleden                                 | —                                 | 1                       | 2                         | 1                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 1 |                                   |                         |                           |                     |

| 1929                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 74 gevallen                               | geen naonderzoek 7                |                         | geen naonderzoek 4        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 7                                 | 7                       | 11                        |                     |
| verbeterd                                 | 2                                 | 4                       | —                         |                     |
| slecht                                    | 7                                 | 14                      | —                         |                     |
| overleden                                 | —                                 | —                       | 2                         | 2                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 7 |                                   |                         |                           |                     |

| 1930                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 76 gevallen                               | geen naonderzoek 7                |                         | geen naonderzoek 5        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 1                                 | 9                       | 6                         |                     |
| verbeterd                                 | 4                                 | 10                      | —                         |                     |
| slecht                                    | 6                                 | 21                      | —                         |                     |
| overleden                                 | —                                 | 1                       | —                         | 1                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 5 |                                   |                         |                           |                     |

| 1931                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 43 gevallen                               | geen naonderzoek 4                |                         | geen naonderzoek 1        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 4                                 | 5                       | 4                         |                     |
| verbeterd                                 | 1                                 | 2                       | —                         |                     |
| slecht                                    | 5                                 | 9                       | 1                         |                     |
| overleden                                 | 1                                 | —                       | 2                         | 2                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 2 |                                   |                         |                           |                     |

| 1932                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 73 gevallen                               | geen naonderzoek 2                |                         | geen naonderzoek 4        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 4                                 | 10                      | 5                         |                     |
| verbeterd                                 | 2                                 | 4                       | —                         |                     |
| slecht                                    | 7                                 | 21                      | 4                         |                     |
| overleden                                 | 2                                 | 2                       | —                         | 3                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 3 |                                   |                         |                           |                     |

| 1933                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 71 gevallen                               | geen naonderzoek 3                |                         | geen naonderzoek 1        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 5                                 | 12                      | 7                         | 1                   |
| verbeterd                                 | 7                                 | 7                       | —                         | —                   |
| slecht                                    | 5                                 | 15                      | —                         | 1                   |
| overleden                                 | —                                 | 4                       | —                         | 1                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 2 |                                   |                         |                           |                     |



| 1934                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 94 gevallen                               | geen naonderzoek 7                |                         | geen naonderzoek 4        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 7                                 | 9                       | 12                        |                     |
| verbeterd                                 | 7                                 | 12                      | 1                         |                     |
| slecht                                    | 11                                | 13                      | 1                         |                     |
| overleden                                 | —                                 | 2                       | —                         | 4                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 4 |                                   |                         |                           |                     |

| 1935                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 119 gevallen                              | geen naonderzoek 11               |                         | geen naonderzoek 3        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 1                                 | 15                      | 14                        |                     |
| verbeterd                                 | 5                                 | 13                      | —                         |                     |
| slecht                                    | 8                                 | 34                      | 4                         |                     |
| overleden                                 | 1                                 | 1                       | 1                         | 6                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 2 |                                   |                         |                           |                     |

| 1936                                      | interne<br>behandeling            |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 139 gevallen                              | geen naonderzoek 7                |                         | geen naonderzoek 4        |                     |
| resultaat                                 | na loo-<br>pende be-<br>handeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 8                                 | 20                      | 12                        |                     |
| verbeterd                                 | 9                                 | 18                      | —                         |                     |
| slecht                                    | 16                                | 37                      | 2                         |                     |
| overleden                                 | —                                 | 1                       | —                         | 1                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 4 |                                   |                         |                           |                     |

| 1937                                      | interne<br>behandeling       |                         | operatieve<br>behandeling | geen<br>behandeling |
|---|------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| 147 gevallen                              | geen naonderzoek 4           |                         | geen naonderzoek 27       |                     |
| resultaat                                 | na<br>lopende<br>behandeling | na<br>lig-dieet<br>kuur | na operatie               |                     |
| goed                                      | 7                            | 23                      | 4                         |                     |
| verbeterd                                 | 2                            | 15                      | 1                         |                     |
| slecht                                    | 12                           | 37                      | 1                         |                     |
| overleden                                 | 1                            | 6                       | 1                         | 3                   |
| overleden aan andere oorzaak dan ulcus: 3 |                              |                         |                           |                     |

Het onmiddellijk resultaat van de interne behandeling was goed, en wel verliet 91.8 % van de patienten zeer verbeterd tot genezen de kliniek, doch het resultaat na jaren was minder goed en wel over het geheel genomen bleven slechts 48.2 % der patienten grotendeels of geheel genezen (zie tabellen).

De mortaliteit van de interne behandeling bedroeg 3.76 %, waarbij inbegrepen ook die gevallen, waar een chirurgisch ingrijpen eenigen tijd na de behandeling tot den dood gevoerd had:

16 overleden aan perforatie van het ulcus.

20 overleden aan een bloeding uit het ulcus.

8 overleden na maagoperatie eenigen tijd na de interne behandeling.

Hierbij zijn dus niet gerekend de gevallen, die aan carcinoma ventriculi waren overleden, n.l. 5 gevallen (0.77 %):

twee lijders aan ulc. ventriculi.

twee lijders aan ulc. duodeni.

een lijder aan ulc. duodeni et ventriculi,

omdat, zooals uit bovenstaand lijstje wel blijkt, er eigenlijk geen aanleiding bestond carcinomateuse ontarding aan te nemen.

#### *Nabehandeling.*

Een van de eerste vragen, die zich naar aanleiding van deze cijfers aan ons voordoen, is wel:

Zijn er oorzaken aan te geven voor het feit, dat, terwijl het onmiddellijk resultaat van de interne behandeling vrij goed is te noemen, het resultaat na enkele jaren zoo weinig bemoedigend is geworden?

Onder de oorzaken, die hiertoe aanleiding hebben gegeven en die voor het meerendeel samenhangen met het feit, dat de patient na het verlaten van de kliniek meestal weer komt te verkeeren onder die omstandigheden, waaronder toch het *ulcus ventriculi et duodeni* is ontstaan, willen wij er toch één meer bepaald noemen, namelijk de nazorg, die de patienten niet aan hun maaglijden hebben willen of kunnen besteden in den vorm van het zich houden aan de meegegeven voorschriften gedurende één jaar.

De meeste schrijvers zijn het er wel over eens, dat de behandeling van het maagzweerlijden een langdurige moet zijn en zeker niet met het verlaten van de kliniek is afgelopen. Over de vraag, door wie en hoelang deze nabehandeling moet worden voortgezet, loopen de meeningen nogal uiteen en wij spreken dan ook liever over een langdurige *nazorg*, die aan het maaglijden besteed moet worden en waarbij, zooals VOÛTE schrijft, de vergelijking met de diabetes zijn nut zal kunnen hebben.

Nergens hebben wij echter opzettelijk onderzocht gevonden of werkelijk deze langdurige nazorg te verantwoorden was, al hebben MOUTIER, EINHORN e.a. hun minder goede resultaten wel toegeschreven aan het ontbreken van de nazorg, die de patienten moesten besteden aan hun maaglijden en dus, zooals ons ook bleek, meestal veel bleken te rooken en maar matig dieet hielden; eveneens was dit het geval met de 112 patienten, die vóór opname in de Kliniek aan de maag waren geopereerd.

Wij hebben nu getracht ons een indruk te vormen van het belang van het zich houden aan de meegegeven voorschriften, voornamelijk betreffende het dieet, aan de hand van de antwoorden, bij het naonderzoek verkregen, waarbij de groep „verbeterden tot genezenen” vergeleken werd met de groep „slechten”,

wat betreft het houden van dieet gedurende één jaar na het verlaten van de kliniek.

Wel moesten enkele antwoorden als te onduidelijk en als niet meer controleerbaar worden geschrapt, maar wij kregen toch de volgende cijfers:

|                     | Verbeterd tot<br>gezezen | slecht      | totaal |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------|
| geen dieet gehouden | 69 (28.7%)               | 172 (71.3%) | 241    |
| goed dieet gehouden | 210 (67.3%)              | 102 (32.7%) | 312    |
|                     | 279                      | 274         | 553    |

Wij hebben gemeend, het zoo verkregen materiaal statistisch te kunnen bewerken, al zal dit wellicht enkelen niet geoorloofd voorkomen.

Inderdaad zijn vele subjectieve factoren in het spel:

- a) wat het stellen van de diagnose betreft. — Echter in de jaren 1928—1938 hebben in de Utrechtsche Kliniek geen groote veranderingen op diagnostisch gebied plaats gehad.
- b) wat de behandeling betreft. — Echter in de jaren 1928—1938 zijn de indicatie's tot en de behandeling zelf, daar de Utrechtsche Kliniek in die jaren onder dezelfde leiding heeft gestaan, wel gelijk gebleven.
- c) wat de beoordeeling van het resultaat betreft. — Echter indien er onduidelijkheden waren bij de beoordeeling van het resultaat door den patient zelf, zoo hebben wij dezen door persoonlijke controle zooveel mogelijk trachten uit te wisschen (in ongeveer 10 % van het totaal aantal gevallen).

