

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: ¹J. 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 HIJMANS¹ 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 KIBLER² 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: ¹A. F. H. HIJMANS (1955) *N.T.v.G.* **99**, 1206. ²KIBLER (1953) *Segmenttherapie*.

Lisse, 24 April 1955.

F. L. J. M. HAASE

CARCINOMA VENTRICULI BIJ MAAGZWEER

Naar aanleiding van het artikel van collega VAN BALEN¹ 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).