

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

NIEUWE EENHEDEN VOOR UITKOMSTEN VAN KLINISCH-CHEMISCHE EN AANVERWANTE BEPALINGEN

Elders in dit nummer is een artikel gepubliceerd, waarin verdere literatuuropgaven betreffende het invoeren van genormaliseerde eenheden voor het weergeven van uitkomsten van klinisch-chemische en aanverwante bepalingen.

Het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid maakt alle belanghebbenden bij deze bekend dat het na 1 januari 1971 voor de betrokken onderzoeken uitsluitend deze eenheden zal gebruiken. In de periode oktober 1970 tot januari 1971 worden de uitslagen zowel in oude als in nieuwe eenheden opgegeven.

De gehalten van het Vergelijkingsserum voor klinisch-chemisch onderzoek en het gehalte van de Hemiglobine-cyanide-oplossing voor de ijking van de hemoglobinebepaling in bloed zullen eveneens in de nieuwe eenheden worden vermeld.

Utrecht, 1 september 1970
Rijks Instituut voor de
Volksgezondheid

J. SPAANDER,
directeur-generaal

INGEZONDEN

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

FRACTUREN VAN HET MIDDELSTE DERDE DEEL VAN HET GEZICHT

Met interesse las ik het artikel van de collegae HOVINGA en VAN HERK (1970). De indrukwekkende serie patiënten geeft de grote ervaring met fracturen van het middelste derde deel van het gezicht duidelijk weer. Gecombineerd met een vroegere publikatie uit het Wilhelmina Gasthuis (BLEEKER en Bos 1965) is het duidelijk, dat er in deze kliniek „wel iets gebeurt”.

Hoewel mijn persoonlijke ervaring klein is, neem ik toch de vrijheid enkele opmerkingen te maken, die gebaseerd zijn op hetgeen ik gezien heb tijdens mijn opleiding bij CONVERSE en SMITH in New York, aangevuld met observatie en discussies met TESSIER in Parijs.

1. Bij de indeling van de verschillende fracturen mis ik de naso-orbitale fractuur (dus niet de geïsoleerde neusfractuur). Dit is een veel voorkomende fractuur met mogelijk ernstige complicaties. Verscheuring van de mediale canthusligamenten, beschadiging van de traanafvoerapparaten, liquorroe en anosmie ten gevolge van telescoopwerking van de „blow” op de neuswortel zijn hierbij gevreesd. Secundaire behandeling is uiterst moeilijk. Samenwerking van verschillende specialisten is hierbij geboden en direct na het ongeval moet overlegd worden, zodat een plan de campagne kan worden gemaakt. Ongetwijfeld zijn de auteurs hiervan op de hoogte. Wanneer deze fractuur mede in de beschouwing betrokken wordt, is de kans uitgesloten dat ze als een gewone neusfractuur met veel hematoom wordt beschouwd. De verbreding van de intercanthale afstand met pseudo-hypertelorisme is eenvoudig vast te stellen.

2. Zoals de auteurs zelf vaststellen kan bij een geïsoleerde of samengestelde fractuur van de orbitabodem het papierdunne bot geheel versplinterd zijn en is dan terug te vinden (of niet) op de bodem van de sinus maxillaris. De meest

vervelende complicatie hiervan is volgens CONVERSE en SMITH de enophthalmus. De resorptie van orbitavet is hiervan de oorzaak. Het inbrengen van een bottransplantaat of een kunststofimplantaat, wanneer het vet reeds geresorbeerd is, kan deze enophthalmus slechts gedeeltelijk verminderen. Subperiostaal inbrengen van kraakbeen, glaskorrels of siliconekorrels tegen de zij- en achterwand van de orbita kan dit verhelpen, maar is bij een ziend oog niet geheel ongevaarlijk. Men staat dus voor de moeilijkheid primair iets te moeten doen. Inderdaad is de kans op infectie van een bottransplantaat niet gering. Tevens is de vraag waar het transplantaat op moet steunen. Een combinatie van „antral-pack” en een bottransplantaat is misschien een compromis. Als er fibrose optreedt ter plaatse van de bodem wordt het vet niet of minder geresorbeerd.

3. Bij TESSIER zag ik twee patiënten met behandelde zygomaccomplexfracturen. De orbitabodem was destijds geïnspecteerd en zo goed als intact bevonden. Eén patiënt klaagde over dubbelzien en de ander voelde zijn hart op zijn oog kloppen. Bij exploratie bleken ze allebei een fractuur met een defect van het orbitadak te hebben!

Literatuur: BLEEKER, G. M. en C. E. BOS (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 747. — HOVINGA, J. en W. VAN HERK (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1322.