De subjectiviteit van onze eigen beoordeeling van het resultaat is natuurlijk steeds blijven bestaan, al hebben wij getracht te vermijden onze beoordeeling te richten naar hetgeen wij gaarne aangetoond zouden willen zien.

Het bovenstaande in aanmerking genomen, hebben wij het

toch geoorloofd geacht het verkregen materiaal statistisch te bewerken. Wij maakten daartoe gebruik van de  $\chi^2$  methode, zooals deze te vinden is in: R. A. FISHER; Statistical Methods for Researchworkers. Seventh edition 1938: „A special and important class of cases where the agreement between expectation and observation may be tested comprises the tests of independence. If the same group of individuals is classified in two (or more) different ways, as persons may be classified as inoculated and not inoculated, and also as attacked and not attacked by a disease, then we may require to know if the two classifications are independent.

In the simplest case, when each classification comprises only two classes, we have  $2 \times 2$  table, or, as it is often called, a four-fold table.

Example. The following table is taken from GREENWOOD and YULE's data for Typhoid:

| <i>Observed</i>          |          |              |        |
|--------------------------|----------|--------------|--------|
|                          | Attacked | Not Attacked | Total  |
| Inoculated . . . . .     | 56       | 6,759        | 6,815  |
| Not inoculated . . . . . | 272      | 11,396       | 11,668 |
| Total . . . . .          | 328      | 18,155       | 18,483 |

| <i>Expected</i>          |          |              |        |
|--------------------------|----------|--------------|--------|
|                          | Attacked | Not Attacked | Total  |
| Inoculated . . . . .     | 120.94   | 6,694.06     | 6,815  |
| Not Inoculated . . . . . | 207.06   | 11,460.94    | 11,668 |
| Total . . . . .          | 328      | 18,155       | 18,483 |

In testing independence we must compare the observed values with values calculated so that the four frequencies are in proportion; since we wish to test independence only, and not any

hypothesis as to the total numbers attacked, or inoculated the „expected” values are calculated from the marginal totals observed, so that the numbers expected agree with the numbers observed in the margins; only one value need be calculated, e.g.

$$\frac{328 \times 6815}{18483} = 120.94;$$

the others are written down at once by subtraction from the margins. It is thus obvious that the observed values can differ from those expected in only 1 degree of freedom, so that in testing independence in a fourfold table,  $n = 1$ . Since  $\chi^2 = 56.234$  the observations are clearly opposed to the hypothesis of independence. Without calculating the expected values,  $\chi^2$  may, for fourfold tables, be directly calculated by the formula

$$\chi^2 = \frac{(ad - bc)^2 (a + b + c + d)}{(a + b)(c + d)(a + c)(b + d)},$$

where a, b, c, and d are the four observed numbers”.

Hierbij blijkt de waarde van  $\chi^2$  zoo groot te zijn (Table of  $\chi^2$ ) en dus de waarschijnlijkheid, dat de waargenomen verschillen aan het toeval zijn toe te schrijven, zoo klein, dat inderdaad een invloed van beteekenis moet worden toegeschreven aan het zich houden aan de voorschriften gedurende minstens één jaar.

Hetzelfde blijkt nu ook te gelden voor de minder ernstige gevallen van ulcus ventriculi et duodeni, die op de polikliniek loopend konden behandeld worden en niet in de kliniek behoeften te worden opgenomen.

Wij namen hiervoor een willekeurig jaar uit de Utrechtsche Interne Polikliniek, n.l. 1934 (zie Overzicht).

Wij verkregen de volgende getallen:

|                     | Verbeterd tot<br>genezen | slecht      | totaal |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------|
| geen dieet gehouden | 19 (52,8 %)              | 17 (47,2 %) | 36     |
| goed dieet gehouden | 59 (88 %)                | 8 (12 %)    | 67     |
| Totaal . . .        | 78                       | 25          | 103    |

*Overzicht*

van lijdens aan ulcus ventriculi et duodeni, die in 1934 de Interne polikliniek van het Stads- en Acad. Ziekenhuis te Utrecht bezochten.

Aantal patienten 200: 166 mannen, 34 vrouwen

Diagnose gesteld: 199 × op typische klachten  
 84 × op positief Röntgenonderzoek  
 32 × op haematemesis of melaena  
 13 × op bevindingen bij operatie.

In eersten aanleg werden opgenomen:

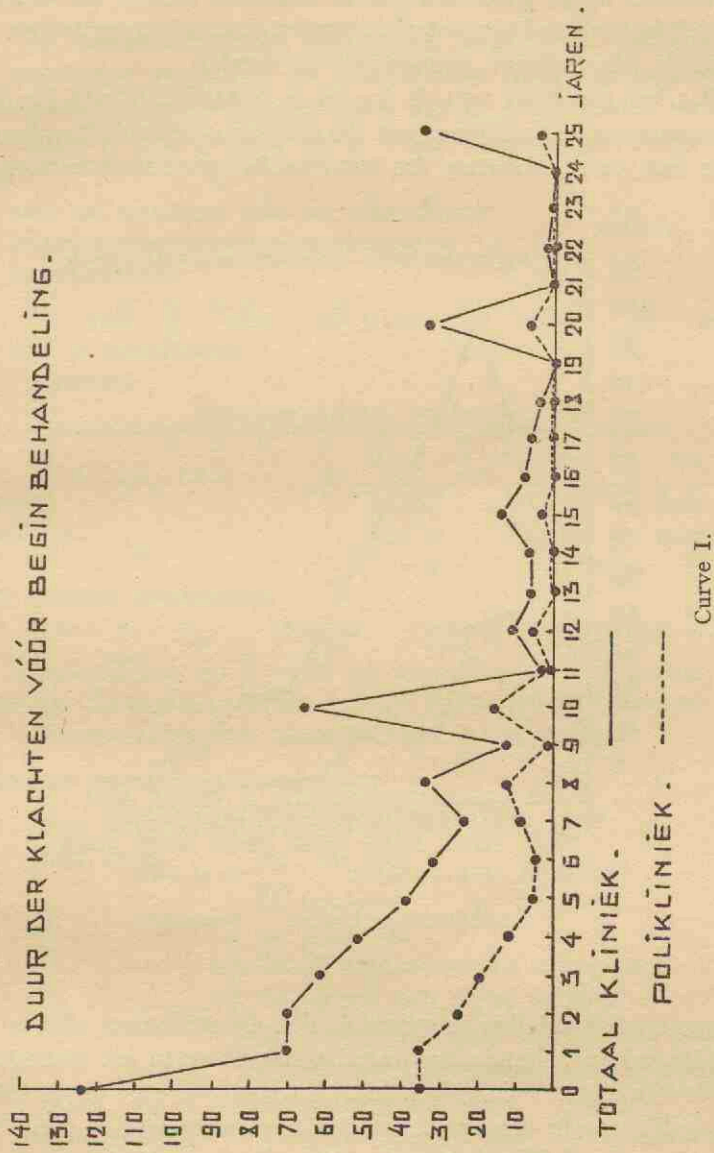
50 patienten: 4 × wegens te uitgebreide afwijkingen bij Röntgenonderzoek  
 15 × wegens te heftige en langdurige klachten  
 16 × wegens bloedend ulcus  
 1 × wegens melancholie  
 1 × wegens tevens bestaande diabetes  
 13 × wegens bestaande indicatie tot operatie.

Er overleden 7 patienten: 1 aan leverabsces  
 1 aan ca. pancreatis  
 1 aan maagbloeding  
 2 na maagoperatie  
 2 aan onbekende oorzaak

van de overblijvende 144 patienten kwamen van 17 geen antwoord binnen, zoodat tenslotte van de 127 ambulante behandelde gevallen het resultaat na 4 jaar als volgt was:

| Totaal | goed | verbeterd | slecht |
|--------|------|-----------|--------|
| 127    | 43   | 49        | 35     |

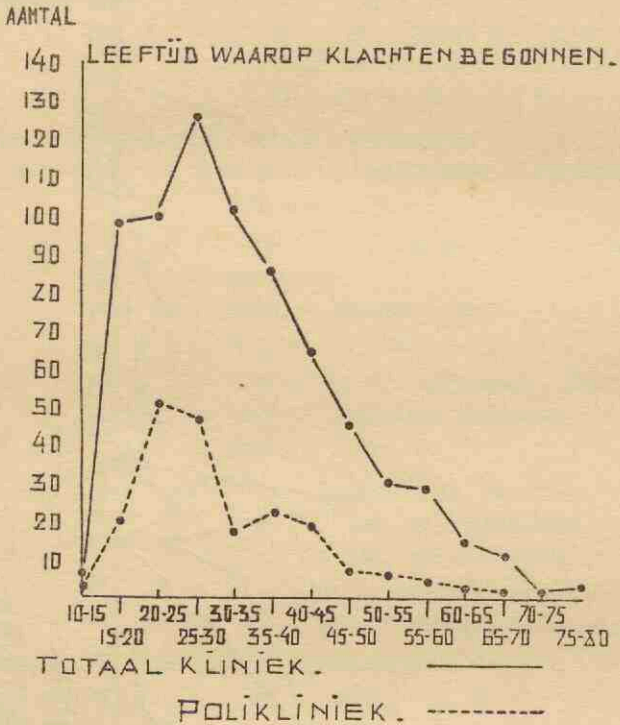
De behandeling bestond uit het loopend ulcusdieet (bldz. 43) al of niet met medicamenten, dat de patienten op het hart gedrukt werd minstens één halfjaar te houden.





