

klinische beeld; deze zes patiënten hadden allen retroperitoneale lesies zonder intraperitoneale afwijkingen. Er waren 2 fout-negatieve uitkomsten. Eén patient bleek later toch een intraperitoneale blaasruptuur te hebben en kon tijdig worden geopereerd. De tweede overleed aan ernstige multipale kwetsuren en bleek bij de obductie 100 ml bloed in de buik te hebben ten gevolge van oppervlakkige scheurtjes in de lever.

Belangwekkend is ook de vergelijking van twee groepen patiënten, de ene met en de andere zonder duidelijke abdominale verschijnselen. Van de 252 patiënten met dusdanige abdominale verschijnselen, dat er een indicatie tot laparotomie leek te bestaan, hadden 85 een positieve en 3 een fout-positieve test, maar bij 164 was de proef negatief; 3 hunner werden later toch geopereerd wegens retroperitoneale kwetsuren. In de groep van 149 patiënten zonder noemenswaardige buikklachten, bij wie om andere redenen verdenking op een buikletsel bestond (hypotensie, Hb-daling, bewust-

zijnsverlies, bekkenfracturen of multipale letsels) werden verrassend veel positieve uitslagen aangetroffen, nl. 31. Fout-positieve kwamen niet voor, fout-negatieve tweemaal.

De grote winst moet gezien worden in het vermijden van achteraf niet noodzakelijke laparotomieën. Fout-positieve resultaten zijn in dit verband niet zo ernstig, daar zonder test de patiënt ook zou zijn geopereerd. Het gevaar schuilt in een misplaatst gevoel van veiligheid dat een fout-negatieve proef kan geven: bij de twee patiënten in deze reeks had dit gelukkig geen gevolgen. De een werd toch tijdig geopereerd, de ander overleed door andere oorzaken en had slechts geringe intraperitoneale afwijkingen. Retroperitoneale letsels onttrekken zich uiteraard aan deze vorm van diagnostiek.

Literatuur: PERRY, J. F. en R. G. STRATE (1972) *Surgery* 71, 898.

M. S. A. C. BOUVY-VERBEETEN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Examen longfunctie-assistenten

Op 19 mei 1973 zal het examen voor longfunctie-assistenten worden afgenomen in het Jaarbeursgebouw te Utrecht. Examenkandidaten kunnen zich opgeven bij Dr. H. LABADIE, Beethovenlaan 33 te Hilversum.

Professor Stokvis-fonds

Het Bestuur van het Genootschap ter Bevordering van Natuur-, Genees- en Heelkunde maakt bekend, dat uit het Professor Stokvis-fonds een toelage van maximaal f 1000,— beschikbaar wordt gesteld voor studiereizen in 1973/1974.

Elke student(e) in de geneeskunde aan één der Nederlandse Universiteiten, die het kandidaats-examen heeft afgelegd en die voor het ontvangen van deze subsidie in aanmerking wenst te komen, wordt uitgenodigd, zich vóór 1 mei

1973 schriftelijk te wenden tot de Algemene Secretaris van bovengenoemd Genootschap (B. C. P. Jansen Instituut, Plantage Muidergracht 12, Amsterdam-C.).

Hij (zij) moet bij dit verzoek overleggen: a. een verklaring van twee hoogleraren in de geneeskunde zijner (harer) Universiteit, waarin hij (zij) voor de toelage wordt aanbevolen; b. een mededeling van de plannen omtrent de buitenlandse wetenschappelijke reis, die hij (zij) voorstelt te ondernemen.

Hij (zij), die door een toelage uit het fonds in staat is gesteld, een wetenschappelijke reis te ondernemen, is verplicht, van de uitkomsten daarvan binnen drie maanden een uitvoerig rapport aan het Bestuur over te leggen.

Amsterdam, 27 maart 1973

K. VAN DAM,
algemene secretaris van het
Genootschap

INGEZONDEN

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

Falende rubella-vaccinatie

Het bericht onder de rubriek Buitenland (1973) betreffende de rubella-vaccinatie in de Verenigde Staten noopt mij tot commentaar. De strekking van dit bericht komt mij onjuist voor.

Waar mijns inziens in de aanhef had kunnen staan „Succesvolle rubella-vaccinatie” wordt door referent gesproken van „falende rubella-vaccinatie”. Het besproken artikel is van KLOCK en RACHELSKY (1973). Dit artikel gaat over het tekortschieten van de „herd immunity” tijdens een rodehond-epidemie. Aangezien niet voldoende personen door de vaccinatie blijken te zijn bereikt, is het geen wonder dat bij niet gevaccineerden rodehond uitbreekt. De schrijvers concluderen in het slot van hun artikel zelf: „Thus childhood rubella immunisation remains an important method of rubella prevention.” Vervolgens bevelen zij aan ook vrouwen in de vruchtbare leeftijd, indien zij nog niet immuun zijn, te vaccineren.