Arnhem, 9 augustus 1970

A. MOLENAAR

DE TOEPASSING VAN L-ASPARAGINASE BIJ DE BEHANDELING VAN LEUKEMIE

In het artikel van de collegae REERINK, CLETON, ELKERBOUT en STENFERT KROESE (1970) vermelden de auteurs, dat zij „niet hebben gestreefd naar een vérgaande classificatie van de soorten leukemie”. Dit is jammer, omdat wij weten dat bij kinderen acute lymfoblastenleukemie veelvuldiger wordt gezien dan acute myeloblastenleukemie en dat de kans op een volledige remissie bij de eerste aanzienlijk groter is dan bij de laatste. Bovendien is het bekend, dat lymfoblastenleukemie bijzonder goed reageert op behandelingswijzen die bij myeloblastenleukemie minder werkzaam zijn. Wanneer de schrijvers derhalve de cytodiagnostiek onvoldoende hebben nagestreefd, is het denkbaar dat de kans op remissies reeds dáardoor geringer is.

Wij menen bovendien ernstig bezwaar te moeten maken tegen de opvatting in de volgende zin, waarin de schrijvers stellen dat „de naam van acute lymfatische leukemie bedoeld is als verzamelnaam, waaronder begrippen zoals stamcellenleukemie en acute blastenleukemie vallen”.

Wanneer wij van acute blastenleukemie spreken bedoelen wij daarmee, dat het prolifererende celtypen niet te definiëren is met zowel de gebruikelijke panoptische kleuring als met verschillende cytochemische kleurmethode(n) (peroxydase, PAS+Soedan B, esterase) en zo nodig nog meer pogingen tot benadering van het celtypen (supravitale kleuring, fase-contrast). Extreem jonge cellen kunnen de affiniteit tot de speciële kleurmethode(n) volledig missen. Tussen stamcellenleukemie en acute blastenleukemie zonder verdere aanduiding zouden wij geen verschil willen maken. Mogelijk zijn het identieke eenheden, maar misschien ook is onze diagnostiek nog ontoereikend. Zeker is evenwel, dat wij met de lichtmicroscop dikwijls niet kunnen uitmaken of wij met lymfatische of myeloïde elementen te maken hebben. Het is daarom beslist onjuist deze cellen — en derhalve het type leukemie — te rangschikken onder acute lymfatische leukemie.

Literatuur: REERINK, H., F. J. CLETON, F. ELKERBOUT en W. F. STENFERT KROESE (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1330.

Amsterdam, augustus 1970 S. I. DE VRIES
R. SCHREUDER-VAN GELDER

De acute myeloblastenleukemie is door ons wel degelijk onderscheiden (zie de tabel in ons artikel). Inmiddels kan deze vorm op de kleuterleeftijd ook al veel beter beïnvloed worden.

In zijn boek *Lymphocyte stimulation* zet LING (1968) boven hoofdstuk 2: „What is a lymphocyte?” Zijn beschouwingen leiden tot: „In short, if the lymphocyte is to be defined purely on morphological grounds, the term may cover cells with quite different biological properties.” Op dit drijfzand moeten wij de diagnostiek bouwen van zieke cellen, waarvan we zo mogelijk nog minder weten dan van gezonde, waarvan het aspect in perifeer bloed en beenmerg kan verschillen en op vitale wijze afhankelijk is van de vervaardigingstechniek der preparaten, die zelden perfect wordt beheerst. Door de naamgeving te baseren op een globale morfologische overeenkomst bij momentopnamen wekt men de schijn, zeker te zijn van verwantschappen die nooit zijn bezwezen. De conventionele naamgevingen leiden maar al te gemakkelijk daartoe. Daarom vinden wij een vérgaande classificatie ongewenst.

Belangrijk zou zijn een onderscheid te kunnen maken naar functionele potenties. Door ons is de potentie onderzocht, L-asparagine te vormen. Maar de antwoorden van laboratorium en kliniek klopten niet met elkaar. De leukemische cellen zijn bij onderzoek in hoge mate ongreepbaar. Maar bij de behandeling krijgen we enig vat.

De duizenden kinderen die momenteel over de hele wereld leven in een volledige remissie van een acute leukemie worden in de literatuur gerubriceerd in een groep die bijna steeds wordt aangegeven met drie letters: a.l.l. (acute lymphatic leukemia). Deze indeling is in belangrijke mate mede gebaseerd op de empirie van de kliniek. De groep is, zoals de onze, niet homogeen. Dit heeft inmiddels onze belangstelling voor de cytodiagnostiek niet doen verflauwen.

Literatuur: LING, N. R. (1968) *Lymphocyte stimulation*. North-Holland Publishing Company, Amsterdam.