Ook hier blijkt  $\chi^2$  een zoo groote waarde te hebben, dat van een duidelijken invloed van het zich houden aan de voorschriften gedurende één halfjaar gesproken kan worden.

Dat het resultaat van de loopende behandeling vrij goed te noemen is in vergelijking met de klinische behandeling, is wel daar aan toe te schrijven, dat het juist het goed reageeren op de



Curve II.

loopende behandeling is geweest, dat de patienten, die op de polikliniek in behandeling waren, een opname in het ziekenhuis heeft bespaard. Wij hebben hier dus met een zeer goedaardige groep lijdens aan ulcus ventriculi et duodeni te maken, terwijl de ernstigere in de kliniek is opgenomen. Een vergelijking van poli-

klinisch en klinisch resultaat komt ons dus zeker niet geoorloofd voor.

Toch hebben GUTMANN, DAVIES e.a. de loopende behandeling gepropageerd en ook in de Utrechtsche Kliniek is deze vaak toegepast, al was het alleen maar om te onderzoeken, of een patient in de goedaardige groep thuis hoorde, omdat toch wat betreft

duur van klachten vóór de behandeling,

leeftijd waarop klachten begonnen en

maagchemisme

poliklinisch en klinisch materiaal niet zooveel van elkaar bleken te verschillen.

Zie curven.

Maagzuurwaarden (totaal zuur)

|                       | hoog  | normaal | laag |
|-----------------------|-------|---------|------|
| Kliniek . . . . .     | 40.3% | 31.7%   | 5.8% |
| Polikliniek . . . . . | 40.5% | 32.5%   | 2.5% |

#### *Chirurgische behandeling.*

Een tweede vraag is: Bestaat er verschil na jaren van de interne behandeling en de mede op verzoek van den internist ingestelde chirurgische behandeling? Inderdaad bestaat er een verschil ten gunste van de laatste groep (zie staatje).

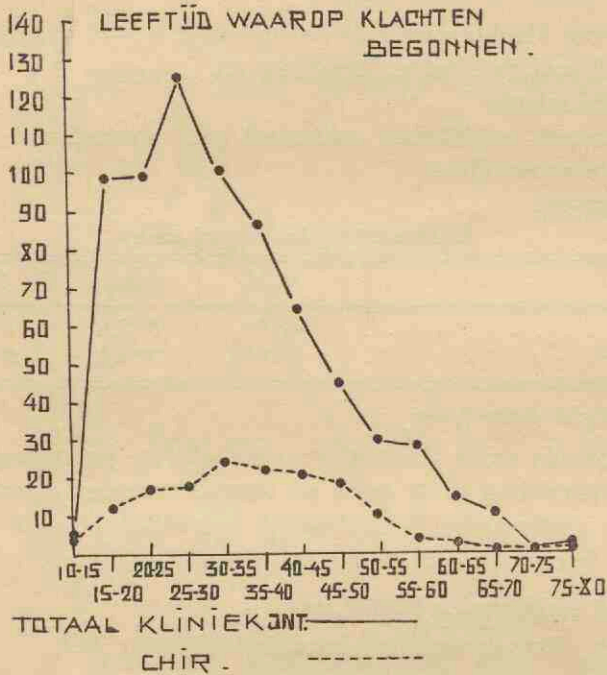
#### *Resultaat chirurgische behandeling*

(mede op verzoek van den internist)

van 1928—1938: 157 gevallen:

- { 133 mannen
- { 24 vrouwen
- { 76 lijders aan ulcus ventriculi
- { 81 lijders aan ulcus duodeni
- { 149 geopereerd in de chirurgische kliniek van het Stads- en Academisch Ziekenhuis.
- { 8 elders geopereerd.

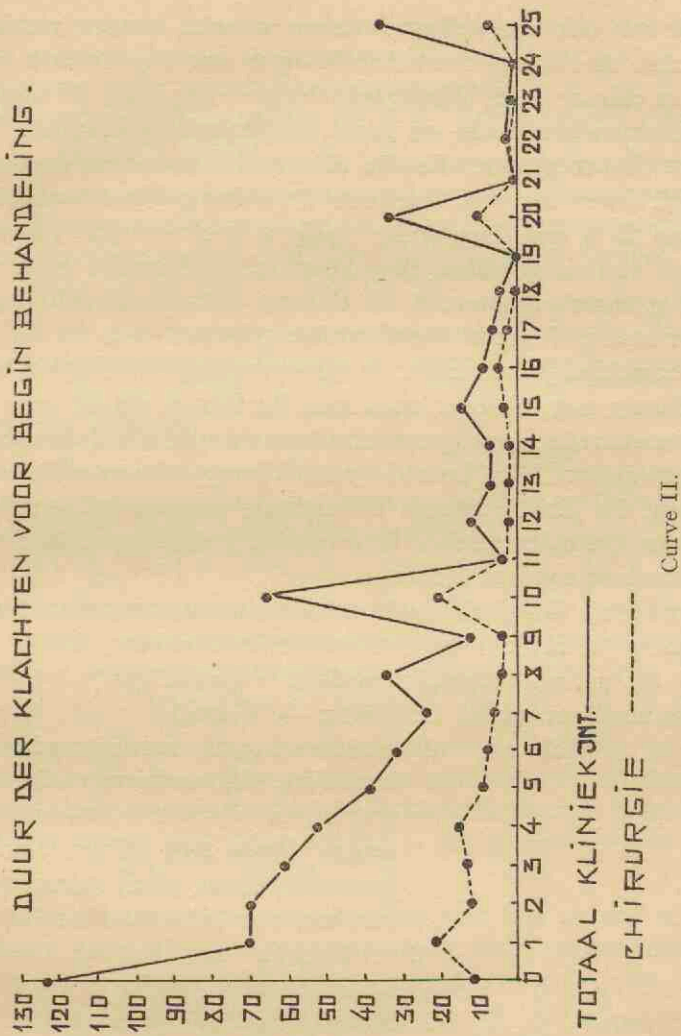
van 104 patienten (66.2 %) kwamen antwoorden binnen.  
 van deze waren       81 genezen   77.9 %  
                           2 verbeterd   1.9 %  
                           13 slecht    12.5 %  
 en   8 dood        7.7 % (na interne behande-  
                           ling 3.74 %).



Curve I.

Wel wordt door de mortaliteitscijfers de bewering van Lord MOINYHAN: „medical treatment is more dangerous than surgical treatment” gelogenstraff, doch het geheele resultaat is zeker beter dan dat van interne behandeling.

Wellicht, dat dit mede verklaard kan worden door het eenigszins anders zijn van het materiaal, wat betreft leeftijd, waarop klachten begonnen en duur klachten voor behandeling. Er blijkt,



dat het chirurgisch materiaal meer bestaat uit ouderen met langduriger klachten, waar dus als het ware slechts de resten van een afgelopen proces: litteken, callusmassa's behoeven te worden opgeruimd. (Zie curven).

Dit zou ook het, weliswaar kleine, verschil kunnen verklaren tusschen de chirurgische behandeling na overleg tusschen internist en chirurg en de chirurgische behandeling in de chirurgische kliniek van het Stads- en Acad. Ziekenhuis te Utrecht. EERTINCK SCHATTEKERK, die dit chirurgisch materiaal bewerkte, schrijft over het resultaat van de chirurgische behandeling: „Ruim 25 % moet nog onder matig of slecht worden geboekt”, terwijl van de gevallen, die chirurgisch behandeld werden na overleg tusschen internist en chirurg, slechts ruim 10 % nog onder matig of slecht moest worden geboekt.

Waarschijnlijk zal echter de samenwerking tusschen internist en chirurg nog schooner resultaten boeken en zal de leuze dus niet moeten zijn: „erst interne und dann chirurgische Behandlung” (KALK) maar: „Wir [Internist und Chirurg] müssen endlich versuchen, die für die interne Behandlung prognostisch günstigen von den der chirurgischen Intervention bedürftigen scharfer als bisher ab zu sondern” (BOAS).

