

advies. Het gebrek aan logica in zijn redenering daargelaten, zou het toch wel nuttig zijn, van de commentator te vernemen, of de door hem gepropageerde, „meest rationele” behandeling: psychotherapie, sedativa, advies „het kalm aan te doen” (hoe moet de patiënte dit opvatten?) en coïtusverbod wél op een betrouwbaar onderzoek steunt, dit in tegenstelling tot de volgens hem waardeloze hormonotherapie.

In de laatste alinea's wordt gesteld, dat de moderne gestagenen schadelijk kunnen zijn, bij voorbeeld door hun viriliserend effect op de foetus. Voor sommige dezer stoffen is dit inderdaad het geval en deze zijn om die reden ongeschikt voor langdurige of hoog gedoseerde toediening tijdens de zwangerschap. Maar kan de commentator ook gegevens verstrekken, waaruit blijkt, dat bij voorbeeld Gestanon een dergelijk gevaar oplevert?

Tenslotte moge nog opgemerkt worden, dat een enkel woord over de habituele abortus in dit commentaar niet misplaatst zou zijn geweest. Deze neemt in dit verband toch wel een afzonderlijke plaats in.

Literatuur: Commentaar (1962) *Ned. T. Geneesk.* 106, 839.

Haarlem, 24 april 1962

D. BLOEMERS

Het is ons niet duidelijk waarom collega BLOEMERS het verbazingwekkend noemt dat een arts het nuttige effect van een geneesmiddel bewezen wil zien, alvorens het op grote schaal toe te passen, vooral wanneer het een geneesmiddel betreft waarvan nadelige bijwerkingen inmiddels wél aan het licht gekomen zijn. De bewijslast omkeren en een middel (ut aliquid . . .) blijven gebruiken totdat met zekerheid is vastgesteld dat het nooit helpt, is ten hoogste toelaatbaar zolang schadelijke bijwerkingen onwaarschijnlijk zijn te achten.

In de tweede alinea van zijn stuk verwijt collega BLOEMERS ons, behandeling van abortus imminens te verwerpen en tegelijk een behandelingsadvies te verstrekken. Het was inderdaad duidelijker geweest wanneer wij resp. van therapie en van behandeling gesproken hadden. Het is nu eenmaal zo, dat van een geneesheer ook dan een behandeling geëist wordt wanneer de mogelijkheid tot het instellen van een causale therapie onmogelijk is. Onder dergelijke omstandigheden moet bij de behandeling het „non nocere” vooropstaan, terwijl verder zoveel mogelijk palliatie nagestreefd dient te worden. Welnu, de patiënte met bloedverlies tijdens de zwangerschap wordt over het algemeen ongerust en heeft dus recht op voorlichting en het geven van inzicht in haar situatie (psychotherapie, eventueel ondersteund met sedativa). Zij zal in een deel der gevallen onherroepelijk een abortus krijgen, vandaar het advies om voorlopig thuis te blijven om niet onder zeer onplezierige omstandigheden door het in gang komen van de abortus overvallen te worden. Absolute bedrust is hierbij niet noodzakelijk; vandaar dat wij spraken van „het kalm aan te doen”. De patiënte heeft, zolang er bloedige afscheiding is een verhoogde kans op infectie, vooral wanneer de abortus onverhoopt mocht doorzetten; vandaar het coïtusverbod. Al deze maatregelen vloeien zo rechtstreeks voort uit algemeen bekende medische feitelijkheden, dat de gynaecoloog BLOEMERS hier toch wel de indruk maakt naar de bekende weg te vragen.

Wij hebben in ons commentaar gewezen op het feit dat van talrijke synthetische, oraal werkzame gestagenen een viriliserend effect is aangetoond en op grond daarvan tot voorzichtigheid gemaakt met het gebruik van al deze, onderling zo verwante middelen. Dit temeer omdat wij telkens weer ervaren, hoezeer de substraatgevoeligheid uiteenloopt, en eenzelfde middel bij verschillende patiënten zeer verschil-

lende reacties kan teweegbrengen. Dit geldt in hoge mate voor het verschijnsel van virilisatie.

