

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN



POST-GRADUATE MEDICAL FELLOWSHIPS F.O.A.

De Directeur-Generaal voor de Internationale Volksgezondheidszaken te 's-Gravenhage verzoekt ons mede te delen, dat de Foreign Operations Administration, in samenwerking met het American College of Surgeons, enkele Nederlandse artsen in staat wil stellen, in Amerika een „post-graduate training” te ontvangen.

De studie is voorlopig opengesteld voor twee groepen:

Groep I.

Een studie van 6 weken tot 3 maanden voor specialisten, die een bepaalde ontwikkeling op medisch gebied in de Verenigde Staten willen bestuderen. Een leeftijdsgrens is voor deze groep niet gesteld.

Groep II.

Een studie van 9 tot 12 maanden — in bijzondere gevallen te verlengen tot 24 maanden — voor het volgen van een bepaalde cursus of onderzoek op een bepaald terrein. Als voorbeeld is genoemd „Faculty members of medical teaching institutions, physicians and surgeons with hospital staff teaching responsibilities, public health administrators or military medical officers”. Voor deze groep wordt de voorkeur gegeven aan een leeftijd beneden de 45 jaar.

De reis-, verblijf- en studiekosten in de Verenigde Staten worden gedragen door de F.O.A. Met de overtochtskosten is dit niet het geval. In overweging is of en in hoeverre van Nederlandse zijde kan worden tegemoetgekomen in deze laatste kosten.

Voor nadere inlichtingen worden sollicitanten verzocht zich schriftelijk ten spoedigste — in verband met het tijdstip van indiening van de benodigde gegevens aan de F.O.A. — te wenden tot de Directeur-Generaal voor de Internationale Volksgezondheidszaken Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73, 's-Gravenhage.

Amsterdam, 10 Mei 1955

REDACTIE

INGEZONDEN



Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.

BEHANDELING VAN PURULENTE MENINGITIS ZONDER INTRATHECALE INJECTIES

Het artikel van de collegae SCHRETLEN en VAN ZAANE¹ geeft mij, als voorstander der intrathecale therapie van de etterige (niet epidemische) meningitides, aanleiding tot het maken van een aantal opmerkingen. Vooral ook omdat ik met enige verbazing vaststelde, dat de voordelen der intrathecale behandeling onvoldoende werden belicht, de nadelen schromelijk overdreven en de geschriften der tegenstanders vaak onvolledig, soms onjuist werden geciteerd.

Ik miste het argument der voorstanders, die een dagelijkse lumbale punctie nodig achten ter controle van de samenstelling van het lumbale vocht, omdat:

a. de behandeling gewoonlijk veel vroeger kan worden gestaakt, dan men klinisch zou vermoeden. Deze kan namelijk in den regel worden beëindigd, wanneer minder dan 500/3 cellen per mm³ lumbaal vocht kunnen aangetoond. Het beloop der temperatuurcurve en de graad der meningeale prikkelingsverschijnselen lichten ons te onbetrouwbaar in omtrent de mate waarin het ontstekingsproces is genezen. De praktijk leert, dat de intrathecale therapie gewoonlijk na 3 tot 5 dagen kan worden gestaakt;

b. een eventuele resistentie van de verwekker intijds kan worden vastgesteld en de therapie gecorrigeerd;

c. tegelijk met het instellen van de behandeling een maximale antibiotica-spiegel van het lumbale vocht kan worden bereikt.

Bij de gecombineerde streptomycine-behandeling van de H.-influenzae-meningitis zijn de mortaliteitscijfers belangrijk lager dan 25 pct, zie bv. MAC KENDRICK²: 6 pct, WEINSTEIN³: 7,3 pct.

Betreffende de uit de literatuur aangehaalde ongelukken na intralumbale injecties, moet ik er de aandacht op vestigen, dat door NEMIR en ISRAEL⁴, een belangrijk hogere hoeveelheid intralumbaal werd toegediend dan naar de huidige opvatting is toegestaan.

In het artikel van APPELBAUM en NELSON⁵ wordt aangegeven, dat het niet zeker is, dat de beschreven bijverschijnselen samenhangen met de intralumbale therapie.

In de publicatie van JONES⁶ las ik, dat er juist geen verband wordt aangenomen tussen de intrathecale behandeling en het ontstaan van subdurale infusies.

MAC KAY⁷ vermeldt geen nadelige gevolgen van intralumbale behandeling, SMITH en DORMONDT⁸ evenmin, hoewel te hoge doses werden toegediend.

