

gonnen: kreeg iemand eenmaal om deze reden antibiotica dan had hij of zij goede kans daarmee door te gaan zolang het ziekenhuisverblijf duurde. De auteurs nemen als waarschijnlijk aan dat het in Amerika populaire verhaal van de zuster, die de patiënt bij ontslag nog even zijn laatste dosis antibiotica komt brengen, soms op waarheid berust.

Er bestond kennelijk geen overeenstemming over de waarde van en indicatie voor profylaxe: bij de meeste ingrepen waarvoor profylactisch antibiotica werden gegeven, gebeurde dit bij minder dan de helft van de patiënten. Ook was er geen eenstemmigheid over de vraag welke antibiotica in aanmerking kwamen; de keuze van de gebruikte middelen leek vrij willekeurig. Blijkbaar werd de beslissing over het al of niet geven van een antibioticum en zo ja, van welk, vaak niet op rationele gronden genomen.

De auteurs citeren drie onderzoeken waaruit bleek dat profylactisch geven van antibiotica, langer dan 48 uur na een operatie, in het algemeen geen zin heeft. Deze mening wordt in het begeleidend redactioneel commentaar (KUNIN 1979) onderstreept. Tachtig procent van de uit „profylactische” overwegingen voorgeschreven antibiotica werd langer dan 48 uur na een operatie toegediend; dit betrof bijna een kwart van alle antibiotica. Het zou veel moeite, geld, tijd en bijwerkingen schelen als men verstandiger met antibiotica omsprong.

*Literatuur:* KUNIN, C. M. (1979) *New Engl. J. Med.* 301, 387. — SHAPIRO, M., T. R. TOWNSEND, B. ROSNER e.a. (1979) *New Engl. J. Med.* 301, 351.

W. PAUW

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Hippocrates Studiefonds*

Het Hippocrates Studiefonds kan voor het jaar 1980 weer een aantal subsidies beschikbaar stellen (in grootte variërend van f 500,- tot f 1.500,-) die besteed dienen te worden voor wetenschappelijk werk dat iets te maken heeft met de geneeskunde in de ruimste zin van het woord. Een aanvraag dient vergezeld te gaan van een nauwkeurige omschrijving van het doel waarvoor het geld besteed zal worden en van een kostenraming. Tevens dient te worden vermeld of van andere zijde financiële steun werd aangevraagd en eventueel reeds werd toegekend. Degenen die een subsidie ontvangen zijn verplicht na een jaar verslag van hun werkzaamheden aan het College van Regenten

aan te bieden. Indien het onderzoek resulteert in een publikatie dient daarin de door het Hippocrates Studiefonds verleende subsidie vermeld te worden. Het is derhalve niet mogelijk achteraf subsidie te verlenen voor bijv. drukkosten van een reeds verschenen dissertatie.

Voor subsidie komen bij voorkeur personen in aanmerking die nog niet de rang van wetenschappelijk hoofdmedewerker hebben bereikt, en die ook geen inkomsten uit eigen praktijk genieten. Kandidaten voor subsidie dienen zich vóór 1 april 1980 te richten tot de secretaris-penningmeester van het College van Regenten, dr. E. BRIËT, afd. Nierziekten, Academisch Ziekenhuis, 2333 AA Leiden.

## INGEZONDEN

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

### *De Schatzki-ring in de oesophagus*

Het artikel van HORNSTRA en LENS (1979) over de Schatzki-ring (S-ring) in de oesophagus noopt mij tot de volgende opmerkingen.

1. De auteurs zijn van mening dat de diagnostiek nogal eens problemen met zich mee brengt en dat onbekendheid met deze afwijking hier ongetwijfeld toe bijdraagt. Naar mijn overtuiging is de diagnose voor de radiodiagnost niet zo'n probleem maar hangt het af van zijn criteria of de diagnose S-ring meer of minder vaak gesteld wordt. Reken men ook de kleine slijmvliesplooi op de oesophagus-maagslijmvliesovergang bij de meestal kleine glijbreuk tot de S-ring — deze manifesteert zich bij het röntgenonderzoek als een kleine inkeping in de contrastkolom — dan vindt men vaak S-ringen; spreekt men alleen van S-ring als er een duidelijke organische vernauwing wordt aangetoond (ZAINO e.a. 1977; FRIEDLAND 1978); dan veel minder vaak. SCHATZKI zelf blijkt het ruime criterium toe te passen: in 1963 beschrijft hij een serie van 332 patiënten onder ver-

melding, dat een groot deel van de asymptomatische patiënten daarin niet is opgenomen.

