

Beide mannen verklaarden, dat de door hen uitgevoerde orale stimulatie in de plaats kwam van de coitus, die aan hun vrouwen uitdrukkelijk was verboden. De schrijvers achten dit verbod, waarvan zij de noodzakelijkheid betwijfelen, verantwoordelijk voor de dood van de zwangeren.

Literatuur: ARONSON, M. E. en P. K. NELSON (1967) *Obstet. and Gynec.* 30, 127.

W. P. PLATE

Tropische geneeskunde

Behandeling van dracontiasis met niridazol. — De gewone behandeling van dracontiasis (Guinea-wormziekte) bestaat uit rust, wondverzorging en geleidelijke extractie van de worm. Hierbij wordt de worm om een stokje gewonden en na voorzichtige extractie iedere dag iets verder opgerold. Indien de extractie te ruw geschiedt, kan de worm scheuren; dit wordt meestal door een ernstige ontsteking gevolgd. Een werkzaam chemotherapeuticum was niet bekend.

ODUNTAN e.a. (1967) beschrijven hun resultaten met niridazol (Ambilhar, Ciba 32.644 Ba) bij lijdende aan dracontiasis. Zij behandelden hiermede 27 patiënten op 3 poliklinieken buiten Ibadan; 23 patiënten vormden een controlegroep. Bij de 27 patiënten bestond de therapie uit een kuur met niridazol (gedurende 10 dagen 25 mg/kg lichaamsgewicht per dag), een tetanus-toxoïdinjectie en wondbehandeling; bij de controlegroep uit gisttabletten, een penicilline-injectie en eveneens wondbehandeling. In beide groepen werd de worm om een stokje gewonden en iedere dag zo ver mogelijk geëxtraheerd.

Bij de met niridazol behandelde groep waren de resultaten duidelijk beter. Binnen 4 weken na het begin van de therapie was bij 25 van de 27 patiënten de worm verwijderd en de wond genezen. Tijdens de niridazolkuur werd de worm plat en opaak; dikwijls kon per zitting een groot stuk worden geëxtraheerd. Indien de worm scheurde werd dit niet door een ontstekingsreactie gevolgd en werd de genezing niet vertraagd. Bij 2 patiënten moest de kuur worden herhaald om volledig herstel te verkrijgen.

In de controlegroep duurde de genezing aanmerkelijk langer; het eindresultaat was slechts bij 9 bevredigend. Bij 13 patiënten namen de klachten toe, 5 van hen konden tenslotte zonder hulp niet meer lopen. Deze 13 patiënten werden daarna eveneens met niridazol behandeld met uitstekend resultaat.

Twintig lijdende aan Guinea-wormziekte werden klinisch of poliklinisch in het University College Hospital in Ibadan met niridazol behandeld met overeenkomstige gunstige resultaten. Opmerkelijk was dat de pijn en zwelling soms reeds binnen 48 uur afnamen. Ernstige bijwerkingen werden niet waargenomen, met name geen epilepsie of psychose. Misselijkheid en braken kwamen in het begin van de behandeling dikwijls voor; promethazine ('s ochtends 1 tablet à 25 mg tegelijk met de eerste dosis niridazol gegeven) had hierop een gunstige invloed.

Uit vele onderzoeken is de grote waarde van niridazol bij de behandeling van patiënten met schistosomiasis en amoebiasis reeds bekend. Het blijkt dus ook een veelbelovend geneesmiddel te zijn in de therapie van dracontiasis. De juiste dosering moet nader worden onderzocht. Ook de plaats van niridazol in de bestrijding van dracontiasis moet worden bestudeerd.

Literatuur: S. O. ODUNTAN, A. O. LUCAS en H. M. GILLES (1967) *Lancet* II, 73.

P. J. ZUIDEMA

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

FINANCIËLE STEUN VAN DE STICHTING „DE DRIE LICHTEN”

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit, vóór 15 november a.s. hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betreft bij voorkeur levensonderhoud van hen die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid, gelden ter beschikking te stellen voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen, iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstellingen en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Leiden, 6 oktober 1967
Pathologisch Laboratorium
Wassenaarseweg 62

Prof. Dr. A. SCHABERG,
secretaris

INGEZONDEN

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

„ARTERIËLE” EMBOLIE

In de repliek van Prof. DEN OTTER (1967) ben ik er niet zo slecht afgekomen. Maar omdat aan enkele belangrijke waarden is voorbijgegaan volgt dit naschrift.

