

sultaten, goede of slechte, vermelden van het onderzoek over de door hem genoemde cytostatica. (Bij één serie onderzoeken is gebleken dat aanvankelijk thiotepa in te grote dosis werd toegepast; de dosis is nadien verminderd).

Het bleek dat ook zijn statistiek niet juist was opgezet. Immers de door hem gebruikte middelen zijn uiterst gevaarlijk bij vergevorderde longtumoren. De statistiek betrof alle soorten bronchuscarcinomen in alle stadia; wij moeten dus aannemen dat vele slechte gevallen schade van de therapie hebben ondervonden. Indien behandeling met gevaarlijke cytostatica een gelijk resultaat heeft als het nalaten van behandeling, ben ik geneigd te concluderen dat zelfs met deze groep ongeëigende cytostatica, niet optimaal toegepast, bij juiste indicatie een verbeterde prognose duidelijk is. Deze conclusie werd dan ook door een belangrijk deel van de vergadering getrokken.

ESCHER moest toen in het debat wel toegeven, dat hij niet verder mocht gaan dan te zeggen, dat de door hem genoemde cytostatica, op zijn manier gebruikt, in zijn statistiek geen effect tonen. Hoe slecht de resultaten van ESCHER zijn, blijkt wel uit het feit dat al na drie maanden 50 pct van zijn patiënten is overleden.

KARRER uit Wenen, ons in Nederland goed bekend, vermeldde de laatste gegevens van de uitgebreide Weense statistieken; volgens hem moet de behandeling met cytostatica langdurig worden voortgezet. Bij een langdurig en geregeld gebruik van middelen zoals Endoxan is de prognose veel beter dan bij een kortdurende behandeling. Het blijft de vraag of men het in kuren moeten geven of continu moet toedienen.

Het congres was goed georganiseerd, zonder overdreven druk te zijn, zodat men onder elkaar rustig kon praten. In de Duitssprekende landen komt er van een discussie niet veel terecht. Degeen die zich voor een discussie opgeeft, houdt een eigen toespraak die vaak niets te maken heeft met de voordracht. Vragen werden eigenlijk door de Duitsers niet gesteld.

Het is voor mij als clinicus onmogelijk, alle mededelingen naar waarde te schatten. Voor een niet onbelangrijk deel gingen ze mijn bevattingsvermogen te boven, maar het was uitermate nuttig te horen wat er gaande is. Ik betreurt het dan ook, dat zo weinig landgenoten hier hun belangstelling hebben getoond.

Utrecht, juli 1963

R. L. BAART DE LA FAILLE

INGEZONDEN

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

NEFROPEXIE

Het artikel van collega HOUTAPPEL (1963), dat bedoelt, de weg te wijzen bij de indicatie tot operatieve behandeling van een afwijking waarvan de klinische betekenis zó zeer omstreden is, heeft naar mijn gevoel een aantal vraagtekens niet kunnen wegnemen.

Ik lees op bl. 2039 dat het voor de clinicus „het meest eenvoudige” is, een onderscheid te maken tussen de benigne of asymptomatische ptosis en de ptosis met symptomen. Jawel, daar gaat het nu precies om! Dat is allemaal niet zo gemakkelijk als men weet dat „een beweeglijkheid van een nier over 4 cm fysiologisch is” (bl. 2038), dat „de ernst van de symptomen merkwaaardigerwijze niet parallel gaat met de graad van de ptosis” (bl. 2038) en dat ook een geringe ptosis zeer hevige klachten kan veroorzaken, terwijl zelfs een derde-gradsptosis, als de urine-afvoer ongestoord is, symptomeloos kan blijven (bl. 2039).

Collega HOUTAPPEL stelt dat klachten kunnen worden veroorzaakt door belemmerde urine-afvoer en „overrekking” van de vaatsteel. Dit laatste nu kan heel goed waar zijn, maar in feite is het een door niets bewezen hypothese; een gestoorde urine-afvoer zou men inderdaad objectief moeten kunnen vaststellen. De schrijver meent dat dit door retrograde pyelografie in liggende en staande houding (met herhaling na ten minste 15 minuten) goed mogelijk is.

Zijn foto's zijn voor de diagnose nephroptosis en de geslaagde operatieve correctie overtuigend. Waarom deze ptosis echter aanleiding zou hebben moeten geven tot klachten ziet men niet zo gemakkelijk. Jammer genoeg worden geen foto's afgebeeld die na 15 minuten zijn vervaardigd en die de gebrekkige ontleding van het pyelum zouden hebben kunnen aantonen. Bij twee van de vijf patiënten ziet men heel fraai het verschijnsel van de „horizontale vloeistofspiegel” in het pyelum. Collega HOUTAPPEL zelf deelt mede dat deze vloeistofspiegel niet verschijnt wanneer door peristaltiek de urine en de contrastvloeistof in het pyelum goed worden gemengd. Waarom, zo vraagt men zich af, dit verschijnsel dan per se als bewijs gezien van een belemmering van de afvoer? Zou het niet even goed kunnen worden opgevat als teken van gebrekkige peristaltiek? De dynamiek van pyelum en ureter is uiteraard van groot belang voor de urine-afvoer. Deze wordt, zo lijkt mij, toch niet uitsluitend of in hoofdzaak bepaald door een grotere of kleinere kronkel waarin de ureter ligt zolang er geen werkelijke stenose bestaat (zoals bij fixatie door een aberrerend vat (patiënte E). N.B. bij patiënte D is de knik in de ureter in liggende houding veel sterker dan in staande houding! Dit toch lijkt volstrekt in tegenspraak te zijn met de door de schrijver gehuldigde theorie!).

