

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 alnog 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.

Bij de bestudering van de patiënten van het Arnhemse Gemeente Ziekenhuis vond ROT bij de groep van 22 patiënten bij wie het herstel meer dan 4 maanden (tot 2 jaar) vergde 14 vrouwen en 8 mannen. Slechts 2 patiënten behoorden tot de leeftijdsgroep van 6-20 jaar, 6 tot de groep van 21-30 jaar en 14 waren tussen de 31 en 70 jaar oud. De 9 patiënten bij wie geen volledig herstel bereikt kon worden, hadden een leeftijd tussen de 30 en 70 jaar, terwijl 8 van hen vrouwen waren. De vier overleden patiënten waren allen vrouwen, nl. 1 meisje van 15 jaar en 3 vrouwen tussen de 50 en 60 jaar. Dit alles bevestigt dat de mogelijkheid van een ernstig verloop van de hepatitis het grootst is op latere leeftijd en vooral bij vrouwen.

Het onderzoek van CHALMERS heeft laten zien dat in de — waarschijnlijk lichte — epidemie van Korea bij tevoren gezonde jonge mannen, deze zich een beperkte bewegingsvrijheid konden permitteren, wanneer zij, zoals bij CHALMERS tot hun volledig herstel werden doorbehandeld. Het nader onderzoek heeft aangetoond, dat dit ook geen late gevolgen met zich mee heeft gebracht. Dit bevestigt de klinische ervaring dat het jeugdige individu met hepatitis zich heel wat kan permitteren, zoals een ieder weet, die kinderen met deze ziekte heeft behandeld. Maar ook deze regel is niet zonder — soms dodelijk verloopende — uitzondering. De kans op het ontstaan van chronisch of dodelijk verloopende vormen ligt op oudere leeftijd (beginnend bij ongeveer 24 jaar en bovenal vanaf het 40e jaar) en vooral bij vrouwen, ook onafhankelijk van een graviditeit.

Over het al of niet van betekenis zijn van bedrust voor het voorkómen of therapeutisch beïnvloeden van een ernstig ziektebeloop, geeft het onderzoek van CHALMERS geen uitsluit. De door CHALMERS bestudeerde volwassen patiëntengroep is juist die waarin van nature de geringste kans op een ernstig ziektebeloop bestaat.

Literatuur: Referaat (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1593.

Arnhem, 21 augustus 1964

L. SCHALM

DE WAARDE VAN FYSISCHE THERAPIE BIJ MENISCECTOMIEËN

Het artikel van E. KOSTER-JONGEJAN en C.F. VREEDE (1964) is gebaseerd op ervaring met slechts 15 resp. 19 patiënten. Het komt mij verder voor, dat de series niet vergelijkbaar zijn, want behalve het al of niet geven van klinische fysieke therapie moet er nog meer veranderd zijn, waardoor de zo lange arbeidsongeschiktheid in de eerste serie kan worden verklaard.

Bij statistische bewerking moet de vraagstelling min of meer objectief meetbaar zijn en het tijdstip van werkhervatting en niet poliklinisch nabehandelen met fysieke therapie zijn dit niet. Het is nu eenmaal zo dat het tijdstip van werkhervatting na een trauma belangrijk kan worden vervroegd indien de behandelende arts én de controlerende geneeskundige én de werkgever hieraan medewerken.

De schrijvers stellen dat de beide series meniscectomieën onder dezelfde leiding en volgens dezelfde operatie-techniek werden uitgevoerd, maar hierbij kan men aantekenen, dat een meniscus-extirpatie soms technisch gemakkelijk is, dan weer moeizaam en dus meer traumatiserend. Ook is er een groot verschil tussen een patiënt met een ingeklemde meniscus en iemand met knieklachten na een distorsie, die ook een meniscuslaesie heeft, terwijl de ernst van eventuele arthrosis niet in getallen is uit te drukken.

Ten slotte zijn laterale en mediale menisci beslist niet vergelijkbaar.

