

blootgesteld aan hoge doses en dit gepaard gaat met een snelle transmissie.

Wat het aandeel van de gastheer betreft, waarnemingen gedaan in een Afrikaanse gemeenschap, waar naast elkaar stammen van *P. falciparum*, gevoelig en niet gevoelig voor pyrimethamine voorkwamen, terwijl er grote verschillen bestonden in parasieten-index en -dichtheid, deden vermoeden, dat immuunstoffen werkzaam zijn tegen resistente dan tegen niet-esistente stammen.

Het grote belang van het verschijnsel van de resistentie, niet alleen voor het individu, maar vooral in verband met profylaxe en eradicatie-programma's, vraagt om nader onderzoek naar de verbreiding en de mate van de resistentie, van de daarbij betrokken biologische processen en het vinden van nieuwe geneesmiddelen als alternatief voor de bestaande.

Wat het laatste betreft, het wondermiddel, dat aan alle eisen van bruikbaarheid op grote schaal in onderontwikkelde gebieden voldoet, is nog niet gevonden. De het laatst ontwikkelde middelen mogen in sommig opzicht verbetering betekenen van de bestaande, ze berusten niet op nieuwe principes.

De zo hoog nodige ontwikkeling van nieuwe middelen tegen mensen-malaria is vrijwel onmogelijk zonder experimenten op mensen. Maar dit is alleen toelaatbaar, indien deze „menselijke caviae” vrijwilligers zijn die volledig beseffen, wat men van hen verlangt.

*Literatuur:* BRUCE-CHWATT, L. J. (1964) *Brit. med. J.* I, 581. — COATNEY, G. R. (1963) *Amer. J. trop. Med. Hyg.* 12, 121. — RAMAKRISHNAN, S. P. (1963) VII Int. Congr. Trop. Med. Mal. (Rio de Janeiro), *Abstracts* 1, 474.

A. BONEBAKKER

## DIVERSEN

**Behandeling van trichinosis met thiabendazol.** — Een 34-jarige vrouw kreeg de klassieke verschijnselen van trichinosis na het herhaaldelijk nuttigen van vrijwel rauw varkensvlees. In enkele spierbiopten van de patiënte werden larven van *Trichinella spiralis* aangetoond; er bestond een aanzienlijke ontstekingsreactie en een begin van enkystering. Na een observatieperiode van een week werd de patiënte behandeld met thiabendazol per os, twee maal daags 50 mg per kg lichaamsgewicht. Reeds op de tweede dag van de behandeling was er een duidelijke klinische verbetering vast te stellen, na een week gevolgd door volledig herstel. Toxische bijwerkingen deden zich niet voor, behoudens een lichte aanval van duizeligheid na de tweede dosis thiabendazol.

Uit proeven op dieren is bekend dat dit nieuwe anti-helminthicum in staat is de larven van *Trichinella spiralis* te doden, zelfs wanneer deze reeds geënkysteerd zijn in spierweefsel. De hierboven vermelde waarnemingen betreffen slechts één patiënt, en men kan zich afvragen of de toediening van thiabendazol inderdaad van invloed is geweest op het beloop van de infectie. STONE en medewerkers (1964) zijn evenwel van het nuttig effect overtuigd en bevelen dit middel voor verder onderzoek aan.

*Literatuur:* STONE, O. J., C. T. STONE Jr. en J. F. MULLINS (1964) Thiabendazole. Probable cure for trichinosis. Report of first case. *J. Amer. med. Ass.* 187, 536.

F. K.

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

JAN DEKKERSTICHTING EN  
DR. LUDGARDINE BOUWMANSTICHTING

De bestuurders van beide stichtingen kunnen wederom aanvragen voor financiële steun bij wetenschappelijk werk tegemoet zien. Het wetenschappelijk karakter van het werk moge blijken uit een originele probleemstelling. De aanvragen dienen vergezeld te gaan van aanbevelingen. Het zal op prijs worden gesteld, de aanvraag in drievoud te mogen ontvangen met in de aanhef de namen van beide stichtingen. Inzenddatum vóór of op 1 oktober a.s.

Amsterdam, 1 september 1964 Prof. Dr. H. T. DEELMAN,  
Holbeinstraat 45  
secretaris

## INGEZONDEN

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

### BEHANDELING VAN HUIDCARCINOMEN

Met belangstelling nam ik kennis van het artikel van DE BOER e.a. (1964). Mag ik hierover het volgende opmerken:

Deze aandoeeningen mogen niet worden onderschat in hun aard, ernst en uitbreiding, en het artikel zelf legt getuigenis ervan af, dat dit steeds weer gebeurt.

Anders dan de schrijvers, zou ik dit echter willen aanvoeren als een belangrijk argument tegen operatie en vóór radiotherapie. Immers geen enkele chirurgische behandeling is zó zuinig als de radiologische en tegelijk zó radicaal: deze spaart de eerste normale cel die zij aan zij met de laatste maligne cel zit, terwijl de maligne cel necrotiseert. Radiotherapie berust juist op het verschil in straalgevoeligheid van beide soorten.

