

De meest ingrijpende verandering die het SI ten gevolge heeft, is de invoering van de mol als maat voor de hoeveelheid stof. De argumenten voor de invoering van de mol als basiseenheid zijn in vroegere publikaties uitvoerig aan de orde geweest. Zoals gesteld, is het in zekere zin een sluitstuk van de atoomtheorie. Het wegen is en blijft een belangrijke handeling in de laboratoria. Toch worden wij er niet door weerhouden in te zien, dat de chemische reacties tussen deeltjes verlopen, waarbij de *massa* van deze deeltjes theoretisch gezien pas in tweede instantie van belang is, het *aantal* deeltjes echter de eerste plaats verdient. Een systeem als dat van Gamble is een duidelijke aanwijzing dat ook in de levende materie met aantallen deeltjes moet worden gewerkt en niet met massa's. Hoewel het ongetwijfeld pijnlijk is, van een vertrouwd systeem: massa per volume, over te moeten stappen op een mol-per-volume-systeem, lijkt ons een dergelijke stap onvermijdelijk.

Als laatste punt moet een en ander worden opgemerkt over het vraagstuk van de opportuniteit van het moment van invoering. Het is inderdaad juist dat in het raam van de gehele geneeskunde, de klinisch-chemische sector in Nederland internationaal gezien tot de eersten behoort die het SI consequent invoeren. Dit is zeker geen reden tot schaamte. Er zijn talloze voorbeelden aan te halen waaruit blijkt dat juist initiatieven van kleine landen, mits intrinsiek juist en waardevol, geleid hebben tot navolging door grotere landen die niet zelden door organisatorische complexiteit tot traagheid gedoemd zijn.

Het „isolement” waarin men zich als koploper tijdelijk bevindt, is dan ook eerder te kwalificeren als een vooruitgeschoven positie, die meer het predikaat eervol dan hinderlijk verdient.

Gezien de snelle internationale ontwikkelingen waarbij het SI binnen Europa wettelijk verplicht is gesteld, met name ook op het gebied van de volksgezondheid (4), zal het geringe inconvenient van die vooruitgeschoven post overigens van beperkte duur blijken te zijn.

Om a priori met LINDEBOOM te stellen dat kleine landen als Denemarken of Nederland niet op een bepaald gebiedje van de medische wetenschap toonaangevend zouden mogen zijn, lijkt ons dan ook een verwerpelijk standpunt.

Op de beschuldiging van LINDEBOOM (1) dat de gang van zaken met betrekking tot het invoeren van de nieuwe eenheden ondemocratisch zou zijn geweest, omdat de „aangrenzende wetenschappen en de toekomstige gebruikers niet zouden zijn geconsulteerd”, kan worden geantwoord dat:

1. deze aanbevelingen reeds in 1966 gedaan zijn door de Commission on Clinical Chemistry of the International Union of Pure and Applied Chemistry and of the International Federation for Clinical Chemistry;

2. op een vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie in 1969 unaniem besloten is, het invoeren van de nieuwe eenheden ten sterkste aan te bevelen;

3. de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie bij brief van 24-10-1969 de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en de Nederlandse Internisten Vereniging op de hoogte heeft gesteld van de aanbevelingen op het gebied van de eenheden, en dat de Nederlandse Internisten Vereniging per brief van 11-2-1970 zich achter deze aanbevelingen heeft geplaatst.

Deze gang van zaken is onzes inziens alleszins democratisch en het is ons niet duidelijk waarom LINDEBOOM meent dat de invoering van deze eenheden op ondemocratische wijze zou zijn geschied.

Het is te betreuren dat de Nederlandse Vereniging voor Hematologie niet tijdig om advies is gevraagd. Op verzoek

van enige hematologen is een aantal kleine correcties aangebracht.

*Literatuur.* 1. LINDEBOOM, G. A. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1466. — 2. ZIJLSTRA, W. G., O. W. VAN ASSENDELFT en G. A. MOOK (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 566. — 3. LINDEBOOM, G. A. (1971) *De blinde mol.* Bohn, Haarlem. — 4. Publikatieblad van de Europese Gemeenschappen (1971) 14, Nr. L 243,29. — 5. SI units in pathology (1970) *J. clin. Path.* 23, 743. — 6. RAWLINS, M. D. (1971) *Lancet* I, 339. — 7. DYBKAER, R. en K. JØRGENSEN (1967) *Quantities and units in clinical chemistry.* Munksgaard, Kopenhagen. — 8. ZIJLSTRA, W. G. en E. J. VAN KAMPEN (1960) *Clin. chim. Acta* 5, 719. — 9. *Units, symbols, and abbreviations* (1971) A guide for biological and medical editors and authors. Recommendations of a working party set up at a Conference of Medical Editors held in London on 2 December 1968. The Royal Society of Medicine, Londen.

