

bruik te maken van een goed sluitend masker. Dit masker kan verbonden worden, via een koolzuur-absorptietoestel met een ballon voor handventilatie, of wat beter is, met een automatische respirator. Hiervoor is bv. de Blease-Pulmoflator uitstekend geschikt. Deze machine zorgt voor een positieve druk bij de inademing en een negatieve druk bij de uitademing. De grootte van de druk in beide fasen is regelbaar. De modernste uitvoering van deze machine past zich bovendien automatisch aan bij het ademhalingsritme van de patiënt. Overigens neemt de patiënt anderzijds zonder moeite het ritme van de machine over.

Bij een patiënt in levensgevaar, zoals Prof. FORMIJNE beschrijft, zijn de gevaren van tracheotomie relatief zo gering, dat deze ingreep m.i. volkomen gerechtvaardigd is. Via een tracheostoma is kunstmatige ventilatie bovendien veel gemakkelijker uitvoerbaar, terwijl dit tracheostoma ook na het acute stadium nog een groot voordeel heeft. De dode ruimte wordt hierdoor nl. aanmerkelijk verkleind, hetgeen een efficiënter gasuitwisseling mogelijk maakt.

Deze voordelen blijken bijna dagelijks in thoraxcentra, waar post-operatief vaak tracheotomie wordt uitgevoerd, met het doel deze dode ruimte te verkleinen. De actief geforceerde ademhaling van de patiënt kan alleen nut hebben, indien deze nog over voldoende functionele reserves beschikt, wat bij uitgebreid emfyseem twijfelachtig is, omdat de thorax meestal in maximale extirpatie-stand staat en de gaswisseling alleen mogelijk is door werking van de hulp-ademhalingspijpen.

Mij zijn enkele patiënten bekend, bij wie bovenomschreven kunstmatige ventilatie via masker intermitterend werd toegepast onder controle van de arteriële zuurstofverzadiging, in een overigens niet acuut stadium. De patiënten namen zonder moeite het ritme van de machine over, ondanks het feit, dat zij volkomen bij bewustzijn waren. Een blijvend betere zuurstofverzadiging werd bij deze patiënten niet waargenomen.

Kunstmatige ventilatie heeft alleen waarde tijdens het acute stadium, maar is anderzijds tijdens deze fase ook de enige therapie waarvan succes kan worden verwacht.

Literatuur: FORMIJNE, P. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 145. Eindhoven, 30 januari 1959 L. J. J. M. NIESSEN

De beantwoording van dit ingezonden stuk geeft mij moeilijkheden. In het algemeen zou ik willen zeggen, dat collega NIESSEN denkt in termen van machines, terwijl ik heb gepoogd te denken in termen van herstel van de fysiologische functie. Ik mag er voorts op wijzen dat het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* in het algemeen, en de klinische lessen in het bijzonder, niet in de eerste plaats zijn bedoeld voor een kleine groep specialisten die werken onder de gunstigste omstandigheden en met de modernste apparatuur, maar voor huisartsen, die onder de moeilijkste omstandigheden bij patiënten aan huis worden geconfronteerd met acuut levensgevaarlijke toestanden van deze aard, waarbij de differentiële diagnose vaak uiterst subtiel en moeilijk is, en de aandrang om verlichting te brengen van het lijden door toediening van zuurstof of van opiaten groot, terwijl deze maatregelen rechtstreeks en onmiddellijk tot een ongunstige wending van de ziekte kunnen leiden. Wanneer men onder deze omstandigheden de toediening van zuurstof op veiliger basis kan stellen door een methode die te allen tijde kan worden aangewend, meen ik, dat de tegenwerping dat hiervoor doeltreffende machinale methoden bestaan, in haar algemeenheid geen bestaansrecht heeft.

Bovendien zou ik, ook in een vakblad voor longartsen, de stelling durven verdedigen, dat geen kunstmatige adem-

haling, in welke vorm ook, dient te worden aangewend, zolang de mogelijkheid is gegeven van de stimulering van het natuurlijke eigen ademhalingsmechanisme; en dat er geen tracheotomie dient te worden verricht, tenzij er geen andere mogelijkheid bestaat. Deze laatste ingreep kan inderdaad noodzakelijk worden en levensreddend werken, bv. indien de ademhalingswegen verstopt zijn door grote massa's sereet.

De slotzin van collega NIESSEN betekent een directe negatie van de door mij gedane waarneming en de door mij aanbevolen methode. Moet ik aannemen, dat collega NIESSEN mijn publikatie slechts ten dele of zonder aandacht heeft gelezen, of niet heeft begrepen? Moet ik aannemen, dat hij het medegedeelde ziektegeval als fictief beschouwt of dat hij niet bereid is zich bij de feiten neer te leggen? Geen dezer hypothesen lijkt mij aanvaardbaar, maar ik vind het moeilijk, een andere verklaring te vinden. Misschien heeft hij zich zo in zijn eigen gedachtengang verdiept, dat hij, al schrijvende, de wezenlijke inhoud van de publikatie die hij bespreekt, is vergeten. Tot een herziening van mijn mening, dat de aangegeven methode in bepaalde gevallen nuttig is en dient te worden geprobeerd, ben ik dan ook niet bereid.

Amsterdam, 18 februari 1959

P. FORMIJNE

RESECTIE VAN DE ORBITAWAND WEGENS MALIGNIE EXOPHTHALMUS

Collega BOEREMA heeft op ons ingezonden stuk naar aanleiding van zijn artikel „Resectie van de orbitawand wegens maligne exophthalmus”, gereageerd op een wijze die voor een wetenschappelijke discussie ongebruikelijk is. Hij heeft bovendien, naar wij menen, onze kritiek niet weerlegd, zodat ik tot antwoord word gedwongen.

1. Het is duidelijk, dat de titel van zijn publikatie niet kan slaan op zijn patiënten B en C. Bij deze patiënten worden in het artikel geen argumenten aangevoerd om de termen „maligne” of „extreme” exophthalmus te rechtvaardigen. Op zijn hoogst is hier sprake van een „ontsierende” exophthalmus. De indicatie voor operatie bij patiënt A (behoud van gezichtsvermogen bij maligne exophthalmus) verschilde dus geheel van die bij de laatstgenoemde twee patiënten, waar de indicatie geheel van cosmetische aard was. Tegen een dergelijke operatie in speciale gevallen om cosmetische redenen ondernomen heb ik op zichzelf geen bezwaar. Wel heb ik echter een bedenking tegen de voorstelling, dat deze operatie zou zijn verricht, omdat de exophthalmus „eventueel ook ernstig gevaar voor de ogen zou opleveren”. In dat geval immers zou men in een groot deel der gevallen van exophthalmus een indicatie tot operatie hebben. Tegen een dergelijke uitbreiding zou ik sterk gekant zijn, omdat het grootste deel der patiënten, voorzover onze ervaring nu reikt, onder conservatieve therapie binnen enkele jaren een belangrijke remissie blijkt te tonen. Ik wil niet doen voorkomen, dat BOEREMA een dergelijke uitbreiding van de operatieve indicatie propageert, doch meen, dat anderen, door een naar mijn mening onduidelijke formulering van de operatieve indicatie, tot deze conclusie kunnen komen.

2. De door ons vermelde patiënten A, B en C zijn volgens BOEREMA „in het geheel niet ter zake doende”. Ter verduidelijking zij medegedeeld, dat zij dienen ter weerlegging van de uitspraak in de regels 2-5, linker kolom bl. 2139: „Deze exophthalmus ontstaat vrijwel uitsluitend na strumectomie, en wel bij die patiënten, die na de operatie een zeer lage of zelfs negatieve stofwisselingsbalans hebben”. De betekenis van deze laatste zinsnede is mij trouwens niet duidelijk.

3. Ongepast acht ik de kritiek op het door ons vermelden

van de patiënten *D* en *E*: „het eruit lichten van twee dergelijke gevallen kan ten onrechte de indruk wekken, of de interne therapie te allen tijde doeltreffend is”. Dit betekent, dat wij tegen beter weten in, „2 mooie” gevallen zouden hebben getoond. Ik meen, dat BOEREMA kan verwachten, dat ik deze patiënten slechts heb vermeld, omdat zij de strekking van de meerderheid der patiënten weergeven.

4. Onbegrijpelijk is de opmerking van collega BOEREMA, dat het „duistere in deze rol der hormonen” voor hem reden was tot zwijgen. In zijn publikatie wijdt hij 19 regels aan een theorie over de pathofysiologie die ook na de toelichting en amendering in zijn repliek (17 regels) geheel speculatief blijft. Ik meen, dat wij in slechts zes regels hebben gewezen op gegevens die onwaarschijnlijk maken, dat althans TSH hier een belangrijke betekenis heeft, en dat ons verdere betoog slechts gericht was op het klinische beloop van de oogverschijnselen.

Helaas zijn de punten 2, 3 en 4 polemiek. Punt 1 is echter bedoeld om van deze discussie „het nuttige effect voor de lezer” te bevorderen.

Leiden, 21 februari 1959

A. QUERIDO

Er zijn verschillende benamingen in de literatuur te vinden voor de toestand, die naar ik meen het minst slecht wordt aangeduid met maligne exophthalmus. De grens tussen maligne en extreme exophthalmus is vooral prognostisch moeilijk te trekken. Ik zag patiënten die voorbijgaand lichte ulceraties hadden en bij wie het dus bij een dreiging van „maligne” bleef. Ik heb geen verdere verwarring willen brengen en de nu eenmaal veel gebruikte, zij het onbevredigende naam maligne exophthalmus in mijn geschrift overgenomen.

Ook ik zag patiënten die niet geopereerd waren en ook naderhand niet werden, bij wie ulceratie ontstond, verdwijnend na behandeling door de internist en de oogarts. Waarom ik dan zelf niet in mijn geschrift gevallen beschreef als collega QUERIDO in zijn toevoegsel? Men mag gerust aannemen, dat ik de door collega QUERIDO aangevatte kant van het vraagstuk, wel had kunnen illustreren uit mijn eigen materiaal. Ik liet deze gevallen weg, omdat ze niet in mijn betoog van chirurg pasten; ik mag toch aannemen, dat het iedere lezer uit mijn opstel duidelijk is geworden, dat deze operatie alleen geïndiceerd is, indien èn internist èn oogarts zich uitgebreid met de patiënt hebben beziggehouden, en dat de chirurg slechts als uiterste noodzaak in het krijt treedt. Hoe zou ik anders op de ongeveer 1500 strumapatiënten die ik zag, slechts éénmaal een maligne exophthalmus geopereerd hebben?

Gaarne laat ik een studie over de lijders aan exophthalmus die intern behandeld konden worden, aan de internist over. De gevallen die collega QUERIDO alvast meedeelde, zijn belangwekkend genoeg, hoewel geenszins zeldzaam.

Een ingezonden stuk moet naar mijn mening ter zake van het geschrift zijn. Een lang addendum te schrijven is mijns inziens onjuist; moet ik verwachten, dat de oogarts met even veel recht een even lange aanvulling alsnog naar het *Tijdschrift* zendt over de pathologische anatomie, het verloop, de therapie van de ulcera corneae bij maligne exophthalmus? Of dat hij, of eventueel de plastisch chirurg, de betekenis, de therapie, het resultaat van de tarsorrafie uiteenzet? Of dat de neuroloog alsnog in een toevoegsel uitvoerig uiteenzet, hoe de meningitis verloopt die wel bij maligne exophthalmus voorkomt? Het zou allemaal zeker belangwekkend zijn, maar de rubriek Ingezonden is voor dit alles mijns inziens niet de plaats.

