

clusief mammografie en eventueel cytologie. Wordt de diagnose maligniteit preoperatief gesteld: zoveel te beter. Is dat niet het geval, dan mag hieruit niet zonder meer geconcludeerd worden dat er *dus* geen maligniteit in het spel is.

Ad 2. Ik verschil van mening met collega MULLER, dat de conus-excisie een ingrijpende operatie is. Het gebied onder de mamilla en 1 cm er omheen wordt verwijderd. De doorsnede hiervan is gewoonlijk 5 à 6 cm. De dikte van het preparaat is maximaal 4 à 5 cm. De praktijk heeft uitgewezen dat dit niet leidt tot mutilatie. Uiteraard is zogsecretie na de ingreep niet mogelijk, vandaar dat dit van tevoren met de patiënt wordt besproken.

Alle 5 patiënten onder de dertig jaar werden geopereerd wegens ernstige klachten van vochtafscheiding. Bij de jongste twee was de indicatie respectievelijk multipole melkgangabcessen en een tweede recidief met fisteling na melkgangexcisie. Bij twee werd papillaire epitheelproliferatie gezien zonder aanwijzing voor maligniteit en bij de laatste patiënt uitgebreide ductectasie. Hier werd geopereerd wegens de sterke tepeluitvloed, die ernstige klachten gaf, en niet omdat wij hier carcinoom verwachtten, hoewel men zich daarbij kan vergissen!

Ad 3. Het is nuttig, dat er nog eens op gewezen wordt, dat extra-mammaire oorzaken worden uitgesloten. Elke indicatie tot operatie dient altijd en onder alle omstandigheden zorgvuldig te worden gesteld! De „plug” die bij druk of massage te voorschijn komt heeft inderdaad geen betekenis. Het artikel handelt dan ook over tepeluitvloed, d.w.z. spontane vochtproductie, gewoonlijk door de vrouw opgemerkt omdat de bustehouder vlekken vertoont.

Ad 4. De resultaten van het — incidenteel verrichte — cytologisch onderzoek waren bij ons opmerkelijk. Vanzelfsprekend zal een negatieve uitslag niets zeggen (evenals bij de mammografie in ons materiaal), maar als de uitslag verdacht of positief is, zal dat een reden moeten zijn in ieder geval tot exploratie over te gaan.

Ad 5. Juist omdat wij meenden veel recidieven te zien bij de oude methode, zijn we overgegaan op de conus-excisie. Tot nu toe heb ik hiervan geen spijt. Wanneer men echter in dit artikel in de eerste plaats een verdediging van de conus-excisie wil zien, heeft men mij niet goed begrepen. Ik meen, dat de methode bijkomende voordelen heeft, maar waar het om gaat, is dat men niet denkt: tepeluitvloed, niet bloedig, zonder palpabele tumor, betekent niets. Integendeel! Zorgvuldig verder onderzoek en conus-excisie van het zieke gebied is nodig. Niet alleen om de vaak hinderlijke afscheiding te doen beëindigen, maar vooral ook wegens de kans van 10%, dat er maligniteit in het spel is!

Ad 6. Nergens heb ik beweerd, dat er niet enige weken kan worden afgewacht. Alleen al op grond van celkinetische overwegingen zou dat niet te verdedigen zijn. Vanzelfsprekend moet een extra-mammaire oorzaak worden uitgesloten. Er is geen enkele reden tot paniecreacties. Maar een mediane duur van 1 jaar en een tijdsduur bij de patiënten met carcinoom van 1 maand tot 5 jaar, duiden op een onderschatten van de risico's. Juist in deze gevallen bewijst de „vroege diagnostiek” haar waarde.

*Literatuur:* VERHOEVEN, A. T. M. (1974) Galactorrhoea; diagnostische en therapeutische aspecten. *Ned. T. Geneesk.* 118, 864.

Leiden, augustus 1975

A. ZWAVELING

## *Het primaire levercarcinoom als „acute buik”*

Met veel belangstelling las ik het artikel van STROOSMA (1975) over het primaire levercarcinoom als „acute buik”. Het is zeker een grote bijzonderheid dat in korte tijd twee aan deze ziekte lijdende patiënten met een acute intraperitoneale bloeding werden gezien.

Collega STROOSMA wijst terecht op het verband tussen levercirrose en primair levercarcinoom. Hij citeert uit een artikel van MOSELEY dat bij obductie van aan levercirrose overleden patiënten in 4,5-8,5% een primair levercarcinoom werd aangetroffen. Men dient dan wel te vermelden op welk land deze gegevens betrekking hebben daar de percentages van land tot land en zelfs bij verschillende bevolkingsgroepen van hetzelfde land sterk kunnen verschillen. HUTT en ANTHONY (1973) schrijven dat het percentage in sommige Afrikaanse landen, bv. Mozambique, 40 bedraagt; verder dat het hepatocellulaire carcinoom in Zuid-Afrika bij de Bantu's in 44% van cirrotische levers wordt aangetroffen doch bij blanken slechts in 6%. Dit grote verschil hangt waarschijnlijk samen met het verschil in cirrosetype bij deze bevolkingsgroepen; bij Bantu's overwegend macronodulair, bij blanken micronodulair. In levers met macronodulaire cirrose ontstaat veel vaker maligne degeneratie dan in levers met micronodulaire cirrose.

