

verschillen bestaan tussen de opvattingen in Frankrijk en in Nederland, maar deze verschillen zijn ongetwijfeld minder groot dan eertijds het geval was.

Hellendoorn, juni 1958

HERMAN VOS

INGEZONDEN

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

DE DEXTRINEBELASTINGSCURVE

Het is mij gebleken, dat in mijn artikel over de dextrinebelastingcurve (1958) de beoordeling van de resultaten op bl. 1688 aanleiding tot misverstand kan geven. Het zij mij daarom geoorloofd het volgende ter verduidelijking toe te voegen:

Het was de bedoeling te berekenen in welke mate de curve van de dextrinebelasting hoger of lager ligt dan die van de glucosebelasting. Daartoe werd bij beide curven nagegaan, in welke mate het bloedsuikergehalte was gestegen op de tijdstippen 1, $1\frac{1}{2}$, 2 en $2\frac{1}{2}$ uur na toediening van glucose of dextrine, en voor elke curve werd daaruit een rekenkundig gemiddelde stijging daarvan berekend. Voor de dextrinebelastingcurve werd deze gesteld op *a* en voor de glucosebelastingcurve op *b*. Deze beide uitkomsten werden van elkander afgetrokken en het aldus verkregen verschil *a-b* werd met de gemiddelde bloedsuikerstijging na toediening van glucose (*b*) in een breuk verenigd en met 100 vermenigvuldigd; aldus: $\frac{a-b}{b} \times 100$. Het gevonden getal geeft dan

het procentuele verschil tussen de beide krommen weer. Voorbeeld:

dextrinebelasting: bloedsuikergehalten, nuchter en 1, $1\frac{1}{2}$, 2 en $2\frac{1}{2}$ uur na toediening van dextrine: 82, 189, 178, 135 en 126 mg/100 ml; gemiddelde stijging: 75 mg/100 ml;

glucosebelasting: bloedsuikergehalten, nuchter en 1, $1\frac{1}{2}$, 2 en $2\frac{1}{2}$ uur na toediening van glucose: 80, 158, 178, 144 en 116 mg/100 ml; gemiddelde stijging: 69 mg/100 ml.

Verskil tussen de beide gemiddelde stijgingen: 6 mg/100 ml.

Procentueel verschil: $\frac{6}{75} \times 100$ of plus 8 pct.

Literatuur: FOCKERT, J. A. DE (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1686.

's-Gravenhage, september 1958

J. A. DE FOCKERT

CARCINOMEN VAN DE DIKKE DARM

De klinische les van Prof. SUERMONDT (1958) heb ik met groot genoegen en hoopvolle spanning gelezen. Hij besprak vier patiënten, van wie vooral de laatste twee zeer belangwekkend zijn, en wel patiënte C, vrouw van 48 jaar, bij wie hematogene metastasering van de lever werd gevonden, die klaarblijkelijk aan lymfogene metastasering van de regionale lymfeklieren was voorafgegaan, daar er geen lymfekliermetastasen werden gevonden. Bij patiënt D, man van 37 jaar, dacht men abusievelijk eer aan ulcus ventriculi dan aan de mogelijkheid van carcinoom; hij werd dienovereenkomstig eerst behandeld met een ulcuskuur; hoe lang, wordt niet vermeld. Na verergering der klachten (pijn) werd patiënt tenslotte in het ziekenhuis opgenomen, waar op gegronde redenen — vrees voor appendicitis of doorbraak van een maagzweer — tot operatie werd besloten, waarbij noch appendicitis noch perforatie-peritonitis werd gevonden, doch een gezwel boven in de buik.

Na een korte bespreking van deze patiënten en van een

serie van 313 patiënten, wegens coloncarcinoom in de Leidse Universiteitskliniek behandeld, wijst SUERMONDT op het belang van de juiste beoordeling van de beginsymptomen van deze ziekte. Ik ben het hiermede volkomen eens, omdat men in de uitoefening van de praktijk altijd weer merkt, dat juist de vage klachten van de patiënt later blijken van zeer groot belang te zijn geweest.

In dit verband is de „abdominal discomfort” een goed voorbeeld. Hoe gemakkelijk ontsnapt dit verschijnsel aan onze aandacht, die vaak wordt vastgehouden door de verwachting van rectaal bloedverlies, ernstige obstipatie, al of niet zichtbare peristaltiek en dergelijke. De mededeling, dat de statistiek leert, dat ongeveer de helft van de coloncarcinomen in het rectum zetelt en dat meer dan de helft hiervan bereikbaar is met de vinger, vestigt de aandacht op de noodzakelijkheid van stelselmatig rectaal onderzoek. SUERMONDT vraagt dan: waarom doen we dit niet even stelselmatig als het onderzoek van de urine op suiker en eiwit?

Voor de gezwellen die met de vinger onbereikbaar zijn, wordt dan de rectoscoop te hulp geroepen en voor die welke buiten het bereik daarvan vallen, is dan röntgenologisch onderzoek noodzakelijk.

En hier is dan onze spanning gebroken en onze hoop vervlogen. De ervaring leert, dat vooral kleine gezwellen gemakkelijk aan het röntgenonderzoek ontsnappen. Om deze lacune zoveel mogelijk te overbruggen beschikken wij over een andere, in deze les niet genoemde, diagnostische methode van onderzoek, die eventueel aan een röntgenonderzoek zou kunnen voorafgaan en van de patiënt geen bijzondere inspanning vraagt, namelijk het cytodiagnostische onderzoek. Een eenvoudige colonspoeling met fysiologische zoutoplossing of ringervloeistof kan, vooral van kleine, beginnende gezwellen, celmateriaal leveren, dat voor histologische coupes niet hoeft onder te doen (PAPANICOLAOU; BADER e.a. 1952; BRUINSMAN 1958).

Ik wil de vraag stellen, of deze eenvoudige spoelmethode in de kliniek niet even stelselmatig dient te worden toegepast als het rectale onderzoek met de vinger in de algemene praktijk? In Brussel betoogde ik, dat het niet stelselmatig toepassen van deze methode in de kliniek waarschijnlijk zijn oorzaak vindt in de volgende twee omstandigheden:

1. klinici en chirurgen zijn in hun gedachten nog weinig vertrouwd met deze werkwijze,
2. er zijn nog te weinig goed geschoolde cytodiagnosten om dit onderzoek en de routine van de kliniek ingang te doen vinden.

Het voorgaande werd mij ingegeven in het bijzonder door de moeilijkheden met patiënt D, bij wie het uit den aard der zaak, gezien zijn klachten, moeilijk was aanstonds aan een coloncarcinoom te denken. Voor wat patiënte C met de hematogene metastasering betreft, vraag ik de aandacht voor een publikatie van PAPANICOLAOU en medewerkers (op het 7e Internationale Kankercongres te Londen in juli jl.) over het vinden van carcinoomcellen in het bloedplasma. In een particuliere brief hierover zegde PAPANICOLAOU mij zo spoedig mogelijk nadere bijzonderheden toe.

Het wil mij voorkomen, dat systematische controle van deze publikatie ruime perspectieven biedt. Het kan onze inzichten over het probleem der metastasering en over de reactie van het lichaam op een carcinoom wellicht aanzienlijk verdiepen.

Moge Prof. SUERMONDT mij deze cri de coeur niet euvel duiden. Ik blijf hopen, dat de cytodiagnostiek van het maagdarmkanaal tot het routine-onderzoek in de kliniek zal gaan behoren, zoals zij ook een plaats heeft veroverd bij het zo vroeg mogelijk opsporen van een longcarcinoom. Ik