

tussen langer dan drie jaar). Doch het ging ons ook niet om de levercirrose doch om het redden van de meestal hopeloos verbloedende patiënt. Wel zullen sommige van onze patiënten na de operatie een betere lever krijgen, doch net als bij de shuntoperatie, niet door de shunt maar door de intensieve medische begeleiding, de verbeterde (vaak zeer slechte, zie het werk uit Boston) sociale omstandigheden en het feit dat vele ( $\frac{2}{3}$ , zie ORLOFF) patiënten hun alcoholmisbruik staakten. ORLOFF had verder een operatiesterfte van 47 pct en nam postoperatief coma waar in 58 pct van de gevallen (zie onze beide artikelen in dit tijdschrift). Inderdaad bevat ons materiaal ook gevallen van prehepatische hypertensie, nl. 10 van de nu 40 patiënten. Deze hadden bijna allen splenectomie vroeger ondergaan en waren in technisch opzicht vrijwel inoperabel. De mesocavale shunt is *niet* algemeen aanvaard. De hevige bloeding maakte de prognose naar de mening van vele deskundigen hopeloos zonder onze nieuwe methode.

De vrees dat de patiënten met portale hypertensie in de handen van „eigen” chirurgen zouden vallen delen wij niet. Integendeel, vele patiënten zijn dermate slecht door de formidabele onstiltbare bloeding, dat tijdverlies en vervoer niet mogelijk zijn. Degenen die geen kennis en ervaring hebben van operaties in het cardia-oesofagusgebied zullen wel wijzer zijn. Overigens hebben verscheidene „eigen” chirurgen in ons land, in Engeland en Amerika, met enthousiasme onze methode ingevoerd. De shuntoperatie is voornamelijk een vaatnaad, maar daarom hoeft de ziekte van de portale hypertensie niet steeds ingedeeld te worden bij ervaren vaatchirurgen.

Recidieven van oesofagusbloedingen hebben wij nog niet waargenomen; wij baseren onze goede verwachting niet op één röntgenfoto van  $2\frac{1}{2}$  maand, doch reeds op enkele gevallen van tot meer dan drie jaar. En verder hebben wij vroeger de scheiding tussen portagebied en oesofagusvarices tot stand gebracht door een maag-oesophagusresectie. In wezen hetzelfde als nu met de knoop, alleen veel moeilijker. Welnu, hiervan zagen wij bij 17 patiënten onder 16 jaar (6 cirrhotici!) slechts in drie gevallen na 4 tot 11 jaar een ernstige bloeding. Van de anderen niet één; de langste waarneming is reeds 11 jaar. Dit zijn duidelijke argumenten van ons optimisme; het pessimisme van de inzenders grondt zich op niets. Maar wij willen nog niet juichen, doch zoals wij schreven voorzichtig afwachten.

Ofschoon gevoelig voor de kwalificatie van ons werk als een „zeer belangrijke bijdrage” delen wij niet de luchtige opmerking dat onze operatie een „technisch zeer eenvoudige methode” is. De inzenders demonstreren dit zelf door hun mededeling dat zij onze methode slechts in één geval hebben willen toepassen, en dat dit hun mislukt is. Ook ons zat de grote lever vaak lelijk in de weg.

Amsterdam, 2 april 1970

I. BOEREMA,  
P. J. KLOPPER,  
A. A. HOLSCHER

### BEGRIJPT U NU WAAROM IK HUIL?

De repliek van Prof. BASTIAANS (1970) op mijn ingezonden artikel „Vraagtekens bij de film: Begrijpt U nu waarom ik huil?”, noopt mij toch nog tot een weerwoord.

Prof. BASTIAANS begint met te concluderen dat ik geen kennis heb genomen van de inhoud van zijn voordracht van 26 oktober 1968 „Grenzen en mogelijkheden van de LSD-behandeling”, gehouden voor de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie. Deze conclusie is juist, maar

in deze context irrelevant, want mijn kritiek betreft uitsluitend dat waar ik wel kennis van heb genomen en dat is de film „Begrijpt U nu waarom ik huil?”. Hiermee zal ik mij in gezelschap bevinden van het merendeel der kijkers van deze film, waarvan er ongetwijfeld nog velen zijn wier informatie over het middel LSD uitsluitend via deze film tot stand kwam.

Prof. BASTIAANS acht mijn conclusie onjuist als zou er van een LSD-effect niets te merken zijn.

„Wat er op de film met de man gebeurde, geschiedde allerminst in de gewone interview-situatie” en verder: „In de eerste LSD-zitting die gefilmd werd, was het juist de bedoeling om een eerste ontsluiting van de persoonlijkheid te realiseren.” Ik blijf erbij dat dit onvoldoende wordt weergegeven, hoe kan het ook anders, bij één patiënt in één dag zonder verdere vergelijkingsmogelijkheden. En dat nu maakt de film juist wetenschappelijk nogal zwak.

