

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bespoediging van plaatsing behoudt de Redactie zich het recht voor, de stukken te bekorten)

HET GEBRUIK VAN NEUROLEPTICA IN EEN DOSIS PER DAG

Het door collega LIT (1963) beschreven experiment noopt mij ondanks het door hem beschreven succes tot de volgende aantekeningen:

Toediening van medicamenten in één dosis per dag heeft ongetwijfeld bepaalde voordelen, zowel klinisch als farmacologisch. Bij de huidige onderbezetting waaronder vele psychiatrische klinieken gebukt gaan, betekent een vrijmaken van ongeveer 12 zusters voor ander werk echter: met 12 zusters minder toe kunnen. Bij dubbel-blind uitgevoerde experimenten is gebleken dat de aandacht van het verplegend personeel, dat van een bestaande proefneming op de hoogte was, een niet te onderschatten factor was, welke zijn invloed op de resultaten had.

Dit bezwaar geldt temeer, als ook de patiënten worden ingelicht over de achtergrond van de aangebrachte verandering. Het experiment van collega LIT zou overtuigender geweest zijn, indien de patiënten door toediening van placebo-tabletten des morgens en des middags niet op de hoogte zouden zijn geweest van een verandering in hun medicatie. Indien 8 van de 36 patiënten onrustig werden zou ik zelfs kunnen stellen dat dit wellicht een aanwijzing is om te overwegen of een driemaal daags toegediend medicament ook niet een vehiculum is voor een overdrachtsrelatie. Dit laatste kan een verklaring zijn voor de waarneming dat zij alle 8 weer meer dan de oorspronkelijke dosis nodig hadden.

Deze aantekeningen beogen geenszins collega LIT te ontmoedigen om voort te gaan op de door hem ingeslagen weg. Het lijkt mij echter niet juist, de bewijzen voor zijn overigens acceptabele veronderstelling te putten uit de ervaringen van patiënten, die aan een verandering van hun medicatie werden blootgesteld. Temeer daar een aantal van hun paviljoengenoten geen merkbare verandering in de medicatie ondervond.

Literatuur: LIT, A. C. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 16.

Leiden, 16 januari 1957 J. L. TH. M. VERECKEN

BEHANDELING VAN CARCINOMA IN SITU VAN DE CERVIX UTERI

Het is van zeer groot belang dat collega MASTBOOM (1963) zijn zo zorgvuldig bewerkte gynaecologische gegevens over het carcinoma in situ van de cervix uteri heeft gepubliceerd.

Tussen het in het Centrale pathologisch-anatomisch Laboratorium te Rotterdam, voor Rotterdam en omgeving verzamelde materiaal en uit dat van de gynaecologische afdeling van het ziekenhuis van den H. Joannes de Deo te 's-Gravenhage blijken verschillen en overeenkomsten te bestaan. Tabel I vermeldt de frequenties.

TABEL I. FREQUENTIE

Plaats	Periode	Carcinoma in situ + carcinoma infiltr. (totaal)	Carcinoma in situ (alleen)	Carcinoma in situ in het van het totaal
's-Gravenhage	1957 t.m. 1961	197	39	20
Rotterdam	1958 t.m. 1960	478	66	14

De mogelijk statistisch significante verschillen in frequentie kunnen berusten op een verschil in samenstelling van het grondmateriaal of op een verschil in afgrenzing van het be-

grip carcinoma in situ. Tabel II geeft een overzicht van de gevallen waarin de diagnose carcinoma in situ moest worden gewijzigd in infiltrerend carcinoom.

TABEL II. DIAGNOSE CARCINOMA IN SITU GEWIJZIGD IN INFILTREREND CARCINOOM

Plaats	Periode	Aanwankelijke diagnose Ca	Latere diagnose infiltr. Ca	Diagnose gewijzigd in infiltr. Ca	
		in situ (aantal)	(aantal)	„Beginnend”	Infiltrerend
's-Gravenhage	1957 t.m. 1961	54	15	6	9
Rotterdam	1958 t.m. 1960	63*	3	3	0

*Drie gevallen, waarin het carcinoma in situ een toevallsbevinding was in een om andere redenen verwijderde uterus, zijn weggelaten, omdat daar van een latere diagnose geen sprake kon zijn.

Beperkt men de gegevens over de gewijzigde diagnoses tot de gevallen waarin door uterusextirpatie uitvoerige morfologische controle kon geschieden, dan blijkt het volgende (tabel III):

TABEL III. DIAGNOSE CARCINOMA IN SITU GEWIJZIGD IN INFILTREREND CARCINOOM

Plaats	Periode	Aanwankelijke diagnose carcinoma in situ		Bij uterusextirpatie diagnose gewijzigd in infiltrerend carcinoom	
		Totaal aanta	Aantal uterus-extirpatie	„Beginnend”	Infiltrerend
's-Gravenhage	1957 t.m. 1961	54	46	6	9
Rotterdam	1958 t.m. 1960	63	42	3	0

De verschillen bij „beginnende infiltrerende groei” kunnen berusten op de afgrenzing van het begrip carcinoma in situ en het al of niet daarin opnemen van de „micro-invasie”. Bij het infiltrerend carcinoom (zonder beperkende toevoeging) is dit niet het geval.

Een punt van overeenkomst tussen het Haagse en het Rotterdamse materiaal vormt de hoge frequentie van carcinoma in situ in het uterusextirpatiepreparaat (tabel IV).

TABEL IV. CARCINOMA IN SITU (ALLEEN), GEVALLEN VAN UTERUSEXTIRPATIE

Plaats	Periode	Aantal	Wel carcinoma in situ	Geen carcinoma in situ
's-Gravenhage	1957 t.m. 1961	30*	21	9
Rotterdam	1958 t.m. 1960	39	34	5

*Primair operatief behandelde gevallen

Het lijkt, dat uit de Haagse getallen naar voren komt, dat zelfs de exconisatie diagnostisch en therapeutisch te kort schiet. Daarbij moet nú de nadruk vallen op de ontoereikendheid van de exconisatie voor volledige beoordeling (op infiltrerend carcinoom) van alle plaatsen waar het carcinoma in situ in de portio aanwezig bleek. De beoordeling van de vagina-manchet bleef daarbij nog buiten beschouwing.

Op grond van het Rotterdamse materiaal lijkt observatie in de daartoe geëigende gevallen nog altijd gerechtvaardigd. De observatie in tijd, met herhaalde proefexcisies, met waarderding van histologische en in het bijzonder ook van cytologische kwalitatieve veranderingen gaf geen aanleiding tot