

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 leverschade 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 geprotraheerde 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 „pseudohyperparathyroidie” (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

tien jaren dagelijks 100 mg chloroquinebase genomen. Een dergelijke dosis wordt in de vroegere Franse gebieden van Afrika door Franse artsen aanbevolen, zoals mij door Nederlanders met verlof uit één dezer landen herhaaldelijk is verteld.

Een dosering van 100 mg chloroquinebase per dag is echter veel te hoog. Voor de chemoprophylaxe van malaria dient een volwassene één keer per week 300 mg chloroquinebase te gebruiken (dus bv. 2 tabletten Resochin), kinderen van 6 tot 12 jaar 150 mg en kinderen jonger dan 6 jaar 75 mg. Volgens een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (1967) is er geen enkele aanwijzing dat chloroquine in deze dosis een retinopathie heeft veroorzaakt.

Bij de toediening van chloroquine, toegevoegd aan keukenzout, is een exacte dosering niet mogelijk; natuurlijk streeft men ernaar, dat bij een normaal gebruik van ongeveer 10 g zout per dag een dosis van 40 à 50 mg chloroquinebase per dag niet wordt overschreden. In Brits Guyana bijvoorbeeld werd aan het zout 0,43 pct chloroquinebase toegevoegd; bij een zoutgebruik van ongeveer 12 g per dag komt dat neer op ongeveer 50 mg chloroquinebase per dag (Annotation 1967). In het door collega HENKES genoemde onderzoek met collega LELYVELD in Amani zal de hoeveelheid chloroquinebase per dag waarschijnlijk ook niet meer dan 40 à 50 mg bedragen.

Dit neemt niet weg dat een dergelijk onderzoek zeer gewenst is; de resultaten mogen dan ook met belangstelling tegemoet worden gezien.

*Literatuur:* HENKES, H. E. (1970) Oogafwijkingen ten gevolge van geneesmiddelengebruik. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1140. — BRUCE-CHWATT, L. J. (1968) *Lancet* **II**, 1039. — Wereldgezondheidsorganisatie (1967) *Chemotherapy of malaria*. Techn. Report Series, nr. 375. — Annotation (1967) Chloroquine in the salt. *Lancet* **II**, 600.

Amsterdam, 13 juli 1970

P. J. ZUIDEMA

Met de opmerking van professor ZUIDEMA ben ik het geheel eens. De dosis die gedurende 10 jaar in Mto wa Mbu, Tanzania, werd toegediend, is trouwens heel laag: circa 0,3% chloroquinebase. Het effect op de parasietenindex in dat gebied is momenteel zeer gunstig.

Wij hebben het onderzoek ingesteld omdat nog niet bekend was, waarvan de toxiciteit afhankelijk is: van de totale dosis of van de dosis per tijdseenheid, of van beide. Bovendien was niet bekend of bij kinderen slechtere voeding en sterkere pigmentatie de stapeling van chloroquine zou beïnvloeden en daarmee een sterkere retinotoxiciteit zou worden gevonden. Grove afwijkingen zijn echter tot nu toe niet vastgesteld. Evaluatie kan pas geschieden na het onderzoek van de controlegroep, dat nu nog loopt.

Rotterdam, 14 juli 1970

H. E. HENKES

### KINDERMISHANDELING

In zijn jongste Klinische les heeft Prof. DROGENDIJK (1970) onze aandacht gevraagd voor een centraal aspect in de medische zorg voor het mishandelde kind: hoe de arts er het meest toe kan bijdragen dat een herhaling van die mishandeling voorkómen worde. Uit de door hem besproken mogelijkheden gaf hij tenslotte de voorkeur aan de nog te treffen regeling dat de arts de vrijheid zou moeten hebben, een gebleken of vermoede mishandeling aanhangig te maken bij de Raad voor de Kinderbescherming, na daarover eventueel advies te hebben gevraagd aan een daarvoor door de

Afdelingsraad (van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) aangewezen vertrouwensman.

