

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).

b. Vier met ulcera na kuur groter geworden of van aspect veranderd zodat aan carcinoom gedacht werd.

c. Twee met ulcera, prae-operatief als benigne beschouwd. (Bij één patiënt genas het „ulcus” in eerste instantie, doch het recidiveerde; de tweede patiënte maakte een gedekte perforatie en één bloeding door).

Vier van deze 7 patiënten, waaronder de beide laatste, hadden een ulcus-carcinoom (alle lagen van de maagwand verwoest en door fibrosis gerepareerd en in de rand van het ulcus carcinoomweefsel).

Het doet o.i. voor de kliniek niet ter zake of dit beeld is ontstaan door carcinomateuze degeneratie van een ulcus pepticum, ulceratie van een primair carcinoom, of het toevallig samengaan van een ulcus pepticum met een carcinoom. In de kliniek moet men steeds voor ogen houden dat er onder de ulcera ventriculi een belangrijk percentage carcinomen verborgen zijn; bij ons dus 7 van de 27, of zo men alleen de onverdachte ulcera wil beschouwen, 2 van de 18.

Tenslotte vermelden wij nog dat ook wij enkele grote tot zeer grote ulcera hoog aan de kleine curvatuur bij oude mensen zagen, doch hier onder bevond zich één ulcus-carcinoom.

*Literatuur:* <sup>1</sup>G. F. VAN BALEN (1955) *N. T. v. G.* **99**, 1422.

Amsterdam, 17 Mei 1955

M. KNAPE

Zoals ik in mijn artikel vermeldde, gaat het om de vraag of men, als op grond van een voldoende klinisch onderzoek de diagnose goedaardige zweer is gesteld, er rekening mee moet houden in een *belangrijk* percentage toch een carcinoom te vinden. Dit houdt in, dat men er altijd op verdacht moet zijn. Dit is nodig niet alleen op grond van de grote frequentie van het maagcarcinoom in het algemeen ( $1\frac{1}{2}$  pct van alle ziekenhuisopnemingen der Mayo-kliniek) maar ook, omdat er genoeg afzonderlijke gevallen beschreven zijn, waarin, op de plaats van een klinisch goedaardig ulcus een carcinoom werd aangetroffen. Omtrent de frequentie hiervan kan men zich uit de literatuur geen scherp oordeel vormen, zoals ik in mijn artikel heb betoogd. Terwijl het dus algemeen bekend is, dat de klinische diagnose ulcus nooit vaststaat, gaat het tenslotte om de frequentie en dit met het oog op de behandeling.

Het klinisch met zekerheid vastgestelde ulcus ventriculi moet m.i. worden behandeld als een ulcus en niet als ware het een carcinoom. De statistiek moet wel zeer overtuigend een groot percentage carcinoom te zien geven, voordat men — uitsluitend uit vrees voor het carcinoom — de patiënt het risico van de operatie laat lopen. Als dit 10 pct bedroeg (zoals collega KNAPE op zijn 20 patiënten berekende) zou men, om 1 à  $1\frac{1}{2}$  patiënt op de 100 een overlevingsduur\* te bezorgen van 5 jaar, vele van de 90 andere patiënten onnodig het risico van operatie (1–2 pct) moeten laten lopen. Dit lijkt mij niet verantwoord.

Natuurlijk heeft iedere statistiek slechts beperkte betekenis, ook KNAPE's statistiek en de mijne. Onder mijn niet-geopereerde zowel als geopereerde patiënten kunnen er zijn, die later toch blijken aan carcinoma ventriculi te lijden. Het staat evenwel vast, dat ongeveer 75 pct van mijn patiënten 3 jaar sinds de eerste vaststelling van het ulcus in leven zijn, zonder aantoonbare carcinoomverschijnselen. De andere zijn korter onder controle.

Berekend op een carcinoompercentage van 10–20 hadden er van deze patiënten reeds gestorven moeten zijn.

's-Hertogenbosch, 27 Mei 1955

G. F. VAN BALEN

\*In de Mayo-kliniek leefden 5 pct, de laatste jaren 15 pct der geopereerde lijdens aan maag-carcinoom 5 jaar na operatie (*Proc. Mayo Clin.* 1952, **27**, 137).

## BERICHTEN



### BUITENLAND

CHINA. — VERWACHTINGEN VAN DE GESCHIEDENIS DER GENEESKUNDE. Een kenmerk van de moderne Chinese geneeskunde is grote belangstelling voor de in de geschiedenis der Chinese geneeskunde neergelegde kennis en ervaring. Volgens de decanus van de medische faculteit te Moekden (Senyang) is de overgeleverde geneeskunde „a previously neglected mixture of experience and superstition, from which we are now trying to extract and remould what is valuable — and there is a great deal that is of value”. Sinds 1949 zijn daartoe een aantal leerstoelen voor de geschiedenis der geneeskunde gesticht.