

een maligne tumor in het geïnvolueerde rechter mamma-weefsel vastgesteld. Mammografie links toonde ook daar een bij palpatie niet opgemerkt tumortje (5 mm diameter). Er volgde slechts mamma-amputatie rechts. Na een half jaar kwam patiënte ter controle, nu met een palpatoor duidelijk en röntgenologisch in grootte toegenomen maligne tumor. Een proefexcisie links ware aangewezen geweest.

Literatuur: MOLENAAR, J. C. en B. DEN HERDER-KROON (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 1688.

Emmen, 11 oktober 1970

C. J. P. THIJN

Wij danken collega THIJN voor zijn reactie op ons artikel. Wat betreft zijn eerste opmerking willen wij erop wijzen dat het mammografisch onderzoek van onze 172 patiënten door 2 radiologen met ruime ervaring op dit gebied werd verricht. Het voorbeeld dat collega THIJN noemt, zouden wij niet willen rangschikken onder de door ons bedoelde routine-maatregelen: een patiënt die reeds aan één mamma een maligne tumor heeft gehad, zal zowel door de chirurg als door de röntgenoloog regelmatig onderzocht moeten worden.

Overigens is de ziektegeschiedenis van de door collega THIJN genoemde patiënten weer een voorbeeld van het feit dat men zich door een gunstig uitvallende mammografie in slaap kan laten sussen, zoals dit bij onze tweede beschreven patiënte is gebeurd. Immers kan worden aangenomen dat de röntgenologisch vastgestelde tumor bij de patiënte van collega THIJN er aanvankelijk niet maligne uitzag; was dit wel het geval geweest dan zou zeker een excisie hebben plaatsgevonden, gevolgd door pathologisch-anatomisch onderzoek.

De resultaten van ons onderzoek hebben wij vooral gepubliceerd om te wijzen op de betrekkelijke waarde van de huidige mammografie. Nog steeds wordt door ervaren chirurgen gewacht met extirpatie van een tumor, omdat het klinisch en mammografisch onderzoek gunstig uitvalt, terwijl later blijkt dat de tumor toch kwaadaardig is.

Amsterdam, 30 oktober 1970 J. C. MOLENAAR
B. DEN HERDER-KROON

HET HYPEROSMOLAIRE NIET-KETOTISCHE COMA DIABETICUM

Het artikel van Dr. J. TERPSTRA en Prof. Dr. J. de GRAEFF (1970) brengt ons ertoe een viertal opmerkingen te maken:

1. Het valt op dat noch in de tekst van het artikel zelf, noch bij de literatuur-opgave melding is gemaakt van het „oorspronkelijk stuk” dat in 1968 over hetzelfde onderwerp in dit Tijdschrift is verschenen door W. J. MEULENBELT-GROENENDAAL, D. E. TEERINK, H. J. VERMEULEN en S. A. TEN BOKKEL HUININK, een publikatie uit het Gemeenteziekenhuis Bergweg te Rotterdam. Niet alleen de verschijning van dit artikel, maar ook de discussie die hierop is gevolgd in het Tijdschrift én het verslag van een voordracht die één onzer (W. J. MEULENBELT-GROENENDAAL) hield voor het Klinisch Genootschap te Rotterdam, verschenen in het *Ned. T. Geneesk.* in 1969, zijn blijkbaar aan de aandacht van de auteurs ontsnapt. Hoewel het onderhavige artikel van Dr. TERPSTRA en Prof. DE GRAEFF in vele opzichten sterk lijkt op de publikatie in 1968 is er een belangwekkend verschil in pathofysiologische beschouwingen. Dit verschil in visie maakt het jammer dat de bovengenoemde reeks publikaties uit 1968 en 1969 onvermeld is gebleven. Ons artikel heeft overigens

wel de aandacht gekregen van diverse andere onderzoekcentra, in binnen- en buitenland.