Er wordt een rubella-epidemie beschreven in de stad Casper, Wyoming (49.000 inwoners) die heerste van ja-

nuari tot mei 1971. In mei 1970 waren 7253 kinderen van 1-12 jaar ingeënt; voorts verrichtten de vrij gevestigde artsen 1400 rodehond-ientingen. Het vaccin was afkomstig van Philips Roxane. Door deze campagne waren 52% van de kinderen van 1-5 jaar bereikt en 83% van die van 6-12 jaar. In totaal was 70% van de kinderen van 1 t.m. 12 jaar gevaccineerd (dus 30% niet). De jeugd van 12-18 jaar was niet ingeënt (met de meisjes had dit beter wel kunnen gebeuren!), desalniettemin was 76,6% van deze groep reeds op natuurlijke wijze immuun.

Uit het artikel blijkt, dat de ingeente kinderen geen rubella kregen en dat de ziekte optrad onder de niet gevaccineerden, speciaal de adolescenten. M.i. een zeer duidelijke illustratie van de werkzaamheid van het vaccin. Na deze epidemie is ter plaatse geen enkel kind met een rubellopathie geboren.

De conclusie als door referent weergegeven in de laatste alinea van het bericht moet dan ook als zeer voorbarig worden beschouwd. Uit het artikel blijkt ook, dat het vaccinatieprogramma in de Verenigde Staten destijds nog maar halverwege was gevorderd.

Misschien ten overvloede merk ik op dat in januari 1971

in de Verenigde Staten reeds 23 miljoen rubella-vaccinaties waren uitgevoerd bij de groep kinderen van 1-12 jaar (het volledige programma omvat 50 miljoen kinderen). In 1964 heeft in de Verenigde Staten een zeer grote rubella-epidemie geheerst. De periodiciteit van dergelijke epidemieën is aldaar om de 6 tot 9 jaar. De resultaten van hun programma resp. de bereikte „herd immunity” zullen wij misschien in 1974 vernemen.

De richtlijnen in de Verenigde Staten bevelen ook de vaccinatie van nog niet immune meisjes en huismoeders aan. Het is zeer wel mogelijk dat na 1974 onze collegae in de Verenigde Staten alleen nog een rubella-probleem zullen hebben bij huisvaders, al dan niet na een buitenlandse reis.

Indien in Nederland de activiteiten op dit terrein hetzelfde niveau hadden gehad, zouden er in ons land tot januari 1971 ruim één miljoen rodehond-inentingingen moeten zijn gedaan. De realiteit was echter nul inentingingen.

Het vaccin is pas in april 1971 toegelaten en tot nu toe is van een reële bestrijding van rodehond, resp. van rubellopathie in Nederland geen sprake. Dit terwijl niets of niemand ons belet deze vaccinatie toe te passen. Er wordt helaas nog gewerkt met immunoglobine. Het zeer twijfelachtige nut hiervan wordt afdoende toegelicht in de rubriek Vraag en Antwoord (1967).

Literatuur: Buitenland (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 315. — KLOCK, L. E. en G. S. RACHELSKY (1973) *New Engl. J. Med.* 288, 69. — Vraag 31 (1967) *Ned. T. Geneesk.* 111, 1256.

Leiden, 3 maart 1973

G. D. DE JONG

Uit het artikel van KLOCK en RACHELSKY blijkt duidelijk dat de rubella-epidemie in Casper, Wyoming als een onaangename verrassing is gekomen, die men bij de bereikte „herd-immunity” niet had verwacht. Het editorial (1973) van WEINSTEIN en CHANG doet er nog een schepje bovenop.

Er wordt niet beweerd dat de rubella-vaccinatie waardeeloos is, en zelfs wordt aangeraden, meisjes in de prepuberteit en niet-immune moeders onmiddellijk na een baring te vaccineren. Dit heb ik in mijn bericht ook duidelijk laten uitkomen. Het falen van de vaccinatie betrof dan ook de epidemiologische situatie en niet de persoonlijke bescherming die het rubella-vaccin bij inspuiting aan het individu verleent. Dit laatste zal collega DE JONG bedoelen als hij spreekt van „succesvolle rubella-vaccinatie”.

In mijn bericht over „falende rubella-vaccinatie” heb ik zo objectief mogelijk weergegeven wat bovengenoemde auteurs hebben geschreven. Ik zou collega DE JONG dan ook willen voorstellen, zijn ingezonden stuk rechtstreeks aan het *New England Journal of Medicine* te richten.

Literatuur: Editorial (1973) *New Engl. J. Med.* 288, 100. — KLOCK, L. E. en G. S. RACHELSKY (1973) *New Engl. J. Med.* 288, 69.