Alle chirurgen zijn wel overtuigd van het nut van quadriceps-training na knie-operaties, maar de gepubliceerde

ervaringen bevatten geen argumenten om de Rotterdamse gewoonte na te volgen, de patiënten pas de 3e week onbelast te laten lopen en hen pas na 3 weken te ontslaan. Volgens mijn ervaring bereikt men dezelfde resultaten indien men de patiënt de dag na de operatie laat rondlopen met een achter-spalk (dus volledig belast) en hem zelf quadriceps-oefeningen laat doen. Hij kan dan na 12-14 dagen worden ontslagen, en slechts enkele patiënten moeten na ontslag naar een heilgymnast-masseur worden gestuurd.

Hoewel vermeld wordt dat de verschillen tussen de gepubliceerde groepen gedeeltelijk niet significant zijn, lijkt het mij onverstandig dat T.N.O. bij een dergelijk klein en niet homogeen materiaal zelfs een poging tot statistische bewerking heeft gedaan.

Literatuur: KOSTER-JONGEJAN, E., en C. F. VREEDE (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1624.

Assen, 22 augustus 1964

H. VAN DER HOUWEN

ROKEN, LONGKANKER EN STERFTEKANS-CONCURRENTIE

Het onderzoek van collega OPPERS (1964) is mij reeds langere tijd bekend, en ook nu trof mij, hoe weinig waarde gehecht wordt aan de bevindingen van retro- en prospectieve onderzoeken met betrekking tot de relatie roken-longkanker. Iets hiervan komt tot uitdrukking, als collega OPPERS de huidige „maatregelen van overheidsinstanties” omschrijft als „maatregelen tegen het ontstaan van (iedere) verslaving”.

Bij de bestudering van het Amerikaanse rapport Smoking and Health (1964) heeft collega OPPERS bovendien, in duidelijke tegenspraak met zijn eigen „enige voorwaarde”, ongetwijfeld gevonden, dat de sterftekans voor (bijvoorbeeld) sigarettenrokers ongeveer 70 pct hoger ligt dan bij niet-rokers, en wanneer het aantal sigaretten dat dagelijks gerookt wordt in die sterftekans betrokken wordt, blijkt dat bij minder dan 10, 10-19, 20-39 en 40 sigaretten of meer, die sterftekans resp. 40, 70, 90 en 120 pct hoger ligt dan bij niet-rokers.

Behalve de speculatieve beschouwingen, waartoe collega OPPERS zich nu beperkt, had ik op zijn minst verwacht, enige feitelijke achtergronden te vernemen voor zijn voorwaarde, nl. dat de sterftekans aan alle andere ziekten (behalve longkanker) voor niet-rokers tweemaal zo hoog, althans hoger, is als voor rokers. Zonder die feiten is de voorwaarde van collega OPPERS voor mij nog steeds onaanvaardbaar. Dit is des te meer het geval, omdat in tabel IV van zijn artikel andere met roken samenhangende doodsoorzaken wel worden vermeld, maar niet in de omschrijving van de voorwaarde worden opgenomen. Bovendien kan men denken aan de sterftekans in verband met de langere levensduur van (meer niet-rokende) vrouwen t.o.v. (meer rokende) mannen.

Er zijn andere bezwaren aan te voeren tegen het betoog van collega OPPERS, bv. tegen zijn verklaring voor de snelle frequentie-stijging van longkanker, maar die bezwaren zijn onbelangrijk zolang het uitgangspunt (voorwaarde) niet aannemelijk gemaakt wordt.

Een bepsrekening van „Berkson's fallacy” aan de hand van longkankersterfte, zoals collega OPPERS dit nu heeft gedaan, heeft echter een algemener bezwaar. Het is namelijk zeker niet denkbeeldig, en de Redactie wijst daarop in de Redactionele Kanttekening terecht, dat vele lezers toch door de overtuigende betoogtrant, in het artikel gebruikt, deze (m.i. onjuiste) argumentatie zullen aangrijpen, om eigen rookgewoonten te rechtvaardigen.

De preventie van longkanker wordt aldus niet gediend.