Bij twee van de vijf patiënten (D en E) zou een over zijn hele beloop abnormaal (?) wijde ureter erop kunnen wijzen dat er met de dynamiek van pyelum en ureter wellicht meer aan de hand was dan een stoornis, die aan de ptosis van de nier werd toegeschreven.

Ik vind het jammer dat collega HOUTAPPEL in géén van de ter illustratie aangeboden gevallen niet tevens de linker („gezonde”) nier heeft gefotografeerd in staande houding. Het feit dat de patiënt daar geen last had, sluit het bestaan van een „benigne” ptose toch niet uit en, wie weet, was hier misschien ook wel eens een „horizontale vloeistofspiegel” gevonden. In dat geval zou zo'n „afvoerstoornis” toch in een ander licht zijn komen te staan. Ik weet wel dat dit allemaal geheel speculatief is, en misschien werd dit door collega HOUTAPPEL ook wel degelijk onderzocht, maar ik had de uitkomsten dan ook graag vermeld willen zien.

Tenslotte nog dit: Collega HOUTAPPEL zegt, verleden jaar niet minder dan 20 nefropexiën te hebben verricht, een ook voor een grote urologische praktijk opmerkelijk groot aantal. Het lijkt mij niet onredelijk aan te nemen dat zijn ervaring in totaal over veel meer, misschien wel vele tientallen gevallen gaat. Waarom dan niet wat uitvoeriger medegedeeld hoe de resultaten waren? Men leest alleen dat de door de schrijver aanbevolen techniek van Deming „in de meeste gevallen” met goed resultaat werd toegepast (bl. 2043). Wat wordt hiermee bedoeld? Was de nephroptosis naar genoegen van de operateur opgeheven? Of was de patiënt (blijvend?) van zijn klachten bevrijd?

Ik kom na bestuderen van dit artikel tot een oude conclusie en zou er toch een waarschuwing aan willen verbinden: De waardering van de klinische betekenis van een nephroptosis en daarmee het stellen van de indicatie tot deze operatieve behandeling blijft een moeilijke en verantwoordelijke zaak.

Nefropexie op onjuiste indicatie uitgevoerd, is onnut en

schadelijk. Een reveil van deze behandelingsmethode door in de urologie minder ervarenen dan collega HOUTAPPEL zou waarschijnlijk geen vooruitgang, maar een stap terug blijken te zijn.

Literatuur: HOUTAPPEL, H. C. E. M. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 2038.

Rotterdam, 8 november 1963

M. W. VAN WEEL

MEDISCHE TERMINOLOGIE

Helaas moeten wij constateren, dat de toenemende algemene „vervlakking” ook in de medische termen is doorgedrongen. Kon ik indertijd (dit *Tijdschrift* 1959, bl. 285) aanmerking maken op de misvorming „faecoliet”, nú voel ik mij gedrongen de in de jongste jaargang (1963, bl. 2028 e.v.) te vinden termen „renografie, renogram” te signaleren. Deze uit het Latijnse ren, renis = nier en het Griekse graphēin = schrijven samengestelde woorden zouden toch, naar analogie van de ingeburgerde zuivere benamingen nephritis (van het Griekse nephros = nier), nephrolithiasis, nefrotomie enz., veel beter kunnen luiden nefrografie resp. nefrogram. Zoals wij toch ook schrijven en zeggen pyelografie en pyelogram. In plaats van renocystogram zou ik dus ook willen lezen: nefrocystogram (voor zover men niet het geheel Latijnse renovesicoscript(!) zou willen bezigen). Men houde zich aan de regel: óf alleen Latijn, óf alleen Grieks in de samengestelde woorden, geen mengelmoes. Dus bv.: unilateraal, niet mono-lateraal. Enz., enz.

Rotterdam 4 november 1963

A. G. J. HERMANS

TRICHOMONIASIS-BEHANDELING EN BLOEDBEELD

In een ingezonden stuk maakte Dr. G. J. LUBBERS (1963) bezwaar tegen een in een folder van Specia in 1960 geplaatste zin, die luidt als volgt:

„Flagyl wordt als regel heel goed verdragen. Hoewel het een nitroverbinding is, werd bij de vele patiënten, die met deze stof werden behandeld, geen enkele verandering van het bloedbeeld geconstateerd. Desondanks wordt een controle van het bloedbeeld, speciaal bij langdurige en herhaalde behandelingen, aanbevolen”.

