

Subsidie Hippocrates Studiefonds

Het is mij een genoegen u te kunnen berichten, dat het Hippocrates Studiefonds voor het jaar 1972 f 6.000,— (zesduizend gulden) beschikbaar kan stellen voor wetenschappelijk werk op medisch gebied. Het College van Regenten, bestaande uit de volgende leden, beslist wie voor 1972 in aanmerking komt voor een subsidie: Prof. Dr. P. J. KOOREMAN, chirurg te Rotterdam, Dr. P. RUITINGA, internist te Hilversum, Dr. J. M. SOETERS, kinderarts te Bosschenhoofd, Prof. Dr. H. MULLER, chirurg te Rotterdam, Prof. Dr. J. DE GRAEFF, internist te Leiden, T. Y. KINGMA BOLTJES, arts te Menaldum, J. A. E. VAN DER FEEN, arts te Goes, J. A. MAZEL, arts te Borne, Dr. M. W. KALFF, internist te Leiden.

Het geld moet worden besteed voor de financiering van wetenschappelijk werk dat iets te maken heeft met de geneeskunde in de ruimste zin van het woord. Eventueel kan een subsidie ook worden toegekend aan een instelling of persoon, die reeds van andere zijde financiële steun ontvangt.

Kandidaten voor een dergelijke subsidie dienen zich vóór 21 april 1972 te richten tot de secretaris-penningmeester van het College van Regenten, Dr. M. W. KALFF, Kagerstraat 2, Leiden. Een dergelijke aanvraag moet vergezeld gaan van een nauwkeurige omschrijving van het doel waarvoor het geld zal worden besteed. Degenen, die een dergelijke subsidie ontvangen zijn verplicht, na een jaar een verslag van hun werkzaamheden aan het College van Regenten aan te bieden.

Leiden, 15 maart 1972

M. W. KALFF,
secretaris-penningmeester

Professor Stokvis-fonds

Het Bestuur van het Genootschap ter Bevordering van Natuur-, Genees- en Heelkunde maakt bekend, dat uit het Professor Stokvis-fonds een toelage van maximaal f 1000,— beschikbaar wordt gesteld voor studiereizen in 1972/1973.

Elke student(e) in de geneeskunde aan één der Nederlandse Universiteiten, die het kandidaatsexamen heeft afge-

legd en die voor het ontvangen van deze subsidie in aanmerking wenst te komen, wordt uitgenodigd, zich vóór 1 mei 1972 schriftelijk te wenden tot de Algemeen Secretaris van bovengenoemd Genootschap (B. C. P. Jansen Instituut, Plantage Muidergracht 12, Amsterdam-C).

Hij (zij) moet bij dit verzoek overleggen:

a. een verklaring van twee hoogleraren in de geneeskunde zijner (harer) Universiteit, waarin hij (zij) voor de toelage wordt aanbevolen;

b. een mededeling van de plannen omtrent de buitenlandse wetenschappelijke reis, die hij (zij) zich voorstelt te ondernemen.

Hij (zij), die door een toelage uit het fonds in staat is gesteld, een wetenschappelijke reis te ondernemen, is verplicht, van de uitkomsten daarvan binnen drie maanden een uitvoerig rapport aan het Bestuur over te leggen.

Amsterdam, 14 maart 1972

K. VAN DAM,
algemeen secretaris van het
Genootschap

Studiebeurs W.G.O. in London

Aan de „London School of Hygiene and Tropical Medicine” zal dit jaar wederom een drietal cursussen worden gegeven, die in het najaar van 1972 beginnen.

Eén cursus is gewijd aan „Vital and Health Statistics”, één aan „Medical Statistics and Epidemiology”, terwijl de derde cursus opleidt tot de graad van „Master of Science in Medical Statistics”.

Het Regionale Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie in Kopenhagen heeft voor de eerstgenoemde cursus een studiebeurs ter beschikking gesteld.

Uiteraard is voor het volgen van deze cursus „Vital and Health Statistics” een uitstekende beheersing van de Engelse taal voorwaarde.

Gegadigden dienen zich vóór 30 april a.s. op te geven bij: De Directeur-Generaal voor Internationale Zaken, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Zeestraat 73, Den Haag.

INGEZONDEN

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

Verlamming van Bell

Wat brengt iemand tot het schrijven en verzenden van een brief? Buitenstaanders kunnen die vraag soms raak beantwoorden (en dan en passant nog iets over zichzelf leren).

