

testosteron-decanoat (Deca-durabolin). Het is evenwel moeilijk, de werking van elk van deze drie behandelingsmethoden afzonderlijk te evalueren.

Mevrouw J. BLONK-VAN DER WIJST (interniste) maakte duidelijk dat met hormonale behandeling alleen — castratie, neohombreol, ethinylestradiol (Lynoral) of prednison — meestal gecombineerd met orale diuretica, goede resultaten te verkrijgen zijn bij patiënten met gemetastaseerd mammacarcinoom en pleuritis carcinomatosa. Van de 39 patiënten, behandeld in het Rotterdamsch Radio-therapeutisch Instituut in de jaren 1962-1966, trad bij 19 een goede verbetering in, bij 15 een dubieuze, of korter durend dan 3 maanden; bij 5 patiënten was er geen reactie. Het aantal patiënten met uitsluitend „niet-hormonale” behandeling (diuretica, intrapleuraal chloormethine (Mitoxine) of  $^{187}\text{Au}$ ) was te klein voor vergelijking hiervan met hormonale therapie.

Bij lokale cytostatische therapie beoogt men, de tumorcellen met een hogere concentratie van het geneesmiddel in aanraking te brengen dan bij algemene therapie mogelijk is. Het cytostaticum wordt ook in het bloed opgenomen en bereikt de tumorcellen dus niet alleen rechtstreeks, maar ook via de algemene circulatie. Het is niet bekend, welk aandeel toevoer via de bloedbaan heeft in het resultaat.

Een onderzoek van mej. Dr. C. BENCKHUIJSEN en H. ROEBERS over lokale behandeling van pleuritis carcinomatosa met Thio-tepa zal hierover in de toekomst misschien meer leren. Wanneer 45 mg Thio-tepa lokaal in het pleuravocht wordt gebracht, is dit na 3-5 uur verdwenen, en gedurende minstens 24 uur worden er alkylerende metabolieten in de urine uitgescheiden. Onderzocht wordt, of men het beenmerg beschermen kan tegen de toxische werking van Thio-tepa door intraveneuze infusie van natriumthiosulfaat. Thiosulfaationen neutraliseren de werkzame groepen van Thio-tepa. Ze dringen vanuit het bloed slechts langzaam in de pleuraholte door, zodat de verdwijning van Thio-tepa uit het pleuravocht nauwelijks versneld wordt door gelijktijdige thiosulfaatinfusie. Er worden echter veel minder alkylerende metabolieten in de urine uitgescheiden.

Belangwekkend is, dat de werking van Thio-tepa nu beperkt blijft tot een rechtstreeks lokale. Hierdoor kan wellicht blijken, of het resultaat bij een intrapleurale behandeling voornamelijk door de lokale werking op vrije en op oppervlakkig gelegen tumorcellen wordt bepaald.

Mej. BENCKHUIJSEN wees erop, dat bevindingen over het elimineren van Thio-tepa uit het pleuravocht niet zonder meer van toepassing zijn voor andere cytostatica. Ook de snelheid van werking op de tumorcellen kan voor elk middel anders zijn. Uit een onderzoek in vivo (THOM 1964) is gebleken, dat morfologisch de werking van triaziquon op de tumorcellen in het pleuravocht bij patiënten met mammacarcinoom sneller zichtbaar wordt dan die van Thio-tepa (resp. 10 en 24 uur). Bij cyclofosfamide (Endoxan) duurt het zelfs 6 dagen. Dit hangt misschien ook samen met het feit dat cyclofosfamide als zodanig niet werkzaam is, en pas in de lever geactiveerd wordt.

Men veronderstelt soms, dat de werking van stikstofmosterd en triaziquon vooral berust op het doen ontstaan van verklevingen tussen de pleurabladen. Dit wordt echter veel doeltreffender bereikt met de „pleurodese”. Bij de pleurodese wordt verkleving der pleurabladen bereikt door insufflatie van steriele geïodeerde talk, gevolgd door continue zuigdrainage.