Deze leuze dringt zich ook met klem aan ons op, wanneer wij de groep „slechten” nog eens nader beschouwen:

1) de met een loopend ulcusdietet behandelde:

Het resultaat was bij 86 slecht. — Hiervan

bleven 48 klachten houden zonder verdere behandeling. (Hieronder zijn ook zij begrepen, die alleen in voor- en najaar eenige dagen met heftige klachten moesten rusten, doch verder geen last van hun lijden hadden (30)

2 verbeterde nog na een ligdietetkuur en

36 bleven klachten houden ook na een ligdietetkuur en vielen onder:

2) de met een ligdietetkuur behandelde.

Het resultaat was bij 236 slecht. — Hiervan

bleven 112 klachten houden zonder verdere behandeling. (3 weigerden operatie; 7

vonden hulp bij andere instantie's;  
zie blz. 68)

en 124 werden geopereerd.

Van deze 124 geopereerden (door verschillende operateurs geopereerd) hielden 39 ook nog klachten na de operatie aan de maag doch 46 waren na de operatie geheel genezen. (Van de overblijvende 39 kon het resultaat niet meer worden nagespoord) en de vraag komt naar voren, of van deze mensen, die tenslotte toch geopereerd werden, niet na controle en overleg van internist en chirurg een grooter percentage eerder en meer afdoend had kunnen geholpen worden.

#### *Manifeste Bloeding.*

In verband met het bovenstaande willen wij ook nog even een gebied betreden, waar overleg tusschen internist en chirurg soms niet overbodig is, namelijk dat van het manifest bloedend ulcus.

In het algemeen heerscht de o.i. ook juiste meening, dat het manifest bloedend ulcus een interne behandeling behoeft, doch wat te doen, wanneer het ulcus blijft bloeden of de bloeding zich meerdere malen herhaalt? Aan den eenen kant zal men steeds blijven hopen, dat het bloeden tenslotte zal ophouden of dat de bloeding zich niet meer zal herhalen, om in sommige gevallen het goede tijdstip voor de operatie te zien voorbijgaan; aan den anderen kant zal men een patient laten opereeren om in sommige gevallen, vooral bij slecht resultaat, het gevoel te hebben te vroeg tot operatie te hebben besloten.

Dat hierbij een beslissing moeilijk kan zijn en dat overleg tusschen internist en chirurg eigenlijk bij het manifest bloedend ulcus, dat niet direct op een interne therapie reageert, niet gemist kan worden, spreekt volgens ons vanzelf. Bij het ontbreken van omschreven indicatie's zal elk geval op zichzelf beschouwd moeten worden.

In ons materiaal werden:

145 gevallen van manifest bloedend ulcus in de kliniek opgenomen,

- 114 werden intern behandeld met goed onmiddellijk resultaat,  
 2 overleden na interne behandeling; één, omdat na een herhaalde bloeding in de kliniek plotseling de exitus optrad;  
 1 omdat tevens een uitgebreid hartlijden bestond,  
 12 werden wegens herhaalde of blijvende bloeding geopereerd;  
 hiervan overleden er 4;  
 2 onttrokken zich aan de behandeling,  
 15 overleden aan een bloeding korten tijd na opname in de kliniek; hiervan werden 5 stervend opgenomen, terwijl 3 oud waren en een sterke arteriosclerose hadden, zoodat men zich van 7 had kunnen afvragen, of zij nog door een chirurgisch ingrijpen hadden kunnen gered worden.

Dat de prognose van het bloedend ulcus na het vijftigste jaar slechter wordt (RÜBSAAM, BOOM, KALK) blijkt, afgezien van de twee zeer jeugdige gevallen, uit het volgende staatje:

*Leeftijd*

- 10—20 j. 2 gevallen van overlijden na operatie voor herhaalde bloeding,  
 20—30 j. 1 geval van operatie voor herhaalde bloeding met goed resultaat,  
 30—40 j. 1 geval van operatie voor herhaalde bloeding met goed resultaat,  
 2 gevallen van overlijden aan maagbloeding na interne behandeling,  
 40—50 j. 2 gevallen van overlijden na operatie voor herhaalde bloeding,  
 3 gevallen van operatie voor herhaalde bloeding met goed resultaat,  
 50—60 j. 4 gevallen van operatie voor herhaalde bloeding met goed resultaat,  
 9 gevallen van overlijden na bloeding,  
 60—70 j. 5 gevallen van overlijden na bloeding,  
 70—80 j. 1 geval van overlijden na bloeding.

In totaal verbleeden dus in de kliniek van de 890 daar opgenomen 21 (2.4 %), [of 14.5 % van de 145 met een bloeding opgenomen.]

Het bestaan van dit verbloedingsgevaar is de eenige terughouding, die VOÛTE maakt, wanneer hij zegt: „We moeten dan ook besluiten, dat de kans op succes van een interne kuur voor gevallen met bloeding grooter is dan voor de overige”.

Lijnrecht hiertegenover staat de meening van MATTISSON, die aan de hand van een zeer groot materiaal heeft geconcludeerd, dat het bloedend ulcus juist een slechtere prognose heeft en wanneer wij onze cijfers nagaan, blijkt van een betere of slechtere prognose weinig:

| Resultaat                   | ulcus heeft tot manifeste bloeding aanleiding gegeven | ulcus heeft niet tot manifeste bloeding aanleiding gegeven |
|-----------------------------|---|--|
| <i>Goed</i>                 |   |  |
| na loopende behandeling     | 7   | 77   |
| na lig-dieet-kuur . . . . . | 85  | 119  |
| na operatie . . . . .       | 28  | 55   |
| <i>Slecht</i>               |   |  |
| na loopende behandeling     | 25  | 61   |
| na lig-dieet-kuur . . . . . | 107   | 132  |
| na operatie . . . . .       | 12  | 8  |

Wanneer wij echter hieruit lichten de gevallen van initiale bloeding — waar dus het eerste symptoom een manifeste bloeding was — dan is er wel verschil:

35 gevallen van initiale bloeding,

het resultaat van 31 gevallen was na 1—11 jaren: goed,

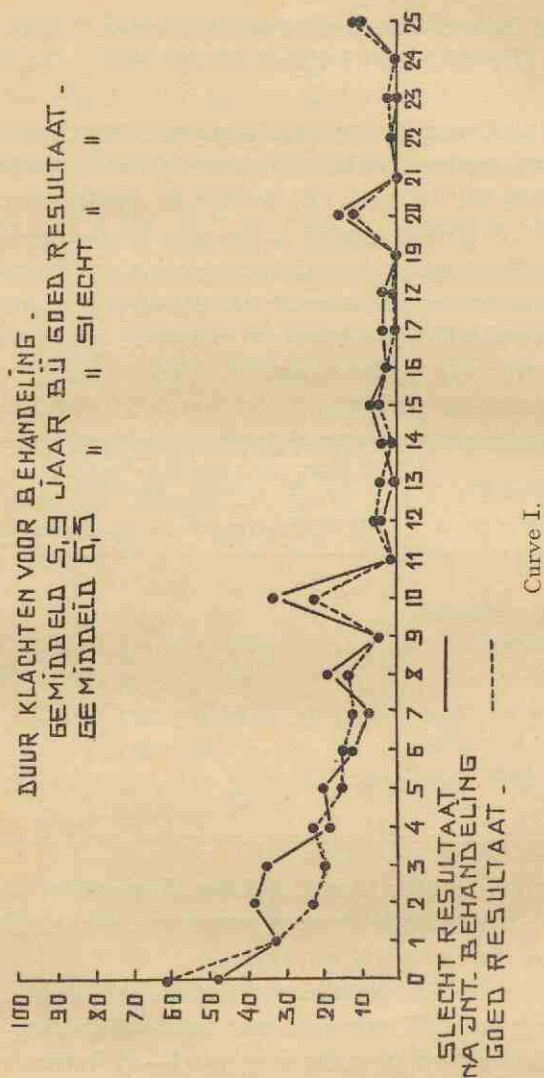
het resultaat van 5 gevallen was na 1—11 jaren: verbeterd