In 1950 publiceerde Prof. Dr. L. B. W. JONGKEES een klinische les over de operatieve behandeling van perifere facialisverlammingen. Wat betreft de verlamming van Bell drong hij toen aan op decompressie als na 2 à 3 maanden nog geen herstel optrad. (Ook adviseerde hij elektrotherapie; een statistisch onderzoek van MOSFORTH en TAVERNER in 1958 toonde daarvan echter geen baat aan.)

In 1971 schreef Prof. JONGKEES een caput selectum waarin hij wederom pleitte voor operatieve decompressie, na enkele weken, met de toevoeging dat statistische fundering wenselijk zou zijn. Daarna uitte hij in de correspondentie daarover in

dit tijdschrift nogmaals zijn „behoefte aan een breed opgezet en uitgewerkt vergelijkend onderzoek”.

Een dergelijk onderzoek is echter slechts gerechtvaardigd als de benodigde gegevens nog niet beschikbaar zijn. De laatste jaren is echter op dit gebied veel werk verricht, o.a.:

1. door MECHELSE e.a. — waaronder KNO-artsen — wat betreft de operatieve behandeling, met als conclusie: geen steun voor de hypothese dat decompressie in de 2e of 3e week of later na de verlamming therapeutisch effect heeft (1971) — jammer;

2. door TAVERNER e.a. wat betreft de behandeling met prednisolon, binnen enkele dagen, met als conclusie: prednisolon is het middel der keuze voor de behandeling van de verlamming van Bell (1971) — verheugend.

MECHELSE heeft in een brief aangedrongen op een vergelijkende beoordeling, door de statistische deskundige van dit

tijdschrift, van het door hem gepubliceerde onderzoek en van een door Prof. JONGKEES gerefereerd onderzoek van GIANCARLO. Aan dat verzoek is door de redactie m.i. niet voldaan: MECHELSE krijgt kritiek maar geen echt *judicium*, en GIANCARLO wordt niet meer genoemd.

Moeten de lezers het dan zelf proberen? Met de „hm-methode”? (Deze „bestaat hierin, dat men de rechterhand aan de kin brengt, de duim rechts, de andere vingers links, dan de lippen oopenperst en de wenkbrauwen samentrekt, vervolgens „hm” zegt, en tenslotte een oordeel ten beste geeft”; VAN DANTZIG, geciteerd in RÜMKE en VAN EEDEN 1961.)

Ik zou de redactie een nieuw verzoek willen doen: vergelijkende beoordeling van het onderzoek van MECHELSE e.a. (1971) en van TAVERNER e.a. (1971) door een statisticus die er geen bezwaar tegen heeft dat zijn naam genoemd wordt. (Het signaleren van de betreurenswaardige — inmiddels gerectificeerde — vergissingen in de summary van MECHELSE lukt ook zonder statisticus.)

Wat brengt mij tot het schrijven en inzenden van deze brief? Misschien dat ik als neuroloog graag wil weten of therapie bij de verlamming van Bell in gevallen met slechte prognose — daarvan heeft MECHELSE betrouwbare criteria, TAVERNER ook — thans de toets der kritiek kan doorstaan, en zo ja, welke behandeling de voorkeur verdient. Uiteraard heeft zowel operatie als prednisolon hun complicaties.

In de *Lancet* schrijft TODD (1972): „There is now wide agreement that treatment should be given because there is evidence that it is effective, not because a priori grounds suggest that it should be effective.”

Vanzelfsprekend zijn ook persoonlijke drijfveren in het spel bij het schrijven van brieven; maar ook bij niet schrijven. Waarom schrijven sommige anderen, waaronder bijvoorbeeld ter zake kundige KNO-artsen, geen ingezonden brieven over deze nu jaren durende controverse? Zijn zij wijzer?

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1950) *Ned. T. Geneesk.* 94, 3370; (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1264. — MECHELSE, K., A. H. VAN BOLHUIS, G. GOOR, E. HAMMELBURG, E. H. HUIZING, A. STAAL en A. VERJAAL (1971) *Lancet* II, 57. — MOSFORTH, J. en D. TAVERNER (1958) *Brit. med. J.* II, 675. — RÜMKE, CHR. L. en C. VAN EEDEN (1961) *Statistiek voor medici*. Stafleu, Leiden. — TAVERNER, D., S. B. COHEN en B. C. HUTCHINSON (1971) *Brit. med. J.* IV, 20. — TODD, J. W. (1972) *Lancet* I, 33.

Rotterdam, februari 1972

H. VAN CREVEL

Bij de referentie aan mijn klinische les uit 1950 maakt de inzender een vergissing. Ik heb nooit elektrotherapie ter genezing van de paralyse van Bell aangeraden, maar wel om naast massage, vooral na een operatie, de spieren in zo goed mogelijke conditie te houden.

