

Ik heb mij in mijn artikel niet verzet tegen de daling van het inkomen van specialisten. Als dat een vermindering van het minimumloon tegengaat, dan moet dat maar gebeuren. Maar het is een oneigenlijk argument, althans in de discussie die ik getracht heb uit te lokken. Het kan wel zijn dat 2 musici en 2 voetballers en 2 burgemeesters niet gelijk beloond worden. Maar in de optiek van de aanhangers van de normpraktijk zal dat met specialisten wel gebeuren. Nog maar heel even en dan is het zo ver. Als nivellering de kwaliteit van de geneeskunde verbetert en de zorg voor patiënten bevordert, dan zal ik me niet verzetten, maar dat zou ik nu zo graag aannemelijk gemaakt willen zien. Het kan zijn dat collega Van Bodegraven, hierin bijgevalen door collega Ruijs, de huidige basis-arts op medisch-wetenschappelijk gebied tot veel meer in staat acht dan die van 20 jaar geleden; ik zal hem niet weerspreken, maar het is niet aangetoond.

Collega Ruijs zegt dat de kwaliteit van de gezondheidszorg door een normpraktijk zal worden verbeterd. Hoe weet hij dat? In elk geval is normering van de werklust iets anders dan verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Artsen in loondienst, vaste werktijden, genormeerde werkbelasting, allemaal hetzelfde inkomen, iedereen even knap en even dom en verboden ziek te worden of te zijn na 16.00 uur, dat lijkt ons voorland.

Rationeel zijn mijn argumenten misschien niet, maar reëel zijn ze wel en dat is vervelend.

Utrecht, juli 1982

F.L. MEIJLER

## *De behandeling van patiënten met longcarcinoom*

Het is jammer dat in het artikel van VAN DER WAL e.a. (1982) de WHO-classificatie voor longtumoren van 1967 wordt gebruikt (KREIBERG). De auteurs kennende, zal het tijdstip van publikatie hieraan debet zijn. De gewijzigde WHO-classificatie, die in 1979 werd voorgesteld en onlangs (1982) definitief is gepubliceerd, laat verbeteringen zien, die niet onvermeld mogen blijven. De veranderingen die zijn doorgevoerd, betreffen de subtypering van het kleincellige ongedifferentieerde carcinoom, het adenocarcinoom en het grootcellige ongedifferentieerde carcinoom. Hoewel de classificatie is gebaseerd op histologische criteria, worden nu gelukkig ook cytologische criteria genoemd. De cytologische kenmerken voor de differentiatie worden echter nog niet alom op dezelfde wijze gebruikt. Voor zowel de histologie als de cytologie blijft de differentiatie tussen de slecht gedifferentieerde carcinomen en de ongedifferentieerde carcinomen desondanks voor de patholoog-anatoom van dezelfde moeilijkheidsgraad.

Bij de opgave van de percentage-verdeling van de diverse carcinoomtypen (bl. 907) is het belangrijk te vermelden dat er duidelijke geografische verschillen bestaan. Verschillen gelden waarschijnlijk ook voor leeftijdsgroepen.

Bovenstaande toevoegingen zijn van belang, gezien de opmerking van de auteurs (bl. 912): „Nader onderzoek naar de behandeling van alle vormen van longcarcinoom is dringend gewenst.”

*Literatuur:* KREIBERG, L. (1976) *International histological classification of tumors*, Vol. I. World Health Organization, Genève. – WAL, A.M. VAN DER, J.D. ELEMA, H.M. JANSEN e.a. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 906. – World Health

Organization (1982) *Histological typing of lung tumours. Amer. J. clin. Path.* 77, 123.

Utrecht, mei 1982

SJ.SC. WAGENAAR

Zoals collega Wagenaar al veronderstelt kwam de publikatie van de gewijzigde WHO-classificatie korte tijd na het inzenden van ons artikel over de therapie van het longcarcinoom. Inmiddels wordt deze gewijzigde classificatie ook door ons gebruikt. Essentieel voor het artikel, dat met name over de therapeutische aspecten van het longcarcinoom handelt, is dit niet, wel voor eventuele toekomstige en nu lopende researchprojecten.

Vele aspecten van het longcarcinoom, zoals o.a. ook geografische verschillen in voorkomen van de diverse typen, hebben wij in ons artikel, dat toch al lang is en de nadruk op de therapie legt, helaas buiten beschouwing moeten laten.

Groningen, juli 1982

A.M. VAN DER WAL

## *Chirurgie van de lever*

De resultaten die prof. DEN OTTER (1982) heeft bereikt met zijn leveroperaties verdienen grote bewondering. Enkele opmerkingen bij zijn *caput selectum* lijken mij evenwel gewenst.

