

projecten e.d. van het uitzendende land. Het moeten dus meer samenwerkers à titre personnel zijn.

Een van de hoofdgerechten, de planmatige gezondheidszorg van het tropische platteland, werd voortreffelijk opgediend door RONNEFELDT. Het blijkt nog steeds lastig, „overontwikkelde” cliché's kwijt te raken, maar de „medical care in developing countries” gaat toch steeds meer eigen trekken tonen. Een onderwerp dat nog steeds niet goed uit de verf gekomen is, maar dat langzaam aan duidelijker vorm voor de instituten aanneemt, is de techniek van gezondheidsvoorlichting.

De hors d'oeuvres kwamen als dessert: bezoeken aan de Nederlandse centra te Amsterdam, Leiden, Rotterdam, met een uitschieter per boot naar de Delta-Werken.

De conferentie genoot gastvrijheid in het Koninklijk Instituut voor de Tropen.

De volgende conferentie is in 1968 in Lissabon.

Juni 1966

H. A. P. C. OOMEN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

BRITISH COUNCIL SCHOLARSHIPS 1967-68

Applications are invited for British Council Scholarships tenable at universities and other educational institutions in the United Kingdom for the academic year beginning in October 1967. Applicants should normally have a minimum academic status of Candidaat or equivalent professional qualification and be between 21 and 35 years of age.

Application forms and full information may be obtained from the British Council, Keizersgracht 343, Amsterdam (telephone (020) 23 93 33).

Forms will not be issued after November 5th and the closing date for applications is November 12th, 1966.

INGEZONDEN

(*Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten*)

NIERTRANSPLANTATIE IN 1908

De mededeling over niertransplantaties in het verslag van het Klinisch Genootschap te Rotterdam (bl. 1622 van de lopende jaargang) geeft mij aanleiding tot het schrijven van de volgende herinnering. Ik ga daarbij met mijn geheugen te rade: de juiste gegevens moeten verborgen liggen in het Laboratorium van de Pathologische Anatomie in Leiden, terwijl ik vermoed, dat het preparaat waarom het gaat, zich in de chirurgische kliniek aldaar bevindt.

Waarschijnlijk in 1908 deed de latere hoogleraar ZAAIJER, toenmaals chef de clinique van de hoogleraar KORTEWEG, een autotransplantatie van de linker nier van de hond Piet naar de linker lies. Drie maanden later werd de rechter nier verwijderd. Het plan was, in 1914 met de hond naar een internationaal chirurgencongres in New York te gaan. De oorlog verhinderde dat.

In ongeveer 1917 had het dier de normale hondenleeftijd bereikt. Het werd ziekelijk, en werd pijnloos aan zijn einde geholpen. Op een zondagochtend vond in de operatiekamer van het Ziekenhuis de obductie plaats. Ik was er aanwezig. ZAAIJER had de hoogleraren TENDELO en EINDHOVEN gevraagd in de banken plaats te nemen als getuigen, terwijl HULST als gerechtelijk-geneeskundige en chef van de sectie-zaal van TENDELO de sectie deed. Een Leids notaris was

aanwezig, en maakte een acte op, die later door alle deskundigen werd getekend. De opzet was, notarieel vast te leggen, dat nergens anders in het lichaam nierweefsel aanwezig was dan in de linker lies. ZAAIJER zelf heeft, als oud patholoog-anatoom, een keurig preparaat gemaakt van de organen waarom het ging, en deze op een grote glazen plaat bevestigd. Zo stond het in de kast met merkwaardige preparaten naast de operatiekamer.

Het lijkt mij niet ondienstig, deze feiten aan de vergetelheid te ontrukken.

Baarn, 10 september 1966

M. N. ROEGHOLT

CYTOSTATISCHE THERAPIE VAN HET BRONCHUSCARCINOOM

Dit is een reactie op het ingezonden stuk van ARIËNS, VAN PUTTEN, ZWAVELING en VAN DONGEN (1966).

„Cytostatische therapie van maligne tumoren, en in het bijzonder van het bronchuscarcinoom, is voor velen nog een dubieuze aangelegenheid. De klinische resultaten bij de behandelde patiënten met bronchuscarcinomen zijn statistisch weliswaar iets gunstiger dan bij de onbehandelde, maar de verschillen zijn klein, soms zeer klein, zodat men zeker niet mag spreken van 'dramatic improvement'” (BEUMER 1966).

Bovenstaand citaat uit een recente publikatie toont aan, dat ook ondergetekenden een kritisch standpunt innemen bij de beoordeling van het effect van cytostatica bij patiënten met maligne tumoren. Onze reactie beperkt zich thans verder tot de behandeling van bronchuscarcinomen met SP-I en SP-G.