In 1971 pleitte ik er niet voor dat een decompressie na enkele weken zou plaats vinden. Ik schreef letterlijk als antwoord op de vraag „wanneer moet men patiënten met facialisparalyse opereren?”. En even later: dit is pas mogelijk indien Bell's palsy inderdaad als „emergency” wordt beschouwd.

Als collega VAN CREVEL zich er over beklaagt dat collega MECHELSE geen echt *judicium* kreeg van de statistische adviseur van ons tijdschrift beoordeelt hij diens functie verkeerd. Diens taak is niet het uitspreken van vergelijkende *judicia* over elders gepubliceerde onderzoeken.

Onder andere het feit dat de operatietechniek van MECHELSE e.a. in een essentieel detail verschilde van de alge-

meen gebruikelijke techniek van de decompressie van de nervus facialis heeft op zichzelf reeds onvergelykbaarheid van onze uitkomsten ten gevolge. In mijn referaat over het artikel van GIANCARLO en MATTUCI heb ik duidelijk gesteld (1971, bl. 1612) „dat aan de vergelijking van deze behandelingen geen aseletering vooraf ging, doch dat het niet wel in te zien is op welke wijze de beslissing zich niet te laten opereren in het bijzonder met een neiging tot degeneratie van de zenuw zou kunnen samenhangen”.

Ik heb dan ook twee (onvolmaakte) aanwijzingen — die van MECHELSE e.a. en die van GIANCARLO en MATTUCI (en evenzo die van ALFORD c.s.) — tegenover elkaar gesteld en ben geëindigd met de zin: „ook dit heeft mijn behoefte aan een breed opgezet en uitgewerkt vergelijkend onderzoek niet opgeheven” (1971 bl. 1620).

Ik herhaal gaarne ook nu weer de neuroloog. Ik vrees dat veel van de onzekerheid waarover VAN CREVEL klaagt, het gevolg is van het feit dat een groot deel van de belangrijke onderzoeken over het wezen van de verlammingen van de nervus facialis de laatste kwart eeuw in oorheeskundige tijdschriften is gepubliceerd. Dit feit was voor mij ook de aanleiding tot het schrijven van mijn *caput selectum* in 1971, dat daarom dan ook van een literatuurlijst is voorzien. Zolang de uitkomsten van een goed opgezet en uitgewerkt vergelijkend onderzoek niet beschikbaar zijn, zou ik als volgt willen samenvatten wat naar mijn mening de beste gedragslijn voor de behandelende arts is:

1. Onmiddellijk vaststellen of er sprake is van een perifere of van een centrale verlamming.

2. In het eerste geval vaststellen of er sprake is van een ooraandoening (vooral letten op loopoor, gehoorfunctie, intact trommelvlies, intacte membraan van Shrapnell).

3. Bij iedere infectie van het middenoor bevorderen dat terstond wordt geëxploreerd.

4. Als men meent met Bells paralyse te maken te hebben toch zorgvuldig onderzoeken op herpesblaasjes en andere afwijkingen, zeker indien het begin van de ziekte en de verschijnselen niet geheel volgens het „patroon” zijn.

5. Als het een Bellse verlamming is, nauwkeurig nagaan of het een gedeeltelijke dan wel een totale verlamming is; blijven controleren of de verlamming alsnog totaal wordt.

6. Bij twijfel en zeker bij totale verlammingen terstond laten onderzoeken of er degeneratieverschijnselen van de zenuw zijn en in elk geval onmiddellijk ACTH of cortisonepreparaten (TAVERNER) geven.

7. Mocht ondanks deze therapie toch de degeneratie doorzetten, hetgeen soms al binnen enkele dagen blijkt uit het stijgen van de dagelijks (of vaker) te controleren transcutane prikkelrempel, dan dient men de patiënt ervan op de hoogte te brengen dat de kans op volledig herstel niet meer aanwezig is, en dan kan men de mogelijkheden van een onmiddellijk uit te voeren decompressie-operatie met hem bespreken.

De tien overwegingen uit mijn *caput selectum* zullen de arts daarbij, hoop ik, ook de overtuiging geven, dat we met de decompressie-operatie, op de goede weg zijn.

Amsterdam, maart 1972

L. B. W. JONGKEES

Behandeling van hypoglykemie

Het heeft mij verwonderd dat collega BLOMHERT (1972) in zijn voor de praktijk geschreven artikel schrijft dat het intraveneus toedienen van glucagon tot nu toe van weinig betekenis is geweest. Naar veler overtuiging is glucagon het ideale middel in de huispraktijk voor behandeling van de hypoglykemie bij lijdens aan diabetes mellitus bij wie orale