

kater is. Het is dan ook m.i. gevaarlijk, voor een relatief onbelangrijk syndroom (uit het nog hangende onderzoek onder leiding van prof. DE LANGEN is zulks reeds duidelijk gebleken) een middel van onbekende potenties te gebruiken.

Uiteraard is het mijn bedoeling niet geweest, door mijn artikel alle activiteit bij het zoeken naar een chemisch prophylacticum tegen kater te doden, doch wel vraag ik mij af, of in de stralenterapie geen urgenter problemen om oplossing vragen. Het door inzenders gememoreerde feit, dat van kwantitatieve gegevens over de beschermende werking nog niets met zekerheid bekend is, steunt wederom het doel van mijn artikel.

6e. Mijn suggestie, dat het een uitgemaakte zaak is, dat de prophylactische werking van de chemische beschermers bij levende organismen berust op wegnemen van radicalen. In mijn artikel schreef ik „dat er aanwijzingen en gegevens zijn die de juistheid van de zg. radicalentheorie sterk steunen”. Hetgeen mij anders in de oren klinkt dan uitgemaakte zaak. Overigens gaat BACQ c.s. in zijn theoretische beschouwingen en proefopstelling van deze theorie uit: „Au contraire, l'intervention de radicaux libres provenant de l'ionisation de l'eau interprète fort bien les résultats expérimentaux et constitue la base de départ de nos travaux”.

7e. Onbegrijpelijk wordt de aanhaling dat ik het zinloos achtte naar selectieve bescherming van bepaalde weefsels te zoeken. Daar dit nl. nergens is beweed, wil ik er hier maar zwijgend aan voorbijgaan. Wel moge ik nog opmerken dat de zoeker naar een dergelijk middel zich op vele teleurstellingen moet voorbereiden.

8e. COHEN en VAN BEKKUM halen als voorbeeld mijn patiënt A aan, ter demonstratie van een geval dat de bestraling moest worden onderbroken. Dit is geen gelukkige greep, aangezien (zie het oorspronkelijke artikel) deze patiënt nogal veel becaptan had gehad en „het braken na de injectie fulminant werd”, zodat de voortzetting van de bestraling moest wachten tot het becaptan was uitgewerkt.

*Literatuur:* R. RUGH en S. C. WANG (1953) *Proceedings of the Society for experimental Biology and Medicine* **83**, 411. Zie ook bl. 16 van *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique* (1952) VIe Série, deel XVII, no. 1.

Rotterdam, 29 Mei 1955

A. B. J. GRAAFLAND

## DE WAARDE VAN DE TREPONEMA-PALLIDUM-IMMOBILISATIE-REACTIE VOOR DE DIAGNOSTIEK VAN SYPHILIS.

Op bl. 1418 van bovengenoemd artikel<sup>1</sup> zeggen BEKKER en ONVLEE: „Voor de diagnostiek van primaire syphilis is de treponema-pallidum-immobilisatie-reactie dus evenmin geschikt als de standaard-serum-reacties” en in hun eerste conclusie op bl. 1420 herhalen schrijvers: „In deze gevallen (onbehandelde primaire of secundaire syphilis) gedraagt de TPI-reactie zich dus volkomen als de STS-reacties”. Deze in haar algemeenheid onjuiste uitspraak kan m.i. aanleiding geven tot misverstand.

Uit de tabellen IV en V (waarnemingen in de Verenigde Staten) blijkt, dat de TPI-reactie in 70 pct der gevallen van onbehandelde primaire syphilis, en zelfs in 97 pct der gevallen van onbehandelde secundaire syphilis, positief uitvalt. Daar, eveneens volgens de gegevens van de schrijvers, bij normale personen en bij lijders aan andere ziekten dan syphilis een positieve TPI-reactie niet of uitermate zelden voorkomt, betekent dit, dat in 70 pct der gevallen van onbehandelde primaire syphilis de diagnose door middel van de TPI-reactie met vrijwel absolute zekerheid kan worden gesteld. Dit laatste kan niet worden gezegd van de STS-reacties, waarbij immers steeds de mogelijkheid van aspecifieke reacties bestaat. Hoewel dus met betrekking tot het eerste stadium beide reacties volkomen ongeschikt zijn om een luetische infectie met zekerheid uit te sluiten, is hun waarde ten opzichte van het met zekerheid stellen van de diagnose duidelijk verschillend. Dat het in de praktijk om technische of andere redenen wellicht aanbeveling verdient, in gevallen van vermoede primaire syphilis in de eerste plaats te trachten de treponemata in de laesies aan te tonen, verandert niets aan het feit, dat de intrinsieke waarde van de STS- en TPI-reacties ook ten aanzien van het primaire stadium verschillend is. In tegenstelling met een positieve STS-reactie is een positieve TPI-reactie onder alle omstandigheden vrijwel bewijzend voor syphilis, hetzij men deze reactie onmiddellijk zou toepassen dan wel als verificatie-middel aanwendt om tussen specifieke en aspecifieke STS-reacties te differentiëren.