het resultaat van 8 gevallen was van 1—11 jaren: slecht,

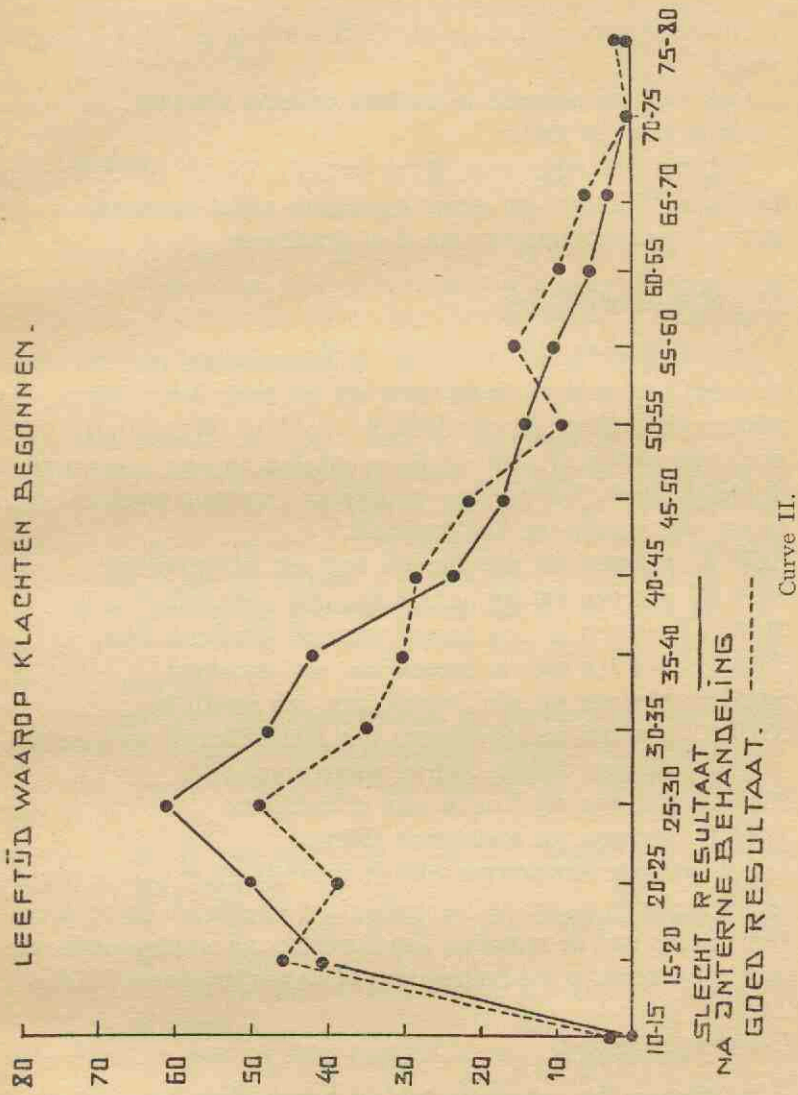
1 was overleden.

Van 74.3 % was dus de toestand verbeterd tot goed en van 25.7 % was de toestand slecht.





Voûre meent dit betere resultaat te moeten toeschrijven aan het feit, dat het ulcus bij de initiale zoo vroegtijdig onder zoo goed mogelijke behandeling komt, mede op grond, dat de gemiddelde



duur van klachten vóór de behandeling van de gevallen met goed resultaat zooveel korter dan van dit met slecht resultaat zou zijn.

In ons materiaal is daarvan slechts weinig gebleken (Zie curven).

Ook van een verschil in leeftijd, waarop klachten begonnen, bleek weinig (Zie curve).

Wij zijn het meer met WIRSING eens, die de plotseling optredende bloeding een groot psychisch effect toekende op de latere levensgedragingen van den ulcuslijder.

#### *Psychische Behandeling.*

Dat de psychische factor bij de behandeling van het ulcus ventriculi et duodeni steeds weer om den hoek komt kijken, bewijzen niet alleen de geschriften van VAN WEISZACKER e.a., doch van onze patienten waren er enkelen, uit wier antwoorden duidelijk bleek, hoe bij het verdwijnen van hun klachten deze factor een groote rol had gespeeld:

- 3459 B genezen na een bezoek aan een magnetiseur,
- 3819 B genezen na een bezoek aan een „suggestief” arts,
- 3913 B genezen na een bezoek aan een kruidendokter,
- 5313 B genezen na een bezoek aan een astroloog,
- 5445 B genezen na een bezoek aan een apotheker,
- 2523 C genezen na raadplegen van niet officieele wetenschap, die een Rohkost-kuur voorschreef,
- 9515 C genezen na bezoek aan urinekijker,
- 1239 D genezen na onderzoek alléén.

Ook wat b.v. SANDWEISZ schrijft over het effect van de parenterale therapie, hoort tot dit gebied en wij zijn het dan ook volkomen eens met de woorden van DAVIES: „as much prominence should be given to a consideration of his anxieties as to his diet”.

#### *Het maagchemisme.*

In hoeverre het resultaat van de behandeling door het al of niet aanwezig zijn van hooge maagzuurwaarde wordt beïnvloed, hebben wij nog eens kunnen nagaan bij ons naonderzoek.

Wij verkregen de volgende cijfers:

| maagzuurwaarden        | resultaat |        | totaal |
|------------------------|-----------|--------|--------|
|                        | goed      | slecht |        |
| verhoogd . . . . .     | 102       | 145    | 247    |
| niet verhoogd. . . . . | 208       | 130    | 338    |
| totaal . . . . .       | 310       | 275    | 585    |

Volgens de reeds eerder genoemde  $\chi^2$ -methode blijkt  $\chi^2$  ook hier een zoo groote waarde te hebben, dat aan het bestaan van hooge maagzuurwaarden een invloed van beteekenis ten ongunste op het verloop van het ulcus moet worden toegeschreven.

#### *Beroep.*

Op den invloed van het beroep is door enkelen wel gewezen zooals b.v. door BASHFORD and SCOTT, die aan het onregelmatig werk en door EMERY en MONROE, die aan lange uren van vermoeienden arbeid een slechten invloed toeschreven en voor zoover het ook den stand der patienten betrof, door SANDWEISZ, die het goede resultaat bij zijn klassepatienten aan de betere nazorg, die zij, dank zij hun betere ontwikkeling, aan hun maaglijden besteden, toeschreef.

In verband met dit laatste hebben wij getracht onze patienten, die allen tot lagere bevolkingsgroepen behoorden, in te deelen naar hun meerdere ontwikkeling, wat betreft stand en beroep en wel:

- groep *a.* zij die een eigen bedrijf of verantwoordelijke betrekking hadden,  
*b.* zij, die geen eigen bedrijf en een weinig verantwoordelijke betrekking hadden,  
*c.* zij, die het niet verder gebracht hadden dan eenvoudig arbeider.

Verskil konden wij niet aantonen. Zie de getallen:

|                 | goed | slecht |
|-----------------|------|--------|
| groep <i>a.</i> | 86   | 73     |
| groep <i>b.</i> | 72   | 70     |
| groep <i>c.</i> | 133  | 132    |

*Familiair voorkomen.*

Dat het voorkomen van het ulcus ventriculi et duodeni in de familie van maaglijders nog invloed zou hebben op het resultaat der behandeling (HAMMER e.a.) blijkt uit de volgende cijfers

|                          | resultaat |        | totaal |
|--------------------------|-----------|--------|--------|
|                          | goed      | slecht |        |
| familiair . . . . .      | 54        | 72     | 126    |
| niet familiair . . . . . | 170       | 143    | 313    |
| totaal . . . . .         | 224       | 215    | 439    |

Wederom de  $\chi^2$ -methode toepassend blijkt  $\chi^2$  toch nog juist zoo'n waarde te hebben, dat van een invloed van beteekenis mag worden gesproken.

## SAMENVATTING.

In de eerste plaats werd een kort overzicht gegeven van het weinige, dat bekend is geworden over het ontstaan van het *ulcus ventriculi et duodeni*, aan het einde waarvan de meening werd uitgesproken, dat er een evenwicht moet bestaan tusschen de inwerking van het maagsap en den weerstand van het maag- en duodenumslimvlies; in stand gehouden door hormonale of neuro-regulatie, verstoord door constitutioneele, psychische, dieetische, infectieus-toxische of klimatologische factoren, waardoor nu eens een langdurige afscheiding van een sterk zuur maagsap, dan weer een vermindering van het weerstandsvermogen van het slijmvlies zal optreden.

Genezing zal dus plaats vinden, wanneer evenwicht weder is ingetreden en in vele gevallen zal dit spontaan geschieden. De andere gevallen hebben behandeling noodig, die er dan ook op uit zal moeten zijn, intreden van het evenwicht mogelijk te maken door de, in elk geval weer andere, belemmerende factoren weg te nemen. Zal in het eene geval b.v. het wegnemen van finantieele zorgen groot resultaat hebben, in het andere geval zal een verzorging van het gebit, onthouding van rooken en drinken, verandering van klimaat, rust e.d. en in de meeste gevallen vooral een goed volgehouden dieet tot genezing voeren, waarbij wij er op bedacht moeten zijn, dat vooral in het begin het evenwicht weer licht verstoord zal kunnen worden.

Vindt dit laatste vaak plaats of is na genezing van de zweer een hinderlijk litteken overgebleven, dan zal operatieve behandeling wellicht noodig zijn, waarbij ook weer moet bedacht worden, dat hoe langer de interne behandeling vóór de operatie heeft geduurd, des te meer gelegenheid het organisme heeft gehad, weer een nieuw evenwicht tot stand te brengen.

Vervolgens werd er nog eens op gewezen dat, waar de aetiologie

van het maagzweerlijden ons onbekend is, ons ook de oorzaak ontgaat van den toenemenden ernst en frequentie.

