

(QUERIDO en LAMEYER 1956).

Literatuur: BOEREMA, I. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 2138.
— PURVES, H. D. en D. D. ADAMS (1957) *Metabolism* **6**, 26. —
QUERIDO, A. en L. D. F. LAMEYER (1956) *Proc. roy. Soc. Med.*
49, 209.

Leiden, december 1958

A. QUERIDO,
S. M. LUCARDIE

Het ingezonden stuk van de collegae QUERIDO en LUCARDIE raakt slechts gedeeltelijk de inhoud van mijn betoog, dat handelt over chirurgische therapie bij patiënten, bij wie naar het gemeenschappelijk oordeel van internist en chirurg, voortgezette conservatieve therapie de ontsierende extreme exophthalmus niet deed afnemen, die eventueel ook ernstig gevaar voor de ogen zou opleveren. Op enkele punten wil ik nader ingaan.

Over de betekenis van de term „maligne exophthalmus” zijn wij het blijkbaar eens. De door de schrijvers gepropageerde term „oftalmopathie” (= „ooglijden”) acht ik onaanvaardbaar door zijn vaagheid en nietszeggendheid, terwijl hij in de gevallen van exophthalmus waarbij het oog zelf normaal is gebleven, beslist onjuist is. Over het monsterlijke woord „hyperoftalmopathie” zullen wij maar zwijgen.

Ernstige bezwaren heb ik tegen de wijze waarop de schrijvers enkele ziektegeschiedenissen weergeven, en vooral tegen de wellicht daaruit door de lezer te trekken conclusies. De patiënten *A*, *B* en *C* zijn in het geheel niet ter zake doende. Willen de schrijvers de etiologie en de patho-fysiologie van exophthalmus bespreken, dan zou dit beter op zijn plaats zijn in een afzonderlijk artikel, en niet in een ingezonden stuk.

De bezwaren tegen patiënten *D* en *E* zijn van andere aard. Ik meen, dat iedere internist, die grote groepen schildklierpatiënten behandelt, wel over dergelijke ervaringen en ziektegeschiedenissen beschikt; het er uitlichten van twee dergelijke gevallen kan ten onrechte de indruk wekken, of de interne therapie te allen tijde doeltreffend is. Juist waar deze faalt, kan chirurgische therapie van belang zijn voor het behandelen van de ogen. De chirurgische behandeling komt pas na een interne behandeling, en wel als ultimum refugium.

Tenslotte het verband tussen thyreotroop hormoon en exophthalmus. Inderdaad is door verschillende onderzoekers, waarschijnlijk het eerst door DOBYNS in 1953, erop gewezen, dat er geen parallellisme bestaat tussen de hoeveelheid thyreotroop hormoon en exophthalmus-verwekkend effect. Deze feiten zijn door verschillende onderzoekers later nagegaan (o.a. QUERIDO en LANOGEN 1956). Gezien de omstandigheid, dat dit onderzoek nog geheel in het experimentele stadium verkeert en dat de inzichten over het aantal hormonen in de hypofysevoorkwab reeds zo vaak zijn veranderd, heb ik mij als chirurg buiten deze discussie gehouden, maar ik wil mijn woorden wel amenderen door achter „thyreotroop hormoon” toe te voegen: „of een afzonderlijk, exophthalmus-verwekkend hormoon”. Het vooralsnog onbegrijpelijke van deze hormonale werking op de ontwikkeling van exophthalmus wordt bv. gedemonstreerd door het niet eens zeldzame ontstaan van enkelzijdige extreme exophthalmus.

Het duistere in deze rol der hormonen was de reden van mijn zwijgen in mijn opstel; daarentegen werd het juist de reden van de vele woorden van collega QUERIDO. Het nuttige effect voor de lezer lijkt mij hetzelfde.