Behandeling van inoperabele gevallen van bronchuscarcinoom is voor elke kliniek een zware belasting en een ondankbare opgave. Het enige dat bereikt kan worden, is een (meestal kortdurende) remissie, waarbij men tracht, de patiënt zo goed mogelijk door de moeilijke tijd die hem te wachten staat heen te loodsen. Daarom zullen klinici elke mogelijkheid tot verruiming van het therapeutische arsenaal begroeten, ook al zijn enkele vragen die wetenschappelijk van interesse zijn nog niet beantwoord. Vaak zullen klinici graag helpen bij de beantwoording van deze vragen.

Aan alle cytostatica kleven bezwaren, maar een alternatief is er eigenlijk niet. In vele klinieken is de belangstelling primair gericht op de mogelijkheden tot curatieve resectie van het bronchuscarcinoom. Ook wij zijn van mening dat deze therapie te verkiezen is boven elke andere behandeling. Helaas is echter een hoog percentage van alle patiënten met een bronchuscarcinoom op het moment van de diagnose reeds inoperabel.

In het algemeen kan worden gezegd, dat patiënten met een inoperabel bronchuscarcinoom, die behandeld worden met cytostatica, en bij wie uit de klinische observatie blijkt dat de tumorgroei niet door de therapie wordt tegengegaan, subjectief opmerkelijk weinig klachten hebben, ondanks uitbreiding en metastasering van de tumor. Ernstige klachten ontstaan meestal pas enkele weken voor het overlijden (BEUMER 1965).

Monotherapie met SP-I en SP-G leek op grond van de literatuur minder geschikt voor het verkrijgen van optimale resultaten. Toch ontbraken gegevens over het resultaat van behandeling van patiënten met bronchuscarcinomen met SP-I en SP-G. Daarom wordt door ondergetekenden een onderzoek bij twee series patiënten verricht; dit onderzoek loopt thans bijna twee jaar.

De ene serie patiënten (selectie geschiedt „at random”) krijgt uitsluitend SP-I of SP-G in de hoogst mogelijke dose-

ring. De andere serie patiënten krijgt behalve bovenstaande therapie ofwel cyclofosfamide ofwel trisethyleeniminobenzochinon. Ook deze medicamenten worden steeds maximaal gedoseerd.

Deze opzet heeft twee voordelen: enerzijds worden geen patiënten onbehandeld gelaten, anderzijds wordt meteen een indruk verkregen welke combinatie-therapie het best hanterbaar is.

Op grond van de resultaten en ervaringen opgedaan bij dit onderzoek zijn wij zo vrij enkele opmerkingen te maken. Een volledig verslag over de klinische ervaringen en resultaten van dit onderzoek is nog niet te geven; dit zal later elders worden uitgebracht.

De dosering bij onze patiënten is steeds maximaal, hetgeen betekent 2000 mg SP-I per dag of meer, ofwel een zo groot aantal SP-G-capsules als mogelijk is in verband met gastro-intestinale klachten. Soms bedraagt het aantal SP-G-capsules wel 16 per dag. Depressie van het beenmerg werd nooit duidelijk waargenomen, ondanks nauwgezette controle van leukocytenniveau en beenmerg. Diarree werd alleen waargenomen bij behandeling met SP-G, tijdens behandeling met SP-I werd nooit diarree waargenomen, alleen nausea.

Het is misschien van belang melding te maken van morfologische veranderingen in tumorcellen, opgehoest in het sputum, tijdens behandeling met cytostatica. Bij deze vergelijkende studie werd ook de invloed van SP-I en SP-G bestudeerd (BEUMER en PORTON 1966). Het is bij dit onderzoek gebleken, dat de door ons gebruikte doseringen duidelijk effect hadden op de tumorcellen, hetgeen ook klinisch gecoreleerd bleek te zijn met bepaalde waarnemingen, ook tijdens behandeling met SP-I en SP-G. Tevens bleek dat het veelbesproken leukocytenniveau in het bloed tijdens therapie met cyclofosfamide en trisethyleeniminobenzochinon geen goede graadmeter is voor het effect van deze cytostatica op het tumorweefsel. Blijkbaar zijn de invloeden van een cytostaticum op het tumorweefsel en op het beenmerg twee onafhankelijke mechanismen.

SP-I en SP-G geven klinici en patiënten nieuwe hoop. Deze hoop is beperkt, maar wij menen in het bovenstaande te hebben aangetoond dat deze hoop ook niet geheel van goede gronden ontbloeit is.