In de tweede plaats werd nog eens nagegaan, hoe de diagnose *ulcus ventriculi et duodeni* werd gesteld.

Tenslotte werd de behandeling besproken, zooals die in de geneeskundige kliniek van het Stads- en Academisch Ziekenhuis te Utrecht werd toegepast met enkele factoren, die het resultaat ervan ten gunste of ten ongunste zouden beïnvloeden.

Hierbij is komen vast te staan, welk een belangrijke factor de nabehandeling is ter bepaling van het uiteindelijke resultaat. Wanneer nu het vermoeden bij den huisarts op het bestaan van een *ulcus*-typische anamnese, bloeding — zal zijn gerezen en wanneer blijkt, dat de klachten niet reageeren op de ingestelde behandeling en dus voor den huisarts het ernstig karakter van het *ulcus* vaststaat (voor den eenen huisarts zal dat eerder vaststaan dan voor den andere!), dan zal na een nauwkeurig onderzoek van internist en chirurg samen een behandeling moeten worden ingesteld. Deze zal nauwkeurig moeten worden gecontroleerd, waarbij de *ulcus*lijder zoowel moreel als finantieel zal moeten worden gesteund om de noodige nazorg aan zijn maaglijden te besteden.

In denzelfden geest als er reeds een nazorg voor lijdens aan suikerziekte in het leven is geroepen, zoo zal er ook een nazorg voor lijdens aan *ulcus ventriculi et duodeni* moeten worden ingesteld, waarbij natuurlijk de medewerking van de patienten zelf de voornaamste factor voor succes zal blijken te zijn. Mocht in den tijd van controle zich een indicatie tot instellen van een andere behandeling voordoen, dan kan direct daartoe worden overgegaan.

Reeds heeft, zooals J. JENNISON schrijft, de Metropolitan Life Insurance Company voor de *ulcus*lijders onder haar 14000 employées iets dergelijks met goed succes ingesteld.

De behandeling zal dan naast een algemeene behandeling van den patient zelf bestaan:

uit een loopende dieetbehandeling van minstens een half jaar

voor hen, die nog niet of niet voldoende zijn behandeld, al of niet met medicamenten,  
 uit één klinische behandeling met een ligdieetkuur voor hen, die op bovenstaande behandeling niet reageeren en voor hen, die een manifeste bloeding hebben (dit behoeft niet altijd een klinische behandeling te zijn, en kan dit ook soms niet zijn) met minstens één jaar loopende nabehandeling, en uit een operatieve behandeling voor hen die na bovenstaande behandeling ernstige klachten houden, die na bovenstaande behandeling blijven bloeden, verder voor hen, die verdacht worden van Ca ventriculi,  
 die lijden aan een stenosis pylori,  
 die lijden aan een perforatie van het ulcus,  
 en die zulke groote afwijkingen hebben, dat interne behandeling zonder resultaat moet worden geacht.

Bij het bovenstaande is natuurlijk te bedenken, dat het maar als schema bedoeld is en zoo zullen er patienten zijn, (zie b.v. pag. 62) die, hoewel zij één- of tweemaal per jaar enkele dagen met heftige maagklachten bedrust en dieet moeten houden, geen andere behandeling wenschen, omdat zij verder in 't geheel geen hinder van hun maaglijden hebben en hun werk regelmatig kunnen doen.

Het is onze overtuiging, dat vele ulcuslijders op deze wijze een dragelijk bestaan zal worden verschaft, doch er zullen ook steeds ulcuslijders blijven bestaan, die, hoe bereid ook onze adviezen op te volgen, zullen blijven klagen. Het zal juist het lot van deze patienten zijn, dat ons steeds zal blijven prikkelen tot bestudeering van het vraagstuk van het ulcus ventriculi et duodeni tot het zal zijn opgelost.



*De resultaten van de inwendige behandeling van het maagzweerlijden, vooral ook wat betreft de beteekenis van de algemeene nabehandeling.*

### CONCLUSIE'S

1. Het ontstaan van het *ulcus ventriculi et duodeni* wordt toegeschreven aan een regulatiestoornis van het evenwicht tusschen het zoutzuur en den maag-duodenumwand; de opneming in de kliniek of een chirurgisch ingrijpen zijn dan ook meestal niet meer dan een phase in het proces van herstel van dit evenwicht.

2. Het maagzweerlijden is de laatste jaren in ernst toegenomen, vooral het *ulcus duodeni* bij mannen.

3. Tijdens het leven van den patient gelukt in ongeveer 90 % van de gevallen, het bestaan of bestaan hebben van het *ulcus ventriculi et duodeni* aan te toonen.

4. Het resultaat van de interne behandeling van het maagzweerlijden in de Utrechtsche Kliniek, waarbij van de behandelde ongeveer 90 % zonder klachten de kliniek verlieten, doch na een tijdsverloop van 1—11 jaar slechts ongeveer 48 % (waaronder ongeveer 25 % die geheel zonder klachten waren gebleven) zich in een bevredigenden toestand bevonden en 3 % aan het maagzweerlijden waren overleden, behoeft verbetering.

5. Een betere nabehandeling (nazorg), waarbij ook de algemeene behandeling van den patient meer tot haar recht zal kunnen komen, is daarom strikt noodzakelijk, zoowel voor de interne als voor de chirurgisch behandelde gevallen. Immers, van hen, die goed dieet gehouden hadden, bevonden zich 67 % en van hen, die geen dieet gehouden hadden, nog slechts 28 % in goeden toestand.

6. Eveneens is gewenscht een meer georganiseerd overleg tusschen internist en chirurg, vooral wat betreft degenen, die klachten zijn blijven houden of die na een maagbloeding blijven bloeden.

7. Het is niet geoorloofd het resultaat der klinische en der poliklinische behandeling — 4 jaar na klinische behandeling in 1934 57 %, na poliklinische behandeling 72 % in goeden toestand — te vergelijken daar juist in de polikliniek de lichte gevallen, die nooit in de kliniek komen, het resultaat in gunstigen zin beïnvloeden.

8. De prognose voor het bloedend ulcus is niet anders dan voor het niet-bloedend ulcus. Afgezien van de gevallen met initiale bloeding, die een betere, en van de gevallen op ouderen leeftijd, die een slechtere prognose hebben.

9. Ook de psychische factor speelt een groote rol bij de behandeling van het maaglijden.

10. Het bestaan van hooge maagzuurwaarden heeft evenals het familiair voorkomen van het maaglijden een ongunstigen invloed op het resultaat der behandeling.

11. Een invloed van het beroep, wat betreft meer of mindere ontwikkeling van den patient, kan niet worden aangetoond.

## CONCLUSIONS

1. On attribue l'origine de l'ulcère gastroduodéal à une perturbation de l'équilibre de l'acide chlorhydrique et la paroi intestinale; aussi le traitement dans une clinique ou l'intervention chirurgicale ne sont plus qu'une phase dans le processus de remettre cet équilibre.

2. La maladie ulcéreuse s'est aggravée depuis les derniers ans, notamment l'ulcère duodéal chez les hommes.

3. Pendant la vie du malade on a réussi à démontrer dans à peu près 90 % des cas, que l'ulcère gastroduodéal existe ou a existé.

4. Il est nécessaire que les résultats du traitement interne de la maladie ulcéreuse dans la Clinique à Utrecht s'améliorent; à peu près 90 % des malades traités quittèrent la clinique sans plaintes, mais après un espace de un à onze ans il n'y avait que quelque 48 % — dont environ 25 % qui n'eurent pas de plaintes — qui se trouvèrent dans une condition satisfaisante, tandis qu'il y avait 3 % décès.

5. Par conséquent, des soins après le traitement dans la clinique par lesquels le traitement général du malade pourra mieux se faire valoir, sont absolument nécessaires, pour les cas internes aussi bien que pour les cas chirurgicaux. En effet, 67 % de ceux qui eurent fait diète et seulement 28 % de ceux qui ne l'eurent pas, se trouvèrent dans une bonne condition.

6. Une collaboration plus étendue du médecin et du chirurgien est de même à désirer surtout pour ceux qui ont encore des plaintes ou qui continuent à saigner après une hémorragie.

7. Nous ne pourrions comparer les résultats du traitement clinique et policlinique — en 1934: 57 % en bonne condition après un traitement clinique de 4 ans et 72 % après un traitement policlinique—parce que c'est justement dans la policlinique que

les cas légers, qui ne viennent jamais dans la clinique, influencent les résultats favorablement.

8. Le pronostic pour l'ulcus saignant est le même que celui pour l'ulcus non-saignant. Sans parler des cas avec hémorragie initial qui ont un meilleur, et des cas d'âge plus vieux qui ont un plus mauvais pronostic.

