

vooral gebonden te zijn aan infecties met type 12. Verder kon met zekerheid worden bewezen, dat acuut reuma kan worden voorkómen, wanneer men de acute infectie door *Streptococcus haemolyticus* met penicilline bestrijdt gedurende een periode van ongeveer tien dagen. Sulfonamiden, daarentegen, zijn voor deze profylaxe ondeugdelijk wanneer de acute infectie reeds bestaat. De profylaxe van acute nephritis na *Streptococcus*-infecties schijnt minder zeker te zijn, waarschijnlijk omdat de glomeruli reeds tijdens de acute infectie worden beschadigd, hetgeen pas na gemiddeld tien dagen klinisch manifest wordt<sup>1</sup>.

Uit deze fundamentele waarnemingen zijn voor acuut reuma een reeks profylactische therapeutische behandelingsmethoden gevolgd, die in dit nummer van het *Tijdschrift* door VAN DER MEER en medewerkers<sup>2</sup> overzichtelijk zijn beschreven en die voor de toekomst veel beloven, al moet men erkennen, dat daartoe een sterk verbeterde organisatie van het medische onderzoek in de gewone huispraktijk noodzakelijk zal zijn.

Hoewel men dus theoretisch kan stellen, dat een geval van acuut reuma kan worden voorkómen, indien de arts de voorafgaande acute infecties met *Streptococcus haemolyticus* als zodanig herkent en lege artis met penicilline behandelt, zou het gehele vraagstuk veel verder kunnen worden gebracht, wanneer het mogelijk zou blijken, vast te stellen welke patiënt zou behoren tot de ongelukkige 3 pct, die ontvankelijk zijn voor het verkrijgen van acuut reuma. Zonder aan de grote waarde van bovengenoemde onderzoeken af te doen, kan men zeggen, dat de geneeskundige wetenschap zich vooral ook op dit probleem moet concentreren, omdat de praktische uitvoering der profylaxe van acuut reuma daarmee ten zeerste zou kunnen worden vereenvoudigd.

*Literatuur:* <sup>1</sup>C. H. RAMMELKAMP (1955) *Ann. int. Med.* **43**, 511. <sup>2</sup>Zie bl. 21 van dit nummer.

REDACTIE

## VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens door deskundigen verstrekt; de verantwoordelijkheid der Redactie bepaalt zich tot de keuze van raadgevers)



### INGEZONDEN

#### BEHANDELING VAN METASTASEN VAN CARCINOMA MAMMAE

Als antwoord op het ingezonden stuk van de Collegae VAN GILSE en GERBRANDY<sup>1</sup>, waarin zij enkele bedenkingen uiten tegen bijnierextirpatie bij patiënten met gemetastaseerd mammacarcinoom, meen ik te mogen zeggen dat men het voor het grootste deel wel met de schrijvers eens kan zijn. Immers „deze operatie zal slechts na *grondige* overwegingen mogen plaats vinden” en niet als primaire therapie, wat ook niet door mij werd gesteld<sup>2</sup>.

Mijn bedoeling was alleen, de aandacht op deze operatie te vestigen. Degenen, die de resultaten van deze ingreep van nabij hebben gezien, zijn zozeer onder de indruk gekomen van de frappante subjectieve en objectieve verbeteringen, dat ik meende dat over deze behandeling niet mocht worden gezwegen.

De indicatiestelling zal een kwestie zijn van overwegen van alle hierbij in het geding komende factoren. Dat de een hierbij iets meer terughouding zal betrachten dan de ander, spreekt vanzelf.

Al met al, wordt deze ingreep verricht met onbetwistbaar goed resultaat, in een aantal als hopeloos beschouwde gevallen, waarbij wel degelijk alle kruit is verschoten.

*Literatuur:* <sup>1</sup>H. A. VAN GILSE en J. GERBRANDY (1955) *Ned. T. Geneesk.* **99**, 3618. <sup>2</sup>B. C. CHARBON (1955) *Ned. T. Geneesk.* **99**, 3291.

Arnhem, 9 december 1955

B. C. CHARBON