Inderdaad ware het beter geweest indien aan „geen enkele verandering van het bloedbeeld” ware toegevoegd „van betekenis”. Flagyl wordt thans vrijwel over de gehele wereld gebruikt als het aangewezen middel ter behandeling van trichomoniasis en in de honderden publikaties, aan dit geneesmiddel gewijd, is inderdaad nog nooit een verandering van het bloedbeeld geconstateerd, die van betekenis moet worden geacht. De enige verandering die soms wordt waargenomen, is een zeer matige leukopenie, die na het stopzetten der therapie ook weer verdwijnt.

RODIN, KING, NICOL en BARROW (1960) schrijven hierover: „Serial estimations of the total and differential white cell counts of the blood were done in 41 cases, mainly during the first 2 weeks after starting treatment. In three cases the total polymorphonuclear leucocyte count fell below 1500 per cu mm (which is usually accepted as the lower limit of normal) to 1400, 1460 and 1175 respectively. They had all risen to well above the lower limit of normal at the next count. These changes were not associated with symptoms”.

HESELNTINE en LEFEBRE (1963) vonden bij 21 van 145 patiënten „a relative decline in the average percentage of polymorphonuclear leukocytes. Correspondingly, the percentage of lymphocytes was increased. This shift did not increase ordinarily beyond the seventh day. Recovery occurred in a matter of days”.

ROSENBLUM (1962) schrijft: „We also recently have taken a complete bloodcount on beginning the administration of Flagyl and within 48 hours after concluding the drug. Thus far in about 15 cases we also find no alterations in the bloodpicture”.

SIKAT, HEEMSTRA en BROOKS RANNEY (1962) schrijven: „However, no blood dyscrasias have yet been reported after administration of metronidazole for *Trichomonas vaginalis* in human beings”.

BAUER (1961) schrijft: „Unter den 17 verwertbaren Blutbildern war in 7 Fällen eine leichte Zunahme, in 10 Fällen eine Abnahme der Leukozyten nach der Kur feststellbar. Bei einem einzigen Fall, einem 67 jährigen Mann, war ein Absinken der Leukozyten von 400 vor der Kur über 3400 während der Kur auf 2500 nach der Kur festzustellen”.

Van belang is zeker tenslotte ook een mededeling van TETON en TREADWELL (1963). Zij schrijven: „Sixty-two patients had a total of 75 courses of treatment, and each had at least one complete blood count and urinalysis at the conclusion of therapy. The results of all were normal. Four patients who failed to return for follow-up had no laboratory studies. Twenty-eight patients had a total of 38 courses of therapy with complete blood counts (including hematocrits and complete urinalyses with bile determination) prior to therapy and 2 and 4 weeks later. The results of these were also normal”.

Er ontstaat dus soms een voorbijgaande leukopenie, die tot dusverre altijd na stopzetten der therapie prompt is verdwenen, en daar men bij duizenden gevallen van kortdurende therapie nooit iets dreigends heeft gevonden, zijn er heel wat specialisten die — men hoeft niet naar werk te zoeken — bij kortdurende behandeling geen bloedcontrole meer doen.

Literatuur: RODIN, KING, NICOL en BARROW (1960) *Brit. J. vener. Dis.* **36**, 147. — HESSELNTINE en LEFEBRE (1963) *J. Amer. med. Ass.* **184**, 1011. — ROSENBLUM (1962) *West. J. Surg.* **70**, 89. — SIKAT, HEEMSTRA en BROOKS RANNEY (1962) *J. Amer. med. Ass.* **182**, 904. — BAUER (1961) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* **21**, 1208. — TETON en TREADWELL (1963) *Obstet. and Gynec.* **21**, 356.

's-Gravenhage, 31 oktober 1963

Wetenschappelijke afdeling
Specia, Nederland

BEHANDELING VAN HOOIKOORTS MET EEN DEPOT-POLLEN-VACCIN

Ik ben collega VOORHORST zeer erkentelijk voor zijn uitvoerige reactie op mijn voorlopige mededeling. Het is bepaald niet de bedoeling geweest een wetenschappelijk waterdichte, gecontroleerde studie te presenteren (indien zulks op het gebied van de desensibilisatie ooit mogelijk zou zijn).

De acht punten van collega VOORHORST lezende, zou ik gaarne in chronologische volgorde de volgende kanttekeningen willen maken:

1. Met mijn optimisme weet ik mij in het geruststellende gezelschap van een aantal vooraanstaande deskundigen uit het Engelse taalgebied. De toekomst zal leren of dit optimisme gerechtvaardigd is. De berichtgeving over 15 jaar Amerikaanse ervaring wettigt vooralsnog niet een al te groot pessimisme.

2. Wat de kritiek op de term vaccin betreft, heeft collega VOORHORST in principe gelijk. De benaming pollenvaccin is echter volkomen ingeburgerd en wordt bv. ook gebruikt in de *Regeling en Klapper* van de Ziekenfondsraad. Dat hierdoor het bijpassende „inenten” uit de pen is geslipt, vormt inderdaad