

waarin een schaduw als een mediastinale tumor werd ge-diagnostiseerd en die bij thoracotomie of bij sectie op een aberrante arterie bleek te berusten, vindt men vermeld in de publikaties van BEDFORD en PARKINSON (1936), GARLAND (1938), HOPE en GOSSE (1941), LAGEZE en medewerkers (1945), OHARA (1955) en KLINKHAMER (1962).

*Literatuur:* HERDER, B. A. DEN (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 565. — KLINKHAMER, A. C. (1962) *Het vaststellen van aberrante arteriën in het mediastinum superius door middel van het oesophagogram*. Proefschrift Leiden. — LAGEZE, P., P. GALY, A. TISSOT en B. TAINE (1958) A propos du diagnostic des tumeurs médiastinales. Les images de dextroposition aortique. *Lyon méd.* **200**, 593. — OHARA, J. (1959) Right aortic arch simulatng a mediastinal tumor. *Dis. Chest*, **36**, 661.

Amsterdam, 22 maart 1966

A. C. KLINKHAMER

Ik heb de opmerkingen van collega KLINKHAMER met belangstelling gelezen en wil hier het volgende op antwoorden:

1. Van het veertigtal patiënten met een vena-cava-superiorsyndroom die ik in de laatste jaren gezien heb, was bij de helft de algemene toestand dermate alarmerend, dat het onderzoek beslist tot het minimum beperkt moest worden en volstaan werd met één voor-achterwaartse thoraxfoto, die bij de liggende patiënt gemaakt werd. Het is bekend, dat patiënten met dit syndroom in een levensgevaarlijke toestand kunnen verkeren, zodat een snel ingestelde therapie een gebiedende eis is, en het vooronderzoek zo veel mogelijk beperkt wordt. Op het symposium over het vena-cava-superiorsyndroom dat in 1962 onder voorzitterschap van P. RUBIN in Chicago gehouden werd, is dit eveneens duidelijk naar voren gekomen.

2. De mening dat een oesofagogram de mogelijkheid biedt de „vele” oorzaken van het syndroom terug te brengen tot „enkele” kan ik in haar algemeenheid niet delen. Als voorbeeld hoe moeilijk het is, uit de lokalisatie in het mediastinum over de aard van de tumor iets te concluderen, wil ik wijzen op de mededeling van LIETH en LESTER (1953) dat een retrosternale struma zowel in het voorste als in het achterste deel van het mediastinum gelegen kan zijn.

3. In de literatuur heb ik geen gevallen beschreven gevonden van een dubbele aortaboog of naar rechts verlopende aortaboog die een zelfde thoraxbeeld geeft als figuur 1 in mijn artikel.

Verder heb ik er op gewezen dat klinisch onderzoek en röntgenonderzoek samen tot de diagnose maligne tumor leiden.

De uitspraak van Prof. Dr. N. VOORHOEVE (1966), dat de röntgenologische symptomen slechts in nauwe samenhang met de klinische gegevens geïnterpreteerd kunnen worden, heb ik steeds volledig onderschreven.

*Literatuur:* LIETH, W. C. VON DER en C. W. LESTER (1953) Posterior mediastinal goiter. *Amer. J. Surg.* **85**, 811. — RUBIN, P. e.a. (1962) Symposium on superior vena caval obstruction. *Radiology* **81**, 377. — VOORHOEVE, N. (1966) Inaugurele rede te Amsterdam.

Amsterdam, 4 april 1966

B. A. DEN HERDER

## DE BEHANDELING VAN INSULTEN BIJ KINDEREN

Als aanvulling op het artikel van P. FLEURY (1966) zou ik als chloralhydraat-verpakking willen wijzen op: „Chloralhydrat rectiole” 0,6 g in 3 ml olie. Dit zijn gebruiksklare microclysmata, die in de praktijktas handig zijn. Ik betrek ze tegenwoordig als monster uit de fabriek van Dr. MANN in Berlijn, daar ze niet meer in Nederland worden geïmporteerd. Ze schijnen jaren houdbaar te zijn.

