

Het terrein van de pil is nauwelijks maagdelijk te noemen. In ieder geval noopt hij ons tot wel-overdachte hypothesen, en dat is niet het opwerpen van zo-maar-gedachten die weelderig kunnen groeien op de ondergrondse stromen van dogmatische afkeer of sympathie. Neen, dan is de raad van Lord BERTRAND RUSSELL beter, om in geval van emotioneel geladen vragen de zaak in ongeladen taal- of cijfertekens om te zetten. En dat doet nu juist de statistiek.

Statistiek kan slecht bedreven worden. Zij kan als een veile vrouw zijn, met wie men kan doen wat men wil (LAMERIS), maar voor wie haar als een dame behandelt, is zij in wetenschappelijke zaken de leidsvrouw bij uitnemendheid.

Het is ongetwijfeld juist dat statistiek geen absolute zekerheid geeft. Absolute zekerheid bestaat slechts daar, waar zij tevoren als dogma, axioma, of definitie wordt ingevoerd, zoals in wiskunde, religie, of moraal. Voor de wetenschap bestaat slechts de statistische waarschijnlijkheid. Maar als iemand de wetenschappelijk bereikbare statistische, aanzekerheid-grenzende waarschijnlijkheid — zoals bijvoorbeeld dat morgen de zon weer zal opkomen — durft te vergelijken met de waarschijnlijkheid van een bij hem opkomend, door een heel stroomgebied van zowel onbewuste als bewuste gedachten gevoed ideeetje, geeft hij zich over aan onzindelijk denken en begeeft hij zich buiten het gebied der wetenschap.

Amsterdam, 6 maart 1967

L. B. W. JONGKEES

MAMMAVERGROTING MET BEHULP VAN SILASTIC-IMPLANTATIE

Naar aanleiding van het artikel van collega HUFFSTADT (1967) zou ik willen vragen:

1. Wat is het gevolg van deze behandeling ten opzichte van de lactatie wanneer de patiënte na de behandeling zwanger wordt?

2. Gaat het cosmetisch effect, na de sterke veranderingen die de borst ondergaat tijdens de zwangerschap, bij eventuele lactatie en na afloop van dit laatste, niet geheel verloren?

Ik meen, dat men deze operatie aan jonge vrouwen alleen mag adviseren indien de bovenstaande vragen in gunstige zin kunnen worden beantwoord.

Literatuur: HUFFSTADT, A. J. C. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 394.

Amsterdam, 8 maart 1967

G. HELLINGA

Ad 1. De implantatie vindt plaats in een holte die gevormd is op de fascia pectoralis. De mamma-klier en het omgevende vetweefsel worden daarbij intact gelaten en slechts naar voren gebracht. Dit gebeurt langs een goed te klieven scheidingsvlak, met bijzonder weinig bloeding.

Hoewel men een eventuele lactatie nooit kan voorspellen (ook niet zonder mammaplastiek) is er geen mechanische reden te bedenken waarom verwacht kan worden dat de lactatie door een Silastic-implantatie beperkt zou worden. Hierbij veronderstel ik dat de operatie adequaat wordt uitgevoerd.

Ad 2. Afhankelijk van de uitgebreidheid der veranderingen aan de borst tijdens zwangerschap en lactatie zullen daarvan zichtbare resten overblijven. Het implantaat blijft onveranderd.

Persoonlijk heb ik nog geen ervaringen van bovengeschetste situaties. Wel was ik in 1963 tijdens een congres in Washington D.C. in de gelegenheid aan CRONIN dezelfde vragen te stellen. Hij had toen reeds lactatie kunnen waarnemen bij vrouwen met een Silastic-implantaat in de mammae. De involutie van de weefsels daarna had tot dat tijdstip geen cosmetische bezwaren opgeleverd.

Groningen, 14 maart 1967

A. J. C. HUFFSTADT

CORTISON BIJ HET SYNDROOM VAN WATERHOUSE-FRIDERICHSEN

In zijn klinische les bracht Prof. PRAKKEN (1967) de behandeling van het door meningokokken veroorzaakte syndroom van Waterhouse-Friderichsen terloops ter sprake. Moge ik hieraan toevoegen, dat ik de laatste 15 jaar bij tal van patiënten heb kunnen waarnemen, dat cortison levensreddend kan werken, mits men de toediening staakt, zodra de bloeddruk een redelijk peil heeft bereikt. En dit is gewoonlijk binnen enkele uren het geval.

Literatuur: PRAKKEN, J. R. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 437.

Amsterdam, 14 maart 1967

J. E. MINKENHOF

ONTSTAAN VAN HARTKLEPVERANDERINGEN BIJ HET CARCINOÏD-SYNDROOM

Naar aanleiding van het Referaat (1967) over het ontstaan van hartklepveranderingen bij het carcinoïd-syndroom, moge ik collega PAPE verwijzen naar het voortreffelijke artikel van OATES e.a. (1964) in de *Lancet*.

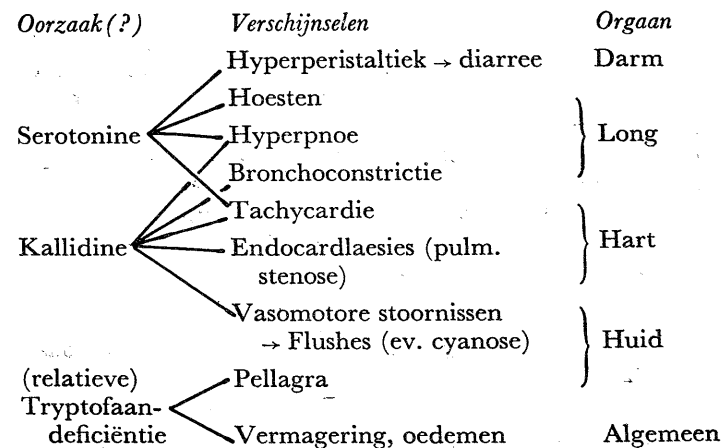
Hun hypothese is dat de carcinoïd-metastasen kallikreïne bevatten; deze kan onder invloed van bepaalde factoren (bv. catecholaminen) in de circulatie komen en vormt dan uit kallidinogeen, aanwezig in de α_2 -globuline-fractie van het plasma, een „kinine”: kallidine.

Kallidinogeen $\xrightarrow{\text{Kallikreïne}}$ Kallidine

Deze kallidine veroorzaakt volgens genoemde auteurs de typische „flushes” en de bloeddrukveranderingen (meestal hypotensie). Andere verschijnselen, zoals de bronchoconstrictie en de fibreuze woekeringen op de hartkleppen zijn eveneens beter te verklaren door de werking van deze „kinine” dan door de uitwerking van serotonine.

Primair zet de lever de 5HT (= 5-Hydroxy-Tryptamine = serotonine) om in 5HIA (= 5-Hydroxy-IndolAzijnzuur). Bij grote metastasen wordt dit systeem insufficiënt en verwijderd de long ongeveer $\frac{2}{3}$ van de „vrije” (= niet aan de trombocyten gebonden) serotonine; bij longaandoeningen is dit veel minder!

Naar aanleiding van een recente literatuurstudie die ik over het carcinoïdsyndroom maakte, zou ik de verschijnselen hiervan thans als volgt schematisch willen voorstellen:



Literatuur: OATES, J. A., K. MELMON, A. SJOERDSMA, L. GILLESPIE en D. T. MASON (1964) *Lancet*, I, 514. — Referaat (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 87.

Amsterdam, 6 februari 1967

L. A. HARTOG