

Het dualisme bv. dat een somatisch teratoom bij hogere differentiatie minder kwaadaardig wordt, terwijl een trofoblastisch teratoom door hogere differentiatie juist meer agressief wordt doordat het specifieke histolytische enzymen vormt, kenschetst de noodzaak tot exacte diagnostische onderkenning; omdat het erop wijst, dat in deze beide gevallen een principieel verschillende therapie geïndiceerd zou kunnen zijn.

*Literatuur:* BRESLER, W. M. (1964) *Acta Un. int. Cancr.* **20**, 1501. — DYKE, P. C. en D. A. MULKEY (1967) *Cancer* **20**, 1343. — FRIEDMAN, M. en A. J. DI RIENZO (1963) *Cancer* **16**, 868. — GARBAY, M., J. FLORENT en J. PETEL (1965) *Presse méd.* **73**, 3047. — GONZALEZ-ANGULO, A., H. MARQUEZ-MONTER, B. J. ZAVALLES, E. YABUR en H. SALAZAR (1966) *Obstet. Gynec.* **27**, 455. — HALLEY, J. B. W. (1963) *Cancer* **16**, 1269. — PATTON, J. F. c.s. (1963) *Postgrad. Med.* **33**, 440. — SCULLY, R. E. (1961) *Cancer* **14**, 778. — ZWAVELING, A. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1441.

Groningen, 24 oktober 1967

E. L. FRENSDORF  
H. N. HADDERS

Het is van belang, dat de collegae FRENSDORF en HADDERS nog eens duidelijk naar voren brengen, dat de classificatie van testistumoren geen afgesloten hoofdstuk is. De door mij gebruikte indeling volgens PATTON is gehanteerd op grond van didactische bruikbaarheid, en niet, omdat deze indeling te prefereren is boven andere. Integendeel, in de kliniek hebben wij herhaaldelijk te maken met mengvormen, doch dat doet aan het principe van mijn betoog niet af.

De kliniek kan alleen maar gebaat zijn met een zo goed mogelijk inzicht in de histiogenese en histologie van kwaadaardige tumoren. De therapie kan dan zo genuanceerd mogelijk worden bedreven.

Zolang echter een nieuwe indeling nog niet duidelijk is gecorreleerd met therapie en prognose, is het niet raadzaam deze dan reeds te gebruiken als basis van geneeskundig handelen. Dit geldt ook voor de zo zeer omstreden indelingen der testistumoren.

Leiden, 3 november 1967

A. ZWAVELING

## BESCHOUWINGEN INZAKE MASSALE BCG-VACCINATIE

Naar aanleiding van het door collega MEIJER (1967) geschreven „Commentaar” zou ik het volgende willen opmerken:

Voorzover de transmissie van de tuberkelbacterie en de besmettingsdichtheid met deze bacteriën zozeer is afgenomen, als uit de landelijke cijfers blijkt, kan ik mij, vanuit mijn beperkte deskundigheid, volkomen verenigen met zijn conclusies.

Echter treft mij dan de zinsnede (bovenaan bl. 1764) „zou het effect van een dergelijke massale vaccinatie in het niet zinken bij de omvang van het uit te voeren programma”, en wel om de volgende reden.

Jaarlijks worden door de schoolartsen en hun hulppersoneel, althans voorzover het de lagere scholen betreft, en door de provinciale „Mantoux-teams”, voorzover het betreft de leerlingen der vervolgscholen, tienduizenden tuberculine-reacties verricht, uit welke praktisch geheel negatieve uitslag inderdaad blijkt, hoe gering de besmettingsdichtheid onder deze bevolkingsgroepen is!

Dit resultaat wordt echter óók niet verkregen zonder de uitvoering van een omvangrijk programma, hetwelk, in concreto, aan het personeel van de Districtschoolartsen-

dienst Hengelo, Stad- en Ambt Delden (bestand: 18.000 leerlingen alle scholen, 3 schoolartsen en 3 schoolverpleegsters) ongeveer 2½ week aan werktijd kost.

Zou het niet mogelijk zijn, gezien het nog geregeld dalen der percentages positief reagerenden, ook een marge aan te geven, beneden welke het jaarlijks pirquetteren van negatief reagerende schoolkinderen overbodig wordt?

Naar mijn mening is dit een vraag die het overwegen waard is.

*Literatuur:* MEIJER, J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1763.

Hengelo (O.), 10 oktober 1967

C. J. GELDERMAN

Het regelmatig tuberculineren van schoolkinderen in Nederland is destijds ingesteld als een logische consequentie van het achterwege laten van massale BCG-vaccinatie.