December 1971

B. LEIJNSE  
PH. JACOBS  
A. F. WILLEBRANDS  
A. P. JANSEN

### *Patiënten met chronische blaasklachten*

In zijn caput selectum over „Patiënten met chronische blaasklachten” doet collega AUSEMS (1971) een zinvolle poging om een aantal klinische verschijnselen te verklaren vanuit morfologische, fysiologische en pathofysiologische gegevens. Hiertoe gaat de auteur allereerst te rade bij een literatuurstudie (HAYEK 1969) over een nog steeds discutabel onderwerp uit de humane embryologie, nl. de differentiatie van het ventrale deel van de cloaca tijdens en na de vorming van het septum urorectale (= septum cloacae). De wijze waarop collega AUSEMS deze studie interpreteert noopt echter tot het plaatsen van enkele kanttekeningen. Zo zou het wellicht duidelijker zijn indien de term „mesodermaal” in plaats van „mesenchymaal” gebezigd was. Verder is alléén caudaalwaartse verplaatsing van de uitmondningen van de buizen van Wolff in de cloaca niet voldoende om de ureteren zelfstandig in de blaas te doen uitmonden. Immers: „gleichzeitig wird offenbar die hintere Epithelwand des Wolffschen Ganges in die Wand der Kloake aufgenommen...” (HAYEK 1969). Hierdoor zou een mesodermaal epitheliaal eiland ontstaan in de achterwand van de entodermale embryonale blaas. Waarschijnlijk heeft de auteur van het onderhavige caput selectum op dit mesodermale areaal in de embryonale blaas willen wijzen wanneer hij stelt dat het trigonum gevormd wordt door de buizen van Wolff. Dat de pars prostatica urethrae bij de man en de gehele urethra bij de vrouw eveneens uit de buizen van Wolff stammen is slechts zeer ten dele waar. Onjuist is de visie volgens welke een buis van Müller vanaf een bepaald punt op de sinus urogenitalis zou ontspringen en in craniale richting uitgroeien! Ook de stelligheid van de uitspraak dat de buizen van Müller bij de vrouw de vagina vormen is aanvechtbaar (HAYEK 1969). Waarom geeft de auteur dit betoog over de geslachtsbuizen? Hij wil immers, als enige conclusie vanuit de humane embryologie, besluiten tot een tweedelige opbouw van de volwassen blaas. Zelfs deze gevolgtrekking dient met grote voorzichtigheid gehanteerd te worden. Want: „Richtig is zweifellos, dass sich der Trigonomabschnitt der Blase structurell abweichend gegenüber der übrigen Blasenwand verhält (Feinbau der Muskulatur, Schleimhautrelief, Gefäßverhältnisse). Doch ist ein derartiger Strukturunter-

schied zwischen zwei Regionen kein Beweiss für verschiedene Herkunft des Materiales" (STARCK 1965).

*Literatuur.* AUSEMS, M. M. (1971) Patiënten met chronische blaasklachten. *Ned. T. Geneesk.* 115, 1808. — HAYEK, H. VON (1969) *Handbuch der Urologie, I. Anatomie und Embryologie.* Springer Verlag, Berlijn. — STARCK, D. (1965) *Embryologie.* G. Thieme Verlag, Stuttgart.

Nijmegen, 1 november 1971

L. M. G. GEERAEDTS

Collega GEERAEDTS dank ik voor zijn zeer waardevolle opmerkingen. Zij zijn een aanvulling aan het door mij (zeer) beknopt gehouden hoofdstuk embryologie. In het kader van mijn artikel kon ik niet meer ruimte besteden aan dit facet.

Helaas is het zo, dat noch over de embryologie, noch over de anatomie van de blaashals de akten gesloten zijn. Het lijkt zelfs zo te zijn, dat dit belangrijke orgaangedeelte in embryologisch en vooral anatomisch opzicht een „achtergebleven gebied" is.

In de literatuur vindt men daardoor een grote verscheidenheid van meningen over de blaasfunctie. Duidelijke verklaringen van fysiologie en pathofysiologie worden niet gegeven. Dit betekent dat zeer veel patiënten met dysfunctie van de blaas in levenbedreigende toestand komen, doordat adequate therapie onmogelijk is door dit defect in onze kennis.

Het verheugt mij daarom zeer, dat van embryologische zijde reactie op mijn artikel is gekomen. Ik hoop dat dit een stimulans zal zijn voor nadere studie van de blaashals.

Maastricht, december 1971

M. M. AUSEMS

### *Perifere nervus-facialisverlamming en hun operatieve behandeling*

Uit het antwoord van Prof. L. B. W. JONGKEES (1971) zou men de conclusie kunnen trekken dat decompressie bij een aantal patiënten, lijdende aan de paralyse van Bell, op het ogenblik nog gerechtvaardigd is.