VAN DITMARS beschreef uitvoerig de techniek van deze ingreep. Beoogd wordt, een steriele ontsteking teweeg te brengen. De talk transporteert en fixeert het jodium, dat hyperemie en een fibrinerijk exsudaat veroorzaakt. Een 5

tot 7 dagen voortgezette, continue zuigdrainage brengt de pleurabladen tegen elkaar, waarna vergroeiing kan plaatsvinden.

De vraag die tenslotte beantwoord moet worden, is: Welke behandeling verdient de voorkeur, indien de pleuritis carcinomatosa een noodsituatie schept? Dat wil zeggen: een patiënt met als belangrijkste symptoom: snelle vochtophoping tussen de pleurabladen, met klachten over toenemende dyspnoe en pijn, waarbij herhaalde ontlastende puncties noodzakelijk zijn. Heeft in geval van mammacarcinoom de hormonale therapie gefaald, dan blijft de keuze tussen cytostatica en pleurodese. Lokale cytostatische therapie kan goede resultaten geven. De vraag, hoeveel zin deze behandeling heeft wanneer men reeds vroeger zonder succes, algemene behandeling met cytostatica heeft toegepast, is onbeantwoord gebleven. Pleurodese heeft ook bezwaren. Een voorwaarde voor de toepassing is, dat de algemene toestand van de patiënt redelijk is. De ingreep is niet zonder gevaar, en eist bovendien een bijzondere ervaring van de arts, die hem uitvoert. Verder mag de pleuritis carcinomatosa niet zó lang bestaan hebben, dat de door vocht gecompriëerde long zich niet meer kan ontplooiën ten gevolge van intrapulmonale bindweefselvorming. Wanneer gedurende 6 weken vergeefs geprobeerd is, met andere middelen de pleuritis carcinomatosa met succes te behandelen, heeft pleurodese weinig kans van slagen.

Er zijn bij dit symposium vragen onbeantwoord gebleven. Het onderzoek over intrapleuraal inbrengen van Thio-tepa met gelijktijdig elimineren van het naar de bloedbaan lekkende cytostaticum zal ons wellicht in de toekomst meer leren over de waarde van de lokale cytostatische therapie bij pleuritis carcinomatosa.

De resultaten van de behandeling met cytostatica bij de pleuritis carcinomatosa die een noodtoestand schept, zou door een om en om behandeling vergeleken kunnen worden met de pleurodese, mits uitgevoerd in een zelfde centrum en door dezelfde arts.

*Literatuur:* THOM, R. (1964) In: *IIIrd International Congress of Chemotherapy*, vol. II, bl. 1210. Onder redactie van H. KUEMMERLE en P. PREZIOSI. Stuttgart.

Soest, juni 1968

P. J. BANGMA  
(namens de K.W.F. Studiegroep  
Chemotherapie)

## INGEZONDEN

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

### HUIDMANIFESTATIES VAN HET ATOPISCH SYNDROOM

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega DIEGES (1968) zou ik willen opmerken, dat iedere vorm van wetenschap een zekere orthodoxie kent, waarbij men een aantal stellingen, die niet altijd bewezen hoeven te zijn, maar die voorlopig worden aanvaard bij gebrek aan beter, centraal stelt. En zo is één van deze stellingen, die misschien helemaal niet waar zijn in de orthodoxe allergologie, de directe relatie tussen allergenen, reages en huidafwijkingen van het atopisch eczeem. Deze stelling is zo hardnekkig, omdat ze op de actieve therapie, de desensibilisatie is gebaseerd. Het dogmatische karakter van deze stelling komt het duidelijkst tot uiting bij internationale congressen voor allergologie, waar bij discussies over dit thema onmiddellijk een niet te overbruggen kloof tussen dermatologen en allergologen ontstaat. De orthodoxie belet natuurlijk niet, dat

