

lage aanlegstructuur de aan het geestelijk peil weinig eisen stellende bezigheden als tuinieren en vissen in de eerste plaats komen en dat bij een hogere aanleg de behoefte aan ontwikkeling en lectuur stijgt (*Bibliotheekleven*, No. 10, 1949).

E. SLUITER

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoud de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten



DE ZIEKTE VAN HODGKIN

Met de belangrijke vragen, die collega HARTZ (*N.T.v.G.* 1949, 4271) opwerpt, hebben de Europese haematologen, die regelmatig lymphklier- en miltpuncties verrichten, zich uitvoerig beziggehouden. Daarbij is men het erover eens, dat reticulosarcomen, leucaemieën en reticulosos cytologisch wel degelijk van de ziekte van HODGKIN zijn te onderscheiden. Ik zou collega HARTZ dus voorlopig willen verwijzen naar de haematologisch-cytologische monographieën over milt- en lymphklierpunctie, zoals van STUYT (proefschrift Amsterdam 1947), STRUNGE (1944), STAHEL (1939), TISCHENDORF (1942), MOESHLIN (1947), EMILE WEIL (1936). De polymorphie der REED-STERNBERG-reuzencellen wordt door sommigen, o.a. door MOESCHLIN, bij voldoende materiaal juist als diagnosticum gebezigd.

Uit het vele werk van LIMARZI is mij nooit gebleken, dat hij de milt- en lymphklierpunctie voldoende beheerst. Bovendien ontkent hij zelfs het somtijds voorkomen van REED-STERNBERG-reuzencellen in beenmergpunctaten van patiënten lijdende aan de ziekte van HODGKIN.

Ik hoop te zijner tijd een artikel over de cytologische differentiële diagnostiek der ziekte van HODGKIN te kunnen publiceren. Het is belangrijk vast te stellen, dat coll. HARTZ voor een nauwkeurige histologische diagnose „ziekte van HODGKIN” bepaalde fixatie- en kleurmethodes eist.

Eén ding moet steeds op de voorgrond blijven, namelijk de grondstelling, dat tussen de patholoog-anatoom en de clinicus — tendele juist dank zij de klinische cytologie — een nog steeds nauwer overleg moet groeien, ook buiten universitair verband.

Leiden, Dec. 1949

P. LOPES CARDOZO

RÖNTGENCONTACTTHERAPIE

Collega PENN acht de dermatoloog wel in staat het toestel te bedienen en ook het vasthouden van de buis vertrouwt hij ons toe. Hij meent echter, dat de dermatoloog de vergaande biologische en fysieke problemen, die door het manipuleren met deze knoppen worden aangesneden, niet beheerst. Omgekeerd menen wij, dat als de röntgenoloog dermatologische patiënten gaat bestralen er zich voor hem vergezichten van diagnostiek en therapie maar vooral van klinisch inzicht openen, die hij evenmin kan overzien. Zeker zal in goede opleidingscentra de röntgenoloog een en ander leren van een aantal huidziekten, maar waarschijnlijk leert en weet de dermatoloog er toch meer van en bovendien — en dit is het essentiële — gaat de laatste de gehele dag uitsluitend om met lijders aan huidziekten, terwijl de röntgenoloog zijn aandacht over vele vakjes moet verdelen. Bij iedere dermatologische ziekte moet de vraag worden gesteld, welke van de vele therapievormen, waarover men beschikt, moet worden toegepast, hetgeen de taak is van de dermatoloog en zelfs wanneer tot bestralen wordt besloten is meestal daarnaast nog een andere vaak wisselende therapie noodzakelijk, zodat contrôle van een ter zake geschoolde nodig blijft, ook om te weten of en in hoeverre met de bestralingstherapie moet worden voortgegaan. Hoewel wij dus de aanbeveling om dermatologische patiënten naar de „clanicus-radioloog” te verwijzen, wel begrijpen, betreuren wij alleen de zwakke argu-