2. De auteurs vermelden dat het hyperosmolair coma *langzaam* ontstaat. Uit de literatuur blijkt, evenals uit onze eigen ervaring, dat het coma zeer snel kan ontstaan en juist daardoor op een neurologisch lijden kan lijken. Wij mogen wijzen op een geval, beschreven door LOTZ en GERAGHY (1968), waarin melding wordt gemaakt van een 24-jarige vrouw die tijdens het baden in een hyperosmolair coma geraakte. Een van onze patiënten die diep comateus werd binnengebracht had enkele uren tevoren nog rondgelopen in haar huiskamer (*Ned. T. Geneesk.* (1968) patiënte A).

3. Wij zijn het niet eens met de conclusie van de auteurs „bij oudere patiënten die in suffe of comateuse toestand worden aangetroffen moet worden gedacht aan de mogelijkheid van hyperosmolair niet ketotisch coma diabeticum”. Juist in de laatste jaren zijn immers steeds meer gevallen beschreven van kinderen én jonge volwassenen die met deze vorm van coma bij diabetes mellitus werden opgenomen. Het geval vermeld door LOTZ c.s. en hierboven geciteerd is er een voorbeeld van. *Bij iedere leeftijdsgroep* moet dus aan de mogelijkheid van dit coma-type gedacht worden.

4. Uit historisch oogpunt is een kanttekening te maken bij de opmerking in de aanhef van het artikel, dat in de publikatie van LIPS en DE GRAEFF uit 1956 „een van de eerste klinische beschrijvingen van het hyperosmolair coma diabeticum werd gegeven”. In de artikelen van LIPS en DE GRAEFF uit 1956 en 1957 werd niet een aparte vorm van coma bij diabetes mellitus behandeld, maar hypernatriëmie bij diabetes mellitus, zoals reeds blijkt uit de titels van deze artikelen. Nu kan hyperosmolair coma ontstaan zonder hypernatriëmie; de onderwerpen „hypernatriëmie bij diabetes mellitus” en „hyperosmolair coma” dekken elkaar derhalve niet: hyperosmolair coma is niet identiek met hypernatriëmie. Juist het feit dat het syndroom hyperosmolair coma kan optreden zonder hypernatriëmie deed het inzicht in deze coma-vorm groeien. Op de afwezigheid van ketoacidose, hoofdenmerk van het niet-ketotische coma, werd door LIPS en DE GRAEFF destijds niet de nadruk gelegd. Op grond van de wél of níét aanwezigheid van ketoacidose werd niet een aparte vorm van coma bij suikerziekte onderscheiden naast het ketoacidotische coma. De afbakening van het hyperosmolair niet-ketoacidotische coma ten opzichte van het ketoacidotische vond eerst plaats na verschijning van hun artikelen.

Hierbij moet nog worden aangetekend dat weliswaar de hyperosmolariteit als basisfactor bij het ontstaan van het hyperosmolair coma pas in de achterliggende jaren naar voren is gekomen, dat dus het begrip hyperosmolair coma diabeticum van recente datum is, maar dat reeds tientallen jaren geleden het hyperglykemische niet-ketoacidotische coma diabeticum als een aparte vorm van coma bij suikerziekte werd onderscheiden. Collega G. F. NELIS (1969) heeft in de discussie die is gevolgd op de publikatie uit het Bergwegziekenhuis te Rotterdam gewezen op een artikel van DRESHFELD in het *British medical Journal* van 1886. DRESHFELD, patholoog te Manchester, hield in 1881 een lezing voor de Manchester Medical Society over de diverse comavormen bij diabetes mellitus. Hij onderscheidde drie vormen waaronder één comateuse toestand zonder de aanwezigheid van aceton en acetoazijnzuur in de urine. In 1886 werd hij uitgenodigd om voor de Royal College of Physicians te London een „Bradshawlecture” te geven over deze materie en het verslag van zijn voordracht verscheen in het *British medical Journal*. DRESHFELD uitte zijn voldoening over het feit dat inmiddels, in 1884, zijn indeling van de coma-vormen

bij diabetes mellitus was overgenomen in het handboek over diabetes mellitus van FRERICH'S. In de jaren na 1886 is slechts sporadisch gerept van een hyperglykemische coma-vorm bij suikerziekte zonder ketoacidose. Er kan dus gesproken worden van een *her*-ontdekking, van het zien van deze comateuse toestand in een nieuw licht: hyperosmolariteit.