9. Le facteur psychique joue aussi un grand rôle dans le traitement de la maladie ulcéreuse.

10. L'existence d'une hyperchlorhydrie et l'hérédité influencent les résultats du traitement défavorablement.

11. Une influence professionnelle, concernant le degré de culture du malade, ne peut être démontrée.

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

1. Das Entstehen des *Ulcus ventriculi et duodeni* wird einer Regulierungsstörung des Gleichgewichts zwischen der Salzsäure und der Magen-Duodenum Wand zugeschrieben; die Aufnahme in eine Klinik oder ein operativer Eingriff sind denn auch meistens nur eine Phase in dem Vorgang dieses Gleichgewicht wieder herzustellen.

2. Die Magengeschwürskrankheit hat sich in den letzten Jahren sehr verschlimmert, namentlich das *Ulcus duodeni* bei Männern.

3. Zu Lebzeiten des Patienten gelingt es in etwa 90 % von den Fällen dar zu tun, dass ein *Ulcus* vorliegt oder früher bestanden hat.

4. Das Ergebnis der internen Behandlung der Magengeschwürskrankheit in der Utrechter Klinik bedarf der Besserung; etwa 90 % von den behandelten Patienten verliess die Klinik ohne Beschwerden, aber nach einem Zeit raum von 1 bis 11 Jahren war der Zustand von nur etwa 48 % — worunter etwa 25 % ohne Beschwerden blieb — befriedigend, während 3 % dem Magenleiden erlag.

5. Eine bessere Nachkur (Nachsorge), bei der auch die allgemeine Behandlung des Patienten besser zur Geltung gelingen kann, ist daher durchaus notwendig, sowohl für die intern, wie für die chirurgisch behandelten Fälle. Von denen, die diätmässig gelebt, befand sich 67 % und von denen, die es vernachlässigt hatten, nur noch 28 % ganz wohl.

6. Es ist gleichfalls zu wünschen, dass Internist und Chirurg sich immer mit einander beraten, vor allem für diejenigen Fälle, die nach wie vor Beschwerden äussern oder bei denen nach einer Magenblutung die Blutung anhält.

7. Die Ergebnisse der klinischen und poliklinischen Behand-

lung lassen sich nicht vergleichen — vier Jahre nach klinischer Behandlung im Jahre 1934 57 %; nach poliklinischer Behandlung 72 % in gutem Befinden — da gerade in der Poliklinik die leichten Fälle, die nie in die Klinik kommen, das Ergebnis günstig beeinflussen.

8. Die Prognosen für blutendes und nicht blutendes Ulcus sind gleich. Abgesehen von Fällen mit initialer Blutung, die eine bessere und Fällen in vorgerückten Alter, die eine schlechtere Prognose aufweisen.

9. Auch das psychische Moment spielt eine bedeutende Rolle bei der Behandlung der Ulcuskrankheit.

10. Das Bestehen von Superacidität sowohl wie das familiäre Vorkommen hat einen ungünstigen Einfluss auf den Ausgang der Behandlung.

11. Berufliche Einflüsse, in bezug auf die graduelle Bildung des Patienten, können nicht festgestellt werden.

## CONCLUSIONS

1. The origin of peptic ulcer is attributed to a disturbance of the equilibrium between the acid chyme and the gastrointestinal wall; attendance in a clinic or a surgical interference are mostly only a stage in the process of redressing the balance.

2. The suffering from peptic ulcer has aggravated of late years, especially duodenal ulcer in men.

3. During the patients life the existence or the former existence of gastric and duodenal ulcer has successfully been shown in about 90 % of the cases.

4. The result of the medical treatment of peptic ulcer at the Utrecht clinic needs improving; 90 % of those attended left without complaints, but after a period of one to eleven years the condition of only about 48 % — among whom about 25 %, who had no complaints at all — was satisfactory, whereas 3 % had died.

5. A better after-treatment (after-care), by which the general treatment of the patient may be done more justice, is therefore strictly necessary, both for those treated medically and those treated surgically. For 67 % of those, who had kept a strict diet and only 28 % who had not, were in a good condition.

6. A more organised collaboration between the physician and the surgeon, especially for those, who are still having complaints or who keep on bleeding after a hemorrhage, is considered to be desirable.

7. The results of clinical and ambulatory treatment — in 1934 57 % after clinical treatment and 72 % after ambulatory treatment in a good condition after a period of four years — do not allow of a comparison since the result of the ambulatory treatment is favourably influenced by the number of mild cases, which never come into the hospital.

8. The prognosis of bleeding ulcer is just the same as that of nonbleeding ulcer. Apart from cases with initial hemorrhage which have a better and from those at an older age, which have a worse prognosis.

9. The psychical factor figures in the treatment of peptic ulcer as well.

10. The existence of hyperacidity as well as the heredity of peptic ulcer have adversely affected the results of the treatment.

11. Professional influences, as regards the patients degree of education, cannot be shown.



## GERAADPLEEGDE LITERATUUR.

- BAHN K. und RÜSCHEN D. Über Morbiditätsverhältnissen der Magen- und Duodenalgeschwüren und die Dauererfolge ihrer internen Behandlung. Archiv f. Verd. Krankh. 1929, Band 45, S. 346.
- BARSONY TH. und VON FRIEDREICH L. Über die kombinierte Liege-Diätkur bei Magen- und Duodenalgeschwüren. Archiv. f. Verd. Krankh. 1927, Band 39, S. 335.
- BASHFORD H. and SCOTT W. L. Working capacity after duodenal and gastric ulcer. The Lancet 1935.
- BENNETT. T. The treatment of gastric ulcer. The Brit. Med. Journal 1928, p. 168.
- BERGMANN, G. VON. Funktionelle Pathologie 1932.
- BEVAN, A. Relative value of surgical and medical treatment of gastric and duodenal ulcer. Journ. Americ. Med. Ass. 1922, Vol. 79, p. 22.
- BLACKFORD, J. and BOWERS, J. A comparison of the late results of ambulatory and hospital treatment of peptic ulcer. Americ. Journ. of Med. Sc. 1929, Vol. 177 p. 51.
- BOAS, J. Momentanerfolgen und Dauererfolgen bei peptischen Geschwüren. Archiv. f. verd. Krankh. 1932, Band 51, S. 56.
- BÖHME, A. Die Heilungsaussichten des Zwölffingerdarmgeschwürs bei innerer Behandlung. Deutsche Med. Wochenschrift 1932, S. 1002.
- BROSTER, L. Gastric and duodenal ulcer. The Brit. Med. Journ. 1928, p. 786.
- BROWN, TH. The relative rôles of medical and surgical treatment in gastric and duodenal ulcer. Journ. Americ. Med. Ass. 1922. Vol. 79, p. 29.
- CROHN, C., WEISKOPF, S. and ASCHNER, P. The life cycle of peptic ulcer. Archiv. of Int. Med. 1925. Vol. 35, p. 35.
- DAVIES, D. T., Some observations on peptic ulcer. The Lancet 1936, p. 521.
- DUE, J. S. LA. Treatment of massive hemorrhage due to peptic ulcer. Archiv. Int. Med. 1939, Vol. 63, p. 817.
- EINHORN, M. and CROHN, B. Follow up of one hundred cases of gastroduodenal ulcer treated by medical means. Americ. Journ. of Med. Sc. 1926, Vol. 172, p. 691.

- EMERY, E. and MONROE, R. Peptic ulcer: nature and treatment based on a study of 1435 cases. *Archiv. of Int. Med.* 1935, Vol. 55, p. 271.
- EFTINCK SCHATTENKERK, J. C. P. *Ulcus et Carcinoma ventriculi.* Academisch proefschrift Utrecht 1938.
- FORSYTH, D. Duodenal ulcer among medical men. *Brit. Med. Journ.* 1924 p. 780.
- FREMONT-SMITH, M. and Mc IVER, M. Late results of surgical treatment of peptic ulcer based on a study of 678 cases. *Americ. Journ. of Med. Sc.* 1929, Vol. 177, p. 33.
- FRIEDHEIM, E. Über den Erfolg interner Behandlung bei *Ulcus Ventriculi* mit röntgenologische Nische. *Archiv. f. Verd. Krankh.* 1934, Band 56, S. 158.
- GERMAR, R. Dauere gebnisse der inneren und der chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs. *Academisch proefschrift Würzburg* 1925.
- GELDEREN, C. VAN. De onbevredigende gastroenterostomie enz. *Acad. proefschrift Amsterdam* 1940.
- GROOT, J. DE. Het vraagstuk: *Ulcus ventriculi* en *ulcus duodeni*. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 1933, blz. 836.
- GROOT, J. DE. Over *ulcus ventriculi* en *ulcus duodeni*. *Geneesk. bladen* 1933, dertigste reeks XII.
- GRÜBER, G. Zur Statistik der peptischen Affektionen in Magen, Oesophagus und Duodenum. *Münch. Med. Wochenschrift* 1911, Band 58, S. 1668.
- GUTMANN, R. Critères d'efficacité dans le traitement médical des ulcères. *La Presse Med.* 1936, p. 269.
- GUTMANN, R. Les critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. *La Presse Med.* 1931, p. 1537.
- HAMMER, D. Neemt het *ulcus ventriculi* toe? *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 1936, blz. 3997.
- HART, C. Erhebungen und Betrachtungen über das Geschwür des Zwölffingerdarmes. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir.* 1918, Band 31 S. 291.
- HEERING, M. J. Over wezen en verloop van de *ulcusziekte*. *Acad. proefschrift Leiden* 1938.
- HIJMANS VAN DEN BERGH, A. A. *Ulcus ventriculi* (clinische les). *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 1930, blz. 1719.
- JENNISON, J. Observations made on a group of employés with duodenal ulcer. *Americ. Journ. of Med. Sc.* 1938, Vol. 196, p. 654.