Nijmegen, 25 augustus 1970 H. REERINK
F. J. CLETON
F. ELKERBOUT
W. F. STENFERT KROESE

DE PLAATS VAN DE BIOLOGISCHE PSYCHIATRIE BINNEN DE PSYCHIATRISCHE WETENSCHAPPEN

Dat in een enkele wetenschap de bestudering van de verschijnselen die met de methoden van die bepaalde wetenschap worden bewerkt, geschiedt met behulp van meer dan een enkel model, lijkt op het eerste gezicht onbevredigend te zijn, maar hoeft toch geen overwegende moeilijkheid op te leveren. Kan men in de fysica het verschijnsel schaduw het beste bewerken met de theorie van de rectilineaire voortplanting van het licht, bij andere lichtverschijnselen wordt een beter begrip verkregen door gebruik te maken van het model van de gravitatie.

Zo kunnen er ook niet vele bezwaren rijzen, wanneer collega VAN PRAAG (1970) de psychiatrie doet rusten op een drietal modellen, een psychologisch, een sociologisch en een neurobiologisch model. Aldus het driedelig karakter van de psychiatrie benadrukkend, vraagt hij terecht meer plaats

voor wat hij de biologische psychiatrie wil noemen. Opvallend is het daarbij, dat de auteur zich bewonderenswaardig veel moeite geeft, dit begrip af te bakenen van andere termen, een bezigheid die hij zelf onder de semantiek rekent.

Jammer alleen is, dat de semantische inspanning niet reikt tot de poging, de betekenis van het woord „model” aan te geven. Een enkele belangrijke aanwijzing vinden wij in het artikel vermeld, namelijk wanneer VAN PRAAG terecht opmerkt, dat zijn drie modellen niet tot elkaar herleidbaar zijn. Daarmee wordt immers aangegeven, dat een wetenschappelijk model een bepaald, welomschreven toepassingsgebied heeft, waarbuiten het niet kan worden gehanteerd. Blijkt het handig, een bepaald verschijnsel te beschrijven in de taal van een bepaald model, dan is het verwarrend, deze taal te vermengen met termen die zijn ontleend aan de structuur van een ander model. Zo mag het in artistieke zin verantwoord zijn en verhelderend werken om te spreken van de zwaarte van een slagschaduw, in de fysica kan aldus niet worden gesproken en dient men te onderscheiden wanneer men spreekt in de gedachtengang van de rectilineaire voortplanting van het licht en wanneer men, voor andere lichtverschijnselen, een ander model hanteert, bv. de gravitatie. Een tweede, niet genoemd belangrijk aspect van het wetenschappelijk model is zijn wegwerpbaarheid. Het behoeft slechts te worden gehandhaafd zolang het bruikbaar is en onderscheidt zich daarmee bv. van structuren zoals levensbeschouwingen en religieuze overtuigingen, die al spoedig verbonden raken met begrippen zoals waarheid en werkelijkheid, begrippen, waarop beschrijvingen in modeltaal geen aanspraak maken.

Wil men echter semantisch werkzaam zijn, dan dient eerst de syntaxis in orde te zijn, en het is de vraag, of in paragraaf III van VAN PRAAGS artikel dat wel het geval is. Hoe voorzichtig de formulering ook is, hier vallen toch uitdrukkingen zoals „relaties tussen hersenfunctie en gedrag”, „... dat ziekmakende factoren het gedrag niet rechtstreeks beïnvloeden, doch door middel van wijzigingen in de functie van het centrale zenuwstelsel”, terwijl ook wordt gesproken van het „cerebrale substraat van psychische (dys)functies”. Hier rijzen grote bezwaren van logische aard. Zo sprekend, verhaspelt men zijn modellentalen en overschrijdt men zonder waarschuwing de grenzen, die de geldigheidsarealen gescheiden moeten houden en waarbuiten een bepaalde modeltaal niet werkzaam kan zijn. Wil men er met de schrijver van afzien, wat gedragsstoornissen zijn, dan wekt het verbazing wanneer de premisse wordt getroffen, dat „ziekte, ook in de psychiatrische ziekteleer, van stoffelijke aard is” (spatiëring van mij). De vraag, wat ziekte, wat een gedragsstoornis is, is een vraag, waarmee een metafysicus zich af kan tobben, de vraag is niet van wetenschappelijke aard. Niemand vraagt of de 54e breedtegraad bestaat, het is immers duidelijk dat de uitdrukking „de 54e breedtegraad” een term is uit een bepaald geografisch model, een aflezing van een bepaald soort meetlat, die men kan gebruiken om afstanden op aarde te noteren. Ook is het dus bezwaarlijk, zelfs alleen maar van correlatie tussen psychische en somatische verschijnselen te spreken, van somatische afwijkingen die aan psychische stoornissen ten grondslag liggen, en wanneer men spreekt van multifactoriële causaliteit, is de herinnering aan het feit dat het wetenschappelijk model alleen een bepaalde voorstelling van zaken is met een begrensd toepassingsgebied, helemaal op de achtergrond geraakt, evenzeer als de onderlinge onafleidbaarheid van modellen.

Het is immers bv. logisch onmogelijk, dat ooit uit een chemische bewerking iets zal resulteren, dat niet meer chemisch