SHEILA SHERLOCK (1970) wijst eveneens op de grote geografische verschillen in het voorkomen van carcinoom in cirrotische levers; in Engeland zou het percentage ongeveer 15 bedragen.

Collega STROOSMA schrijft verder dat er in Azië weinig publikaties over acute buikaandoeningen bij patiënten met primair levercarcinoom verschenen zijn. Hij noemt een artikel van ONG e.a. (1965) over 20 patiënten met spontane ruptuur van een primair levercarcinoom. ONG en TAW (1972) (vermoedelijk dezelfde collega ONG, uit Hong Kong) vermelden dat op hun chirurgische afdeling in de loop van 8 jaar 207 patiënten met een hepatocellulair carcinoom werden opgenomen, 30 (14,5%!) wegens ruptuur met intraperitoneale bloeding.

— Graag zou ik echter de aandacht willen vestigen op een Nederlandse publikatie, nl. van BONNE (1932), destijds hoogleraar pathologische anatomie aan de Medische Hogeschool te Batavia. Hij vermeldt daarin o.a. dat hij herhaaldelijk bij obductie heeft waargenomen dat een acute intraperitoneale bloeding waaraan een patiënt in korte tijd overleed, veroorzaakt werd door gescheurde vaten in een primair levercarcinoom. Deze dodelijke bloedingen had BONNE nogal eens bij kleine levercarcinomen gezien.

Bij de differentiële diagnose moet natuurlijk ook de ruptuur van een extra-uteriene graviditeit worden genoemd en, vooral in de tropen, de miltruptuur. Verder kunnen ook „benigne” hepatomen door hun vaatrijkdom een ernstige, vaak dodelijke, intraperitoneale bloeding veroorzaken. Deze tumoren zijn in de laatste jaren beschreven bij vrouwen die gedurende korte of langere tijd orale contraceptiva hadden gebruikt; het verband staat echter niet zeker vast (Leading article 1973, 1974, 1975).

*Literatuur:* BONNE, C. (1932) Eenige weinig bekende feiten van klinische betekenis omtrent het primaire levercarcinoom. *Geneesk. T. Ned.-Ind.* 72, 389. — HUTT, M. S. R. en P. P. ANTHONY (1973) Tumours of liver, biliary system and pancreas. In: A. C. TEMPLETON, *Tumours in a tropical country*; bl. 57. Springer-Verlag, Berlijn. — Leading article

(1973) Liver tumours and steroid hormones. *Lancet II*, 1481; (1974) Liver tumours and the pill. *Lancet II*, 3; (1975) Oral contraceptives and liver tumours. *Lancet I*, 1414. — ONG, G. B. en J. L. TAW (1972) Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Brit. med. J. IV*, 146. — STROOSMA, O. C. (1975) Het primaire levercarcinoom als „acute buik”. *Ned. T. Geneesk.* 119, 1237.

Amsterdam, augustus 1975

P. J. ZUIDEMA

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van Prof. ZUIDEMA wil ik hem allereerst bedanken voor de waardevolle aanvulling op mijn artikel. Het door hem geciteerde artikel van ONG en TAW (1972) is inderdaad van dezelfde auteur als de door mij genoemde.

Overigens lijkt het mij niet helemaal juist de extra-uteriene graviditeit aan de differentiële diagnose toe te voegen, daar een bestaande graviditeit meestal bekend is uit de anamnese en de onderbuik vaak erg pijnlijk is. Dit in tegenstelling tot het bloedende primaire levercarcinoom waarbij de onderbuik vaak soepel is (o.a. ONG en TAW 1972).

Interessant is zijn vermelding van vaak dodelijk verlopen de intraperitoneale bloedingen ten gevolge van benigne hepatomen. DAVIS e.a. (1973) beschreven drie jonge vrouwen, variërend in leeftijd van 15 tot 36 jaar, met een haemoperitoneum ten gevolge van een ruptuur van een benigne hepatocellulair adenoom. Helaas vermeldden de auteurs niet of de patiënten orale anticonceptiva hadden gebruikt.

*Literatuur:* DAVIS, B., R. SCHENKEN en O. ZIMMERMAN (1973) Massive hemoperitoneum from rupture of benign hepatocellular adenoma. *Surgery* 73, 181. — ONG, G. B. en J. L. TAW (1972) Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Brit. med. J. IV*, 146.

Amsterdam, augustus 1975

O. C. STROOSMA

## *Behandelend arts en politie(justitie)-arts*

In een artikel over „mishandeling en verkrachting: medisch-ethische problemen van onderzoek en rapportering voor politie (justitie)” heeft CREMERS (1975) als politiearts zijn licht over de genoemde problemen doen schijnen. Om misverstanden te voorkomen enkele medisch-juridische kanttekeningen.