Literatuur: DRESHFELD, J. (1886) The Bradshaw lecture on diabetes mellitus. *Brit. med. J.* II, 358. — GRAEFF, J. DE en J. B. LIPS (1957) Hypernatremia in diabetes mellitus. *Acta med. scand.* 67, 71. — LIPS, J. B. en GRAEFF, J. DE (1956) Hypernatremie als complicatie van diabetes mellitus. *Ned. T. Geneesk.* 100, 3623. — LOTZ, M. en M. GERAGHY (1968) Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma in a ketosis-prone juvenile diabetic. *Ann. intern. Med.* 69, 1245. — MEULENBELT-GROENENDAAL, W. J. (1969) Een nieuw begrip in de kliniek: „het vierde coma” bij diabetes mellitus. *Ned. T. Geneesk.* 113, 1618. — MEULENBELT-GROENENDAAL, W. J., D. E. TEERINK, H. J. VERMEULEN en S. A. TEN BOKKEL HUININK (1968) Hyperosmolair coma. *Ned. T. Geneesk.* 112, 1731. — NELIS, G. F. (1969) Hyperosmolair coma. *Ned. T. Geneesk.* 113, 217. — TERPSTRA, J. en J. DE GRAEFF (1970) Het hyperosmolaire niet-ketotische coma diabeticum. *Ned. T. Geneesk.* 114, 1533.

Rotterdam, 25 september 1970

W. J. MEULENBELT-GROENENDAAL
S. A. TEN BOKKEL HUININK

Ofschoon de lijst van de door ons geciteerde auteurs niet naar volledigheid streefde, was het beter geweest de publikaties van de collegae MEULENBELT-GROENENDAAL en TEN BOKKEL HUININK te vermelden. Voor deze tekortkoming bieden wij gaarne onze verontschuldigen aan.

Voor de historische aanvulling zijn wij de auteurs van het ingezonden stuk dankbaar. Wel willen wij opmerken, dat in de publikaties van LIPS en DE GRAEFF (1956 en 1957) duidelijk staat vermeld, dat de acidose niet ernstig behoeft te zijn en zelfs kan ontbreken. Er kan overigens geen twijfel over bestaan, dat hypernatremie leidt tot hyperosmolariteit, zoals ook in de tekst van deze artikelen wordt benadrukt.

In het caput selectum over het hyperosmolair coma staat uitdrukkelijk vermeld, dat sufheid en coma soms plotseling kunnen ontstaan. Wij hebben willen onderstrepen, dat deze vorm van coma bij oudere patiënten ten onrechte vaak aan een cerebrale laesie doet denken, waardoor adequate therapie achterwege blijft. Het is ongetwijfeld waar, dat deze toestand, zij het minder frequent, ook bij jongere mensen en kinderen kan optreden.

Literatuur: LIPS, J. B. en J. DE GRAEFF (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 3623; (1957) *Acta med. scand.* 157, 71.

Leiden, oktober 1970

J. TERPSTRA
J. DE GRAEFF

WAT IS VERSLAVING?

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van GUNNING (1970) zou ik de volgende opmerkingen willen maken. GUNNING'S eigen vraag kan op zijn waarnemingen worden toegepast: hoe heeft hijzelf de „vrij snel intredende karakterveranderingen” bij hasjiesj-gebruikers in Marokko kunnen vaststellen? Wat voorts zijn overige vragen betreft (Hoe meet

men verslaving? Wanneer is een middel al of niet gevaarlijk?) lijkt mij het enige antwoord dat verslaving slechts definieerbaar is in de zin van fysieke afhankelijkheid, meetbaar naar de ernst der onthoudingsverschijnselen, aangezien psychische afhankelijkheid maar een moeilijk hanteerbaar begrip is.

