

R. T. HUGHES, *Acute porphyria in pregnancy*. — Casuïstische mededeling.

G. B. TAIT, *Fatal agranulocytosis during carbimazole therapy*. — Eén geval.

J. A. NISSIM, *Increased pituitary gonadotrophin activity after degeneration of seminiferous tubules produced by nitrofurazone*. — Beschrijving van proeven op muizen.

*Cancer of the oesophagus* (leading article).

*New drugs, old dangers* (leading article).

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### BESCHIKBAARSTELLING MEDISCHE FELLOWSHIPS

Het Comité van Ministers van de Raad van Europa heeft besloten in 1957 een som van 9 miljoen francs beschikbaar te stellen voor medische fellowships. Doel van dit beurzingsprogramma, hetwelk door de Commissie van deskundigen op het gebied van de volksgezondheid van de Raad is opgesteld, is om leden van de medische en paramedische beroepen en van de gezondheidsdiensten in de gelegenheid te stellen zich op de hoogte te stellen van nieuwe technieken toegepast in de Europese landen en om deel te nemen aan studie en research van gemeenschappelijk Europees belang. Alle landen van de Raad van Europa zijn uitgenodigd kandidaten voor deze beurzen voor te stellen, welke door een selectiecommissie zullen worden toegewezen.

Door de Nederlandse Regering zal een beperkt aantal kandidaten aan de Raad worden voorgedragen. De studieonderwerpen voor Nederlandse kandidaten zijn ter keuze:

- epidemiological techniques;
- medico-social aspects of cardio-vascular diseases;
- relationship of home care and hospital treatment.

De duur van een fellowship is op ongeveer drie maanden gesteld. Reis- en verblijfkosten worden door de Raad van Europa gedragen.

Zij die voor een beurs als bovenbedoeld in aanmerking wensen te komen worden verzocht dit voor 20 april a.s. aan de Directeur-Generaal voor Internationale Volksgezondheidszaken mede te delen, onder opgave van opleiding, ervaring, werkkring en twee referenties.

's-Gravenhage, 28 maart 1957

Voor de Directeur-Generaal voor de Internationale Volksgezondheidszaken,

J. KNOPPE, arts.

## BRIEFWISSELING

### VERZOEK OM TOEZENDING VAN PANCREAS-SECRET

Voor een biochemisch-analytisch onderzoek bestaat behoefte aan secret van de menselijke pancreas. Het heldere vocht, dat men soms bij patiënten lijdende aan een pancreasfistel ziet, leent zich bijzonder voor het beoogde onderzoek.

Mochten er collegae zijn, die een dergelijke patiënt hebben, dan zouden wij gaarne wat vocht ontvangen. Daarom trent gaarne contact met de Interne Kliniek van het Stads- en Academisch Ziekenhuis te Utrecht, telefoon 16583.

Utrecht, 26 maart 1957

Prof. Dr. L. A. HULST

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid der Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

### DE INVLOED VAN DURABOLIN OP DE GEWICHTSSTIJGING VAN KINDEREN

Naar aanleiding van het artikel van JONXIS en MAATS zou ik het volgende willen opmerken:

In de literatuur zijn verschillende onderzoeken beschreven, waarbij o.a. uit het verschil tussen de theoretisch berekende (op grond van de extra gereteneerde stikstof) en de waargenomen gewichtstoename na testosteron-toediening, werd geconcludeerd, dat het lichaam vocht reteneerde (QUERIDO e.a., REIFENSTEIN, KENYON e.a., BORUN e.a.).

Uit de gegevens van JONXIS en MAATS is volgens de methode van KENYON of van REIFENSTEIN te berekenen, dat een gewichtsvermeerdering van 250 à 300 gram mag worden toegeschreven aan eiwitopbouw, de resterende 300 à 350 gram echter aan vochtretentie. Het is zeer wel mogelijk, dat er 300 gram vocht bij een gemiddeld lichaamsgewicht van 10 kg kan worden gereteneerd zonder manifeste oedemen.

Ook het door JONXIS en MAATS geconstateerde verlies van de gewichtsvermeerdering na toediening van  $3 \times 25$  mg testosteron wijst op retentie van vocht. Dit betekent dat slechts ongeveer de helft van de gewichtstoename na toediening van testosteron en Durabolin aan de eiwit-sparende werking van deze preparaten mag worden toegeschreven.

*Literatuur:* BORUN, E. R. e.a. (1956) *J. clin. Invest.* **35**, 1109. JONXIS, J. H. P. en B. C. MAATS (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 389. KENYON, A. T. e.a. (1944) *Ann. intern. Med.* **20**, 632. QUERIDO, A., e.a. (1952) *J. clin. Endocrin. and Metabolism* **12**, 1077. REIFENSTEIN, E. C. (1943) *Transactions of the Fifth Conference on Bone and Wound-Healing New York*, Josiah Macy Jr. Foundation. REIFENSTEIN, E. C. e.a. (1945) *J. clin. Endocrin.* **5**, 467.