Met het plaatsen van bovenstaande opmerking verbeeld ik mij natuurlijk niet ook maar het geringste toe te voegen aan de feitelijke kennis van de ter zake kundige seroloog, en in de laatste plaats aan die van de deskundige schrijvers. Nochtans kwam zij mij gewenst voor omdat het

onze ervaring is, dat de verschillende aspecten van het gecompliceerde begrip „klinische waarde” ener sero-diagnostische reactie gebaseerd op immunologische principes, door de medicus-practicus niet steeds voldoende worden onderkend, zodat zelfs de geringste oneffenheid in de exacte formulering van nieuwe aanwinsten op dit gebied licht tot misverstanden aanleiding kan geven.

*Literatuur:* <sup>1</sup>J. H. BEKKER en P. C. ONVLEE (1955) *N. T. v. G.* **99**, 1414.

Amsterdam, 20 Mei 1955

L. DE KROMME

Hoewel wij collega DE KROMME erkentelijk zijn voor zijn aanvullende opmerking, menen wij, dat, aangezien de TPI-reactie een nieuwe serologische reactie is, bij het trekken van conclusies aangaande de waarde van deze reactie voor de diagnostiek en de therapie van de syphilis, voorzichtigheid nog geboden is.

Het is in dit verband van belang te vermelden, dat de laboratoria waar de TPI-reactie wordt verricht, onder auspiciën van de Wereldgezondheidsorganisatie nauw samenwerken, zodat op korte termijn ons inzicht in de klinische waarde van deze reactie kan worden verdiept.

Utrecht, 1 Juni 1955

J. H. BEKKER

P. C. ONVLEE

### DE BEHANDELING VAN PIJNLIJKE AANDOENINGEN VAN BEWEGINGSORGANEN MET INJECTIES VAN LOCALE ANAESTHETICA

De behandeling die HIJMANS<sup>1</sup> beschreef, belicht slechts een klein facet van het uitgebreide gebied der neurale therapie. Sedert jaren wordt deze therapie door vele artsen, vooral in Duitsland en Frankrijk, toegepast.

Toch is het artikel van HIJMANS belangwekkend omdat het eigenlijk de eerste neuraal-therapeutische bijdrage in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* is.

M.i. gaat hij echter nog te veel van het standpunt uit dat hij anaesthesie toepast. Ik concludeer dit o.a. uit de veel te grote hoeveelheden injectie-vloeistoffen welke hij gebruikt. Dit is dan ook de oorzaak van de pijnlijke reactie van sommige van zijn patiënten, welke vrijwel steeds te vermijden zijn. Overigens heeft KIBLER<sup>2</sup> er op gewezen dat men de zg. „Kette von Payer” ook kan onderbreken door te injiciëren in de hyperalgetische zones van de huid, mits er geen storingsvelden elders (bv. tonsillen, tandcyste, enz.) zijn.

*Literatuur:* <sup>1</sup>A. F. H. HIJMANS (1955) *N.T.v.G.* **99**, 1206. <sup>2</sup>KIBLER (1953) *Segmenttherapie*.

Lisse, 24 April 1955.

F. L. J. M. HAASE

### CARCINOMA VENTRICULI BIJ MAAGZWEER

Naar aanleiding van het artikel van collega VAN BALEN<sup>1</sup> moge ik enige ervaringen bespreken die een geheel andere conclusie wettigen.

Aangezien wij mede om andere redenen de laatste tijd onze maagpatiënten en vooral ook ons maagresectie-materiaal met extra zorg nakijken (o.a. alle ulcera geheel inbedden in parafine en dus niet volstaan met een enkele coupe, en de diagnose carcinoom stellen op de infiltrerende groei en niet op de sterk op carcinoom gelijkende atypie die in de mucosa aan de rand van een ulcus ook zonder infiltratie wordt gevonden!), hebben wij van een aanzienlijke serie ulcus- en carcinoom-patiënten uitvoerige gegevens verzameld. Het komt ons voor dat niet-geopereerde patiënten, van wie dus niet de gehele waarheid bekend is, slechts beperkte betekenis voor de statistiek hebben. Zonder pathologisch-anatomisch onderzoek kan men immers nooit bewijzen dat er geen carcinoom is, en op klinische gronden kan men slechts door vele jaren durende observatie de waarschijnlijkheid van het niet bestaan aantonen.

Onze laatste 50 patiënten zijn als volgt te verdelen:

Prae-operatieve diagnose: 23 carcinoom en 27 ulcus.

Post-operatieve diagnose: 30 carcinoom en 20 ulcus.

De 7 ulcera die carcinoom bleken te zijn, waren niet alle onverdacht. Daartegenover staat echter dat 4 ulcera die prae-operatief als verdacht werden beschouwd, toch benigne bleken te zijn.

De genoemde 7 patiënten kunnen wij nog nader differentiëren in:

a. Eén met ulcus, waarschijnlijk carcinoom (niche encastrée).