Na lezing van deze belangwekkende Les heb ik mij afgevraagd of er nog niet een andere mogelijkheid van secundaire preventie is, waarover ik gaarne in deze rubriek het oordeel van Prof. DROGENDIJK zou vragen.

Steunend op het onderzoek van CLEMENS SCHRÖNER (1957) gaf DROGENDIJK ons door, dat slechts 38% van de onderzochte mishandelde kinderen deel uitmaakt van een normaal gezin. Ik heb mij nu vooreerst afgevraagd of men niet in beginsel zou mogen verwachten dat elk mishandelde kind uit een gezin komt dat — althans ten tijde van de mishandeling — als gestoord beschouwd moet worden. Zal niet elke mishandelende ouder de bedoelde handeling of bejegening betreuren als helaas voortgekomen zijnde uit duidelijk te benoemen spanningen? Voor zover mijn ervaring strekt, was dat steeds het geval, zodat niet alleen de vraag naar de schuld maar evenzeer die naar de preventie in een ander perspectief kwam dan tijdens het eerste moment waarop de huisarts, internist of chirurg met dit misdrijf in contact kwam. Wanneer mijn veronderstelling een redelijke grond heeft, is het — evenzeer in beginsel — verantwoord als elke arts die zich geconfronteerd ziet met een geval van kindermishandeling, ervan uitgaat dat het gezin waaruit dit kind komt, psychiatrische hulp behoeft. Mijn vraag is dus of niet in al deze gevallen de verwijzing naar een psychiater geïndiceerd is. Daarbij kan ik mij voorstellen dat dan vooral de hulp van een in teamverband werkende psychiater gezocht wordt (sociaal-psychiatrische dienst; bureau voor levens- en gezinsmogelijkheden; medisch opvoedkundig bureau).

Voor zover ik het kan beoordelen, zou deze verwijzingsregel de bezwaren wegnemen van de verschillende door DROGENDIJK besproken mogelijkheden en bovendien een aantal voordelen hebben, die zwaar wegen ten aanzien van wat men uiteindelijk beoogt.

Vooreerst zou daarmee de mishandeling in een context geplaatst worden op een zelfde wijze als een symptoom deel uitmaakt van een syndroom. In dit geval zou het symptoom van de mishandeling in het sociale en psychiatrische kader van een gezinspathologie geplaatst worden en als zodanig te behandelen zijn. Behalve dat dit de best denkbare (secundaire) preventie is, zou er in therapeutisch opzicht doeltreffender gewerkt worden dan bij elk van de door DROGENDIJK uiteengezette mogelijkheden waar te maken is. Omdat het om een zo ernstige zaak gaat, moge ik deze bewering iets verduidelijken door kort in te gaan op de voordelen die zulk een verwijzing voor alle bij dit delict betrokkenen mijns inziens heeft.

Om te beginnen de arts die het mishandelde kind te behandelen kreeg. Het zal maar zelden voorkomen dat hij de ouders dan niet te spreken kan krijgen. Zowel in het geval hij weet als in het geval hij vermoedt dat er van mishandeling sprake was, is het naar mijn mening zijn plicht, dit de ouders mee te delen. Zelfs indien deze dit zouden ontkennen, zal hij hun nu toch op korte termijn duidelijk kunnen maken, het in het belang van het kind en henzelf te vinden, hen naar een psychiater te verwijzen. Omdat het een medische verwijzing is, zal die mededeling hem emotioneel geen bijzondere moeite kosten. Te meer niet omdat er nu niets achter de rug van de ouders om gebeurt. Hij zal zich in staat voelen dit rustig met de ouders te bespreken, vooral nu hij zich gerealiseerd heeft dat het door hem waargenomene waarschijnlijk teken is van een gecompliceerde en ook voor deze mensen zelf zorgwekkende gezinssituatie. Door deze attitude zullen ook de betrokken ouders gemakkelijker hun vertrouwen in hem behouden. Bovendien geeft deze handelwijze een on-