

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 verloopende 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.