

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 „verzuimde 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 *Odyssee* 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 *Historia 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-

per somnos)". Dit sap nu, zo eindigt PLINIUS, „opion vocant" (noemt men opium).

*Literatuur:* BOOIJ, JOH. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1629.

Ulvenhout, 22 augustus 1964 A. G. J. HERMANS

Collega HERMANS dank ik ten eerste voor de belangstelling die hij heeft getoond voor mijn bijdrage: „De desillusie der psychopharmaca".

Wat nu de bedoelde passage in de *Odyssee* betreft, HOMERUS noemt „een middel, dat verdriet en ergernis verdrijft en allerlei narigheid doet vergeten". Dat opium een werking vertoont, als het middel, dat door HOMERUS wordt beschreven, zal collega HERMANS zeker toestemmen. Nu heeft HOMERUS het over een middel, dat HELENA van Troje heeft gekregen van een Egyptische vrouw, volgens sommigen van de echtgenote van de Koning van Egypte. De Egyptenaren kenden reeds ongeveer 1500 v. Chr. de werking van opium, zoals uit de *Papyrus Ebers* blijkt.

Het ligt nu voor de hand te veronderstellen, dat het middel, dat HELENA van Troje ten geschenke kreeg opium was, een opvatting, die o.a. ook door W. B. STANFORD in zijn commentaar op de *Odyssee* (2e druk, Londen 1959) wordt verdedigd. STANFORD schrijft: „H. gives no clue to its identity, except that it was Egyptian, probably vegetable (229) and not liquid ( $\beta\acute{\alpha}\lambda\epsilon$ , not  $\chi\epsilon\acute{\upsilon}\epsilon$  in 220); many guesses have been made (including coffee!), the most plausible is opium".

Ik denk, dat ook aan collega HERMANS geen vaste, plant-aardige stof bekend zal zijn, behalve opium, die zo precies de werking vertoont als het middel waarover HOMERUS ons vertelt!

Amsterdam, 29 augustus 1964

J. BOOIJ

#### WIGEXCISIE BIJ HET SYNDROOM VAN STEIN-LEVENTHAL

De reactie van mijn hooggeachte collega STOLTE (1964) op mijn ingezonden stuk is mij onbegrijpelijk.

Het verrichten van een laparotomie ter verkrijging van een resultaat dat in vele gevallen met veel minder ingrijpende middelen, ja zelfs met eenvoudige geruststelling, behaald kan worden, keur ik af. Temeer, wanneer voor de bedoelde laparotomie geen verzuimde tijd bestaat, zodat men op ieder gewenst tijdstip alsnog tot de operatie kan besluiten wanneer andere middelen faalden.

Secundaire amenorroe bij jonge vrouwen is een frequent voorkomende afwijking. Het zou een ramp zijn, wanneer een wigresectie der ovaria hiervoor de onmiddellijk toegepaste therapie zou worden. De goed gedocumenteerde studie van collega SMALBRAAK (1962) uit de Utrechtse kliniek wijst in dezelfde richting.

De wigresectie van de ovaria is hard op weg de plaats te gaan innemen die de retroflexie-operatie onder een vorige generatie van gynaecologen heeft gehad. Hiertegen heb ik willen waarschuwen met zakelijke argumenten, hoe onplezierig ik het ook vond, daarmee misschien een verdienstelijke jongere collega onaangenaam te zijn.

Ik vermag niet in te zien wat dit te maken zou hebben met een persoonlijk getinte ethiek. Het is alleen maar het volgen van een, in wetenschappelijke kringen gebruikelijke methode.

De vergelijking met de röntgendiagnostiek in de graviditeit kan ik evenmin begrijpen. Wanneer STOLTE geen behoefte gevoelt mij op de vingers te tikken t.a.v. het feit dat ik tijdens de graviditeit wel eens een röntgenfoto laat vervaardigen wanneer het resultaat van die foto belangrijke therapeutische consequenties kan hebben (bv. bij twijfel tussen hy-