In het artikel van STANLEY BANKS⁹, dat niet in 1953, doch in 1952 verscheen, staat duidelijk aangegeven, dat hij lijders aan pneumococcus-meningitis wel intralumbaal behandelt, te weten met 20.000 E per dag, gedurende 4 à 5 dagen.

Het zich voortdurend vastklampen aan de opvattingen van HOYNE¹⁰, de felste bestrijder der intrathecale therapie, is mij onbegrijpelijk, indien men bedenkt, dat hij eerlijk bekend dat in 1953 van 16 patiënten met pneumococcus-meningitis, slechts 7 genazen, terwijl van zijn patiënten met H.-influenzae-meningitis in dat jaar 16 pct overleden.

Misschien mag ik de schrijvers het belangwekkende artikel van DEBRÉ en medewerkers¹¹ aanbevelen, waarin alle in de literatuur beschreven ongelukken na intrathecale therapie worden geanalyseerd. Uit deze studie blijkt, dat in *alle* gevallen een onjuiste dosering of te hoge concentratie werd toegepast.

Betreffende de acht door SCHRETLEN en VAN ZAANE genoemde bezwaren tegen intrathecale therapie, zou ik willen opmerken:

Ad 1. De sterfte bij uitsluitend extra-meningeaal behandelde patiënten is wél hoger dan bij de gecombineerde methode. Zie bv. LEPPER c.s.¹², BUNN c.s.¹³.

Ad 3. De door lumbale puncties zelden verwekte bloedingen en laesies van de tussenwervelschijven hebben geen betekenis. Beschadiging van het lumbale merg komt bij een juiste techniek niet voor. Adhaesies en block worden bij uitsluitend extra-meningeaal behandelde meningitis-lijders wel degelijk waargenomen.

Ad 4. Ik kan niet inzien dat 9 prikken per dag voor de patiënt een aanmerkelijk ernstiger trauma zouden geven dan 8. Bovendien is een groot deel der patiënten de eerste dagen comateus, zodat de intralumbale behandeling gedurende het gehele beloop van de ziekte gewoonlijk maar 2 à 3 keer bewust wordt beleefd. Tenslotte herhaal ik: een lege artis uitgevoerde lumbale punctie is minder pijnlijk dan een venapunctie.

Ad 5. De kans op secundaire infectie is bij een juiste techniek (geen spuitenvloeistoffen en korentangen), volkomen uitgesloten.

Ad 6. Verwezen wordt naar een patiënt, die ten gevolge van intrathecale therapie zou zijn overleden. Het bleek mij, dat deze patiënt van MOLL en WARMINGTON¹⁴ niet intrathecaal werd behandeld. Zo kan men het artikel van FONTAN¹⁵ evenmin als argument tegen intrathecale therapie gebruiken, daar de dosering veel te hoog was.

Ad 7. De liquor-spiegel is bij meningitis purulenta na extrameningeale behandeling alleen voldoende (en laat), indien men tenminste 8 à 30 maal zoveel penicilline intramusculair inspuit, als bij de gecombineerde methode nodig is. Vele antibiotica komen na extrameningeale toediening in zeer geringe hoeveelheid in de liquor cerebrospinalis terecht, zie o.a. STANLEY BANKS⁹, KOCH¹⁶, H. ALEXANDER¹⁷, WOOD en KIPNIS¹⁸. Wijzelf konden bij een groot aantal patiënten deze bevindingen bevestigen.

Ad 8. Geen enkel der door HOYNE¹⁹ genoemde argumenten, waarnaar wordt verwezen, zijn steekhoudend. Indien men lijders aan een purulente meningitis niet zo snel mogelijk intralumbaal behandelt, overlijdt een deel der patiënten reeds voordat de antibiotica-spiegel van de liquor hoog genoeg is. Behandelt men uitsluitend extra-meningeaal, dan wordt deze werkzame spiegel pas na 8-48 uur bereikt⁹. Lichte gevallen van (niet epidemische) purulente meningitis ken ik niet! Onbehandeld sterft een lijder aan pneumococcus-, staphylococcus- of streptococcus-meningitis in 100 pct der gevallen binnen 2 tot 4 dagen, die aan H.-influenzae-meningitis binnen 3 tot 5 dagen.