Uit ons onderzoek (*Lancet* 1971) kan echter geen steun worden geput voor de hypothese dat decompressie in de tweede of derde week of later na de verlamming therapeutisch effect heeft. Het leek ons ethisch niet verantwoord het onderzoek voort te zetten, toen in ons kleine materiaal op grond van de statistische bewerking vaststond dat de operatie geen therapeutisch effect had.

Het voordeel van statistisch onderzoek is dat men reeds met betrekkelijk kleine series tot een gefundeerde uitspraak kan komen.

De discussie op deze plaats moet gaan over de vraag of ons onderzoek goed is uitgevoerd en of de conclusies juist zijn. Prof. JONGKEES (1971) weerlegt in zijn antwoord opzet noch conclusies van ons onderzoek. Hij citeert evenwel een klein onderzoek van GIANCARLO (1970), waaruit het nut van de operatie zou blijken. De conclusie van dit onderzoek is mijns inziens aanvechtbaar ten gevolge van een fout in de opzet van het onderzoek van GIANCARLO, dat niet aan de statistische eisen voldoet.

Ik blijf daarom van mening dat er op het ogenblik geen argumenten zijn voor decompressie bij patiënten, lijdende aan een paralyse van Bell. Een vergelijking van beide onderzoeken en een discussie van de statistische argumenten leg ik gaarne aan de statistische deskundige van het *Nederlands*

*Tijdschrift voor Geneeskunde* voor. Een duidelijke uitspraak in deze zou van groot praktisch belang zijn, gezien het niet geringe aantal patiënten, dat volgens de oude opvatting voor een operatie in aanmerking komt.

*Literatuur.* JONGKEES, L. B. W. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 15, 1620. — MICHELSE, K. A. (1971) *Lancet* II, 57.

Rotterdam, 28 oktober 1971

K. MECHELSE

Gevolg gevend aan het verzoek van collega MECHELSE heb ik de statistisch deskundige van dit tijdschrift geraadpleegd over het artikel dat MECHELSE e.a. in de *Lancet* van 11. zomer hebben gepubliceerd. Deze machtigt mij de volgende opmerkingen over te brengen:

1. In principe behandelt het artikel een formeel goed opgezet statistisch onderzoek.

2. Een aantal getallen kloppen niet. In de summary wordt over 232 patiënten, verdeeld in een groep met goede prognose (207) en slechte prognose (25), gesproken. In het artikel vindt men 267 in totaal, met groepen van 242 en 25 voor goede en slechte prognose; hetzelfde in de tabellen. Deze verschillen worden niet besproken in het artikel.

3. Zes patiënten werden in de 2e week geopereerd, en vijf in de derde. Omdat de meeste auteurs van een vroege operatie veel heil verwachten, had ik de resultaten van beide groepen graag apart gezien.

4. Als de schrijvers zelf zeggen „obviously, if decompression is to yield any benefit at all, it must be performed before the majority of the fibres have been interrupted" en men leest daarnaast punt 3 van hun criteria: „observation of both criteria on at least two successive investigations with an interval of a few days", is er een tegenspraak met de zin op bl. 58: „Operation was performed as soon as possible after the assessment of bad prognosis." Dit alles te zamen maakt de grondvesten voor de conclusie: „Our study seems to indicate that decompression in the second or third week after the onset of the paralysis does not increase the degree of recovery" wel erg wankel.

5. De zin in de ingezonden mededeling van collega MECHELSE „Ik blijf daarom van mening dat er op het ogenblik geen argumenten zijn voor decompressie bij patiënten lijdende aan Bell's paralyse" volgt niet uit het artikel in de *Lancet*.

Afgezien van het probleem of een onderzoek statistisch goed is opgezet, blijft echter de vraag of met de door de auteur toegepaste operatietechniek enig heil bij de behandeling van Bells paralyse te verwachten is.

Ik wil graag aanvaarden dat in het onderzoek van MECHELSE en zijn medewerkers niet gebleken is dat decompressie in zijn groep patiënten gunstig effect had op het genezingsproces na een decompressieoperatie, zoals toegepast door de operateurs onder de schrijvers, in de 2e en 3e week na het begin van de verlamming. Aangezien hun operatietechniek, zoals ik begrepen heb uit het summier verslag in hun artikel, bepaald niet de orthodoxe methode is, is hun uitspraak niet geldig voor operateurs die wel de gebruikelijke techniek volgen. Uit het proefschrift van JANSSEN (1963) over de invloed van kapsellaesies, zelfs heel kleine, op de functie van de nervus facialis volgt zeer duidelijk dat zelfs in de kleinste zenuwlaesies ingroei van bindweefsel plaatsvindt, die door afdekken van de blootgekomen zenuw met goudblad, amnionvlies of ander zulk materiaal kan worden voorkomen. Het feit dat een dergelijke afdekking in de besproken reeks niet heeft plaatsgevonden, maakt vergelijking met wél lege artis uitgevoerde operaties onmogelijk.