Het artikel, waarover het gaat, is straf en strak geschreven;

wat niet ter zake deed, is weggelaten. Het doel van het betoog is duidelijk.

Voor het schrijven van een artikel zijn twee instrumenten nodig, een pen en een potlood. Men begint met de pen en schrijft uit de uitgebreide hoeveelheid aantekeningen op, wat noodzakelijk lijkt voor datgene wat men beweren wil, met alle argumenten ervoor zowel als ertegen. Daarna neemt men een potlood en streept alles weg wat niet volstrekt nodig is voor de helderheid van het betoog. Dit is moeilijk en eist zelfbeheersing. De grootste betekenis ken ik aan het potlood toe.

Amsterdam, 2 februari 1959

I. BOEREMA

(Discussie gesloten; RED.).

INENTING VAN GENEESKUNDIG PERSONEEL TEGEN POKKEN

Onder Berichten Buitenland wordt op bl. 363/364 vermeld, dat een 26-jarige arts, die nimmer tegen pokken was ingeënt, in München is overleden. De redacteur voegt hieraan toe: „Het niet gevaccineerd zijn van artsen en ziekenhuispersoneel is een misdadig verzuim”.

Ik zou het buitengewoon op prijs stellen, als deze zin nader werd toegelicht en verdedigd. In vele Nederlandse ziekenhuizen werken artsen, die niet werden of zijn gevaccineerd; deze zijn zelf voor het overgrootste gedeelte hiervoor persoonlijk verantwoordelijk. Daarnaast zijn echter de geneesheer-directeuren verantwoordelijk voor het al of niet tegen pokken inenten van het ziekenhuispersoneel (staf van verplegenden, leerlingen enz.).

Naar mij bekend is, zijn in ons land vele geneesheer-directeuren, in overeenstemming met deskundige adviseurs, huiverig voor de inenting van personeel dat vroeger niet reeds was gevaccineerd.

Moeten wij dit als een „misdadig verzuim” beschouwen? Gaarne daarover nadere verklaring.

Groningen, 16 februari 1959

C. A. GRAAFLAND,

secretaris van de Geneeskundige
Vereniging tot Bevordering van het
Ziekenhuiswezen

Ziekenhuispersoneel dat zich onttrekt aan de vaccinatie tegen pokken, begaat een nalatigheid die aan de gemeenschap schade kan doen. Ontstaat er schade, dan is er schuld.

De defendens van deze stelling kan uitgaan van de zekerheid, dat de samenleving binnen een ziekenhuis bevorderlijk is voor de vorming van een haard van pokken. Slechts enkele jaren geleden ervoer men dit in een Engels ziekenhuis. Nadat in de voormiddag een man met de diagnose „gegeneraliseerde herpes” op een zaal met allerhande patiënten te bed was gelegd, herkende men hem in de namiddag als pokkenlijder. In de acht uren en tien minuten, die hij vóór zijn overplaatsing naar de pokkenbarak, op de algemene zaal doorbracht, besmette hij vier patiënten.

Bij een Franse epidemie, eveneens uit de jongste tijd, bedreigde de ziekenhuishaard de omgeving. HILFMAN (1955) besprak in ons *Tijdschrift* het eerste rapport van deze ramp. Op de eindrekening stonden 73 pokkenlijders met 16 sterfgevallen; van hen waren 56 in het ziekenhuis besmet. De vaccinatioestand van het personeel was — „tout comme chez nous”, schreef HILFMAN — ondeugdelijk. Bij de zieken telde men zes verpleegsters (met één sterfgeval) en vier artsen (met één sterfgeval). Het hoofd van de departementale gezondheidsdienst bekocht de verwaarlozing van zijn vaccinatie met de dood.

Ook van de Heidelbergse ziekenhuisepidemie kan men