Of een middel al of niet gevaarlijk is dient m.i. niet bepaald te worden aan de hand van de fractie der gebruikers die eraan verslaafd raken, maar aan de ernst van de gevolgen van gebruik van het middel, of de gebruiker nu verslaafd is of niet.

Het cardinale punt der discussie omtrent de soft drugs ligt m.i. niet op medisch-fysiologisch doch op juridisch terrein: de op dit moment bestaande rechtsongelijkheid tussen de gebruiker van alcohol en nicotine enerzijds en cannabisproducten anderzijds. Terwijl onze overheid jaarlijks als een ware „dealer” miljoenen int aan belasting op drugs waarvan de schadelijkheid alom bekend is: alcohol (waarvan de schadelijke gevolgen trouwens niet tot de gebruiker beperkt blijven: rijden onder invloed, toegenomen agressiviteit, etc.) en nicotine, worden handelaren en gebruikers van hasjiesj met zware straffen bedreigd, terwijl omtrent de schadelijke gevolgen van het gebruik daarvan nog slechts een controverser bestaat, waarbij m.i. de bestrijders ervan wetenschappelijk gezien toch aan de zwakke kant staan, gezien de vaak zeer onwetenschappelijke doch emotionele argumentaties waar zij immer weer mee komen aandragen.

Wat betreft de gebruiker: als alcoholmisbruik slechts repressief wordt bestraft, waarom is dan hennepgebruik preventief strafbaar, ook indien er geen schadelijke gevolgen voor derden aanwezig zijn?

Het wijd en zijd verspreide gebruik van alcohol leidt slechts in een relatief klein aantal gevallen tot een voor de gemeenschap schadelijke vorm van alcoholisme. Hetzelfde geldt voor hennepgebruik als wij tenminste het alom gerespecteerde handboek van GOODMAN en GILMAN (1970) mogen geloven waaruit ik citeer: „Most marihuana users limit their use to weekends or to one or two cigarettes several times a week.” Of dient dit handboek voor vele studenten en wetenschapsbeoefenaars te worden gecensureerd? De algemene tendens van het hierin aan cannabis gewijde gedeelte (bl. 298-301) is toch zeker gericht op het „vergoelijken” van hasjiesjgebruik wanneer zij schrijven: „Thus, while rational medical and social scientists deplore the barbaric penalties now prescribed for the violation of existing marihuana laws, they are not unaware of the risks of excessive use.”

Tenslotte lijkt er mij geen reden te bestaan om te vrezen voor identificatie van soft drugs als ongevaarlijk, daar met soft drugs wordt bedoeld de relatieve ongevaarlijkheid t.o.v. hard drugs zoals heroïne.

Het onderscheid tussen soft en hard user lijkt in tegenstelling tot de mening van KRUISINGA in dit verband wel degelijk zinvol: zware sigarettenrokers, alcoholisten en voortdurend door tetrahydrocannabinol geïntoxiceerde „patiënten” dienen als hard users geclassificeerd te worden, omdat zij het overmatig gebruik gemeenschappelijk hebben, in tegenstelling tot lichte rokers en „social drinkers”, de soft users. Immers niet de aard der stof is de gemeenschappelijke factor, doch de wijze waarop de individuele gebruiker met de stof weet om te gaan.

Hoewel van een huidige „tendens om het gebruik van soft drugs als volledig gevaarloos vrij te maken van juridische consequenties” zeker na het interview van KRUISINGA in AVRO'S Televisier mijns inziens geen sprake is, stem ik volmondig in met GUNNING'S slotzin dat het van harte te hopen is dat de door hem opgeworpen vragen zodanig zouden worden opgelost dat van een communis opinio sprake