Ik geef ze ook aan moeders van kinderen die een febril insult hebben gehad in handen (mits zij een redelijk IQ hebben), die dan bij het eerste vermoeden van een febril insult dit kunnen geven, in afwachting van mijn komst.

*Literatuur:* FLEURY, P. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 305.

Noordwijk aan Zee, 11 februari 1966 J. D. MULDER

Het leek mij niet juist, in een caput selectum een middel te noemen dat in Nederland niet verkrijgbaar is. Overigens ben ik het geheel met collega MULDER eens, dat men moeders van kinderen die een febril insult hebben gehad chloralhydraat voor rectaal gebruik in huis kan geven. Men kan dit echter op een normaal recept bij elke apotheek betrekken. Er heerst over het algemeen een misverstand dat dit middel niet te bewaren zou zijn. Men moet er dan wel een catheter en een 10 ml spuit bij verstrekken.

Tot mijn spijt blijkt, in tegenstelling tot wat ik hierover mededeelde, Mysoline niet in een siroop in de handel.

Amsterdam, 30 maart 1966

P. FLEURY

## OESTROGENE STOFFEN EN KANKER

Er is reeds veel geschreven over de mogelijke invloed van oestrogene stoffen op het ontstaan van carcinoom, in het bijzonder van de maligne nieuwvormingen in mamma en uterus. Bijna al onze kennis daaromtrent berust op experimenten met proefdieren, en er is uiteraard nog steeds behoefte aan gegevens, verkregen door studie bij de mens. Deze gegevens kunnen slechts verkregen worden door epidemiologisch onderzoek van groepen vrouwen, die blootgesteld zijn aan continue oestrogene stimuli, hetzij van endogenen, hetzij van exogene aard.

In de laatste jaren zijn er enkele onderzoekingen gepubliceerd over het risico op kanker bij vrouwen, die — dikwijls wegens oostroporose (meestal na de menopauze) — gedurende enige jaren werden behandeld met oestrogene preparaten. De conclusies van deze studies zijn niet eensluidend: WALLACH en HENNEMAN (1959) vonden in de jaren, toen zij de oestrogenen nog niet cyclisch, maar continu toedieden, meer endometriumcarcinomen dan zij (onder de Nulhypothese) verwachtten, maar anderen kwamen tot een geheel verschillend resultaat.

Zo vermeldde WILSON (1962), dat hij bij een groep van 304 patiënten, die behandeld waren met oestrogene preparaten (83 hunner tevens met progestatieve stoffen), in een observatieperiode van gemiddeld 7,8 jaren geen carcinomen van mamma of van de vrouwelijke geslachtsorganen zag ontstaan, terwijl hij berekende er 18 te mogen verwachten. Het laat zich denken, dat deze publikatie nogal de aandacht heeft getrokken, getuige de vermelding in tijdschriften als *The Lancet* (Leading article 1965), *Metabolism* (DRILL 1965) en ook ons *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (COHEN 1965). Niet minder aandacht werd aan WILSONS publikatie besteed door de farmaceutische industrie (EVERSE 1963), die wegens het in de handel brengen van ovulatieremmers met dit vraagstuk wordt geconfronteerd; een mogelijke carcinoomprofylaxe door toediening van steroïden zou zelfs een nieuw groot veld van toepassingsmogelijkheden voor deze stoffen ontsluiten.

Zij, die zelf met morbiditeitscijfers omtrent kanker van borst en baarmoeder gewerkt hebben, zullen echter enige argwaan koesteren ten aanzien van het aantal door WILSON verwachte kankers bij een zo betrekkelijk kleine (en niet zeer lang geobserveerde) groep vrouwen. Het kan daarom zijn nut hebben om deze publikatie wat nader te bezien.