2. HORNSTRA en LENS baseren hun stelling dat de afwijking onbekend is, vermoedelijk op de door hen geraadpleegde literatuur. De afwijking, die ook bekend staat als B-ring (CLARK 1970; WOLF 1970, 1973) wordt evenwel in vele artikelen over röntgenanatomie en -pathologie van de oesophagus en de oesophagus-maagovergang genoemd (SKINNER e.a. 1972; DODDS 1977; FRIEDLAND 1978). Het aantonen van een B-ring is naast het incidenteel vinden van een A-ring (de wat contractielere overgang van tubulair naar vestibulair deel van de oesophagus) en het vaak aantonen van een derde „ring” (de veelal te wijde hiatus) voor de radiodiagnost mede een steun voor de diagnose glijbreuk.

3. Bij patiënt A werd de diagnose in twijfel getrokken zodat aanvullend nog cinematografisch onderzoek werd verricht, waarbij het pathognomonisch beeld van een S-ring werd gezien. Voor het stellen van de diagnose van afwijkingen als webs en ringen is cinematografie echter niet nodig. De bewegingen in de tractus digestivus zijn langzaam genoeg om waargenomen te kunnen worden met behulp

van 70- of 100-mm beeldversterker-fotofluorografie bij een opnamesnelheid van 2-3 beelden per sec. Dit soort camera's is bovendien op radiologische afdelingen eerder voorhanden dan de mogelijkheid tot filmen.

4. Onder het hoofd röntgenologisch en pathologisch-anatomisch onderzoek wordt vermeld dat de oesophagus boven de stenose niet verwijd is en dat boven en onder de ring de peristaltiek normaal is. De peristaltiek zal boven de ring meestal normaal zijn, behalve in geval van dysmotiliteit door bijv. reflux-oesophagitis; onder de ring echter is er geen peristaltische activiteit, daar het hier een gehernieerd maaggedeelte betreft en zoals bekend heeft de pars cardia van de maag nauwelijks peristaltiek. Manifesteert de peristaltiek onder de ring zich als oesophagusperistaltiek, dan bestaat er eerder een Barrett-structuur (MISSAKIAN e.a. 1967).

5. Voor de diagnose van een S-ring is dikke barium geen voorwaarde. Er moet voor een goede ontplooiing van het oesophagus-maagovergangsgebied gezorgd worden, waarvoor het best gebruik kan worden gemaakt van de combinatie van een goede kwaliteit barium en lucht: het dubbelcontrast-onderzoek.

*Literatuur:* CLARK, M. D., J. A. RINALDO en W. R. EYLER (1970) *Radiology* 94, 261. – DODDS, W. J. (1977) *Amer. J. Roentgenol.* 128, 549. – FRIEDLAND, G. W. (1978) *Amer. J. Roentgenol.* 131, 373. – HORNSTRA, B. J. en J. LENS (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1425. – MISSAKIAN, M. M., H. C. CARLSON en H. A. ANDERSON (1967) *Amer. J. Roentgenol.* 99, 212. – SKINNER, D. B., R. H. R. BELSEY, TH. J. HENDRIX e.a. (1972) *Gastroesophageal reflux and hiatal hernia*. Little, Brown, Boston. – WOLF, B. S. (1970) *Amer. J. Roentgenol.* 110, 260; (1973) *Amer. J. Roentgenol.* 117, 231. – ZAINO, C. en TH. C. BENEVENTANO (1977) *Radiologic examination of the oropharynx and oesophagus*. bl. 227. Springer-Verlag, Berlijn.

Rotterdam, oktober 1979

D. N. HÜPSCHER

Wij danken collega HÜPSCHER voor zijn waardevolle commentaar. De door hem gebruikte referenties betreffen echter vrijwel uitsluitend artikelen van radiodiagnosten, van wie de meesten een uitgesproken belangstelling hebben voor de diagnostiek van de oesophagus en de oesophagus-maagovergang. Dat deze auteurs geen of weinig moeite hebben met het stellen van de juiste diagnose is wel aannemelijk. Nochtans menen wij dat de afwijking in Nederland relatief onbekend is: achteraf konden wij slechts éénmaal een Nederlandse literatuurverwijzing vinden (FESEVUR 1958).