In het algemeen overleven meningococci het opvangen in een niet voorverwarmde steriele buis en het vervoer naar het laboratorium gedurende vele minuten tot uren, naar mijn ervaring wél. Dat de schrijvers deze mening niet delen, berust vermoedelijk op het feit, dat zij verzuimden de liquor te brengen in een gelijke hoeveelheid 4 pct glucose-bouillon, welke daarna in CO₂ bij 37° moet worden bebroed.

De schrijvers menen dat zij de lijders aan pneumococcus-meningitis met een relatief lage dosering hebben behandeld (8 maal 50.000-200.000 E. penicilline per dag gedurende gemiddeld 22 dagen). Ik kan hun echter verzekeren, dat indien de kinderen wel intralumbaal worden ingespoten, 8 maal 10.000-40.000 E per dag, gedurende een week gegeven, gewoon-

lijk ruimschoots voldoende is. Zo is het ook een uitzondering, dat bij gecombineerde streptomycine-therapie, een lijder aan H.-influenzae-meningitis, langer dan een week moet worden behandeld.

Het zij mij vergeven zo uitvoerig op het artikel te hebben gereageerd. Ik meen er echter tegen te moeten protesteren, dat een behandelingssysteem, waarbij een lagere sterfte bij kortere behandeling is te bereiken, op onjuiste gronden in discrediet wordt gebracht.

Literatuur: ¹E. D. A. M. SCHREITEN en D. J. VAN ZAANE (1955) *N.T.v.G.* **99**, 1094. ²G. W. D. MAC KENDRICK (1954) *Lancet* II, 510. ³L. WEINSTEIN, M. GOLDFIELD, en D. ADAMIS (1953) *Med. Clin. N. Amer.* 1363. ⁴R. L. NEMIR en J. ISRAEL (1951) *J.A.M.A.* **147**, 213. ⁵E. APPELBAUM en J. NELSON (1950) *J.A.M.A.* **143**, 715. ⁶H. E. JONES (1952) *Lancet* I, 891. ⁷R. J. MAC KAY (1950) *New Eng. J. Med.* **242**, 20. ⁸M. H. O. SMITH en R. DORMONDT (1951) *Pediat.* **7**, 430. ⁹STANLEY BANKS (1952) *Lancet* II, 1162. ¹⁰A. L. HOYNE (1954) *Ann. intern. Med.* **41**, 1164. ¹¹R. DEBRÉ c.s. (1954) *Sem. Hôp. (Paris)* **30**, 353. ¹²M. M. H. LEPPER en H. F. DOWLING (1951) *Arch. intern. Med.* **88**, 489. ¹³P. A. BUNN en G. PEABODY (1952) *Arch. intern. Med.* **89**, 736. ¹⁴F. C. MOLL en W. WARMINGTON (1954) *J. Pediat.* **44**, 5. ¹⁵A. FONTAN, P. VERGER en C. MARTIN (1951) *J. Méd. Bordeaux* **128**, 634. ¹⁶R. KOCH (1955) *J. Pediat.* **46**, 44. ¹⁷H. ALEXANDER (1953) *J.A.M.A.* **152**, 662. ¹⁸W. S. WOOD en G. P. KIPNIS (1953) *Symposium antibiotics, Washington*, 98. ¹⁹A. HOYNE (1953) *Med. Clin. N. Amer.* **37**, 329.

Amsterdam, 10 April 1955

J. E. MINKENHOF

Klaarblijkelijk hebben wij een bij collega MINKENHOF gevoelige snaar aangeroerd. Wij hebben getracht een zo objectief mogelijk overzicht te geven van de literatuur voor en tegen de intrathecale behandeling van purulente meningitis. Volledigheidshalve hebben wij ook schrijvers aangehaald, wier bezwaren ook ons overdreven voorkomen en bij een goede techniek zeker te vermijden zijn. Ook wij hebben vermeld dat bij intrathecale behandeling relatief lage doses moeten worden gegeven. Hieruit volgt al wel, dat wij ongelukken door te hoge dosering zeker niet aan de intrathecale behandeling toeschrijven. Wat betreft de door collega MINKENHOF verder genoemde punten valt te antwoorden,

Ad *a*. Wanneer men dagelijks lumbale punctie doet, kan men inderdaad het beloop van het aantal cellen volgen, doch zeer vaak blijkt dat het aantal cellen niet overeenkomt met de ernst van het ziektebeeld, zodat men geenszins op het aantal cellen alleen kan afgaan.