1. CREMERS maakt geen scherp onderscheid tussen de begrippen „huisarts” en „behandelend arts”. De huisarts (gezinsarts) hoeft niet de behandelende arts te zijn. Dat kan een specialist zijn of tijdens vakantie of weekeind een waarnemer. Ingeschreven zijn als fondspatiënten ten name van een bepaalde arts impliceert niet, dat de betrokkenen ooit onder zijn behandeling zijn geweest.

2. Aan het huisarts zijn komt geen geheimhoudingsverplichting mede zolang men patiënt nooit behandeld heeft. Die verplichting komt mede aan het behandelingscontract.

3. Een politiearts heeft geen recht op vertrouwelijke informatie van een geneesheer die de patiënt behandelt of behandeld heeft, buiten toestemming van de patiënt. Verschillend wordt medisch-ethisch gedacht over het recht van de be-

handelende arts ondanks toestemming van de patiënt inlichtingen aan de politiearts te weigeren. Medisch-juridisch heeft de patiënt het recht te eisen, dat de behandelende geneesheer bereid is door hem aan de politie verstrekte inlichtingen te bevestigen. Uiteraard alleen voor zover die juist zijn. Natuurlijk mag de behandelende arts geen valse verklaringen van zijn patiënt of gewezen patiënt bevestigen.

4. Een ambtenaar als de politiearts heeft net als de inspecteurs van de volksgezondheid krachtens art. 162 wetboek van strafvordering de plicht van strafbare feiten waarvan hij bij de uitoefening van zijn bediening kennis neemt onverwijld aangifte te doen. Volgens streng recht mag hij geen vertrouwelijke informatie achterhouden. Dat heeft niets te maken met de vraag of hij vertrouwen van de zijde van de behandelende geneesheren waardig is.

5. De „vuistregel” van CREMERS, die de behandelende artsen adviseert zich af te vragen of de gewenste informatie direct of indirect nadelig is voor „betrokkene (?)” is noch simpel noch juist. Niet simpel, omdat er vele „betrokkenen” — behalve het slachtoffer — kunnen zijn en niet juist, omdat de behandelende geneesheer in vele gevallen de directe en de indirecte gevolgen van zijn informatie niet kan overzien. Dat is een van de redenen, waarom vele behandelende artsen ook op verzoek van een of meer betrokkenen bij voorkeur verklaringen weigeren, stellende, dat de „betrokkene(n)” de directe of indirecte gevolgen van zijn (hun) toestemming niet kan (kunnen) overzien.

6. CREMERS' bewering op grond van zijn ervaring, dat als de „betrokkene” zelf (lees een van de betrokkenen) voor onderzoek ten behoeve van de justitie (lees politie) naar de arts komt, er geen nadelen voor de (lees die) betrokkene te verwachten zijn of dat de kans daarop door deze betrokkene (maar dan niet door andere betrokkenen) aanvaard is, miskent de samengesteldheid van vele forensische gevallen en de onvoorzienbaarheid van de directe en indirecte gevolgen als er meer betrokkenen zijn.

7. Alles wat CREMERS schrijft over de eisen, waaraan het „forensische” (= gerechtelijk geneeskundige) onderzoek en de rapportering moeten voldoen gaarne onderschrijvend, wordt dezerzijds huisartsen dringend ontraden — als ze geen gerechtelijke geneeskunde hebben gestudeerd en geen forensische ervaring hebben — zich met onderzoek en rapportering van letsels door mishandeling (inclusief verkrachting) te belasten. Ze kunnen het eenvoudig niet. Ernstiger is, dat ook vele specialisten zonder forensische kennis en ervaring de capaciteiten daartoe missen. Verzekeringsgeneeskundige ervaring op adviseursniveau leerde mij hoeveel ernstige fouten behandelende specialisten bij letselonderzoek maken, alsmede hoe vaak de deskundigenberichten van de vaste deskundigen, die door de minister van justitie op voordracht van de voorzitters van de Raden van Beroep, gehoord de artsenberoepsorganisatie en de hoofdinspecteur van de volksgezondheid (zie de artt. 131 e.v. Beroepswet) worden benoemd, als onjuist bestreden worden. Verkrachtingsonderzoek is zelfs niet veilig in handen van een vrouwenarts zonder speciale forensische ervaring... De aanwijzingen, die CREMERS dienaangaande in één kolom geeft zijn heel nuttig; wie er meer van wil weten raadplege een handboek in de gerechtelijke geneeskunde (TAYLOR wijdt aan „rape” dertig bladzijden).

8. Artsen zonder speciale forensische opleiding en ervaring moeten eenvoudig weigeren als „amateur-rechercheur” en als quasi-deskundige op te treden: dit is werk voor professionals. Naarmate meer artsen dergelijk amateurisme weigeren, zal justitie eerder gedwongen worden een corps