

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

ben mij echter volkomen ervan bewust, dat het niet meer kan zijn dan een waardevol hulpmiddel, nauwkeurig samenwerkend met — en overall waar mogelijk gecontroleerd door — de pathologische anatomie.

Literatuur: BADER, G. M. en G. N. PAPANICOLAOU (1952) *Cancer* 5, 307. — BRUINSMA, A. H. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 983; (1958) *T. Gastro-Enterologie* 1, 144. — PAPANICOLAOU, G. N., *Atlas of exfoliative cytology*. — SUERMONDT, W. F. (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1729.

Utrecht, 10 september 1958

A. H. BRUINSMA

Ik beschouw de mededeling van collega BRUINSMA als een voor specialisten bestemde, waardevolle aanvulling van mijn klinische les. Uit de gegevens in de literatuur en uit de ervaringen van BRUINSMA blijkt, dat het cytologische onderzoek van de vloeistof, waarmee het colon is gespoeld, belangrijke gegevens kan verschaffen voor de diagnostiek van coloncarcinomen. Ik heb deze methode om twee redenen niet vermeld en wel ten eerste omdat zij niet is toegepast bij de 313 patiënten, die in de les zijn vermeld, en ten tweede omdat ik deze had geschreven voor de huispraktijk met de bedoeling er op te wijzen hoe belangrijk voor de diagnose van carcinomen van de dikke darm de eerste klinische verschijnselen en rectaal onderzoek zijn.

In een specialistisch tijdschrift behoort het cytologische onderzoek van de colonspoelvoeistof wél te worden vermeld. Vandaar, dat ik de methode elders wel heb genoemd (1955).

Literatuur: SUERMONDT, W. F. (1955) *5e jaarboek van kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland*, bl. 59; (1955) *Arch. chir. neerl.* 7, 363.

Leiden, 22 september 1958

W. F. SUERMONDT

ALGEMEEN OF INDIVIDUEEL

Naar aanleiding van de klinische les over „Premenstruele spanning” door Prof. Dr. W. P. PLATE (1958) wil ik het volgende opmerken. De schrijver noemt als een mogelijke causale factor bij dit ziektebeeld het anti-diuretische hormoon (ADH), omdat dit de symptomen van premenstruele spanning kan verwekken. Dit kunnen de verschillende toxische substanties van de anemoon *Pulsatilla nigricans* (Ranunculaceën) ook; het beeld is zelfs vrijwel identiek met het door Prof. PLATE beschreven ziektegeval. In mindere mate kunnen enkele andere stoffen dit eveneens, o.a. sepia, de inktvloeistof van de inktvis.

Mijns inziens behoren dergelijke stoffen, evenals het anti-diuretische hormoon, bij de beschouwingen over dit ziektebeeld in aanmerking te worden genomen, aangezien ze niet alleen diagnostisch van nut zijn, zoals de studies over de vele pseudohormonen leren (methyloestrenolon bij de bestudering der ovariumfunctie by.), maar omdat ze therapeutisch vaak een beter houvast geven dan de „echte” stoffen. Bedoelde „pseudo”-stoffen kan men immers in kleine doses rechtstreeks toepassen, vergelijkbaar met pollen bij hooikoorts, vaccin bij furunculose e.d. Is dit desensibilisatie, of een (specifieke) „Reizkörpertherapie”? Hoe het ook zij, naar onze ervaring leidt deze methode in vele gevallen spoedig tot een duurzaam resultaat, ook bij andere ziekten waarvoor een toxicologisch analogon te vinden is.

Er is alles voor te zeggen, zich niet te beperken tot enkele pathognomonische symptomen, maar zoveel mogelijk, resp. alle mogelijke symptomen als basis te nemen. En dat niet alleen in statistische zin. Zulks is meestal uitvoerbaar, omdat de omweg over de toxicologie een ruime keuze van middelen verschaft, waardoor het zelfs mogelijk wordt rekening te houden met het gestel. Aard, vorm, onderlinge samenhang

en verloop van de verschijnselen, kortom het individuele reliëf is bij vele gevallen niet in de laatste plaats een functie van het gestel, of van een zekere kwetsbaarheid hiervan. Op deze wijze kan het doel van alle diagnostiek: causale, individuele therapie, zeer dicht worden genaderd.

De beschreven werkwijze berust op dezelfde beginselen als de gebruikelijke, algemene diagnostiek; de laatste is meer gericht op de ziekte-in-het-algemeen en op dit gebied onvervangbaar — algemene therapieën, prognose, systematiek enz. — maar de eerste leidt via vergelijking van geneesmiddel-effecten tot individuele behandeling. Daar de arts in de eerste plaats geroepen is zieke individuen te behandelen, zullen deze er mijns inziens slechts bij kunnen winnen, als de arts het ene doet maar het andere niet nalaat.

Literatuur: PLATE, W. P. (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1185.

Oranjestad (Aruba), 1 september 1958 A. VAN 'T RIET

Collega VAN 'T RIET geeft een waardevolle aanvulling van de mogelijke oorzaken van de premenstruele tensie. Mij zijn geen publikaties bekend over vrouwen, die overgevoelig zijn voor de genoemde stoffen en tevens lijden aan premenstruele tensie.

Is inderdaad deze oorzaak aan te nemen, dan zal niemand bezwaar hebben tegen de door collega VAN 'T RIET voorgestelde werkwijze.

Utrecht, 19 september 1958

W. P. PLATE

BERICHTEN

BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — CIJFERS DER WERELDBEVOLKING EN HET LOT DER MENSHEID.

	Oppervlakte in miljoen km ²	Bevolking in miljoenen	Dichtheid per km ²
Europa	9,7	592	61
Azië	44	1280	29
Afrika	30	200	7
Oceanië	8,8	13	1
Amerika	44,5	325	7

Als haarden van dichtheid onderscheidt men: het Verre Oosten (China, Mantsjoerije, Japan): 92 inwoners per km²; India en Indonesië: 65; Oostelijke Verenigde Staten en Canada: 200.

Deze cijfers zijn bestemd zich snel te wijzigen. De huidige wereldbevolking behoefde 200.000 jaren om het aantal van 2½ miljard te bereiken; tegen het einde van deze eeuw zal het tot 6 of 7 miljard zijn gestegen. De verhouding van het aantal Europeanen tot dat der Aziaten verandert nog in de loop van deze eeuw van 1 : 2 in 1 : 4. „L'augmentation de la population humaine, depuis 25 ans, prend ainsi une importance qui transcende les considérations économiques ou sociales et se situe au coeur même du problème de notre existence” (*Presse méd.* bl. 1412).

CANADA. — ONGEVALLLEN VAN KINDEREN. Een medewerker van de *Canadian Medical Association* (1958, bl. 241) geeft een uitvoerige analyse van een statistiek van 150 ongevallen van kinderen, waargenomen in een kinderziekenhuis te Toronto. Het fysische trauma staat met 105 patiëntjes boven aan de lijst: 63 maal gevallen, 18 maal getroffen door een bewegend voorwerp (5 maal een auto); voor het overige van allerlei (stokken, stenen, grasmachine) en onbekend. Dan komen 22 vreemde lichamen (ingeslikt, ingeademd en in het oog geraakt), 17 vergiftigingen (vitamine, aspirine, laxermiddelen, cosmetica, huishoudelijke chemicalia, sigaretten-