

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.

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

ongeeoorloofd tijdverlies. Het lijkt mogelijk, speciaal door cytologisch onderzoek, gewaarschuwd te worden voor wijziging van karakter van het carcinoma in situ (A. L. C. SCHMIDT). Bij de onmogelijkheid tot beoordeling van manifeste infiltrerende groei op alle plaatsen waar het carcinoma in situ zich kan bevinden, biedt de cytologie een algemener overzicht, waarvan dankbaar gebruik gemaakt mag worden. Op 1 februari zal het mogelijk zijn, het Rotterdamse materiaal over 1961 en 1962 in bewerking te nemen. Wanneer de bewerking daarvan is afgesloten, zouden wij door bespreking van dit materiaal en naar ik hoop ook van het Haags over 1962, willen trachten een dieper inzicht te krijgen in de gebleken verschillen. Een tweede niet gering te schatten voordeel daarvan zou zijn, dat wij in het eigen Nederlandse milieu zouden kunnen leren begrijpen waarop de toch ook in de literatuur vermelde uiteenlopende ervaringen berusten.

Literatuur: MASTBOOM, J. L. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 108.

Rotterdam, 21 januari 1963

C. B. F. DAAMEN
A. L. C. SCHMIDT

HYPEROSTOSIS CORTICALIS GENERALISATA

In het artikel van VAN BUCHEM, HADDERS, HANSEN en WOLDRING (1963) over hyperostosis corticalis generalisata vond ik bij de differentiële diagnose niet vermeld „Paget's disease of the bones”. Gaat deze misschien schuil onder de wel genoemde ziektebeelden?

Literatuur: BUCHEM, F. S. P. VAN, H. N. HADDERS, J. F. HANSEN en M. G. WOLDRING (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 64.
Rotterdam, 19 januari 1963

J. H. DE VRIEZE

Hyperostosis corticalis generalisata behoort tot de ontwikkelingsstoornissen van het skelet en daarom zijn bij de differentiële diagnose voornamelijk andere ontwikkelingsstoornissen van het skelet besproken. Bovendien is het verschil met „Paget's disease of the bones”, wat het klinische en anatomische beeld betreft, zo groot, dat het ons overbodig leek, deze ziekte in de differentiële diagnose te betrekken.

Haarlem, 28 januari 1963

F. S. P. VAN BUCHEM

AMBULANTE BEHANDELING VAN TUBERCULOSE

Wanneer men een nieuwe behandelingsmethode wil aanbevelen, waarbij men tevens oude methoden, die onbetwistbaar hun nut bewezen hebben, categorisch verwerpt, moet men zijn beweringen met doorslaggevende argumenten staven. Deze nu ontbreken m.i. volkomen in het artikel van collega HOEFNAGELS (1963). De argumenten die hij aanhaalt, zijn voor een groot gedeelte gebaseerd op onvoldoende en onjuist geciteerde gegevens uit de literatuur, op een aantal volkomen in de lucht hangende premissen, en ze worden in het geheel niet gesteund door zijn eigen ervaringen met deze behandelingsmethode.

Zo vond NAUTA in 1946 bij 26 pct van 309 herstelde patiënten met een caverneuze longtuberculose, een verdwijning van alle cavernen enkel door bedrustbehandeling, en bovendien nog bij 8 pct van deze patiënten een spontane caverne-genezing van meer dan de helft der aanwezige cavernen, d.w.z. dat hij bij 34 pct der gevallen en niet bij 17 pct zoals collega HOEFNAGELS opgeeft, spontane caverneverdwijning vond, enkel door een goed geleide bedrust.

Verder blijkt uit tabel 36 van het door HOEFNAGELS aangehaalde proefschrift van GRIEP, dat de bedrust wel degelijk invloed heeft op de prognose van de open longtuberculose. GRIEP komt dan ook tot de conclusie (bl. 69 en 70): „Dui-

delijk is de sanatoriumkuur in het voordeel boven de thuiskuur. Niet alleen sterven er van de sanatoriumpatiënten minder, zij leven ook belangrijk langer”. „Hoe langer de sanatoriumkuur duurt, des te beter de levenskansen van de lيدر”.