Amsterdam, 26 januari 1959

I. BOEREMA

MALIGNE SYNOVIOOM

Naar aanleiding van het artikel van KASTELEIN en VAN UNNIK (1958) de volgende reactie. Enige maanden geleden had ik een jongen van elf jaar onder behandeling. Een „zwellings” ter grootte van een pruim op de zool van de linker voet hinderde hem. Na proefexcisie stelde de patholoog-anatoom de diagnose maligne synovioom. Bij het nagaan van de Engelse en Amerikaanse literatuur over deze aandoening trof het mij, dat door de meeste schrijvers amputatie werd aanbevolen, in tegenstelling tot KASTELEIN en VAN UNNIK, die liever ruime excisie doen, gevolgd door nabestraling.

Bij onze patiënt werd een lage onderbeensamputatie verricht. Zeer tot onze verbazing bleek het gezwell in het resectiepreparaat vrij sterk infiltratief gegroeid te zijn. Achteraf gezien zou ruime excisie bijna zeker door lokaal recidief zijn gevolgd.

Ik vrees, dat het kwaadaardige karakter van het gezwell en de neiging tot vroege metastasering de chirurg wel zal dwingen, indien mogelijk, tot amputatie over te gaan.

Literatuur: KASTELEIN, A. en J. A. M. VAN UNNIK (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 2263. — (1947) *J. Bone Jt. Surg.* **29**, 259.

Washington, 27 december 1958

M. OORT

In antwoord op de opmerkingen van collega OORT verwijzen wij naar de conclusie aan het slot van ons artikel. Ter aanvulling kunnen wij nog mededelen, dat patiënte *E*, die in tweede instantie was geopereerd, overleden is met longmetastasen, terwijl zij ook recidief in de amputatiestomp had. Al onze met amputatie behandelde patiënten zijn dus gestorven. Daar ook in de literatuur de prognose na amputatie uiterst somber blijkt te zijn, menen wij, dat deze mutilatie niet in eerste instantie gewettigd is, indien de lokalisatie en uitbreiding van het gezwell zodanig is, dat er technisch een ruime excisie kan plaatsvinden. Deze opvatting wordt ook verdedigd door vooraanstaande Amerikaanse auteurs, zoals PACK (1950) en LICHTENSTEIN (1955). In vele gevallen ontbreekt de mogelijkheid van lokale excisie, zoals bij de patiënt van OORT; amputatie zal dan moeten worden overwogen, indien metastasering niet is aangetoond.

De resectievlakken van het operatiepreparaat dienen histologisch onderzocht te worden om de radicaliteit van de operatie vast te stellen. Wij bestrijden de mening van OORT, dat de neiging tot vroege metastasering een dwingende reden voor amputatie zou zijn. Integendeel, een dergelijke omstandigheid dwingt de behandelende arts tot grotere terughoudendheid ten aanzien van verminkingen die de prognose niet of nauwelijks verbeteren, doch een niet te onderschatten psychische belasting voor de patiënt betekenen.

Literatuur: LICHTENSTEIN, L. (1955) *Cancer* **8**, 816. —
PACK, G. T. en S. H. ARIEL (1950) *Surgery* **28**, 1047.

Rotterdam, 21 januari 1959

A. KASTELEIN
J. A. M. VAN UNNIKSYMPTOOMARME LONGINFILTRATEN¹

In zijn artikel beschrijft DIJKSTRA (1958) vijf patiënten met symptoomarme longinfiltraten van onbekende etiologie. Twee werden wegens vermoeden van maligniteit geopereerd, maar de oorzaak van de infiltraten werd niet gevonden. Bij de drie andere (van wie twee aan astma leden) verdwenen de infiltraten vanzelf en werden als oorzaak bronchospasmus of „bronchospastische factoren” aangenomen. Door de vorming van een zeer taai slijm zouden de bronchi verstopt geraken, waardoor atelectase en pneumonitis zou ontstaan. Vooral in de beide gevallen die bij astmatici voorkwamen, is deze verklaring zeer aannemelijk.