dramnion veroorzaakt door een tweeling of door een anencephalus) dan leid ik daaruit af dat hem de argumenten ontbreken om de onjuistheid van mijn standpunt aan te tonen. De gedachte dat hij uit beleefdheid of onverschilligheid zou nalaten, mij op de onhoudbaarheid van de door mij verkondigde mening te wijzen, is zelfs nog nooit bij mij opgekomen. Mét STOLTE ben ik van mening dat ons specialisme thans zo veel wetenschappelijke methodiek bevat dat autoriteitsgeloof en scholenvorming niet meer de plaats van wetenschappelijke argumentatie behoeven in te nemen. Juist daarom kan ik mij niet neerleggen bij de constatering dat de ene gynaecoloog nu eenmaal 100 maal vaker een wigexcisie doet dan de andere, en dit zonder meer aan een verschil van opvatting toeschrijven. Mij interesseert de vraag, met welke benadering de patiënte het meeste gediend is. Ik ben ervan overtuigd dat dit niet alleen mijn, maar ook STOLTE's streven is.

*Literatuur:* EK, K. H. VAN (1964) *Ned. T. v. Geneesk.* 108, 1307. — KLOOSTERMAN, G. J. (1964) *Ned. T. v. Geneesk.* 108, 1465. — SMALBRAAK, H. B. (1962) *Wigresectie van de ovaria als therapie voor anovulatie*. Proefschrift Utrecht. — STOLTE, L. A. M. (1964) *Ned. T. v. Geneesk.* 108, 1595.

Amsterdam, 24 augustus 1964 G. J. KLOOSTERMAN

#### BEHANDELING VAN HEPATITIS INFECTIOSA

Het oorspronkelijke onderzoek van CHALMERS die o.a. de waarde van de bedrust bij de behandeling van hepatitis infectiosa heeft bestudeerd, heeft aanleiding gegeven tot veel misverstand. CHALMERS kwam tot de conclusie dat bij een groep Amerikaanse rekruten — geselecteerde, goed gevoede jongemannen van ongeveer 20 jaar — in een epidemie met waarschijnlijk goedaardig karakter, van een minder streng toegepaste bedrust geen nadelige gevolgen aantoonbaar waren. Hoewel CHALMERS zelf zijn conclusies op zeer voorzichtige wijze heeft geformuleerd, hebben vele lezers van zijn artikel op ontoelaatbare wijze gegeneraliseerd, en geconcludeerd dat minder streng toegepaste bedrust bij wie dan ook verantwoord was.

Het referaat van het na-onderzoek van NEFZGER en CHALMERS (deze jaargang bl. 1593) vermeldt het gunstige resultaat hiervan, en zou aan bovengenoemde opvatting steun kunnen verlenen. Vooropgesteld moet worden dat de referente terecht de beperkte categorie van patiënten nadrukkelijk vermeldt. De ervaringen met het oorspronkelijke artikel van CHALMERS doen mij echter vrezen dat toch een ongemotiveerde generalisatie door velen zal geschieden. Een korte, kritische beschouwing van het onderzoek van CHALMERS moge daarom volgen.

Langzamerhand wordt algemeen erkend dat de ernstig, zelfs dodelijk verlopende of tot chronische leverbeschadiging leidende gevallen vooral gezien worden bij oudere patiënten en voornamelijk bij vrouwen. Zeker geldt dit voor de West-europese landen, zowel voor de sporadische gevallen als ook in enkele epidemieën (Kopenhagen, Bazel). Meer exacte gegevens zijn te vinden in de volgende onderzoeken: SUMMERSKILL (Mayoclinic, Congres voor Gastroenterologie, Noordwijk 1960) vermeldde 50 gevallen met dodelijke afloop, t.w. 23 mannen en 27 vrouwen. Van de 23 mannen waren 4 tussen 0 en 10 jaar en 19 tussen 31 en 70 jaar. Tussen 11 en 30 jaar — de leeftijdsgroep die CHALMERS bestudeerde — kwam geen enkel sterfgeval voor. Bij de vrouwen stierven 3 patiënten op een leeftijd tussen 0 en 20 jaar, 5 tussen 21 en 30 jaar en 19 tussen 31 en 70 jaar. DE GROOTE c.s. (Leuven, Congres voor Gastroenterologie, Brussel 1964) vond de ontwikkeling van posthepatitische cirrose en chronische hepatitis voornamelijk boven het 40e jaar.