

het juiste worden beschouwd; althans in onze handen. Onnodige onderzoekingsmethoden zijn uit de boze bij deze ernstige patiënten.

Wat nu het door mij beschreven geval betreft, berust de kritiek van collega DE JONG m.i. gedeeltelijk op een misverstand. Mogelijk is dit in mijn beschrijving niet volledig duidelijk geworden, doch de gehele observatieduur van de patiënt, van poliklinische binnenkomst tot operatietafel, was nauwelijks een uur, zodat ik mij niet goed kan voorstellen hoe wij nog vroeger hadden moeten exploreren. Deze exploratie geschiedde terstond toen de bloeddruk conservatief niet te beheersen bleek en er duidelijk peritoneale prikkelingsverschijnselen optraden, zodat op indicatie van intraperitoneale bloeding met de gedachte aan een leverruptuur tot laparotomie werd overgegaan — ook in vooraanstaande Universiteitsklinieken een in 1970 nog steeds gevolgde gedragslijn — en in tweede instantie een uitstekende toegangsweg voor een grote retroperitoneale afwijking, zodat m.i. de patiënt niets te kort is gedaan.

Het proefschrift van BRINKHORST is mij wel bekend. Daar hij echter over trauma's aan hoefijzernieren niet rept, heb ik hem buiten mijn beschouwing gelaten. Het is natuurlijk juist dat collega DE JONG nog eens de aandacht vestigt op de mogelijkheid van de acute pyelografie bij traumata; zijn mening echter dat wij bij de door mij beschreven patiënt door het niet gebruiken van deze methode ernstig zijn te kort geschoten, deel ik niet, evenmin dat deze ingreep bij iedere niercontusie acuut zou moeten geschieden.

Dat ik de patiënt van collega DE PLANQUE (1970) niet in mijn artikel heb opgenomen is natuurlijk een minder elegante omissie. Anderzijds was er bij het wat geprotaherde beloop bij zijn geval misschien tegenwoordig met behulp van bloedtransfusies geen reden meer tot exploratie geweest. Overigens extra reden om de Mayo Clinics in 1958 hun prioriteitsgevoel tegen te spreken!

*Literatuur:* JONG, J. DE (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1153.  
— PLANQUE, P. M. DE (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1153.

Amsterdam, juli 1970

G. GROOT

#### ERYTHROCYTOSE EN HYPERLIPIDEMIE, SYMPTOMEN VAN PRIMAIR LEVERCARCINOOM

De belangwekkende mededeling van VOERMANS (1970) noopt mij tot enige opmerkingen. De mening dat leverbiopsie de enige methode is om bij primair levercarcinoom tot een juiste diagnose te komen, kan stellig niet gehandhaafd worden na de ontdekking in 1964, dat  $\alpha_1$ -foetoproteïne voorkomt in het serum van patiënten met hepatocellulair carcinoom. Dit eiwit werd tot dusverre behalve in het foetale en neonatale serum nog slechts aangetroffen bij 30 tot 80% der patiënten met primair levercarcinoom (zie de door collega VOERMANS in tabel I geciteerde literatuur, alsmede PURVES 1968) en bij een enkele patiënt met teratoblastoma testis (Referaat 1969; Editorial 1970). Bij uitsluiting van deze laatste aandoening staat de diagnose primair levercarcinoom derhalve vast, indien een positieve  $\alpha_1$ -F-P-test gevonden wordt.

Collega VOERMANS zal het voorts met mij eens zijn dat de diagnose „primaire polycythemie” nog niet onwaarschijnlijk wordt door het vinden van een normaal aantal leukocyten en trombocyten (in tabel II worden overigens op 15 augustus 12.500 leukocyten per mm<sup>3</sup> vermeld), maar dat eerst de vondst van een levertumor de gedachten in een andere richting doet gaan.

