

het te onderzoeken preparaat. Beide groepen worden voor het overige onder dezelfde omstandigheden behandeld. Het is dan aannemelijk dat niet-farmacologische factoren in beide groepen in gelijke mate werkzaam zullen zijn. Dit is bovendien aannemelijk te maken.

Is, na afloop van het experiment, de klinische toestand in de proefgroep beter dan die in de placebogroep, dan is het waarschijnlijk dat dit verschil op rekening komt van het onderzochte pharmacon.

Met gecontroleerd onderzoek tracht men zich een oordeel te vormen over de werking van het pharmacon *per se*. Het is een apert misverstand, in de toepassing van deze methode een diskwalificatie te zien van niet-farmacologische behandelingsvormen.

4. Het valt te betreuren dat na 20 jaar moderne psychofarmacologie het verschil tussen dit vakgebied en de alchemie niet aan een ieder duidelijk is. De psychiatrische (na)scholing vertoont blijkbaar leemten.

Groningen, december 1971

H. M. VAN PRAAG

## Snurken

Met belangstelling heb ik de ingezonden stukken over snurken gelezen, evenals de antwoorden hierop, maar van het tweede stukje van collega NEEB (1971) ben ik toch wel wat geschrokken.

Hij stelt voor het achterste deel van het palatum molle operatief te verwijderen, waarbij dan niet zoveel moet worden weggenomen dat verslikken naar de neusholte optreedt.

Bij het congenitaal te korte verhemelte heeft insufficiëntie van het velofaryngeale afsluitingsmechanisme een open neusspraak ten gevolge. Slechts in zeer extreme gevallen van insufficiëntie treden ook slikmoeilijkheden in de vorm van terugkomst van voedsel of drank door de neus op. Collega NEEB lijkt geheel te zijn voorbijgegaan aan de functie van het verhemelte als spraakorgaan, want onaangetast zijn van het slikmeechanisme is geenszins een garantie dat ook de spraak goed blijft. Men kan gerust aannemen dat inkorten van het verhemelte zoals voorgesteld de toeloop van patiënten met open neusspraak zou verveelvuldigen, patiënten die van de regen in de drup zouden zijn geraakt. De geruisen die ontstaan door lucht lekkage langs het verhemelte tijdens het uitspreken van niet-nasale klanken zijn namelijk bij auscultatie van een neusgat met een slangetje duidelijk hoorbaar. Wij plegen ze „snurkjes” te noemen.

Bij het snurken meen ik twee soorten te kunnen onderscheiden: 1. het geluid ontstaat door fladderen van het verhemelte, en 2. het geluid ontstaat, door naar achteren zakken van de tongrug, tussen deze en de pharynxwand.

Het onder 1 genoemde snurken zou zijn te verhelpen met de door collega VAN DIJK (1971) beschreven vestibulumplaat. Deze plaat, die wij ook vaak bij de behandeling van

mondademen adviseren, maakt luchtpassage door de mond vrijwel onmogelijk.

Het onder 2 genoemde snurken zal hierop waarschijnlijk niet reageren, maar dat is niet zo erg omdat deze wijze van snurken veel minder luidruchtig is dan de onder 1 genoemde (probeert u maar eens luid te snurken met uw mond dicht).

*Literatuur.* DIJK, P. G. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2073. — NEEB, H. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1618, 2075.

Utrecht, december 1971

M. W. CORNELISSEN

Het is verheugend nu eens iets te lezen van een ter zake meer bevoegde. Als internist zal ik zeker niet het oordeel van een K.N.O.-arts over dit onderwerp bestrijden. Wel weet ik van een geval, waarbij bedoelde „besnijdenis” het heftige snurken heeft doen verdwijnen zonder een neusspraak te hebben doen ontstaan. Het kan dus wel. Ter afsluiting van de mond is ook nog verkrijgbaar een eenvoudig, soepel plastic plaatje, dat men achter de lippen en voor de tanden schuift. Het is een Duits artikel (echter Made in Holland!).

Arnhem, december 1971  
(Discussie gesloten.)

H. NEEB

## *Beloop en behandeling van chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA), gecombineerd met chronische respiratoire insufficiëntie*

In het artikel van J. KREUKNIET, M. J. VAN DITMARS en L. WESTERHOF (1971) wordt bij de behandeling van patiënten, lijdende aan CARA gecombineerd met chronische respiratoire insufficiëntie, in het geheel niet gesproken over toediening van corticosteroiden. Het komt ons voor dat bij deze patiënten met ernstige diffuse luchtwegobstructie, in geval van een acute exacerbatie, ook corticosteroiden naast de genoemde therapeutische maatregelen in bepaalde gevallen geïndiceerd zijn. En wel vooral bij die patiënten bij wie bronchusverwijdende middelen onvoldoende effect sorteren (MACGREGOR e.a. 1971). Mede door toepassing van corticosteroiden zullen tracheotomie en artificiële respiratie bij deze patiënten steeds minder vaak noodzakelijk zijn.

*Literatuur.* KREUKNIET, J., M. J. VAN DITMARS en L. WESTERHOF (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2055. — MACGREGOR, A. G., J. C. PETRI en R. A. WOOD (1971) *Brit. med. J.* I, 220.

Tilburg, december 1971

J. F. W. M. MOLKENBOER  
P. DE PUTTER

## BERICHTEN

### *Buitenland*

GROOT-BRITANNIË.

*De werkdag van de jonge arts in ziekenhuizen.* Zoals te verwachten was, zijn in het Parlement vragen gesteld aan de minister voor sociale diensten betreffende de lange werkdagen van jonge artsen in ziekenhuizen (zie het desbetreffende

bericht op bl. 4 van deze jaargang). Dr. SHIRLEY SUMMERSKILL vroeg, welke maatregelen de minister dacht te nemen. Zij zeide dat het tegenwoordige gemiddelde van 88 werkuren per week kan leiden tot verlaging van het moreel, tot ondoelmatigheid en zelfs tot gevaren voor de patiënten. De minister antwoordde dat de in de desbetreffende studie gevonden cijfers „not necessarily accurate” waren

*Ned. T. Geneesk.* 116, nr. 5, 1972