Wat de lagere school betreft, is bij de huidige geringe infectietransmissie van ongeveer 1 per 1.000 per jaar de vraag gewettigd of men deze jonge kinderen inderdaad nog jaarlijks moet tuberculineren. Verschillende schoolartsendiensten verrichten op de lagere scholen dit onderzoek dan ook niet meer elk jaar, doch in de eerste, de derde of vierde, en de zesde klas. Mijns inziens kan thans zelfs wel worden volstaan met dit onderzoek in de eerste en de zesde klas te verrichten. Hiermee houdt men de vinger op de pols van de Nederlandse schooljeugd wat betreft hun tuberculine-indices op het 6e en ongeveer 12e levensjaar. Het valt te voorzien dat in de toekomst het tuberculine-onderzoek in de 6e klas het belangrijkste zal worden omdat men daar de laatste kans heeft alle tuberculine-positieven van die leeftijd door middel van isoniazide-profylaxe te beschermen.

Wat betreft de scholen voor voortgezet onderwijs, ligt de zaak in grote trekken hetzelfde, al moet worden opgemerkt dat de infectietransmissie bij de wat oudere kinderen iets hoger is (van de grootte-orde van 1,5 per 1.000 per jaar) en zij zich bovendien op een leeftijd bevinden waarop zich een fisis aan een tuberculeuze infectie kan aansluiten. Hier zal men met het „uitdunnen” van de jaarlijkse tuberculine-reacties daarom wat voorzichtiger tewerkgaan, doch uiteindelijk zal ook hier het tuberculine-onderzoek vóór het verlaten van de school het langst in stand gehouden moeten worden, ook alweer met het oog op de te geven isoniazide-profylaxe.

Het is aan het Staatstoezicht voor de Volksgezondheid, in deze suggesties te doen en coördinerend op te treden.

Met nadruk zij erop gewezen dat dit alles uitsluitend betrekking heeft op massaal routine-tuberculine-onderzoek op scholen. Zodra er sprake is van (gericht) contactonderzoek, zijn uiteraard geheel andere maatregelen aangewezen.

's-Gravenhage, 2 november 1967

J. MEIJER

## DE BETREKKELIJKHEID VAN „VASTSTAANDE FEITEN”

Bekendheid met het feit, dat een betrouwbare diagnose van corpus-carcinoom in de ontwikkelingslanden vrijwel onmogelijk is, weerhoudt Prof. KLOOSTERMAN er niet van, te stellen, dat er een relatie bestaat tussen frequentie van corpus-carcinoom en „ontwikkeling”.

Hiermee erkent hij ongevraagd de juistheid van de essentie van mijn betoog, dat, om tot een oordeelsvorming te komen, „vaststaande feiten” alléén niet voldoende zijn. Daar is méér voor nodig. Zoals Prof. DEFARES terecht zegt: „Niet alleen kennis, maar bovenal wijsheid.”

Het getuigt ongetwijfeld van een drang naar kennis, de „met argwaan te bezien toediening van synthetische stoffen met estrogene en gestagene werking” te zien als een „geweldig experiment”.

Het getuigt echter evenzeer van een gebrek aan wijsheid en van menselijkheid, de vrouw als een interessant proefdier te beschouwen. Dat het „proefdier” in kwestie zich hiervoor maar al te graag laat gebruiken, doet daar niets aan af.

Hoezeer ook de sociale en morele inzichten veranderd zijn, van een arts verwacht en verlangt men nog steeds leiding en niet een toegeven aan verlangens. Zeker niet, als het gaat om „medicamenten, waarvan de ongunstige bijwerkingen pas na lange tijd ten volle bekend en begrepen worden”.

Zachte heelmesters maken nog steeds stinkende wonden! Dit is een wijze uitspraak, waarvan de juistheid door niemand betwijfeld kan worden, niettegenstaande het feit, dat ze niet bewezen kan worden met concrete cijfers, met „vaststaande feiten”.

*Literatuur:* DEFARES, J. G. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1115. — KLOOSTERMAN, G. J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1452 en 1890. — SCHÖPPING, J. M. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1732.

Maastricht, 24 oktober 1967

J. M. SCHÖPPING

De heer SCHÖPPING heeft intuïtieve bezwaren tegen toediening van ovulatieremmers. Dat is zijn goed recht. Hij zoekt naar argumenten om zijn aprioristische zienswijze te staven en tracht argumenten van anderen, die met zijn zienswijze in strijd zijn, te weerleggen. Ook dat is begrijpelijk. Hierbij heeft hij zich echter laten verleiden, zonder kennis van zaken getallen uit een internationale statistiek te gaan interpreteren op een manier die ontoelaatbaar is.

In mijn eerste antwoord aan de heer SCHÖPPING heb ik uiteengezet waar de fout in zijn redenering zat. Integrale statistieken uit ontwikkelingslanden laten namelijk geen splitsing toe in cervix- en corpuscarcinoom volgens de internationaal aanvaarde regels. Wel zijn er talrijke gegevens uit grote klinieken in die landen die zeer betrouwbare conclusies toelaten, en zonder uitzondering maken deze duidelijk dat het corpuscarcinoom in ontwikkelingslanden een zeldzame tot zeer zeldzame aandoening is, terwijl het cervixcarcinoom in die landen veel voorkomt. Vandaar dat het (beginnende) cervixcarcinoom wel als aparte groep voorkomt in landelijke statistieken uit die gebieden, maar het corpuscarcinoom in het geheel niet.