Ons doel blijft: maximale inspanning en maximale toewijding, ten einde het gemeenschappelijke doel, de oplossing van het carcinoomvraagstuk, te bereiken.

Literatuur: ARIËNS, E. J., L. M. VAN PUTTEN, A. ZWAVELING en J. A. VAN DONGEN JR. (1966) SP-I en SP-G. *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1580. — BEUMER, H. M. (1965) Cyclofosfamide-infusie („stoot-therapie” van Druckrey) bij de behandeling van maligne longtumoren. *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1648; (1966) Tumorcellen in sputum na behandeling met podophyllylinderivaten. *Geneesk. Gids*, **44**, 218. — BEUMER, H. M. en W. M. PORTON (1966) Effect van cytostatica op tumorcellen in het sputum. *Ned. mil. geneesk. T.* **19**, 71.

Utrecht, 20 september 1966

H. M. BEUMER
W. M. PORTON

Het bericht van de collegae BEUMER en PORTON werd door ons met belangstelling gelezen. Wij menen dat het gestelde geen aanleiding geeft, het door ons onlangs beschreven standpunt ten aanzien van SP-I en SP-G te wijzigen. Immers ook door de collegae BEUMER en PORTON worden geen therapeutische effecten beschreven.

Nijmegen
Rijswijk
Leiden
Amsterdam

oktober 1966

E. J. ARIËNS
L. M. VAN PUTTEN
A. ZWAVELING
J. A. VAN DONGEN JR.

BERICHTEN BUITENLAND

Wereldberichten

Dreigende cijfers. — De hoogleraar in de landbouwwetenschappen te Cambridge sprak in een vergadering van de British Association te Nottingham over „Land and human population”. Hij erkende in het evenwicht tussen voedsel en wereldbevolking een wereldprobleem: in A.D. 2000, als de wereldbevolking van 3 miljard tot 6 miljard zal zijn toegenomen, resten nog slechts „untilled lands all agriculturally difficult and unrewarding. It would require all the knowledge and skill available to prevent irreparable damage before a stable population was achieved. That was the challenge of our time”. „We have mastered the physical world and the world of biology. We ourselves remain untamed. Our greatest need is to master the threat of our numbers.” (*Brit. med. J.*, 3 sept., bl. 597).

Waardeschatting van anticonceptieve intra-uteriene instrumenten. — Een rapport voor de Wereldgezondheidsorganisatie, bewerkt onder toezicht van de Human Reproduction Unit van de organisatie door het National Committee on Maternal Health, the Population Council van het Rockefeller Institute en een tiental deskundigen uit België, Hong Kong, India, Jamaica, Japan, Korea en Rusland, geeft reeds enig inzicht in de waarde van onderscheidene „intra uterine devices”. (*J. Amer. med. Ass.*, 29 aug., adv. bl. 42).

PERCENTAGES VAN BIJZONDERE VOORVALLEN BIJ GEBRUIK VAN
INTRA-UTERIENE ANTICONCEPTIVA

Events	Type of device			
	Loop (7399)*	Spiral (2536)	Bow (2557)	Ring (3851)
Pregnancies	2.9	1.8	5.9	6.9
Expulsions	11.3	22.3	4.5	18.7
Removals for medical reason	14.1	23.8	13.5	8.7
Pelvic inflammatory disease	2.2	3.5	3.2	2.5
Cases lost to follow up	8.3	10.0	8.0	13.6

* () Aantal inserties.

Engeland

Jacht op heksen en kettors, gelijktijdig met manifestaties van hoogste beschaving. — In de sectie voor de geschiedenis der geneeskunde van de Royal Society of Medicine sprak de psychiater R. E. HEMPHILL (Barrow Hospital, Bristol) over „historical witchcraft and psychiatric illness in Western Europe”. Het is niet mogelijk, de veel omvattende voordracht van een bepaald gezichtspunt te resumeren. Hier volgen slechts een paar zinnen uit de beschouwing waarmee de spreker zijn studie besloot. „Now that the episode of witchcraft is over, and fairy land and the magic world are the domains of children, it is amazing that such deception, extremes of cruelty and utter cynical arrogance can ever have been accepted by civilized men. Yet the same cultures produced some of the finest creations in literature and art, simultaneously with the persecution of witchcraft. The Church, in the name of Christ, with His message of compassion, tolerance and humility, promoted the witch trials. The witchcraft delusion was not invented by ordinary men but by scholastic and academic tyrants, relying on their reputation for learning. Even advanced rulers and religious reformers like LUTHER and CALVIN supported it. The same can happen, and to some extent does happen, in other forms today. In the scale of evolution little separates man in the twentieth century, in ethical values, from the sixteenth, and the potential for such another delusion is still present. It is