's-Gravenhage, 8 maart 1957

F. KALSBEK

In ons artikel over de invloed van Durabolin op de gewichtsstijging bij kinderen, hebben wij op bl. 392, tweede kolom, 2e en 3e alinea, evenals Dr. KALSBEK de mogelijkheid van een retentie van vocht en zouten zonder eiwitretentie overwogen. Inderdaad geeft fig. 2 (bl. 391) na de gewichtsstijging als gevolg van de testosteron-toediening weer een daling te zien. Hieruit concludeert collega KALSBEK dat nadien weer vocht wordt losgelaten. Wellicht is dit juist, maar hij breidt zijn conclusie dan uit tot Durabolin, en na toediening daarvan ontbreekt een gewichtsval na de gewichtsstijging vrijwel. Ook bij andere patiënten hebben wij nooit een gewichtsval na het staken van de Durabolintoediening gezien, zodat de vochtretentie zonder eiwitretentie als gevolg van de Durabolin-toediening waarschijnlijk gering is.

Groningen, 19 maart 1957.

J. H. P. JONXIS

### BEHANDELING VAN DIABETES MELLITUS MET ORALE ANTIDIABETICA

Gaarne zou ik enkele opmerkingen willen maken naar aanleiding van het artikel van collega J. A. DE FOCKERT. Zijn derde conclusie luidt: „De instelling op deze middelen dient bij voorkeur klinisch te geschieden, vooral indien de patiënt vooraf met insuline is gereguleerd. Onder zorgvuldige controle en gunstige omstandigheden is bij lichte diabetespatiënten eventueel poliklinische behandeling mogelijk”.

Met deze conclusie kan ik het in genen dele eens zijn.

De overgrote meerderheid van deze patiënten kan zonder enig bezwaar uitstekend poliklinisch worden ingesteld, indien men zich aan de geldende indicaties houdt, te weten oudere mensen, met betrekkelijk lichte diabetes, die niet te lang bestaat, en niet lang te voren met insuline is behandeld. Bij voorkeur dan nog de sthenische, dikke typen, die toch al een calorisch krap dieet moeten hebben. Voor deze mensen is opnemng in een kliniek gewoonlijk niet alleen onnodig, doch vaak ook volkomen ongewenst, aangezien zij in het ziekenhuis in geheel andere omstandigheden leven dan thuis, vaak nog in bed worden verpleegd, dus veel minder lichaamsbeweging hebben, op andere tijden hun maaltijden krijgen dan thuis, en vaak ook een anders soort voeding, die zij thuis niet steeds kunnen bekostigen, voor zover zij tot de minder bedeelden behoren (vaak oudere mensen die op de A.O.W. zijn aangewezen).

Bovendien is opnemng in een kliniek economisch gezien niet steeds verdedigbaar. Ze is voor de ziekenfondsen onnodig duur. Bij verpleegprijzen van *f* 13,— tot *f* 24,— per dag, komt dit voor gemiddeld 28 dagen zoals DE FOCKERT opgeeft op *f* 364,— tot *f* 672,— per geval, terwijl een poliklinisch werkend internist of stofwisselingsspecialist dit voor *f* 13,50 doet in de eerste maand, en voor *f* 5,75 in de tweede.

Slechts voor die patiënten welke door gebrek aan intelligentie, of door gebrek aan medewerking, de dieetvoorschriften negeren, zal soms bij uitzondering een korte klinische observatie nodig zijn, om te zien wat er gebeurt als zij gedwongen worden dieet te houden.

Ook voor patiënten die te voren met insuline waren ingesteld, is klinische regulering in het algemeen niet nodig. Indien men al een goede instelling met insuline wil veranderen in een, naar mijn mening minder goede (aangezien men eigenlijk niet weet wat men doet) met orale antidiabetica, kan ook dit zonder enige bezwaar poliklinisch geschieden, als men zich slechts aan de indicatie houdt, geen mensen over te schakelen die veel insuline hebben gebruikt. Men kan dagelijks de urine en het bloedsuikergehalte controleren, desnoods meermalen per dag. Slechts de patiënten die veel insuline gebruiken (bv. meer dan 40 eenheden daags (maar voor deze is omschakeling ongewenst) zouden in de kliniek moeten worden behandeld. Deze omschakeling lijkt echter dan toch wel in uiterlijk twee weken te realiseren. Zeker zullen klinisch moeten worden behandeld patiënten bij wie men door orale antidiabetica de insuline hoopt te beperken, hoewel er ook onder hen nog wel een aantal zullen zijn die men poliklinisch kan behandelen.