Ad *b*. Steeds wordt door ons bij de eerste punctie uit de liquor gekweekt en de resistentie bepaald. Wanneer het klinische beeld een ongunstige wending neemt, wordt een lumbale punctie herhaald en opnieuw de resistentie bepaald. Bovendien geeft de resistentie-bepaling nog geen absolute zekerheid over de gevoeligheid in vivo. Wij hebben herhaaldelijk kunnen vaststellen, dat patiënten goed reageerden op een antibioticum waarvoor de ziekteverwekkende bacteriën weinig of niet gevoelig waren.

Ad *c*. Zie ad 7.

Ook wij hebben uitvoerig de zeer fraaie resultaten van MAC KENDRICK en WEINSTEIN in ons artikel genoemd. NEMIR en J. ISRAEL behandelden hun patiënten met 5000-10.000 E penicilline intrathecaal gedurende 6 dagen.

APPELBAUM en NELSON behandelden 90 lijdens aan Haemophilus-influenzaemeningitis intrathecaal met streptomycine; 3 patiënten overleden, 9 patiënten hadden restverschijnselen, 4 waren geheel of gedeeltelijk doof, 1 hunner had bovendien een hydrocephalus en een verminderde visus, 3 hadden een verminderde visus en 2 waren blind en geestelijk achterlijk. Zij behandelden 17 patiënten zonder intrathecale injecties. Deze genazen allen zonder restverschijnselen. Letterlijk schrijven deze auteurs: „The absence of residue in the small group of 17 patients treated with intramuscular but without intraspinal administration of streptomycin may be a factor of major importance”.

Wat betreft de publicatie van JONES hebben wij uitdrukkelijk gezegd, dat het onwaarschijnlijk is, dat de soort behandeling (of het tijdstip) enige betekenis heeft bij het ontstaan van subdurale vochtophoping. Wij hebben nergens in ons artikel vermeld dat MAC KAY, SMITH en DORMONDT wel nadelige gevolgen zagen van intralumbale behandeling. Wij haalden deze auteurs aan voor de indicaties voor subdurale punctie. Ook van STANLEY BANKS hebben wij niet geschreven dat hij de pneumococcus-meningitis niet intralumbaal behandelt. Wij hebben hem aangehaald omdat ook hij wijst op de belangrijke complicatie bij meningitis, nl. subdurale vochtophoping! Overigens is volgens STANLEY BANKS de letaliteit bij pneumococcus-meningitis 1 op 3; hij schrijft letterlijk: „Because intrathecal administration might give rise to meningeal irritation and to secondary infections, this should be avoided whenever possible”.

Ad 1. MINKENHOF¹ zelf geeft bij pneumococcus-meningitis een letaliteit van 5-20 pct op.

Over de letaliteit bij meningitis veroorzaakt door *Haemophilus influenzae*, vinden wij bij hem geen opgave. STANLEY BANKS, die de pneumococcus-meningitis zelf wel intratheaal behandelt, schrijft dat de letaliteit bij deze ziekte 1 op 3 is. Overigens verwijzen wij naar de door ons bereikte resultaten²: letaliteit pneumococcus-meningitis 14 pct, van *Haemophilus influenzae*-meningitis 10 pct (ongezuiverde statistiek).

Ad 3. Wij hebben niet willen zeggen, dat bij de extra-meningeale behandeling adhaesies en block niet zouden kunnen voorkomen. Indien men echter niet intratheaal behandelt, is de kans op block en adhaesies door deze behandeling natuurlijk nul.

Verder zijn wij het met collega MINKENHOF eens dat deze bij goede techniek niet behoeven voor te komen, doch een mens is in zijn techniek niet onfeilbaar.

Ad 4. Over het onaangename en pijnlijke van de lumbale punctie kunnen de opvattingen verschillen. Het aantal comateus binnenkomende patiënten is, althans in ons materiaal, gering.

Ad 6. Inderdaad is de door MOLL en WARMINGTON beschreven patiënt niet overleden na intratheciale injectie, doch na lumbale punctie, waaruit blijkt dat ook deze ingreep niet steeds ongevaarlijk is.

Ad 7-8. Wat de liquorspiegel betreft zouden wij collega MINKENHOF willen wijzen op een artikel van G. W. PRATHER en M. SMITH³, die 15 lijdens aan meningitis, veroorzaakt door *Haemophilus influenzae*, behandelden met chloromycetine per os (dagelijks 75-100 mg per kg lichaamsgewicht) en hierbij zeer spoedig de culturen van de liquor negatief zagen worden. Zelfs bij patiënten die 's nachts waren opgenomen en bij wie de liquor vol bacteriën zat, was de kweek de volgende ochtend negatief.

