

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 Haagse 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

waarin de schrijver doet voorkomen dat sanatorium-indicatie alleen nog gesteld zal worden door C.B.-artsen, die geen tijd hebben om een ambulante behandeling door te voeren. Dit werpt een onverdiende blaam op de vele C.B.-artsen die principieel tegen de ambulante behandeling op grotere schaal — *hic et nunc* — gekant zijn, en die zeker al hun tijd beschikbaar zouden stellen als zij van de waarde hiervan overtuigd waren.

Literatuur: HOEFNAGELS, L. H. A. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 59.

Groesbeek, 15 januari 1963

A. M. W. HEKKING

Volgens de dissertatie van NAUTA genazen 80 van de 473 patiënten zonder cclaps-behandeling, dus iets onder de 17 pct. Bij 24 of 5 pct (!) verdwenen sommige cavernen, doch voor de resterende cavernen was collaps-behandeling noodzakelijk. Bij 205 had bedrust in het geheel geen invloed op op het verdwijnen der cavernen. De overigen (35 pct!) genazen niet.

Sanatorium-patiënten zijn een geselecteerde groep, bereid om ter genezing offers te brengen, en velen van hen blijven zich ook na de kuur in acht nemen. Er is geen enkel bewijs dat het met deze soort mensen slechter ging vóór de instelling van de intensieve rustkuur. Indien men vergelijkt, moet men met gelijkwaardige groepen vergelijken. Het feit blijft onveranderd bestaan dat de invoering van de intensieve rustkuur geen verandering in het verloop van de sterfte kon teweegbrengen, dit in tegenstelling tot de tuberculostatica.

Inderdaad is het ontstaan van resistente stammen (inclusief de primair resistenten) van zeer groot belang, en dit hangt voor een groot deel ervan af, hoe de patiënten hun medicijnen innemen. In Frankrijk en België schijnt dit lang niet altijd goed geregeld te zijn. In Engeland is de situatie beter. In de King Edward VII Sanatorium Conference 1962 meenden sommige sprekers dat het probleem der primaire resistentie welmeeviel; volgens een autoriteit als MITCHISON echter was er vrijwel zeker een vermeerdering, maar waren zij „still in a quite safe position”. Ook ASPIN en CROSS (1962) geven (bv. in fig. 5) wel een zeer geruststellende mededeling.

Na „statistical standardization” bleek in Madras dat er geen verschil bestond in de resultaten, behalve dat de vrouwen bij de ambulante behandeling er bij het einde der kuur bacteriologisch slechter voorstonden. Voor de resistentie is, mede wegens de kleine getallen, deze standaardisatie niet toegepast. Buitendien is het bekend dat van deze vrouwen velen wel bijzonder slecht hun geneesmiddelen innamen.

Het grote bezwaar tegen ambulante behandeling is de kans dat de patiënten de geneesmiddelen niet goed innemen. Een goede voorlichting en controle is noodzakelijk. De welwillenden (de vroegere sanatorium-patiënten) nemen de geneesmiddelen wél goed in en van de rest komt nog merkwaardig veel goed terecht.

Terecht of ten onrechte hebben wij gemeend, dat het in Amsterdam niet mogelijk was, controleproeven in te stellen.

Het is bevooroordeeld te zeggen dat slechts 39 van de 55 ambulante behandelde genezen zijn. Het is mij bv. niet duidelijk, waarom een succesvolle operatie na een voorbehandeling in een sanatorium als een genezing meetelt en niet na een ambulante voorbehandeling. Doch zoals bekend is, bewijzen cijfers zonder controlegroep weinig of niets, het heeft dus geen zin over de al of niet gunstige resultaten te debatteren.

Zoals ik al opmerkte, lijkt mij initiële opname in het algemeen niet gewenst. Het zou interessant zijn te weten hoeveel patiënten collega HEKKING na ongeveer 4 maanden ont-

slagen heeft voor verdere ambulante behandeling en hoe het met hen nu gesteld is.

Het is mij niet duidelijk, hoe men „principieel” tegen ambulante behandeling kan zijn. Men is er tegen óf omdat er bewijzen zijn tegen, óf om organisatorische redenen. Het is mij ook niet duidelijk, waarom er geprotesteerd moet worden tegen de veronderstelling dat sommige consultatiebureau-artsen het zo druk zouden kunnen hebben dat zij er geen extra taak bij kunnen nemen.

Amsterdam, 28 januari 1963

L. H. A. HOEFNAGELS

In het artikel van collega HOEFNAGELS (1963) worden een aantal stellingen geponeerd, die mij tot enkele opmerkingen aanleiding geven.

Hoe weet de auteur, dat de afwijkingen die de schermbeeldfoto's tonen, afkomstig zijn van een vroeger doorgemaakte longtuberculose? Ik leerde dat men op een thoraxfoto alleen, geen diagnose mocht stellen. Wij weten toch, dat niet-specifieke longafwijkingen soms genezen met resten, die van een herstelde longtuberculose niet te onderscheiden zijn. Ongetwijfeld zullen er mensen zijn, die een niet herkende tuberculose zonder therapie hebben overwonnen, maar hoe velen zijn er geweest, bij wie dit niet het geval was. Van hen ziet men geen schermbeeldfoto's meer!

In zijn betoog tracht collega HOEFNAGELS ons duidelijk te maken dat de machtige chemotherapeutische middelen van thans de bedrust overbodig maken. De artsen, die hun patiënten naar een sanatorium zenden, berokkenen hun veel leed en ook na de sanatoriumtijd zijn er moeilijkheden te vrezen. En dat, terwijl dit alles niet meer nodig is. Hij doet voorkomen alsof er consultatiebureau-artsen zijn, die hun patiënten deze lijdensweg hadden kunnen besparen als zij maar meer tijd en geschoold personeel hadden. Hij zegt niet, dat lang niet alle consultatiebureau-artsen zijn standpunt delen en dat er velen zijn die nog steeds een goede sanatoriumbehandeling als de beste vorm van therapie beschouwen. (Zie het jaarverslag 1961 van de Nederlandse Sanatorium Verzekering, tabel 17: genezen en verbeterd 92 pct van alle gevallen — alle vormen). In de samenvatting stelt collega HOEFNAGELS „Bedrust en (of) verpleging in een inrichting is overbodig, ook ter inleiding van de therapie”.

De jaarverslagen van het consultatiebureau Amsterdam waaraan collega HOEFNAGELS verbonden is, zijn in deze interessant.

Jaar	Alle gevallen	Sanatorium-uitzending	Pct
1957	638	369	58
1958	582	302	52
1959	576	292	51
1960	434	238	55
1961	453	256	56

Hieruit blijkt mij duidelijk dat zijn opvatting niet wordt gestaafd door cijfers uit de praktijk. Zijn resultaten bij een zeer klein materiaal zijn evenmin overtuigend. Van 55 patiënten met longtuberculose die hun behandeling geheel of gedeeltelijk beëindigd hadden, zijn er 39 (= 71 pct) genezen. Met een dergelijk resultaat was een Nederlands sanatorium-directeur vóór 1940 zeer tevreden, thans zeker niet. Ik geloof dat in een aantal zeer scherp geselecteerde gevallen waarbij naast het ziekteproces ook de sociale factoren een belangrijke invloed kunnen hebben, ambulante therapie in aanmerking kan komen. Ik ben echter van mening, dat deze ambulante therapie niet in de plaats kan en mag komen van een sanatoriumbehandeling, wanneer men niet op dezelfde of betere resultaten kan wijzen.