- <sup>1</sup>JORDAN, S. and KIEFER, E. Complications of peptic ulcer. Journ. Americ. Med. Ass. 1934.
- <sup>2</sup>KALK, H. Das Geschwür des Magens und Zwölffingerdarmes und das Geschwür des operierten Magens 1931.
- <sup>3</sup>KATE, J. TEN. De buisvormige resectie van de maag. Acad. Proefschr. Leiden 1940.
- <sup>4</sup>KNAPPER, G. Over de resultaten van de moderne chirurgische behandeling van het ulcus ventriculi (duodeni). Ned. Tijdschrift v. Geneesk. 1940, blz. 2058.
- <sup>5</sup>LANGEN, C. D. DE. De pathogenesis van de maagzweer van tropisch standpunt bekeken. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1919, blz. 178.
- <sup>6</sup>LANGEN, C. D. DE. Therapy and pathogenesis of ulcer of the stomach and duodenum. Gastroenterologia 1940, Vol. 65, p. 1.
- <sup>7</sup>LICHTENBELT, J. De sociale beteekenis van de maagzweer. Tijdschr. v. Soc. Geneesk. 1939, blz. 115.
- <sup>8</sup>LICHTWITZ. Pathologie der Funktionen und Regulationen. Leiden 1936.
- <sup>9</sup>LAROSTIDINE. Progress in Internal Medicine. Histidine treatment of peptic ulcer. Archiv. Int. Med. 1937, Vol. 60, p. 720.
- <sup>10</sup>MATTISSON, K. Das Magengeschwür 1931.
- <sup>11</sup>MAYO, W. Progress in the handling of peptic ulcer. Journ. Americ. Med. Ass. 1922, Vol. 79, p. 19.
- <sup>12</sup>MORAWITZ, P. Zur Therapie des Magengeschwürs. Münch. Med. Woch. Schr. 1925, Band 72, S. 1995.
- <sup>13</sup>MORTON, C. Results of medical and surgical treatment of patients with peptic ulcer in rural districts and small towns. Archiv. Intern. Med. 1933, Vol. 51, p. 920.
- <sup>14</sup>MOYNIHAN, L. The prognosis of gastric and duodenal ulcer. Brit. Med. Journ. 1932, p. 1.
- <sup>15</sup>MILLER, T., PENDERGRASS, E. and ANDREWS, K. A statistical study of chemical and laboratory findings in gastric and duodenal ulcer with special reference to röntgenologic data. Americ. Journ. of Med. Sc. 1929, Vol. 177, p. 15.
- <sup>16</sup>NIELSEN, N. The results of the medical treatment of gastric and duodenal ulcer. Act. Med. Scand. 1923, Vol. 58 p. 1.
- <sup>17</sup>PIRILA, J. Über Dauererfolge der internen Behandlung des Ulcus Ventriculi. Archiv. f. Verd. Krankh. 1912, B and 18 S. 294.
- <sup>18</sup>POLAK DANIELS, A. Over de neurogene oorsprong van het ulcus ventriculi. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1934, blz. 1746.

- PALMER, W. and NUTTER, P. Peptic ulcer and Achlorhydria, *Archiv. Int. Med.* 1940, p. 499.
- RENDLE SHORT, A. The treatment of gastric and duodenal ulcer. *Brit. Med. Journ.* 1931, p. 435.
- RIVERS, A. Clinical considerations of the etiology of peptic ulcer. *Archiv. Int. Med.* 1934, Vol. 53, p. 97.
- ROWLETTE, R. The medical treatment of gastric and duodenal ulceration. *Brit. Med. Journ.* 1928, p. 291.
- RÜBSAAM, C. De resultaten van een interne kuur bij maagzweer. *Acad. proefschrift Amsterdam*, 1923.
- SANDWEISZ, D. Comparative results with dietetic parenteral and surgical treatment in peptic ulcer. *Journ. Americ. Med. Ass.* 1937, Vol. 108, p. 700.
- SCHALY, F. A. Aanwinsten op diagnostisch en therapeutisch gebied. *Vierde bundel* 1933.
- SCHRIJVER, K. De dieetetische behandeling van maagzweer. *Ned. Tijdschrift v. Geneesk.* 1921, blz. 10.
- SCHRIJVER, J. Die Behandlung des Ulcus Ventriculi und Duodeni mittels der Sippy-kur. *Arch. f. verd. Krankh.* 1926, Band 38, S. 38.
- SHATTUCK H. Study of the early effects of the Sippy method of treating peptic ulcer. *Journ. Americ. Med. Ass.* 1921, Vol. 77, p. 1311.
- SIPPY, B. Relative value of medical and surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. *Journ. Americ. Med. Ass.* 1922, Vol. 79, p. 26.
- SIPPY, B. Gastric and duodenal ulcer. *Journ. Americ. Med. Ass.* 1915, Vol. 64, p. 1625.
- SMIT, S. Resultaten van maagresectie wegens ulcus ventriculi en duodeni *Academ. proefschrift Leiden* 1926.
- SMITH, D. A Statistical review of gastric and duodenal ulcer. *Brit. Med. Journ.* 1928, p. 293.
- SMITHIES, F. The nonsurgical management of peptic ulcer by the physiologic rest method. *Journ. Americ. Med. Ass.* 1925, Vol. 85, p. 674.
- Société de Gastro-entérologie de Paris. *Arch. des malad. de l'app. digest.* 1932, Vol. 22.
- STEWART, M. The pathology of gastric ulcer. *Brit. Med. Journ.* 1923, p. 955.
- STURTEVANT, M. and SHAPIRO, L. Gastric and duodenal ulcer. *Arch. Intern. Med.* 1926, Vol. 38, p. 41.

- UDANDO, C. Critérium du traitement de l'ulcère gastro-intestinal dans la thérapeutique médicale. La Presse Med. 1934, p. 1621.
- UMBER, W., ORLIANSKI, A. und PORGES, O. Sippykur in der Ulcustherapie, Klin. Woch. Schr. 1923, S. 951 und S. 1807.
- VANDERHOOF, D. The medical cure of duodenal ulcer. Journ. Americ. Med. Ass. 1927, vol. 89, p. 344.
- VOÛTE, J. P. Over de resultaten der interne behandeling van het ulcus pepticum. Acad. proefschrift Amsterdam 1937.
- VOÛTE, J. P. De behandeling van het ulcus pepticum door den huisarts. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1939, blz. 1606.
- WIRSING, E. Zur Diagnostik und Behandlung des Magengeschwürs. Arch. f. verd. Krankh. 1905 B and 5 S. 197.

## STELLINGEN

### I

Een betere nabehandeling (nazorg) van het maagzweerlijden, waarbij ook de algemeene behandeling meer tot haar recht zal kunnen komen, is strikt noodzakelijk.

### II

Het maagzweerlijden is den laatsten tijd in ernst toegenomen, vooral het ulcus duodeni bij mannen.

### III

Pneumectomie is de eenige wijze, waardoor de prognose van het longcarcinoom minder somber gemaakt kan worden.

### IV

De mongoloïde idiotie is een gevolg van interne secretie-stoornissen bij de moeder.

### V

Opdat de natie in haar strijd om het bestaan als geheel zoowel beschikke over haar maximum van fysieke als over haar maximum van intellectueele en moreele kracht, moet de zorg voor de fysieke opleiding der jeugd geheel parallel gaan met de zorg voor de geestelijke oefening.

### VI

Bij de geboorte in stuitligging passe men de methode volgens BRACHT toe.



## VII

Het is ongewenscht, dat een consultatiebureau voor zuigelingen wordt geleid door den behandelenden arts.

## VIII

Het optreden van otitis en sinusitis bij zwemmers moet eerder worden toegeschreven aan het feit, dat de mensch nu eenmaal geen waterbewoner is, dan aan verontreiniging van het zwemwater.

## IX

De door de contactcommissie van opticiens-organisaties in Nederland voorgestelde levering aan ziekenfondsen van uitsluitend bolle glazen is optisch niet verantwoord.

## X

Echte cultuur kan zonder zeker spelgehalte (zoals beschreven door J. HUIZINGA) niet bestaan.