Trouwens voor al deze patiënten zou bv. te Amsterdam, met zijn te kort aan ziekenhuisbedden zeker geen klinische behandeling mogelijk zijn. Bovendien bestaat in sommige gebieden met gesloten „all-in” ziekenhuizen (waartoe zoals bekend ook Amsterdam behoort, dat geen enkel ziekenfondsbed voor de vrij gevestigde specialist beschikbaar heeft, doch wel ongeveer 4000 „gesloten” bedden), waar de specialist die de behandeling aanving, niet de mogelijkheid heeft om zijn eigen patiënten klinisch te behandelen (en de patiënt verstoken is van zijn recht op vrije specialistenkeuze), bij klinische behandeling, het niet te onderschatten psychologische nadeel voor de patiënt, dat hij zich moet laten behandelen door de hem volkomen onbekende stafspecialist, die vaak geheel andere principes betreffende dieet en instelling is toegedaan dan zijn poliklinische collega naar wie de patiënt na ontslag toch weer moet terugkeren.

Ik meende deze punten onder de aandacht te moeten brengen aangezien collega DE FOCKERT zich mijns inziens wel erg gemakkelijk laat verleiden tot uitspraken, die niet

kunnen steunen op argumenten, zomin in zijn artikel als in de literatuur.

*Literatuur:* FOCKERT, J. A. DE (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 393.

Amsterdam, 6 maart 1957

H. J. N. DEKKERS

De aanbeveling van collega DEKKERS om diabetes-patiënten poliklinisch met orale antidiabetica te reguleren, is alleszins begrijpelijk, en de economische voordelen zijn duidelijk. Het hangt echter ons inziens in belangrijke mate af van de omstandigheden, waaronder men moet werken, of men in een bepaald geval aan de poliklinische instelling van dergelijke patiënten de voorkeur zal geven boven de klinische behandeling, die een minder groot risico meebrengt en die door het gelijkblijven van allerlei omstandigheden een beter vergelijk tussen de resultaten van de therapie mogelijk maakt. Wanneer het gaat om de beoordeling van de werkzaamheid van een nieuw antidiabeticum is het een vereiste, dat het onderzoek daarnaar klinisch geschiedt, zodat men er zeker van is, dat alle gegeven voorschriften nauwkeurig worden opgevolgd.

Het zijn toch immers vaak de medische indicaties, die opnemng in bepaalde gevallen noodzakelijk maken. En de indicaties, door collega DEKKERS als dienstig voor een poliklinische behandeling genoemd, lijken mij niet essentieel van de door ons vermelde verschillen. Daarbij komt dat, indien tevoren reeds insuline werd gegeven, een poliklinische behandeling niet vrij is van ernstige risico's (ILLIG). De overige categorieën, door collega DEKKERS genoemd, bezitten in onze kliniek het predicaat „lichte diabetes”. Ook collega DEKKERS acht een zorgvuldige controle van groot belang. Wij missen bij hem echter de controle van het witte bloedbeeld en de bloedplaatjes (PHEMISTER 1957).

Dat een ziekenhuisopnemng voor de patiënt grote bezwaren zou hebben, menen wij ernstig te moeten betwijfelen. Het lukt steeds, de mobilisatie en het dieet van de patiënt op bevredigende wijze met zijn dagelijkse omstandigheden in overeenstemming te brengen.

*Literatuur:* ILLIG, H. en O. WELLER (1956) *Munch. Med. Wschr.* 98, 40. PHEMISTER, J. C. (1957) *Brit. Med. J.* I, 199.

Rotterdam, 20 maart 1957

J. A. DE FOCKERT

## BERICHTEN

### BUITENLAND

ENGELAND. — ROKEN EN LONGKANKER IN HET LAGERHUIS. Bij de laatste bespreking van het vraagstuk van longkanker gaf de nieuwe minister toe, dat de cijfers „constitute prima facie statistical evidence that smoking carries a risk of lung cancer in human beings”. De minister zou echter niet gaarne de cijfers zonder een gepaste zin voor proporties willen bekijken. Van 518.000 sterfgevallen in Engeland en Wales werden 17.000 door longkanker veroorzaakt, op een geheel van 91.000 gevallen van alle vormen van kanker. Die 17.000 zijn te vergelijken met 28.000 sterfgevallen aan bronchitis en 70.000 aan ziekten der kransvaten. Longkanker is dus volstrekt niet het enige probleem, „nor must it be our only preoccupation; nor should we give it any more priority than the figures justify”. Desalniettemin is het onbetwifelbaar juist, dat de longkankercijfers een gestadige vermeerdering tonen van 5,7 tot 8,2 pct per jaar. De regering had dan ook het vaste voornemen „to reveal the truth as it came to light, but we must avoid any unnecessary sensationalism on this very difficult subject”. Voor deze moeizame uiteenzetting