In mijn dissertatie dank ik TENDELOO, die door zijn bijzondere wijzen van denken, zijn stempel drukte op mijn vorming tot arts. Waaruit bestond dat dan? Zijn onvermoeibaar aanmoedigen, zich toch vooral juist uit te drukken en de juiste betekenis aan woorden en begrippen toe te kennen zonder er nog méer betekenis aan vast te koppelen. Wegens het grote belang van dit laatste, waarvan de verzaking inburgerd, schrijf ik dit wederwoord. Omdat iets is ingeburgerd, is het nog niet juist, zomin taalkundig als wetenschappelijk. In het westen des lands is ingeburgerd te spreken van „tore, rege, have”, enz., hetgeen niet zegt, dat zulks juist is. In grotere delen van het land wordt de *n* er wel achter gevoegd en voelt men het weglaten ervan als een onbeschaaft en niet toelaatbaar gebruik en als aïsljting en verwaarlozing der taal.

Na dit voorbeeld kom ik tot duidelijk verkeerde inburgering op wetenschappelijk terrein. Vooraf stel ik echter vast, mij er wel van bewust te zijn, dat het woord „geneeskunst” erop duidt, dat het eigenlijk geen kunde, wetenschap is, maar iets ruimers, nl. de kunst om de kunde in de praktijk toe te passen: geneeskunde + empirie, waaruit kan volgen „intuïtie”, hetgeen niets geheimzinnigs of magisch heeft, daar het de resultante is van min of meer bewuste grote ervaring, hetzelfde dus waarop de klinische blik is gegrondvest. Nu is het in brede kringen van het artsendom ingeburgerd, ontsteking als synoniem met infectie te beschouwen en ik kon de laatste tijd vaststellen, dat bij velen de reflex bestaat: koorts, dus ontsteking, wat voor hen wil zeggen: infectie en dus antibiotica! Daarom is deze helaas zeer verbreide reflex van koorts en ontsteking tot antibiotica als onjuist te wraken, hoezeer ook ingeburgerd.

Ondanks mijn hoogst mogelijke waardering voor TENDELOO, die zijn omschrijving óók in zijn Nederlandse boek

geeft op bl. 633 e.v., moet ik hem hier met een soort malicieuze genoegzaam bestrijden met zijn eigen woorden, die ik hem nu nog hoor zeggen in 1923 in de collegezaal, en waarom ik dit artikel schrijf: „Gebruik toch de woorden en de betekenissen ervan, zoals die woorden werkelijk bedoelen uitdrukking te geven” en wel om zó misverstanden en onzuiver denken te voorkomen en dus ook *onjuist handelen* hierdoor. Het is van het grootste belang zich dit steeds weer in te prenten! Welnu, TENDELOO zelf beging, met de door de geachte schrijver aangehaalde tekst, een fout. Embolie kan slechts betekenen, iets wat zich verplaatst door een zich erachter werkende, stuwende, druk en niet zoals TENDELOO erop laat volgen: het voortbewegen en vastraken van een niet in bloed- of lymfbaan thuis behorend voorwerp of stof; zonder dat hij er zich om bekommert, wat de voortdrijvende kracht is. Wat zich voortbeweegt door negatieve druk, zuigkracht, dus een trekkende kracht, die voor het vormsel uit werkt, zoals luchtembolie, mag niet „embolus” heten. Dit was één van mijn redenen waarom ik in mijn vorig artikel de vetembolie een afzonderlijke plaats gaf. TENDELOO heeft daarmee het woord „embolie” niet zijn ware betekenis toegekend, wat ik in dat artikel reeds als naschrift aan de Redactie zei. Het woord embolie is hiermee onjuist vertolkt, schot, worp of wig krijgt zijn verplaatsende kracht van achteraf.

Ik besef, dat ik mij op glad ijs waag, als ik een zo grote geest op enig punt bestrijd. Prof. DEN OTTER bevindt zich daarmee in goed gezelschap. Echter hoop ik, dat een inventieve geest, zich meer bewust geworden door dit artikel van de aard van het pathologisch gebeuren, wellicht een therapie zal uitdenken tegen het mechanisme van aangezogen embolie.

Inderdaad heb ik longcirculatie en centrale circulatie als synoniem gebruikt. Ik meen niet dat ik hiermee de nauwkeurigheid van uitdrukken geweld heb aangedaan. Ook is het geen kunstgreep in dit verband, het is echter weinig ter zake dienende.

Verder blijf ik vragen, waarom spreekt men bij centrale embolie nooit van arterieel en bij perifere embolie vrijwel steeds? Met genoegzaam las ik, dat GREEP en ALEMAN in hun artikel van 26 augustus afwisselend deze adjectieven gebruikten, en las ik herhaaldelijk „perifere embolie”!

Literatuur: TENDELOO, N. P. H., *Algemeene Ziektekunde*. — DONKERSLOOT, T. A. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1576. — OTTER, G. DEN (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1349 en 1576.