Over de nomenclatuur van leverresectie bestaat veel internationale verwarring. De vascularisatie van de lever bestaat uit twee segmentaal opgebouwde systemen, één uitgaande van de vena portae en de arteria hepatica, en één uitgaande van de suprahepatische venen; beide systemen zijn onderling interdigiterend vervlochten. Gebaseerd op deze systematiek zijn 8 portale en 3 suprahepatische leversegmenten te onderscheiden (COUINAUD 1957). De portale segmenten zijn tot 4 portale sectoren te combineren, een linker en rechter paramediane en een linker en een rechter laterale sector. Hemihepatectomie wordt uitgevoerd langs de portale scissuur tussen de beide paramediane sectoren, verlopend van het galblaasbed naar de vena cava inferior. Klieft men de lever langs de suprahepatische umbilicale scissuur, die ook het scheidingsvlak vormt tussen de portale segmenten IV en III, dan heeft men aan de ene zijde de klassieke rechter leverkwab en aan de andere kant de linker kwab. „Lobectomie” is daarom de meest passende naam voor een resectie langs deze scissuur (BISMUTH 1976; TON THAT TUNG 1979). Ook de minder fraaie term „uitgebreide rechter hepatectomie” („extended”, „élargie”) biedt weinig ruimte voor verwarring, in tegenstelling tot de benaming „trisegmentectomie”.

Hoe korter men de levercirculatie onderbreekt, hoe beter dit voor de te behouden leverrest zal zijn. Toch blijkt de lever niet zo gevoelig voor ischemie te zijn als lange tijd werd aangenomen. Honden kunnen minstens 45 minuten normotherme ischemie van de lever doorstaan, mits voor een goede portale decompressie wordt gezorgd (MACKENZIE e.a. 1975; VISSER e.a. 1975). Varkens verdragen zelfs een 2 uur durende afklemming van de levercirculatie bij normale temperatuur (NORDLINGER e.a. 1980). Ook bij de mens blijkt normotherme vasculaire afsluiting van de lever gedurende 45-65 minuten tijdens een grote resectie geen nadelige invloed te hebben op het postoperatieve metabolisme en de regeneratie van de leverrest. De 20 minuten limiet voor

afklemming van de afferente levercirculatie kan daarom zo nodig veilig tot 45 minuten verlengd worden (HUGUET e.a. 1978).

Leverletsels gepaard gaande met een scheur in de vena cava inferior of in een suprahepatische vene hoeven niet altijd dodelijk te zijn. Afklemming van de aorta met totale vasculaire isolatie van de lever of het gebruik van een endocavale shunt of balloncatheter kan in dergelijke gevallen het leven redden. (HEANEY e.a. 1966; YELLIN e.a. 1971) en een suprahepatische vene kan desnoods afgebonden worden (DEPINTO e.a. 1976; TON THAT TUNG 1979). Dergelijke heroïsche ingrepen hebben uiteraard een zeer hoge mortaliteit bij deze ernstig gekwetste patiënten, maar vormen hun enige kans om in leven te blijven.

*Literatuur:* BISMUTH, H. (1976) *Encycl. méd.-chir. Techniques chirurgicales*, 4.2.07.,40762. – COUINAUD, C. (1957) *Le foie*. Masson, Parijs. – DEPINTO, D.J. e.a. (1976) *Ann. Surg.* 183, 243. – HEANEY, J.P. e.a. (1966) *Ann. Surg.* 163, 237. – HUGUET, C. e.a. (1978) *Arch. Surg.* 113, 1448. – MACKENZIE, R.J. e.a. (1975) *Brit. J. Surg.* 62, 431. – NORDLINGER, B. e.a. (1980) *Surg. Gynec. Obstet.* 150, 859. – OTTER, G. DEN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1043. – VISSER, J.F.M. e.a. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 855. – TON THAT TUNG (1979) *Les résections majeures et mineures du foie*. Masson, Parijs. – YELLIN, A.E. e.a. (1971) *Arch. Surg.* 102, 566.

Londen, juli 1982

E.J. BOERMA

Er zijn inderdaad vele verschillende nomenclaturen om de segmentale verdeling van de lever aan te geven. Ze berusten in principe voornamelijk op de verdeling van de portale vertakkingen. Loodrecht daarop verloopt de veneuze afvoer, vandaar dat ik het oude plaatje van Gans uit 1955 bij het artikel voegde. De vertakkingen van de vena portae en die van de vena cava zijn „onderling interdigiterend vervlochten”, hetgeen betekent dat er een opbouw is, die doet denken aan het elkaar loodrecht kruisen van de vingers van twee gevouwen handen. In een artikel dat bedoeld is voor de algemene arts leek het mij niet zo veel zin te hebben ver in te gaan op de segmentale opbouw.

