

The stipend will be based on the current salary of the applicant and the salary of persons of comparable qualifications in the place where the applicant expects to study.

An allowance will be made for the cost of travel of the fellow and of those dependants who will accompany him from his place of residence to the institution where he will work and return.

Applications must be received before 1 September 1972; fellowships being within the twelve months' period following 1 March 1973. Application forms and additional information may be obtained from: International Union Against Cancer P.O. Box 400, 1211 Geneva 2, Switzerland.

Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek

Het Bestuur van de Stichting Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek, waarin is opgenomen het Steunfonds van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding, maakt bekend, dat het voor het academisch jaar 1972-1973 een beurs ter maximale waarde van f 2500,— beschikbaar stelt.

Deze studiebeurs is bestemd voor een Nederlandse vrouw, die haar academische studie geheel of vrijwel geheel heeft voltooid en gespecialiseerd wetenschappelijk onderzoek wil verrichten in of buiten Nederland.

Sollicitaties in tienvoud met uitvoerige levensbeschrijving en een duidelijk omschreven studieplan, onder vermelding van enige referenties, worden vóór 15 april ingewacht bij de secretaresse: Drs. E. D. SCHOUFOR-WOLTER, Van Boshuizenstraat 255, Amsterdam-Buitenveldert.

INGEZONDEN

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

Focale epilepsie na forcipale extractie

Met belangstelling las ik de klinische les van Prof. Dr. A. BIEMOND over „Focale epilepsie na forcipale extractie” (1971). Op 12-jarige leeftijd kreeg de besproken patiënt drie epileptische insulten achter elkaar van het tonisch-clonische type, waarna de behandelend arts fenobarbital voorschreef. Daar de aanvallen echter niet geheel uitbleven, werd de dosis geleidelijk verhoogd.

Op 13-jarige leeftijd werd patiënt voor de tweede keer specialistisch onderzocht, waarbij duidelijke focale afwijkingen links fronto-temporaal werden gevonden. Nu werd de anti-epileptische medicatie weer verhoogd.

Op een gegeven ogenblik had de patiënt een zodanige hoeveelheid anti-epileptica, dat hij slaperig en apathisch werd. Dit was niet te verwonderen, daar hij per dag kreeg: 120 mg fenobarbital, 120 mg heptobarbital, 120 mg methylfenobarbital, 500 mg primidon en 160 mg fenytoïne natrium.

Mijn vraag is:

1. Had hier het toedienen van vier barbituraten therapeutisch enige zin? Met een bepaalde dosering van twee barbituraten, bv. fenobarbital en primidon kan toch een zelfde fenobarbitalbloedspiegel worden bereikt als met vier barbituraten?

2. Waarom werd naast of in plaats van fenytoïne niet een poging gedaan met carbamazepine, dat bij focale epilepsieën de laatste jaren stellig in de belangstelling staat?

Literatuur: BIEMOND, A. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2095.

Noordwijk, 3 januari 1972

D. AKKERHUIS

Ik dank collega AKKERHUIS voor zijn opmerkingen die overigens niet betrekking hebben op de essentie van mijn klinische les. Als antwoord op de gestelde vragen moge het volgende dienen:

1. De medicatie werd herhaaldelijk gewijzigd. De beste resultaten werden bereikt met de door u vermelde combinatie. De patiënt is hierop, zoals in de klinische les vermeld staat, bijna twee jaar geheel aanvalsvrij geweest. Bovendien „verloor hij zijn apathie en slaperigheid en bereikte redelijke studieresultaten”, waarbij ik mijzelf citeer.

2. Van de bijzondere werking van carbamazepine (Te-

gretol) bij focale epilepsie ben ik allerminst overtuigd. Bovendien heeft dit medicament het nadeel, dat het af en toe duizeligheid veroorzaakt en een regelmatige bloedcontrole vereist.

Amsterdam, 17 januari 1972

A. BIEMOND

Vagotomie en peptische ulceratie

Collega VAN WEEL (1971) heeft de literatuur over Vagotomie en peptische ulcera uitvoerig bestudeerd en hij waarschuwt in zijn artikel voor „over-simplificatie” ten aanzien van de resultaten en de technische moeilijkheden wat betreft de vagotomie als behandeling van het ulcus pepticum. Met deze waarschuwing als zodanig kan ik mij volkomen verenigen. „Oversimplificatie” is steeds onjuist en wij chirurgen zondigen wel eens hiertegen. Hierdoor worden uitspraken als „altijd” en „nooit” meer dan eens gehoord en dit heeft vele discussies in de kiem gesmoord.

En toch vraag ik mij na zorgvuldige lezing van zijn artikel af of de schrijver niet te veel met een vooropgezette mening het vraagstuk van de vagotomie in de literatuur heeft bestudeerd en daardoor dezelfde fout maakt die hij sommige schrijvers verwijt, namelijk van oversimplificatie maar nu ten gunste van de subtotale maagresectie.

Het is zeker juist dat ook een vagotomie een ingreep is die geleerd moet worden en dat GOLIGHER daar nadrukkelijk op wijst. Maar in de kliniek van dezelfde GOLIGHER, die een uiterst nauwkeurig en kritisch chirurg is, wordt nagenoeg geen subtotale maagresectie meer verricht en zijn naaste medewerker DAVID JOHNSTONE is een van de meest fervente voorstanders van de „pariëtale-cel”-vagotomie. Het is wel wat onrechtvaardig om de laatste vorm van vagotomie af te doen als „het nieuwste snufje”. Door een grote groep van Engelse, Scandinavische en Duitse chirurgen wordt het probleem van de chirurgische behandeling van het ulcus pepticum zorgvuldig bestudeerd. Namen als WELBOURN, KAY, GOLIGHER, WILLIAM, COX, AMDRUP, HOLLE, CLARK, KENNEDY staan er borg voor dat men op goede gronden en na uiterst minutieuze studies tot adviezen tracht te komen.

Natuurlijk is de klassieke maagresectie op zichzelf een goede operatie, maar de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat het