

geeft op bl. 633 e.v., moet ik hem hier met een soort malicieuze genoegens 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 genoegens 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

stellen, vóórdat de zenuw elektromyografisch praktisch is „overleden”.

Terloops moge in dit verband worden opgemerkt, dat het elektromyografisch onderzoek niet in staat is ons in te lichten over de lokalisatie en over de uitgestrektheid van het zenuwletsel, eveneens factoren die voor de operatieve indicatie van belang zijn.

Ad 2. Zoals Prof. JONGKEES opmerkt, beschikken wij niet over betrouwbare statistische gegevens die ons inzicht kunnen geven in het nuttig rendement van de endotemporale decompressie. Wij pogen thans in samenwerking met anderen, op deze vraag een passend antwoord te geven; het zal Prof. JONGKEES genoegen doen, te vernemen dat wij het hiertoe vereiste onderzoek op korte termijn hopen af te sluiten.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1670. — VERJAAL, A. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1361.

's-Gravenhage, 1 oktober 1967

A. VERJAAL

DE BETREKKELIJKHEID VAN „VASTSTAANDE FEITEN”

Het feit dat corpuscarcinoom in toenemende frequentie wordt waargenomen in landen die een hoog welvaartspeil paren aan een dalend geboortecijfer is zo algemeen bekend dat de heer SCHÖPPING (1967) slechts enkele leerboeken over gynaecologie of pathologische anatomie had behoeven te raadplegen om zich hierover nader te oriënteren (bv. *Ned. Leerboek der Vrouwenziekten*, bl. 180). Verder kan ik hem verwijzen naar het artikel van mej. LEENDERTZ (1956).

Het rapport van H. SACHS en H. MAASS bevat geen enkel gegeven dat met het bovengenoemde in strijd is, maar vereist wel enig inzicht bij het raadplegen van de in dat rapport voorkomende getallen. Men moet namelijk weten dat de frequenties van corpuscarcinoom resp. cervixcarcinoom niet identiek zijn met de sterftcijfers, omdat de resultaten van de therapie voor de twee aandoeningen vrij sterk verschillen. Bovenal moet men weten dat vooral in ontwikkelingslanden patiënten met corpus- of cervixcarcinoom dikwijls zó laat onder behandeling komen, dat een vaststaande diagnose omtrent de oorsprongsplaats van het carcinoom niet meer mogelijk is, zodat dan met de diagnose uteruscarcinoom wordt volstaan.

Onbekendheid met deze feiten heeft de heer SCHÖPPING ertoe gebracht de op zichzelf juiste gegevens van het door hem aangehaalde rapport onjuist te interpreteren.

Literatuur: LEENDERTZ, G. A. (1956) *Ned. T. Verlosk.* **56**, 349. — SCHÖPPING, J. M. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1723.

Amsterdam, 2 oktober 1967

G. J. KLOOSTERMAN

BERICHTEN

BUITENLAND

Wereldberichten

Onderzoek van kankergezwellen bij dieren. — Op initiatief van kankeronderzoekers te Washington besloten de instituten voor pathologie te Glasgow, Zürich, Bern, Monaco, Amsterdam en Londen samen te werken tot stichting van een internationaal centrum voor de studie van kanker van dieren, en allereerst een systematische classificatie van de kankergezwellen der huisdieren ter hand te nemen. (*Rif. med.*, 2 sept., bl. 980).

Afrika

Gele koorts. — In de loop der jaren heeft men ten aanzien van gele koorts menige indrukwekkende ervaring beleefd. Na de epidemiologische ontraadseling omstreeks het begin

van deze eeuw in Centraal-Amerika kwam de teleurstellende ontdekking dat *Aedes aegypti* niet als enige mug in het spel is, en dat gele koorts ook buiten de menselijke samenleving in het oerbos kan standhouden. Nu de ziekte in de laatste tijd in Afrika volle aandacht eist, blijken er wel enkele epidemiologische verschillpunten met Amerika te bestaan, zowel ter zake van *Aedes aegypti*, die in Afrika een ruimer gebied bestrijkt en minder beperkt is tot de nabijheid van de menselijke huisvesting, als ter zake van de „jungle yellow fever”. Het „mosquito-monkey complex”, bij voorbeeld, is in Afrika niet zo strikt gelokaliseerd binnen de grenzen van het woud door de eigenschap van sommige soorten apen, strooptochten tot in de nabijheid van de dorpen uit te strekken. *WHO Chronicle*, dat in het septemernummer (bl. 393) enige bladzijden geeft over het Afrikaanse vraagstuk, herinnert allereerst aan de verbijsterende epidemie van Ethiopië, toen men tussen de jaren 1960 en 1962 30.000 sterfgevallen en 200.000 ziektegevallen heeft geregistreerd, en aan de epidemie van Senegal (deze rubriek, bl. 1545 en *Bulletin van de Wereldgezondheidsorganisatie*, 1967, **36**, 113). Voorts wijdt genoemd maandschrift ook aandacht aan de gele koorts die in andere gebieden van Afrika is nagespeurd. Serologisch onderzoek toonde aan, dat de ziekte over een groot deel van Centraal- en Oost-Afrika (Kongo, Kenya, Oeganda) is voorgekomen en immunologische sporen heeft achtergelaten. Met deze gegevens is tevens bevestigd, dat gele koorts die herhaaldelijk in lichte en ernstige vorm heeft geheerst, een blijvend gevaar voor het werelddeel betekent. Tot op de huidige dag circuleert het virus ook in de oerbossen van Oeganda.

Engeland

Nieuw wettelijk toezicht op geneesmiddelen. — Men herinnert zich dat de regering spoedig na de thalidomide-ramp, in 1964 een commissie onder voorzitterschap van Dr. DERRICK DUNLOP heeft benoemd met de opdracht, een voorlopig toezicht op nieuwe geneesmiddelen te verwezenlijken, in nauw contact met de medische professie en de farmaceutische industrie (zie deze rubriek, bl. 1545). Intussen heeft de regering een witboek over het onderwerp voorbereid en zich daarbij allereerst rekenschap gegeven van „de farmaceutische revolutie” die zich de laatste dertig jaren heeft voltrokken, en van de mogelijkheid, indien Engeland zou deelnemen aan de Europese economische gemeenschap, ook op farmaceutisch gebied samen te werken. Overigens geeft het witboek aanbevelingen ter versterking van de bestaande wettelijke bepalingen: „to ensure that the product supplied to the customer is what he asks for, and that he is not misled by description and labelling or by unsupported therapeutic claims; and secondly, the law will provide, so far as possible, that doctors, dentists, veterinarians, and pharmacists can rely on the purity and efficacy of the substances they prescribe, supply, and use, and be fully informed about their properties — desirable and undesirable”. (*Lancet*, 16 sept., bl. 601).

Acetylsalicylzuur en bloedingen in het darmkanaal. —

De ervaring dat acetylsalicylzuur vaak lichte gastro-intestinale bloedingen veroorzaakt, vraagt telkens weer de aandacht. Het is wel duidelijk dat patiënten met ulcus pepticum „not necessarily” een groter kans op bloeding lopen en de uitbreiding van occulte bloeding in „a provocation test” heeft geen constante betrekking tot de waarschijnlijkheid van een sterker bloeding, maar enkele „key questions” zijn nog onbeantwoord. Hoe belangrijk is de regio van contact tussen het middel en de maagwand? Indien het tempo van de maaglediging mede de duur van het contact bepaalt, heeft de plaats van het ulcus en de uitbreidbaarheid van pyloro-