Amstelveen, 7 maart 1973

M. M. HILFMAN

Het obstruerende carcinoom op de plaats van samenkomst van de ductus hepatici

Met belangstelling las ik het fraaie artikel van VAN VROONHOVEN en MALT (1973) over het obstruerende carcinoom op de plaats van samenkomst van de ductus hepatici. Daarin wezen zij in het bijzonder op de „pitfalls” bij de diagnostiek. Gaarne zou ik nog enige kanttekeningen willen maken.

Ten aanzien van de leeftijd waarop deze tumoren worden gezien: Wij zagen verscheidene patiënten tussen de 40 en 50 jaar, onze jongste patiënt was 17 jaar!

Bij het pre-operatieve onderzoek van de icterische patiënt bij wie men een obstructie in het extrahepatische galwegsysteem vermoedt, is het van eminent belang vast te stellen of er al dan niet sprake is van een totale afsluiting, c.q. van afwezigheid van gal in de darm. Het kwantitatieve onderzoek van de faeces op urobilinogenen, volgens een door onze landgenoot TERWEN (1925) ontwikkelde methode, welke door Watson e.a. (1944) gemodificeerd werd (zie ook BRANDT 1958), is hierbij van zeer groot nut.

Bij de indicatiestelling tot dit onderzoek kan men zich laten leiden door de — dagelijks uit te voeren — reactie op urobiline volgens Schlesinger in de uiteraard bilirubinehoudende urine. Blijkt een aanvankelijke, duidelijke urobilurie geleidelijk af te nemen waarbij uiteindelijk slechts een spoor of in het geheel geen urobiline meer wordt aangetroffen, dan verrichte men het eerder genoemde onderzoek van de faeces.

Indien bij herhaling niet meer dan 5 mg aan urobilinogenen per 24 uur met de faeces worden uitgescheiden, bestaat, zo leert de ervaring, een totale afsluiting van de galwegen. Een choledocholithiasis geeft zelden aanleiding tot een permanente, totale afsluiting. Over het niveau waar het proces zich bevindt, kan de palpatie informatie geven. Is het symptoom van Courvoisier positief, dan moet men de obstructie distaal van de inmondingsplaats van de ductus cysticus zoeken (papilla Vateri, pancreaskop). Is de galblaas niet palpabel, dan zoek men de obstructie proximaal van de genoemde inmondingsplaats. Aldus verschaft men de chirurg reeds belangrijke topografische gegevens. Wij hebben tot nog toe weinig of geen behoefte gehad aan een pre-operatieve, percutane cholangiografie en geven de voorkeur aan een eventueel peroperatief uit te voeren cholangiografie.

Tot zover de diagnostiek bij de icterische patiënt.

Voordat de icterus uitbreekt, hebben sommige patiënten reeds korte of langere tijd (maanden!) vage klachten over pijn boven in de buik, anorexie en — in het laatste deel van de prodromale fase — jeuk, zonder — althans voor de omgeving — waarneembare icterus. Men moet dan aannemen dat de tumor ontstaat in één ductus hepaticus en deze obstrueert; langzaam groeit de tumor in de richting van de bifurcatie, waarbij tenslotte ook de inmonding van de andere ductus hepaticus wordt afgestoten, waarna de icterus optreedt.

Bij de laparotomie vindt men dan het volgende: de ene leverhelft is min of meer atrofisch, met scherpe rand, de andere duidelijk hypertrofisch, met stompe rand. M.a.w., er is een periode geweest, waarin de ene leverhelft haar gal niet kwijt kon en dus atrofieerde, de andere, met — op dat moment nog — vrije afvloed, een compensatoire hypertrofie onderging, het analogon van de proeven op dieren met de hepaticusligatuur (SCHALM e.a. 1956).

Van een dergelijke gang van zaken kan men behalve via de boven beschreven anamnese, achteraf gezien, een vermoeden krijgen uit het leverscintigram van de icterische patiënt: een opvallend verschil in activiteit en grootte tussen de beide leverhelften, in ieder geval een verschil dat groter is dan in het normale scintigram. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat iets dergelijks tot uitdrukking komt in het leverscintigram, afgebeeld in figuur 4 in het artikel van VROONHOVEN en MALT: de rechter leverhelft is groot en „dik”, de linker opvallend klein en „dun”. In de bijbehorende figuur 5 is m.i. de linker ductus hepaticus niet zichtbaar: het vullingsbeeld heeft, dacht ik, alleen betrekking op de rechter leverhelft. Dit doet mij veronderstellen dat het proces begonnen is in de linker ductus hepaticus en dat bij de operatie een kleine linker leverhelft met scherpe rand en een grote rechter leverhelft met stompe rand gevonden werden. Ik vraag mij af