Ik heb in mijn eerste antwoord aan de heer SCHÖPPING getracht dit duidelijk te maken zonder hem hierover hard te vallen, omdat het nu eenmaal begrijpelijk is dat een niet-medicus zich in de vingers snijdt wanneer hij alleen maar met wat gezond verstand gewapend en zonder werkelijke kennis van zaken statistieken gaat interpreteren. Ik wist toen nog niet dat de heer SCHÖPPING zulk een afkeer van zachte heelmesters heeft. Ik hoop het nu duidelijker gezegd te hebben.

Amsterdam, 1 november 1967

G. J. KLOOSTERMAN

### ACUTE LEVERVERVETTING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Naar aanleiding van het verslag over de klinisch-pathologische conferentie (1967) betreffende een gravida met icterus zij het ons vergund een enkele opmerking te maken.

In de discussie stelt collega DE NEEF dat de door ons beschreven patiënte (1965) pyelonephritis had en daarvoor gantrisine kreeg. In het door ons gepubliceerde artikel staat dit niet vermeld. De patiënte had geen pyelonephritis en zij kreeg vóór de partus nóch gantrisine, nóch enig ander geneesmiddel (met name ook geen tetracycline-preparaat).

Zoals collega DAAMEN in dezelfde discussie even tevoren opmerkte, was er bij onze patiënte dus inderdaad geen toxische factor aantoonbaar.

*Literatuur:* Klinisch-pathologische conferentie (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1755. — ENTER, C. H. J. VAN, en J. T. F. SLUITER (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 561. — ENTER, C. H. J. VAN en J. T. F. SLUITER (1966) *T. Gastro-ent.* **9**, 504.

Veenendaal, 17 oktober 1967

C. H. J. VAN ENTER  
J. T. F. SLUITER

### ERVARINGEN MET KRISTALLIJN DIHYDROTACHYSTEROL

Het referaat onder bovenvermelde titel van de publikatie van HARRISON en medewerkers (1967) kan in verband met de vermelding van de naam A.T. 10 tot misverstand aanleiding geven:

Blijkbaar wordt onder de naam A.T. 10 in de Engelssprekende landen een mengsel van steroïden verstaan. Door Bayer en Merck wordt evenwel onder het merk A.T. 10 sinds het midden der jaren vijftig een preparaat geleverd, dat bestaat uit een oplossing (in olie) van 1 mg kristallijn dihydrotachysterol per ml, met andere woorden een preparaat dat identiek is met dat waarmee HARRISON e.a. zulke opmerkelijke resultaten verkregen.

Vermoedelijk houdt deze verwarring verband met de omstandigheid, dat na de Tweede wereldoorlog de Duitse merkrechten voor een deel zijn overgegaan aan de vroegere licentienemers van de desbetreffende ondernemingen.

Duidelijk is echter, dat in die landen waar Bayer en Merck hun preparaat A.T. 10 leveren, o.a. in Nederland, geen vrees behoeft te bestaan voor een verschil in werking tussen A.T. 10 en kristallijn dihydrotachysterol, immers hier is A.T. 10 identiek met kristallijn dihydrotachysterol.

*Literatuur:* HARRISON, A. F., F. LIFSHITZ en R. M. BLIZZARD (1967) Dihydrotachysterol and calciferol in vitamin D therapy. *New Engl. J. Med.* **276**, 894. — Referaat (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1770

Oktober 1967

N.V. NEDIGEPHA (BAYER-Leverkusen)  
E. MERCK Nederl. N.V. (E. MERCK - Darmstadt)

## BERICHTEN BUITENLAND

### *Wereldberichten*

**Uitreiking van de Nobelprijs.** — De Nobelprijs voor geneeskunde en fysiologie wordt 10 december te Stockholm uitgereikt aan GEORGE WALD (Verenigde Staten), HALDAN KEFFER HARTLINE (Verenigde Staten) en RAGNER GRANT (Finland) voor hun „ontdekkingen over chemische en fysiologische visuele processen die zich primair in het oog afspelen”.

### *Australië*

**Een ziekenzaal „Niet Roken”.** — De directie van het algemene ziekenhuis te Daw Park (Zuid-Australië) heeft in het begin van dit jaar een paviljoen voor mannen met 38 bedden voor niet rokende patiënter bestemd. De uitkomsten waren zeer bemoedigend. Voor een belangrijk deel was dit te danken aan het goede voorbeeld van de behandelende artsen. Niemand van het geneeskundige personeel zondigde in werktijd; „and two sisters gave up smoking entirely”. Collega van andere afdelingen, die op bezoek kwamen, prezen de zuivere lucht in de zaal niet-roken, en merkten op dat er 's nachts minder werd gehoeft. (*Lancet*, 7 okt., bl. 765.)