Sneek, 22 september 1967

T. A. DONKERSLOOT

KLEURZINSTOORNIS BIJ ADAPTATIE AAN HET DONKER

Een vluchtige stoornis van de kleurzin kan zich volgens de leerboeken voordoen na lange tochten over witte sneeuwvelden. Ik heb omgekeerd, een kortdurende kleurzinstoornis opgemerkt bij adaptatie aan het donker, bv. door het dragen van een adaptatiebril gedurende ongeveer 15 minuten. Verschillende getallen van de tafels van Stilling zijn dan in een normaal verlicht vertrek (met afgezette bril) gedurende korte tijd niet te lezen. Ik meen dat dit feit niet zonder belang is voor de fysiologie van het oog.

Rotterdam, 1 augustus 1967

B. GERRITSEN

Ons redactielid, Prof. Dr. J. TEN DOESSCHATE, merkt naar aanleiding van dit ingezonden stuk het volgende op: ...

De waarneming van collega B. GERRITSEN berust op een goed bekend mechanisme. Ik neem aan dat hij met een adaptatiebril bedoelt een bril met een rood glas. Als men een dergelijke bril gedurende 15 minuten draagt, worden

vrijwel uitsluitend de roodgevoelige kegeltjes van het netvlies geprikkeld. Ze zijn dus in vergelijking met de groen-gevoelige en blauwgevoelige kegeltjes van het netvlies meer verzadigd. Als men nu de bril afzet, kijkt men gedurende enige tijd met een oog, waarin de gevoeligheid van het groen- en blauwapparaat veel groter is dan die van het roodapparaat. Men verkeert dan dus in een toestand, die te vergelijken is met die van iemand met een protaan kleurenindefect en maakt dus soortgelijke fouten bij het beoordelen van pseudo-isochromatische platen.

REDACTIE

ACUTE PERIFERE FACIALISPARALYSE

Bij mijn terugkomst van vakantie trof mij de ingezonden mededeling van Prof. JONGKEES (1967) naar aanleiding van mijn bijdrage (VERJAAL 1967) over het natuurlijk beloop van de acute perifere facialisparalyse. Ten aanzien van zijn opmerkingen zou ik het volgende willen stellen:

Alle besproken patiënten werden deugdelijk onderzocht; het lijdt m.i. geen twijfel of Prof. JONGKEES zou in alle gevallen de diagnose „Bell's palsy” hebben bevestigd.

De overige opmerkingen van Prof. JONGKEES geven zijn persoonlijke mening weer, en worden niet gestaafd door feitelijke argumenten. Het lijkt niet vruchtbaar, daarover van gedachten te wisselen.

Inmiddels meen ik dat mijn standpunt en dat van Prof. JONGKEES minder verschillen dan het ingezonden stuk zou doen vermoeden. Het is daarom wellicht constructief, de huidige stand van zaken betreffende de operatieve behandeling van de acute perifere facialisparalyse nog eens samenattend te formuleren.

Men is het erover eens, dat de meerderheid van de patiënten spontaan geneest en derhalve geen behandeling behoeft. Men is het er waarschijnlijk ook over eens, dat een endotemporale decompressie geen zin heeft wanneer de zenuw geheel vernield is, of wanneer de plaats van de aandoening buiten het endotemporale traject valt. Men is het erover eens dat een exploratie, wil deze kans op succes hebben, zo vroeg mogelijk dient te worden verricht.

Het probleem waarvoor wij ons gesteld zien, is derhalve terug te voeren tot het vinden van een antwoord op de beide volgende vragen:

1. Hoe kunnen wij in een vroeg stadium een betrouwbare prognose stellen?

2. Wat is het nuttig rendement van de operatieve behandeling bij patiënten bij wie de indicatie op goede gronden was gesteld?

Ad 1. De elektromyografie heeft het stellen van een vroegtijdige prognose een veel hechtere basis gegeven. In de kliniek van Prof. JONGKEES was LAUMANS een der eersten die het systematisch elektromyografisch onderzoek van patiënten met een acute perifere facialisparalyse ontwikkelden. In de sedertdien verstreken jaren is de methode LAUMANS wat gemodificeerd, wat uitgebreid en wat verfijnd, waardoor het thans mogelijk is, binnen 1 à 2 weken na het ontstaan van de ziekte een verantwoorde prognose te stellen.

Wanneer de zenuw elektromyografisch „dood” blijkt te zijn, betekent dat met grote waarschijnlijkheid een slechte prognose. In de hoop dat de elektromyografische dood niet geheel strookt met de anatomische dood van de zenuw, pleegt men dan een decompressie te verrichten, hoewel het werkelijk gunstigste ogenblik dan reeds verstreken is. Het zou wenselijker zijn, de decompressie te verrichten vóór de elektromyografische dood van de zenuw. Op het ogenblik is het echter niet mogelijk, een verantwoorde slechte prognose te