de opinies over de centrale vraagstukken niet fluctueren, vooral bij degenen, die zich hier experimenteel mee bezighouden. Zo komt bv. bij iedere discussie van een groep mensen, die zich bezighouden met experimenteel contacteczeem na korte tijd het feit naar voren, dat de best onderzochte vormen van het contacteczeem, nl. die welke door chroom, nikkel en parafenyleendiamine veroorzaakt worden, klinisch zoveel overeenkomst vertonen met het constitutioneel eczeem. Dit neemt niet weg, dat ieder als hij na de conferentie weer naar zijn eigen kliniek is teruggekeerd meestal de orthodoxe leer, nl. dat er een fundamenteel verschil is tussen contacteczeem en atopisch eczeem, aan zijn studenten zal verkondigen.

Dit is dan ook de reden, dat ik in de klinische les (1968) het begrip dogma heb gehanteerd. De twee auteurs, die collega DIEGES noemt — COOKE en ROSTENBERG — zijn inderdaad ondogmatische onderzoekers, wier stellingen allerm minst aanvaard zijn. COOKE bv. is iemand, die ervan overtuigd is, dat reagnes zeer weinig overeenkomst hebben met de klassieke antistoffen. ROSTENBERG heeft naar onze mening heel onorthodoxe opvattingen, niet alleen over atopisch eczeem maar ook over het contacteczeem. Het feit, dat collega DIEGES vermeldt, dat ROSTENBERG zich heftig verzette tegen de atopische hypothese, wijst trouwens op een emotionele geladenheid, die dikwijls een tekort aan feitelijke argumenten moet verdoezelen. Ook de ideeën van VOORHORST, hoe belangwekkend en stimulerend zij ook zijn, worden niet algemeen aanvaard. Het al dan niet aanvaarden zegt niets over het waarheidsgehalte van de orthodoxe opinies. Zij passen alleen niet in het overheersende denkpatroon.

Het zou natuurlijk ideaal zijn als het centrale corpus van een wetenschap voortdurend gecorrigeerd en bij de tijd gehouden zou worden. Misschien wordt dat in de toekomst nog eens mogelijk (computer). Voorlopig moet men er rekening mee houden, dat bedachtzaamheid en ook menselijke traagheid, luiheid en onvermogen snelle aanpassingen aan kleine wijzigingen in de weg staan. Om dergelijke centrale stellingen omver te gooien, moet men uit het denkraam van zijn tijd kunnen stappen en dit is slechts aan weinigen gegeven.

*Literatuur:* DIEGES, P. H. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1386.  
— MALI, J. W. H. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 969.

Nijmegen, 6 augustus 1968

J. W. H. MALI

#### DE CHIRURGISCHE BEHANDELING VAN DE HERNIA INGUINALIS EN FEMORALIS

In zijn antwoord op mijn ingezonden mededeling zegt collega OOSTERWIJK (1968): „Onze anatomische beschouwingen komen in tegenstelling met wat collega MONASCH stelt, ook allerm minst met de zijne overeen; met name vind ik in de beschrijving van de transversuslaag op bl. 19 van zijn proefschrift niet eenmaal het ligament van Thomson genoemd, welk ligament naar onze bevindingen bij operatie, altijd aanwezig is.”

Nu kan men zich afvragen waarom collega OOSTERWIJK mijn standpunt niet zou kunnen delen indien ik op verschillende andere pagina's op het belang van het ligament van Thomson wijs. Ernstiger is echter dat op bl. 19 een hele alinea aan dit ligament wordt gewijd. Alleen begint de betrokken passage op bl. 18. Ik citeer:

„Evenwijdig aan het ligament van Poupart loopt in het transversusvlak nog een vezelverdichting dwars over de vaatschede van de vasa femoralia. Dit ligament werd in 1838 voor het eerst beschreven door THOMSON. Evenals MASEREEUW heb ik het zeer vaak als een stevige (bl. 19) band aangetroffen. McVAY hecht weinig waarde aan het ligament

van Thomson dat ook als „ligamentum iliopubicum intermedium”, „iliopubic tract”, en „bandelette iliopubienne” wordt beschreven. GRIFFITH (1959) beschouwt het als de omvagsplooi van de fascia iliaca op de fascia transversalis. Evenals CLARK en HASHIMOTO (1946), DONALD (1948), BARRETO (1952) en FRUCHAUD (1960) meen ik dat dit ligament in bepaalde gevallen voor de chirurg van belang kan zijn (fig. VIII).” Deze figuur VIII geeft in vier detailtekeningen het verloop weer van het ligament van Thomson en het gebruik in de breukchirurgie. (Fig. VIII bevindt zich om technische redenen tegenover pag. 33.)

Mijn vermoeden dat collega OOSTERWIJK Nederlandse dissertaties over het onderwerp waarover hij publiceert niet of ten minste niet zorgvuldig leest, is hiermee dus bevestigd. Mijn standpunt dat zijn anatomische beschouwingen volledig overeenstemmen met die van mijzelf handhaaf ik onverkort.

Collega OOSTERWIJK geeft toe dat hij het anatomisch onderzoek van MASEREEUW had kunnen vermelden. Hij heeft het echter niet gedaan omdat dit onderzoek slechts 50 cadavers en drie foetus betrof. Hiermee doet collega OOSTERWIJK niet alleen tekort aan de grote hoeveelheid werk van collega MASEREEUW maar vooral ook aan enkele nieuwe gezichtspunten die juist aan de hand van de coupes door embryonale liesgebieden naar voren zijn gekomen. Eén ervan was dat de onderrand van de anulus internus tevens de ingang naar de vaatschede vormt en dat het ligament van Thomson hier juist onderdoor loopt. Deze waarneming is van het grootste belang voor de operaties bij indirecte breuken zoals collega OOSTERWIJK die met mij propageert en waarvan er in mijn dissertatie 203 worden vermeld (bl. 134). Ook deze 203 operaties zijn collega OOSTERWIJK ontgaan. Mij ontgaat waarom ik niet op grond van een onderzoek naar de waarde van de plastiek op het ligament van Cooper tot de conclusie mag komen dat het beter is waar mogelijk het ligament van Thomson te gebruiken!

Het komt mij voor dat collega OOSTERWIJK eerder bemoeidigd wordt door de resultaten van een bescheiden aantal eigen operaties dan door een diepgaand onderzoek van de Nederlandse literatuur. Dat is uiteraard zijn goed recht. Wanneer hij echter publiceert (in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*) en dus meent dat hij zijn lezers iets te zeggen heeft, mag verwacht worden dat hij zich op de hoogte stelt van wat anderen recentelijk op hetzelfde gebied hebben gezegd en dient hij hun in grote lijnen gelijkkluidende conclusies te vermelden, zelfs als hij het materiaal alleen maar zeer groot vindt. Al was het alleen maar omdat het zo bemoeidigd is!

*Literatuur:* OOSTERWIJK, W. M. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1349.

Rotterdam, 21 juli 1968

S. MONASCH

#### DE INVLOED VAN DE VERSNELLING VAN DE ZWAARTEKRACHT OP DE VESTIBULAIRE NYSTAGMUS

Het fraaie onderzoek van Dr. W. J. OOSTERVELD en W. D. VAN DER LAARSE (1968) is zeker een gelukwens waard. Het lijkt mij waarlijk geen eenvoudige technische opgave om in een vliegtuig tijdens een parabolische vlucht een calorische proef te verrichten. Naar ik hoop zal verder onderzoek in deze richting ook meer licht werpen op de invloed van calorificatie op de otolieten.

Het is echter jammer, dat m.i. op één punt de auteurs een onjuiste conclusie trekken. Op grond van het feit, dat met een verhoging van de versnelling van de zwaartekracht tot