Een uiterst belangrijke vraag is die naar de tijdsduur van een onderbreking van de circulatie in de arteria hepatica en de vena portae. Dierproeven zijn wel interessant, maar bewijzen niet veel. Een gecontroleerde proefopzet bij de mens is onmogelijk. Ik houd de 20 minuten afsluiting voor een veilige limiet, waarbij ik beslist niet wil ontkennen, dat in een aantal gevallen een langere afsluiting verdragen kan worden. Wat dit betreft is figuur 6 van belang, waar men na twintig minuten afsluiting reeds de reactie van de leverenzymen en dan vooral van de cholinesterase opmerkt. Die heeft een aantal dagen nodig voordat ze weer tot een normaal niveau is teruggekomen.

Amsterdam, juli 1982

G. DEN OTTER

## Hoe blijft een mens gezond?

In hun Commentaar dienen de collegae VAN BEKKUM en MEIJLER (1982) een stroming van repliek die van de traditionele wetenschappelijke aanpak van de geneeskunde onvoldoende heil verwacht, maar aandacht vraagt voor de rol die gedrag en omgeving bij het ontstaan en bestrijden

van kwalen en ziekten in de hoogontwikkelde landen spelen. Hun verweer richt zich in het bijzonder op een rapport uit 1974 van de toenmalige Canadese minister van volksgezondheid, Marc Lalonde, „A new perspective on the health of the Canadians”. Van Bekkum en Meijler hebben voor het rapport en de denktrant van Lalonde geen goed woord over. „Aanhangers van die denktrant . . . achten het nodig bewijzen voor hun uitgangspunten aan te dragen . . . hun inzichten berusten op „veronderstellingen” in plaats van op harde feiten.” Daartegenover staat de werkwijze van de geneeskunde: „Wij kunnen slechts de nu al vrijwel ongeëvenaarde gezondheidstoestand van de bevolking verder verbeteren, als wij naar de oorzaken en de aard van ziekten blijven speuren en het substraat ervan ontdekken; eerst dan is gerichte preventie en bestrijding mogelijk. Dit doel is uitsluitend met wetenschappelijke methoden te bereiken . . . Er is maar één manier om gezond te blijven, nl. door ons verstand te gebruiken”, aldus Van Bekkum en Meijler.

De strekking van het Commentaar is vrijwel gelijk aan die van een Hoofdartikel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* uit 1977 van de hand van de hoofdredacteur, collega JONGKEES, „Zijn wij op de goede weg?”. Het antwoord op die vraag luidt, zoals kon worden verwacht, bevestigend. Dat er twijfel aan de weg (de methode, M.) der geneeskunde is gerezen wijt Jongkees aan overspannen verwachtingen die mede tot onwerkelijke definitie van gezondheid door de WHO hebben geleid. Die twijfel zal verdwijnen zodra de geneeskunde zich weer binnen de grenzen van haar deskundigheid terugtrekt, aldus Jongkees.

Het is te betreuren dat de beide schaarse artikelen, die het zo uitermate belangrijke, want centrale, thema van de methode der geneeskunde aan de orde stellen, de vorm van een strijdschrift hebben. Die vorm leidt enerzijds tot een overmatig accent op het eigen gelijk van de geneeskundige scientific community, anderzijds tot het kleineren van andersdenkenden die, wegens hun onwetenschappelijkheid, als gesprekspartners worden afgewezen.

Aan een volwaardig pleidooi voor de juistheid van de methode der geneeskunde moeten hogere eisen worden gesteld. Zo'n betoog zal niet voorbij kunnen gaan aan het feit, dat een levende wetenschap wordt gekenmerkt door een nooit aflatende zorg zich, door herziening van haar grondslagen en methode, te vernieuwen. De geschiedenis van de fysica, de koploper onder de wetenschappen, kent daarvan vele indrukwekkende voorbeelden. Tegenover die wetenschap van de (dode!?) materie slaat de geneeskunde, nogwel de leer van het (dode!?, levende!?) menselijke lichaam, een povere figuur. In 3½ eeuw heeft zij haar grondslagen en methode niet gewijzigd, laat staan herzien: zij heeft volstaan met die aan te passen aan de ontwikkeling van haar zogenaamde basiswetenschappen. Het uitblijven van die herziening is des te ernstiger daar noch haar mensbeeld, noch haar model van het menselijke lichaam, het resultaat is van wetenschappelijk onderzoek: zij zijn het resultaat van filosofische en fysiologische speculaties van Descartes. De successen van de medische macht verlenen die speculaties, retrograad en posthuum, de status en het gezag van wetenschappelijke uitspraken.

Maar de medische macht heeft ook haar keerzijden. Die keerzijden rechtvaardigen, op hun beurt, twijfel aan het wetenschappelijke gezag van die speculaties. Zij rechtvaardigen ook de eis die speculaties ter discussie te stellen. Als de wetenschappelijke geneeskunde die discussie afwijst, roepen die keerzijden verzet op. De geneeskunde kan dat verzet niet afdoen met een hooghartige verwijzing naar zijn