STANLEY BANKS schrijft dat chloromycetine en sulfadiazine per os een goede liquorspiegel geven, penicilline alleen in hoge doses.

APPELBAUM en NELSON zagen bij *Haemophilus influenzae*-meningitis behandeld met streptomycine geen correlatie tussen bloedspiegel, liquorspiegel en klinische resultaten.

Bovendien blijkt, zoals wij ook schreven, dat de liquor-barrière bij meningitis purulenta sterk verlaagd is zelfs voor antibiotica, waarvan men vond dat zij bij gezonde personen de bloedliquor-barrière niet passeren. Het is trouwens nog altijd twijfelachtig of er een behoorlijke circulatie is van enig medicament dat in de lumbale zak wordt ingebracht. Wellicht worden zelfs intratheaal ingebrachte stoffen pas werkzaam na resorptie in de bloedstroom, hoewel EICHLER, LINDER en SCHMEISER⁴ in proeven met radio-actief natrium wel een caudaal-cervicale stroming zouden hebben aangetoond.

Het is bekend, dat meningococci buitengewoon gevoelig zijn voor afkoeling beneden de 37° C. TOPLEY en WILSON⁵ wijzen er nadrukkelijk op, dat de kans om meningococci te isoleren het grootst is, indien de liquor onmiddellijk na het afnemen op de voedingsbodems wordt geënt, of — indien dit niet mogelijk is — in een verwarmd vat naar het laboratorium wordt vervoerd. Wij geven hierom er de voorkeur aan, de liquor rechtstreeks uit de naald in voorverwarmde voedingsbodems te laten lopen in plaats van in een „niet voorverwarmde steriele buis”.

In het Bacteriologisch laboratorium van het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg (Hoofd: prof. dr. J. VAN DER VEEN) worden voedingsbodems met liquor altijd bebroed onder verhoogde CO₂-inspanning (5 tot 10 pct). De mening van collega MINKENHOF, dat men de liquor moet brengen in 4 pct glyucose-bouillon, delen wij niet. Meningococci zijn veeleisend wat betreft hun groeivoorwaarden. Pas-geïsoleerde stammen vermenigvuldigen zich sneller en beter bij aanwezigheid van bloed, serum of ascitesvocht. Hoewel de bacteriën aanvankelijk sneller groeien in vloeibare voedingsbodems met glyucose, gaan zij hierin spoedig dood. Daarentegen verdient het wel aanbeveling aan de voedingsbodem agar toe te voegen, aangezien door de aanwezigheid van agar zowel de groei wordt bevorderd als de levensduur der bacteriën wordt verlengd^{5, 6}.

Om deze reden brengen wij de liquor op ten minste twee voedingsbodems: Levinthal-agar (of Levinthal-ascites-agar) en ascites-bouillon.

Waar het op aankomt, is, dat wij menen te hebben aangetoond, dat zonder intratheciale injecties goede resultaten kunnen worden bereikt. Collega MINKENHOF behandelt nu slechts 3-5 dagen intratheaal, maar nog slechts enkele jaren geleden werden algemeen bij meningitis purulenta vele tientallen lumbale puncties en injecties, tweemaal per dag herhaald, nodig geacht. Langzamerhand gaan allen er toe over, de intratheciale injecties tot een minimum te beperken. Ook H. ALEXANDER⁷, die enkele jaren geleden nog ruim gebruik maakte van de intratheciale injecties schrijft, thans: „Intrathecal therapy should be reduced to a minimum”. Wij menen dan ook dat de intratheciale therapie niet meer als routine-methode moet worden toegepast.

Tussen de „8 of 9 prikken” bestaat een belangrijk en essentieel verschil. Trouwens, de 8 intramusculaire injecties geven wij alleen de eerste 1 à 2 dagen en waarschijnlijk zullen deze zonder gevaar kunnen worden verminderd tot 4 à 2 injecties per dag. Tevens hebben wij aangetoond, dat het bij pneumococcus-meningitis niet nodig is zeer grote doses (1-2 miljoen E om de 2 uur) te geven zoals DOWLING⁸ en SOULE⁹ enkele jaren geleden nog deden. De duur van onze behandeling was te lang. Dit schreven wij in ons artikel duidelijk. Een overmaat van voorzichtigheid bracht ons hiertoe. De laatste tijd is de behandelingsduur aanzienlijk korter.