Prof. BASTIAANS geeft ook toe dat de film niet tot volledig wetenschappelijk document kon worden. Maar waarom dan toch zo'n film onder de ogen van grote groepen mensen te brengen, zo'n film waarin op niet volledig wetenschappelijke wijze de aandacht wordt gevestigd op een therapie met een middel dat zo omstreden en beladen is en dat in ondeskundige handen zo gevaarlijk is? Uit de opmerking van Prof. BASTIAANS dat de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid momenteel een uitvoerig onderzoek verricht over de merites van de film blijkt wel dat over een en ander nog beslist onzekerheid bestaat.

Dat Prof. BASTIAANS en zijn medewerkers over het algemeen buitengewoon positieve reacties hebben ontvangen, geloof ik zonder meer. De film heeft ook beslist waarde, waarde niet als wetenschappelijk document, maar als „document humain”, waarin een schril licht wordt geworpen op de noden van hen die na hun verschrikkingen zo in de kou blijven staan.

Naar ik hoop is het in brede kringen bekend dat Prof. BASTIAANS zich altijd bijzonder voor deze groep van mensen heeft ingespannen, en ik wil dan ook beslist geen afbreuk doen aan zijn pogen, voor deze mensen nog meer te doen dan hij al deed. Maar de combinatie van geëngageerde presentatie enerzijds en het accentueren van een bepaalde behandelingsmethode anderzijds, is hier niet gelukkig uitgevallen. Het wetenschappelijk aspect is door het engagement te veel op de achtergrond gedrongen, en het middel LSD wordt daardoor op te suggestieve wijze bij grote groepen van het publiek geïntroduceerd. Prof. BASTIAANS zegt voorts dat hij positieve reacties heeft ontvangen „zulks in voortdurende open en intensieve discussie met de kijkers”.

Het spijt mij dat te Amsterdam geen gelegenheid voor discussie werd geboden. In dat geval had ik mij hoogstwaarschijnlijk het schrijven van mijn kritiek op deze film kunnen besparen.

Dan komt nog mijn opmerking over het resultaat van de behandeling. Deze opmerking is volgens Prof. BASTIAANS volkomen onjuist. Maar ik heb wel toegelicht waarom ik concludeerde dat het resultaat niet florissant was, namelijk omdat collega VAN TOL letterlijk had gezegd dat de patiënt het weer erg moeilijk had. Als de patiënt zoveel verbeterd zou zijn had collega VAN TOL zich anders moeten uitdrukken.

Prof. BASTIAANS zegt, hierop voortgaande, dat het in de film niet ging om deze ene patiënt, maar dat het ging om de merites van de besproken therapie. Ik kom dus weer terug op het thema „wetenschappelijk van weinig waarde”, omdat de merites van de film moeilijk met zekerheid kunnen worden afgemeten — ik zeg het nogmaals — aan de demonstratie van één patiënt zonder vergelijkingsmogelijkheden.

De belangstelling van Hare Majesteit de Koningin voor de behandeling van de ex-verzetssrijders staat ook bij mij boven enige twijfel. Ik wil gaarne aannemen, dat in de bedoelde besloten voorstelling aan Hare Majesteit en overige aanwezigen door Prof. BASTIAANS de wetenschappelijke reserves die hij ten aanzien van deze behandelingsmethode koestert heeft kenbaar gemaakt terwille van een objectieve voorlichting.

Overigens is het ook mijn vaste overtuiging, dat Hare Majesteit niet alleen de grootste belangstelling heeft voor de behandeling van de ex-verzetssrijders, maar ook voor alle anderen die de mateloze verschrikkingen van de concentratiekampen beleefden en overleefden. Moge deze film dan in ieder geval ertoe bijdragen dat de aandacht blijft gevestigd op de zo noodzakelijke therapeutische en maatschappelijke begeleiding van deze categorie van Nederlanders.

*Literatuur:* BASTIAANS, J. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 302.

Santpoort, 7 maart 1970

S. TIMMERS

Na de vertoning van de film te Amsterdam welke door collega TIMMERS werd bijgewoond is bij volgende voorstellingen steeds gelegenheid geboden tot intensieve discussie, juist omdat duidelijk werd hoezeer deze film de discussie over tal van relevante problemen activeert.

Oegstgeest, 31 maart 1970

J. BASTIAANS

#### RHINOSCLEROMA OF RHINOPHYMA?

Het artikel van HADDERS, HOEKSEMA, HUFFSTADT en HUIZINGA (1970), waarin zij terecht wijzen op de duidelijke verschillen tussen rhinoscleroma en rhinophyma, geeft mij aanleiding tot het maken van twee opmerkingen en het stellen van een vraag.

Met een zekere trots wijzen de schrijvers op het goede werk over rhinoscleroma dat door Nederlanders is verricht in het voormalig Nederlands Oost-Indië. Meer recent is er echter ook goed werk verricht. Ik bedoel hiermee het proefschrift over rhinoscleroma (scleroma respiratorium) van collega J. J. C. BARTEN, dat in 1955 te Amsterdam werd gepubliceerd. De beschreven patiënten zijn afkomstig uit de Minahassa (Celebes).