Dat hyperlipidemie bij het primaire levercarcinoom bij

volwassenen hoogst zeldzaam zou zijn, wordt tegengesproken door ALPERT c.s. (1969), die bij niet minder dan een derde van hun 46 patiënten een verhoging van het serumcholesterolgehalte vonden.

Een interessante metabole stoornis, die in het overzicht van collega VOERMANS niet genoemd wordt, is de hypercalcëmie, die zowel bij het hepatocellulaire carcinoom (KELLER c.s. 1965) als bij het cholangiocellulaire carcinoom (SAMUELSSON en WERNER 1963) is beschreven. Vermoedelijk gaat het ook hier om een ectopische hormoonproductie door tumoren van niet-endocriene organen, die in dit geval leidt tot „pseudohyperparathyreoidie” (vgl. LAFFERTY 1966; OMENN 1970).

*Literatuur:* ALPERT, M. E., M. S. R. HUTT en C. S. DAVIDSON (1969) Primary hepatoma in Uganda. *Amer. J. Med.* **46**, 794. — Editorial (1970) Fetoproteins. *Lancet* **I**, 397. — KELLER, R. T., I. GOLDSCHNEIDER en F. W. LAFFERTY (1965) Hypercalcemia secondary to a primary hepatoma. *J. Amer. med. Ass.* **192**, 782. — LAFFERTY, F. W. (1966) Pseudohyperparathyroidism. *Medicine* **45**, 247. — OMENN, G. S. (1970) Ectopic polypeptide hormone production by tumors. *Ann. intern. Med.* **72**, 136. — PURVES, L. R. (1968) Serum- $\alpha$ -foetoprotein and primary hepatic cancer. *Lancet* **I**, 921. — Referaat (1969) Een voor primair levercarcinoom specifieke serumglobuline. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1559. — SAMUELSSON, S. M. en I. WERNER (1963) Hepatic carcinoma simulating hyperparathyroidism. *Acta med. scand.* **173**, 539. — VOERMANS, L. A. G. A. (1970) Erythrocytose en hyperlipidemie, symptomen van primair levercarcinoom. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 963.

Rotterdam, 10 juni 1970

N. F. VOGEL

Voor de aanvullende opmerkingen ben ik collega VOGEL zeer erkentelijk. Over het belang van de  $\alpha_1$ -F-P-test bij de diagnose „primair levercarcinoom” bestaat geen twijfel meer. Dank zij de medewerking van het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst te Amsterdam is sinds 1968 op de afdeling vanwaar mijn mededeling afkomstig was, deze diagnose bij nog 2 patiënten op grond van een positieve test gesteld en bij obductie bevestigd. Aan de leukocytose, die op 15 augustus werd aangetoond, was nauwelijks differentieel-diagnostische betekenis toe te kennen, omdat de patiënt op 16 augustus overleed. Helaas was het niet mogelijk erythropoëtiene in bloed of tumormassa aan te tonen, aangezien deze bepaling in Nederland toen niet verricht werd. Nadere evaluatie van het voorkomen van hyperlipidemie bij primair levercarcinoom is zeker nodig.

Oegstgeest, 27 juni 1970

L. A. G. A. VOERMANS

#### CHLOROQUINE IN KEUKENZOUT

Collega HENKES (1970) noemt in zijn caput selectum over oogafwijkingen door geneesmiddelengebruik ook even de mogelijkheid, dat malariaprofylaxe door middel van aan keukenzout toegevoegde chloroquine op den duur een retinopathie ten gevolge zou kunnen hebben. Daar deze opmerking sommige artsen misschien zal afschrikken, chloroquine als malariaprofylacticum te gebruiken of voor te schrijven, wil ik er graag een kanttekening bij plaatsen.

Over oogafwijkingen door langdurig gebruik van chloroquine als malariaprofylacticum is wel iets bekend. BRUCE-CHWATT (1968) deelde mede dat in de literatuur zes patiënten met retinopathie als gevolg van malariaprofylaxe met chloroquine beschreven zijn; zij hadden gedurende acht tot