Inderdaad is elk geval van meningitis purulenta ernstig, maar het beeld van de ziekte en de keuze van de behandelingsweg hangen ook samen met het stadium waarin de kinderen worden opgenomen. Niet genoeg kan de nadruk gelegd worden — en hierin zal collega MINKENHOF het geheel met ons eens zijn — op tijdige opneming van de patiëntjes, hetgeen vooral bij de zuigelingen met hun slechtere prognose van groot belang is.

Tenslotte willen wij gaarne nog enige drukfouten in het oorspronkelijk stuk verbeteren.

Blz. 1095. Ook Mc.KENDRICK²² . . lees: Ook Mc.KENDRIK³⁵.

In de literatuur. ³³L. WEINSTEIN enz. . . lees: ³⁴L. WEINSTEIN enz. . .

³⁵Mc.VENDRICK . . lees: Mc.KENDRICK.

Literatuur: ¹J. E. MINKENHOF (1953) *N.T.v.G.* **97**, 2857. ²E. D. A. M. SCHRETLEN en D. J. VAN ZAANE (1955) *N.T.v.G.* **99**, 1094. ³G. W. PRATHER en M. SMITH (1950) *J.A.M.A.* **143**, 1305. ⁴EICHLER, LINDER en SCHMEISER, geciteerd naar H. KEHRER (1955) *Der Hydrocephalus internus und externus*. ⁵TOPLEY en WILSON (1948) *Principles of Bacteriology and Immunity* 3e dr. ⁶E. B. SCHOENBACH, „The Meningococci” in R. J. DUBOS (1952) *Bacterial and Mycotic Infections of Man*. 2e druk. ⁷H. ALEXANDER (1953) *J.A.M.A.* **152**, 662. ⁸DOWLING (1949) *J.A.M.A.* **139**, 755. ⁹H. C. SOULE (1951) *New York J. Med.* 228-233.

Nijmegen
Tilburg

E. D. A. M. SCHRETLEN
D. J. VAN ZAANE

HET ZIEKTEBEELD DER AMYOTROPHISCHE LATERALE SCLEROSE BIJ EEN EXTRA-MEDULLAIR GEZWEL

Het is jammer, dat HOEKSTEIN en LUYENDIJK¹ behalve buitenlandse literatuur, niet vermelden het fraaie voorbeeld van amyotrophische laterale sclerose in verband met extra-medullair gezwel (met sectie) uit een artikel van DEN HARTOG, JAGER en MOFFIE in de Nederlandse literatuur².

Literatuur: ¹C. S. D. HOEKSTEIN en W. LUYENDIJK (1955) *N.T.v.G.* **99**, 1165. ²DEN HARTOG, JAGER en MOFFIE (1949) *Fol. psych. neerlandica* **52**.

Amsterdam, 21 April 1955

F. GREWEL

Wij danken collega GREWEL voor zijn aanvulling van de literatuuropgave van ons artikel. Hoewel niet naar volledigheid is gestreefd, zijn wij het met collega GREWEL eens, dat dit typische geval uit de Nederlandse literatuur zeker had mogen worden vermeld.

Leiden, 6 Mei 1955

C. S. D. HOEKSTEIN
W. LUYENDIJK

BRIEFWISSELING



GEVOELIGHEIDSTABEL BACTERIËN VOOR ANTIBIOTICA EN CHEMOTHERAPEUTICA

Naar aanleiding van herhaalde verzoeken van lezers, in het *Tijdschrift* een tabel af te drukken, die de gevoeligheid van bacteriën voor antibiotica en chemotherapeutica aangeeft, hebben wij besloten als bijvoegsel van dit nummer een dergelijke tabel ter beschikking van onze lezers te stellen, afkomstig uit het artikel van A. MANTEN en H. P. LANSBERG, getiteld „De gevoeligheid van bacteriën voor antibiotica en chemotherapeutica” dat men op bl. 1489 van deze aflevering afgedrukt vindt.

Wij maken de lezer echter opmerkzaam op de beperkingen die aan het gebruik van een dergelijke tabel zijn verbonden, welke door de collegae MANTEN en LANSBERG in hun artikel zijn uiteengezet, en verwijzen voorts naar de beantwoording van Vraag No. 16 (*N.T.v.G.* (1955) **99**, 576).

Amsterdam, 12 Mei 1955

REDACTIE