De auteurs schrijven, dat rosacea een aandoening is, die bij de oudere vrouw voorkomt. Ik wil er echter op wijzen, dat wij huidartsen ook vrij veel jonge vrouwen en vrouwen van middelbare leeftijd, lijdende aan rosacea, behandelen. ROOK e.a. (1968) schrijven, dat rosacea gewoonlijk begint op de leeftijd van 30-50 jaar. Het zou niet hoffelijk en niet juist zijn, als wij vrouwen van 30-50 jaar tot de oudere vrouwen rekenen.

Tenslotte wil ik vragen hoe de techniek is van het „schillen” van de rhinophyma-neuzen. Is hiervoor het diathermisch mes gebruikt?

*Literatuur:* BARTEN, J. J. C. (1955) *Scleroma respiratorium*. Proefschrift Amsterdam. — HADDERS, H. N., P. E. HOEKSEMA, A. J. C. HUFFSTADT en EELCO HUIZINGA (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 374. — ROOK, A., D. S. WILKINSON en F. J. G. EBLING (1968) *Textbook of dermatology*, Vol. 2, bl. 1155.

Amsterdam, 9 maart 1970

M. J. WOERDEMAN

Wij zijn collega WOERDEMAN dankbaar voor zijn aanvullingen.

Wat de vraag betreft: In Groningen wordt bij het „schillen” geen gebruik gemaakt van het diathermische mes. De

resultaten van het „scherpe” schillen zijn bijzonder goed en wij hebben het vermoeden, dat de diathermie de epithelisatie niet bevordert.

Groningen, 27 maart 1970

H. N. HADDERS  
P. E. HOEKSEMA  
A. J. C. HUFFSTADT  
E. HUIZINGA

#### REUZENCELARTERIITIS MET NECROSE VAN DE HOOFDHUID

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling van de collegae WESTERMAN en ASTREGO (1970) van een zeldzaam (voor zover zij konden nagaan het 24e in de literatuur) geval van necrose van de hoofdhuid als complicatie van reuzencelarteriitis, leek het mij van belang een waarneming uit 1952 te vermelden.

Dit betreft een 86-jarige man die 1 mei 1952 werd opgenomen. Op 13 april was hij plotseling ziek geworden met hoge temperatuur en hevige hoofdpijn vooral bovenop het hoofd en rechts en links opzij. Aanvankelijk was zijn toestand snel slechter geworden en leek hij stervende. Geleidelijk trad echter herstel in, waarna opname volgde in verband met de nog ondraaglijke hoofdpijn.

De patiënt was mij bekend uit 1951 toen hij wegens ernstige arthrosis deformans van alle gewrichten, dysbasia-klachten ten gevolge van arteriosclerosis en een chronische urineweginfectie op basis van een blaasdivertikel en een steen (waarvoor hij geopereerd was) werd opgenomen.

Er bestond toen een hypochrome anemie, sterk verhoogde bezinkingssnelheid der erythrocyten (108-130 mm), totaal eiwit 81,34 promille, albumine 35,51 promille, globuline 45,83 promille, verhoogd. Sternumpunctie: geen aanwijzingen voor de ziekte van Kahler. Door de ingestelde behandeling (o.a. antibiotica) verbeterde de toestand van de patiënt aanzienlijk. De bezinkingssnelheid der erythrocyten bleef onveranderd verhoogd. Tot 13 april 1952 had patiënt nooit hoofdpijn gehad, het laatste jaar vrijwel geen gewrichtsklachten.

De man was bij opname in een slechte algemene toestand; hij was uitgedroogd. Huid en slijmvliezen waren anemisch. Behalve links en rechts achter onder over de longen wat crepitaties, waren er geen duidelijke afwijkingen. Bloeddruk 130-85 mm Hg., pols 80/min.reg.eq., sclerotisch. De rechter arteria dorsalis pedis was niet te voelen, de overige perifere vaten pulseerden normaal. Hb-gehalte 63 pct, leuk. 12.800 per mm; differentiatie: eos. 1, staafk. 9, segm. 70, lymfoc. 20; bezinkingssnelheid der erythrocyten 121-130. Ureum 1,6 g/l, na parenterale vochttoediening 0,34 g/l. Tegen de hoofdpijn kreeg patiënt met succes Irgapyrine 5 ml dd., later suppositoria of dragees.

Op 19 mei ontstond voor het eerst links en rechts temporaal een wisselende roodheid. De arteriae temporales waren nu ook gezwollen. In de loop van de volgende dagen namen de roodheid en de pijn weer toe, vooral links temporaal en midden op het hoofd. Wegens vermoeden van arteriitis temporalis werd op 28 mei de ramus frontalis van de linker temporale arterie door collega P. Vos geresceerd. Pathologisch-anatomisch verslag (M. STRAUB): „tuberculoïde destruerende panarteriitis. Plaatselijk microabcesjes. Excessieve verandering van arteriitis temporalis.”

Na de chirurgische ingreep trad een vrij plotselinge tijdelijke verbetering in. De hoofdpijn werd veel minder. Begin juni kon de Irgapyrin-toediening worden gestaakt. De wondgenezing was vlot, doch op het hoofd, vooral in het behaarde gebied traden steeds meer vochtig eczematous uitziende necrotiserende plekken op, die bij indrogen door een