Het gehele artikel van collega HOEFNAGELS is doorspekt met uitdrukkingen: „Ik meen . . . Ik ben van mening . . . Men krijgt de indruk . . . Het is mogelijk . . . Persoonlijk meen ik dat . . . enz.”, terwijl een gehele alinea gewijd wordt aan de onbewezen bewering, dat lichaamsbeweging gunstig zou werken op de genezing der tuberculose.

Als voordelen van de ambulante behandeling meent collega HOEFNAGELS hoofdzakelijk ten dele vermeende nadelen van de sanatoriumbehandeling te moeten signaleren. Argumenten ten nadele van de ambulante behandeling worden nauwelijks aangevoerd.

Wat de tuberculose betreft, heeft Nederland de laagste morbiditeits- en mortaliteitscijfers der gehele wereld, welke zelfs nog zeer gunstig liggen ten opzichte van die uit de ons omringende landen. Maar wat nog belangrijker genoemd mag worden, is, dat primaire besmettingen met resistente bacteriën bij ons nagenoeg niet voorkomen. Dit in tegenstelling tot die landen, waar de ambulante behandeling of nolens volens, zoals in België en Frankrijk, of door de longartsen zelf is ingevoerd, zoals in Engeland. Om maar niet te spreken van de landen in ontwikkeling, waar dit probleem van de resistente bacteriën de gehele tuberculosebestrijding illusoor dreigt te maken.

Zelfs uit het zo dikwijls geciteerde, uitermate nauwkeurig opgezet en uitgewerkte controle-onderzoek in Madras blijkt dat bij de thuis kurende patiënten meer resistentie is voorgekomen dan bij hen die in het sanatorium kuurden.

Voor een juiste beoordeling van een bepaalde behandelingswijze, zeker bij een ziekte als de tuberculose, moet men vergelijkingscijfers hebben met een ongeveer gelijkwaardig samengestelde controlegroep. Het moet op een groot consultatiebureau als dat van Amsterdam zeker mogelijk geweest zijn, reeds vanaf de aanvang van de ingestelde ambulante behandeling een dergelijke controlegroep samen te stellen.

Wanneer collega HOEFNAGELS deze weg bewandeld zou hebben, zou hij zeker de tijd nog niet gekomen achten in het openbaar te treden met zijn categorische uitspraak dat nu reeds sanatoriumbehandeling overbodig is. Op zijn hoogst zou hier een voorlopige mededeling van de resultaten op zijn plaats geweest zijn, met een conclusie dat een behoorlijk wetenschappelijk opgesteld onderzoek naar de waarde van de ambulante behandeling gewettigd lijkt.

De opmerking „Indien men zelf nalaat, proeven te nemen, zal men met die van anderen rekening moeten houden” heeft alleen zin als de gedane proeven werkelijk bewijskracht hebben. Dat 39 van de 55 ambulante behandelde patiënten genezen zijn, waarvan uit de groep met cavernen slechts 8 van de 15, levert m.i. dit bewijs in geen dele.

Ook heeft de schrijver de nota genegeerd, die door een commissie van de Gezondheidsraad op 14 juli 1961 aan de Minister van Sociale Zaken is aangeboden en aan alle longartsen is toegezonden. Hierin wordt met klem aangeraden, gezien de tegenwoordige stand der tuberculosebestrijding in Nederland, alle patiënten bij wie de C.B.-arts behandeling met tuberculostatica gewenst acht, ter observatie naar een sanatorium te zenden waar dan, na instelling van een adequate medicamenteuze therapie, na enige maanden besloten zal worden, of voortzetting der sanatoriumkuur gewenst is dan wel of de patiënt verder ambulante behandeld kan worden.

Tenslotte wil ik met nadruk protesteren tegen de zinsnede