Wij hebben zelf reeds aangegeven dat de frequentie waarmee de Schatzki-ring wordt aangetoond enorm varieert. Het is heel goed denkbaar dat deze variatie onder meer wordt veroorzaakt doordat diverse auteurs de B-ring beschouwen als een Schatzki-ring en deze als zodanig beschrijven. Over dit standpunt lopen de meningen uiteen (WOLF 1970; FRIEDLAND 1978).

De aanwezigheid van een Schatzki-ring impliceert niet dat er per definitie een glijbreuk aanwezig moet zijn, hoewel deze afwijkingen vaak in combinatie voorkomen. Normale peristaltiek onder de ring is dan ook met röntgenologisch en manometrisch onderzoek aangetoond (HARRIS e.a. 1960; SKINNER e.a. 1972). Het zou nauwkeuriger zijn geweest, als wij in ons artikel hadden vermeld, dat de peristaltiek boven en onder de ring normaal kan zijn i.p.v. te stellen dat de peristaltiek normaal is.

*Literatuur:* FESEVUR, H. J. J. (1958) De ziekten van de spijsverteringsorganen. *Aanwinsten op diagnostisch en therapeutisch gebied*, 2e serie, bl. 228. Elsevier, Amsterdam. – FRIEDLAND, G. W. (1978) *Amer. J. Roentgenol.* 131, 373. – HARRIS, L. D., J. E. KELLY en P. KRAMER (1960) *New Engl. J. Med.* 263, 1232. – SKINNER, D. B., R. H. R. BELSEY, TH. R. HENDRIX e.a. (1972) *Gastroesophageal reflux and hiatal hernia*, bl. 83. Little, Brown, Boston. – WOLF, B. S. (1970) *Amer. J. Roentgenol.* 110, 260.

Leiden, november 1979

B. J. HORNSTRA

J. LENS

## *Laetrile, wel of geen wondermiddel tegen kanker?*

In het artikel van PRINS en MULDER (1979) wordt ten aanzien van alternatieve geneeswijzen gepleit voor zakelijke informatie aan patiënten, op basis van wetenschappelijke gegevens. In regelrechte tegenspraak hiermee wordt aan het eind van het artikel het middel Iscador zonder enige wetenschappelijke fundering in één adem genoemd met Laetrile en een aantal andere onbewezen alternatieve geneesmiddelen of methoden. Juist Iscador is één van de weinige voorbeelden van een zogenaamd alternatief middel, dat ook volgens gewone wetenschappelijke methoden is onderzocht en beoordeeld, met een niet te loochenen werkzaamheid.

Ter inleiding op de uitgebreide literatuurlijst vermeld ik WOLF (1975) en G. SALZER en L. HAVELEC (1978).

*Literatuur:* PRINS, M. E. F. en J. H. MULDER (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1141. – SALZER, G. en L. HAVELEC (1978) *Onkologie* 1, 2. – WOLF (1975) *Die Mistel in der Krebsbehandlung*. Klostermann, Frankfurt.

Amsterdam, oktober 1979

B. C. WITSENBURG,

namens de Ned. Ver.

van Anthroposofische Artsen

Inderdaad hebben wij Iscador in één zin genoemd met andere onbewezen of niet-werkzame kankergeneesmiddelen, waaraan het publiek door onjuiste voorlichting of verkeerd geïnterpreteerde voorlichting, van welke zijde dan ook, een genezende werking toeschrijft. Ten onrechte hebben wij verzuimd dit met literatuurgegevens te funderen. Er is uitgebreid laboratoriumonderzoek verricht, waarbij sinds kort vooral de invloed van dit middel op het immunologische apparaat de nodige aandacht krijgt (BLOKSMA 1979a,b). Het effect van Iscador op bij dieren verwekte tumoren is gering (EVANS 1973). De cytostatische werking op aangetoonde metastasen is te verwaarlozen (LEROI 1976, 1977; SALZER 1978a; Society for Cancer Research 1978/79). In geen enkel Iscador-artikel hebben wij kunnen nagaan bij hoeveel patiënten bijvoorbeeld de long- of lymfkliermetastase exact meetbaar in grootte was afgenomen. Sinds een aantal jaren wordt Iscador (immuno?) therapie toegepast als tumorrecidief-profylaxe. Op het klinische onderzoek naar de waarde van deze postoperatieve adjuvante therapie is op verschillende punten kritiek uit te oefenen, zoals op patiëntselectie en gekozen, onbehandelde controlegroep (SALZER 1978b; HASSAUER 1979; BOELSMA-VAN HOUTE 1979). Over de werkzaamheid van Iscador als middel ter voorkoming van tumorontwikkeling zijn ons geen harde gegevens bekend.