Het is dus in tegenstelling met de chirurg, voor de radioloog mogelijk, een flinke rand normaal weefsel mee te behandelen, en de dosis zó te kiezen dat dit normale weefsel geen blijvende schade ondervindt. Vandaar ook de fraaie littekenvorming. Alleen de maligne ontaarde cellen moeten vervangen worden door bindweefsel, waarna de omgevende normale huid eventueel nog over grote velden weer uitgroeit en het defect mooi-er bedekt dan welke zwaailap ook.

Ook de radioloog kan de uitbreiding onderschatten, en het kan jaren duren eer deze vergissing manifest wordt, zeggen de schrijvers. Twintig jaar ervaring met de röntgen-contacttherapie van huidcarcinomen hebben mij geleerd dat men bij de eerste controle, zes weken na de bestraling, hoge eisen moet stellen. Wanneer het behandelde gebied dan nog niet volkomen soepel is, moet men de patiënt nog vier weken de tijd laten, maar wanneer na tien weken het behandelde terrein niet volkomen soepel is, moet chirurgische hulp worden ingeroepen. Dit blijkt slechts in uitzonderingsgevallen nodig.

Een „randrecidief” echter (onjuiste naam voor onderschatte uitbreiding) kan met een nieuwe radiologische behandeling heel goed tot verdwijning worden gebracht, maar dit maant wel tot langdurige controle.

Iedere patiënt die eens een huidcarcinoom heeft gehad, moet worden ingelicht dat er zich nieuwe lokalisaties kunnen voordoen. Het betreft immers meestal een atrofische huid, en de patiënt die uit ervaring weet dat de behandeling uiterst eenvoudig is en hem vrijwel geen last bezorgt, meldt zich gemakkelijker zodra er een nieuwe lokalisatie elders op zijn huid ontstaat. Zo zal ook een eventueel later nog te verschijnen komend randrecidief zeker geen jaren verborgen blijven. Naar mijn ervaring werkt het inlichten van de patiënt voldoende preventief, daar zelfs de leek bij deze over het al-

gemeen niet snel groeiende tumoren kan waarnemen dat er weer iets gaande is.

Tenslotte nog iets over „de schade die röntgenstralen kunnen aanbrengen” waarover volgens de schrijvers het laatste woord nog niet is gesproken. Men moet bedenken dat zelfs röntgenstralen geen schade kunnen aanrichten op plaatsen waar noch de directe straling noch de strooistralen doordringen. Ik geloof dat de laatste tijd deze waarheid wel eens vergeten wordt.

In de contact-therapie hebben wij een ingenieus bedachte methode om de volume-dosis voor het lichaam zeer klein te houden bij hoge röntgendoses en uitstekende resultaten aan de oppervlakte. Ik mag het misschien zo uitdrukken: het is noodzakelijk dat bij de behandeling van huidtumoren röntgenstralen even deskundig en voorzichtig als messen worden gehanteerd.

Ik zou dan aan stralenterapie voorrang willen verlenen, omdat deze voldoet aan het adagium van CELSUS: cito, tuto, iucunde. Want de behandeling is een kwestie van hoogstens enige minuten. Ze is in zeer hoog percentage der gevallen in eenmaal afdoende. Ze vereist een zeer geringe volume-röntgendosis. Er is geen enkele contra-indicatie in de algemene toestand gelegen en ze veroorzaakt nauwelijks last gedurende de reactieperiode. Verder is de stralenbehandeling altijd zuiniger dan die met het mes, en tenslotte is ze economisch (poliklinische toepassing).

Een controle zes tot tien weken later, doet het uitzonderlijke stralenresistente geval ontdekken, dat vervolgens chirurgisch moet worden behandeld. De chirurg opereert principieel in gezond weefsel en heeft dus geen last van de voorafgegane bestraling. Hij moet toch altijd wat meer wegnemen dan het reeds bestraalde veldje. De „verzuidde tijd” is hoogstens tien weken. Bij juiste bestralings techniek, is een zich later nog manifesterend „randrecidief” een zeldzaamheid, zeker minder frequent dan lokalisaties op een andere plaats van de huid.

*Literatuur:* BOER, W. G. R. M. DE, J. M. H. M. BORGHOUTS, A. J. C. HUFFSTADT en J. OLDHOFF (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1566.

Heerenveen, 20 augustus 1964

C. BRUIN

Op het bovenstaande ingezonden stuk, alsmede op dat van E. H. HERMANS (deze jaargang, bl. 1679) zouden wij het volgende willen antwoorden:

Onze inzichten betreffende de chirurgische behandeling van huidcarcinomen zijn in de laatste jaren tot ontwikkeling gekomen door de reeks recidieven na radiotherapie waarvoor ons om operatieve behandeling wordt gevraagd.

