

toestand, die voorheen elders — meestal in universitaire centra — ter diagnose en (röntgen-)therapie waren opgenomen. Het betrof 4 patiënten in 1956 en 5 in 1957, die in onze curve gerubriceerd werden onder groep 3 (fig. 1). Ge-corrigeerd zouden de percentages inoperabele patiënten wegens status localis en algemene metastasering dan luiden:

	Pct		Pct
1956	50	1960	23
1957	52	1961	27
1958	31	1962	43
1959	37	1963	66
		1964	69

De gegevens uit de griepjaren zijn o.i. veel gunstiger dan die van voor deze periode en vooral dan die van de laatste drie jaren.

De verfining van de diagnostiek van mediastinale metastasen door mediastinoscopie speelde in onze statistiek niet mee, aangezien deze techniek in ons ziekenhuis niet als routine werd ingevoerd, mede het gebrek aan patiënten die voor deze ingreep in aanmerking kwamen.

Heerlen, 22 februari 1965

H. J. BUYTENDIJK
F. MAESEN

SIGARETTEN EN SPINAZIE

In het laatste nummer van de *Archives of Otolaryngology* (januari 1965, bl. 48) komt de volgende mededeling voor die wellicht voor de lezers van het *Tijdschrift* niet onbelangrijk is in verband met de discussies over het roken die de laatste weken zijn gepubliceerd:

„At least 100 deaths a day occur in this country from cancer of the lung; hospitalization of smokers is 50% higher than that of nonsmokers; the death rate for heavy cigarette smokers is almost double that for nonsmokers between 35 and 65 years of age; and the tremendous amount of disability from chronic bronchitis, emphysema coronary heart disease, and peptic ulcer associated with smoking means that the reduction of cigarette smoking offers greater possibilities than any other medical or public health measure for the prevention of illness, disability and premature death - Medical Bulletin of Tobacco. (spring) 1964”.

Het lijkt niet onwaarschijnlijk, hadde het gebruik van spinazie een fractie van de gevaren van het roken van sigaretten, dat de verbouw, de verkoop, het in voorraad hebben, het vervoer en de aanprijzing van spinazie reeds lang verboden ware op straffe van geldboete en detentie.

Amsterdam, 15 februari 1965

L. B. W. JONGKEES

DE KANS OP MALIGNIE ONTAARDING BIJ COLITIS ULCEROSA

De conclusie onder het referaat van collega BUSSEMAKER (1965) geeft mij reden tot het maken van bedenkingen.

Bij 237 patiënten werd colectomie verricht met ileorectale anastomose. Trekken wij hier een klein aantal af voor de patiënten die geen colitis van het gehele colon hadden, dan blijven ruim 200 patiënten over. Van deze patiënten kregen 5 later een rectumcarcinoom, dat is dus ongeveer 1 op 40 patiënten. Hieruit wordt geconcludeerd, dat men bij colectomie wegens colitis van het gehele colon, steeds een rectumextirpatie moet doen.

Inderdaad zal men dan op iedere 40 geopereerde patiënten 1 rectumcarcinoom voorkomen. Hier staat echter tegenover,

dat de andere 39 onnodig hun verdere leven moeten slijten met een anus praeternaturalis van het ileum, een toestand, die nog veel meer bezwaren geeft dan een dikkedarm-anus. Wij kunnen hier met recht spreken van een iatrogene invaliditeit, en moeten ons goed realiseren hoeveel levensgeluk hiermee verloren gaat.

Het komt mij voor, dat ter voorkoming van één geval van kanker hier een te hoge prijs wordt betaald. Ik blijf ondanks de kans dat 1 van de 40 patiënten later een rectumcarcinoom krijgt, de voorkeur geven aan een ileorectale anastomose boven een rectumextirpatie.

Literatuur: Referaat (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 275.

Rotterdam, 10 februari 1965

A. W. HERWEIJER

Als men bij alle lijders aan colitis ulcerosa een rectumextirpatie uitvoert, wordt er ongetwijfeld een hoge prijs betaald voor het voorkómen van enkele rectumcarcinomen. Of deze beslissing zodanig uitvalt, hangt ongetwijfeld af van de persoonlijke waardering van de behandelende arts.

De in mijn referaat weergegeven conclusie, die dus niet van mij, maar van MAC DOUGALL is, kan men als een aanwijzing beschouwen dat deze auteur een ileum-anus-praeternaturalis verkiest boven de kans op maligne ontaarding van de rectumstomp, ook al is deze kans slechts 1 op 40.

Rotterdam, 24 februari 1965

J. H. BUSSEMAKER

NAAMSVERWARRING

Naar aanleiding van de waarschuwing van J. W. BOERSMA (dit *Tijdschrift* bl. 390) wilde ik attent maken op de volgende twee namen die grote overeenkomst tonen en dus aanleiding tot vergissing geven:

Ciclofarlutal (ovulatieremmer)

Cyclobarbital (slaapmiddel)

Arnhem, 19 februari 1965

H. WITTEVEEN,
apotheker

Naar aanleiding van de verwisseling van de namen Avloclor en Anovlar (zie BOERSMA, bl. 390 van deze jaargang) zou ik de artsen willen aanraden, zo veel mogelijk de generic name van een stof te gebruiken. Vergissingen zijn dan vrijwel uitgesloten.

Heerlen, 19 februari 1965

M. J. MAUSSEN,
apotheker

(Wij sluiten ons gaarne bij dit advies aan, maar moeten erkennen dat soms, o.a. in het onderhavige geval, het gegeven advies niet praktisch is; immers Anovlar is een mengsel van norethisteroni acetat en aethinyloestradiolum; Red.)

EXITALE OF EXITALIE STREKKING?

Dr. SCHULTE (1965) heeft gelijk, als hij zegt dat het in de klinische les van VEENEKLAAS (1964) gebruikte woord „exitiaal” (exitalis) in het klassieke Latijn niet voorkomt. Hij heeft ook gelijk als hij zegt dat „exitialis” wel voorkomt. Hij verzuimt echter te vermelden dat „exitalis” de betekenis heeft van „verderfelijk”, „onheil-brengend”, en hij heeft dus ongelijk als hij stelt dat in die les dit woord had moeten worden gebruikt.

Literatuur: SCHULTE, J. E. (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 289.
— VEENEKLAAS, G. M. H. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 2393.

Leiden, 1 maart 1965

J. W. DUYFF