De behandeling van patiënten met habituele abortus neemt inderdaad een afzonderlijke plaats in. Bij hen gaat het niet om een behandeling van patiënten, die in de eerste 16 weken van de graviditeit bloed verliezen, maar om patiënten die op grond van een aantal achtereenvolgende miskramen vrezen dat ook een nieuwe zwangerschap weer in een abortus zal eindigen. Zij stellen zich dikwijls al vóór de zwangerschap onder onze behandeling. De mogelijkheden tot onderzoek zijn hierbij veel omvangrijker. Wij meenden dan ook de behandeling van habituele abortus niet met een enkel woord te kunnen afdoen, en niet met het probleem van de abortus imminens te moeten vermengen.

Amsterdam, 25 mei 1962

REDACTIE

ERNSTIGE REACTIES OP LANGWERKENDE SULFONAMIDEN

In het referaat over ernstige reacties op langwerkende sulfonamiden is helaas een fout geslopen. De alinea over de 6 gevallen van dodelijke afloop en ernstige hepatitis en een aplastische anemie betreffen niet sulfadimethoxine (Madribon), doch sulfamethoxy-pyridazine. Voor zover mij bekend is, zijn er van Madribon geen gevallen met dodelijke afloop beschreven.

Literatuur: Referaat (1962) *Ned. T. Geneesk.* 106, 1100.

's-Gravenhage, 28 mei 1962

H. A. VAN GEUNS

DE RESULTATEN VAN CYTOLOGISCH ONDERZOEK BIJ 702 PATIËNTEN MET MALIGNIE BRONCHUS- OF LONGGEZWELLEN

In het artikel van LOPES CARDOZO c.s. (1962) wordt gesteld, dat de schrijvers door het toepassen van cytologisch onderzoek op transtracheaal of transbronchiaal verkregen punctiemateriaal bij maligne bronchus- of longgezwollen, geen behoefte hebben aan biopsie volgens Daniels, noch aan mediastinoscopie. Inderdaad zijn de getallen die de schrijvers presenteren, bijzonder fraai, maar hun uitspraak doet onrecht aan de daniels-biopsie en de mediastinoscopie als onderzoeksmethoden.

De daniels-biopsie (1949) is een biopsie van de klieren in het pre-scalenaire vet (FOLEY 1956) en juist als deze klieren niet palpabel zijn, dus niet gepuncteerd kunnen worden kan een punctaat eruit informatie geven over de aard en de uitgebreidheid van intra-thoracale processen (SEGHERS 1954; GAURIE 1959; HIGGINS 1959, enz.). Bovendien is het verwijderen van palpabele klieren boven de clavicula niet identiek met een daniels-biopsie!

CARLENS (1959) geeft aan, dat hij mediastinoscopie toepast om de operabiliteit te beoordelen bij longcarcinomen, ten einde bij inoperabiliteit een onnodige thoracotomie te voorkomen. De mediastinoscopie kán gebruikt worden om diagnostische redenen bij onbekende ziekteprocessen, maar bij longcarcinoom gebeurt dit in de meeste gevallen om de operabiliteit te onderzoeken en niet in de eerste plaats om de pathologisch-anatomische diagnose te stellen.

De schrijvers vermelden dat zij op een niet geselecteerd materiaal, komen tot 39 van de 118, dat is 33 pct aantoonbare mediastinale metastasen, door toepassing van de transtracheale en transbronchiale punctie. Hierbij wordt niet vermeld of de diagnose op andere wijze al vaststond; ook niet of er in deze groep patiënten waren die om welke reden dan ook inoperabel waren.

In de Amsterdamse Chirurgische Universiteitskliniek van het Wilhelmina-Gasthuis (hoofd: Prof. Dr. I. BOEREMA), heb-