Het woord recidief moet echter kritisch worden gehanteerd. Deze „recidieven” zijn tumoren, die niet radicaal zijn behandeld. Er zijn carcinoomcellen achtergebleven, die weer een nieuwe tumor manifest hebben doen worden. Deze gang van zaken is begrijpelijk, omdat men tijdens en na de radiotherapie geen gelegenheid heeft voor histologische controle van het verkregen resultaat. Bij de chirurgische behandeling bestaat deze gelegenheid wel (als men er maar gebruik van maakt!). Sommigen zijn van mening dat dit niet van belang is. Zij stellen, dat een bij de geregelde controle van het bestraalde huidcarcinoom manifest geworden „recidief” altijd nog chirurgisch kan worden behandeld.

Daarbij moet men niet onderschatten, dat meestal een grotere operatie noodzakelijk is, vergeleken bij de ingreep die men moet verrichten als de patholoog-anatoom meedeelt dat de primaire excisie niet radicaal is geweest. De tumor heeft dan immers vrijwel geen tijd gehad te groeien, en men

kan de ruimere excisie gericht — op aanwijzingen van de patholoog-anatoom — uitvoeren.

Wij hebben de laatste jaren natuurlijk veel reacties gekregen zoals deze opmerkingen van Prof. HERMANS en collega BRUIN. De vraag komt altijd naar voren hoe wij ons voorstellen die „honderden” huidcarcinomen via de meer ingewikkelde chirurgische weg te behandelen. Het blijkt echter, dat die getallen nogal meevallen. In het jaarverslag over 1962 van de stichting „Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding” vermeldt het kankercentrum Rotterdam 140 nieuwe gevallen van huidcarcinoom, het centrum Utrecht registreerde in 4 ziekenhuizen in totaal 112 nieuwe gevallen, terwijl het Academisch ziekenhuis te Groningen in totaal 86 nieuwe gevallen heeft geregistreerd. Dit zijn voor een groot deel kleine huidtumoren geweest, die ook langs chirurgische weg eenvoudig behandeld hadden kunnen worden (met daarbij het voordeel van de histologische controle). Een chirurgische afdeling kan deze aantallen wel aan!

Ook wordt altijd de voor de patiënt ellendige en daarenboven economisch onvoordelige chirurgische methodiek gesteld tegenover de eenvoudige en voor de patiënt zoveel aangenamer radiotherapie. Dit is slechts ten dele waar. De contactbestraling is voor de patiënten weinig hinderlijk. Maar dan betreft het tumoren die chirurgisch ook heel eenvoudig kunnen worden verwijderd (met daarbij het voordeel van de histologische controle). De patiënten, die uitvoeriger worden bestraald of radiumimplantatie moeten ondergaan, laten echter een ander geluid horen.

Tenslotte hebben wij bezwaren tegen de termen basaliomen en spinaliomen, omdat in deze terminologie reeds een verzwakking van de mogelijke maligniteit zit. Het is duidelijker wanneer men spreekt van basale-cellen- en plaveiselcencarcinomen.

Wij zijn er van overtuigd dat radiotherapie voor het grootste deel van de huidcarcinomen curatief kan zijn. Het gaat echter om het percentage dat achteraf niet gecureerd blijkt te zijn en waarbij dan vaak mutilerender ingrepen moeten worden verricht. Het door ons gegeven leerrijke voorbeeld is niet het enige geval!

Ons inziens is de chirurgische therapie met pathologisch-anatomische controle de veiligste weg om „onprettige destructieve groei” te voorkomen. Dit doet uiteraard niets af aan onze mening, dat radiotherapie bij bepaalde patiënten met huidcarcinomen aangewezen kan zijn.

Groningen, 21 augustus 1964 J. M. H. M. BORGHOUTS  
A. J. C. HUFFSTADT  
J. OLDHOFF

#### DE DESILLUSIE DER PSYCHOPHARMACA

Bij lezing van het artikel van Prof. Dr. JOH. BOOIJ (1964) trof mij de mededeling als zou HOMERUS in zijn *Odysee* de werking van opium hebben beschreven. In de bedoelde passage (*Od.* IV, 220 seq.) is slechts sprake van „een middel (Φάρμακον) dat verdriet en ergernis verdrijft, en allerlei narigheid doet vergeten”. Het Griekse woord ὀπίον (= succus, melksap, vooral van de wilde vijgenboom), dat door HOMERUS in zijn *Ilias* V, 902 wordt vermeld, duidt ook hier op het sap waarvan men zich bediende om melk te doen stremmen. Het verkleinwoord ὀπιον (opion, opium) treffen wij het eerst aan bij PLINIUS, die in zijn *Historiae naturalis* XX, 18, XXV, 10 ons leerde, dat „het ingedikte sap van de papaver, als pastilles in de schaduw gedroogd, niet slechts het vermogen heeft slaap te verwekken (vi soporifera), maar ook, in grotere dosering (si copiosior hauriatur) een dodelijke slaap te veroorzaken. (etiam mortifera-