

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 oorheekkundige 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 prikkel drempel, 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

toediening van glucose niet meer mogelijk is. Het kan intramusculair of subcutaan gegeven worden. Verschillende mij bekende huisartsen hebben steeds glucagon in voorraad; aan intelligente ouders of echtgenoten van diabetespatiënten kan het gebruik ervan geleerd worden. Hierdoor is het mogelijk sneller hulp te bieden en een ziekenhuisopname te voorkomen.

Wie de moeilijkheden kent waarmee de intraveneuze toediening van grote hoeveelheden glucoseoplossing aan een agressieve en worstelende patiënt gepaard kan gaan, zal ook in het ziekenhuis de eenvoudige toediening van glucagon een uitkomst vinden.

Literatuur: BLOMHERT, G. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 262.

Laren, 14 februari 1972

W. A. BOEKELMAN

Collega BOEKELMAN heeft gelijk als hij zich verwondert over het feit dat ik de behandeling met glucagon met een enkele zin afdoe. Met een dosering van 1 mg zowel intraveneus als intramusculair kan een hypoglykemie worden bestreden.

Blijkens een onderzoek van MACCUIISH c.s. (1970) blijken echter minder dan de helft van de patiënten met hypoglykemie, opgenomen in het Royal Infirmary in Edinburgh, op deze therapie te reageren. Verhoging van de dosis had zelden een beter resultaat. In alle gevallen moet trouwens glucose worden nagegeven. Dat deze werking zo onzeker is, is te begrijpen omdat het effect waarschijnlijk berust op glycogenolyse van leverglycogeen. Er is dus een grote kans dat de injectie niet werkt in een periode waarin de lever weinig glycogeen bevat, zoals bij hypoglykemie zeer vaak het geval is, vooral in de eerste uren van het etmaal.

De reserve van glucose is trouwens in het algemeen gering. Het leek mij derhalve niet wenselijk naast een steeds werkende behandeling (het geven van glucose of een ander suiker) een therapie naar voren te halen die slechts in 40% van de gevallen goed werkzaam is. Wanneer een hypoglykemie te lang voortbestaat zijn de gevaren voor hersenschadiging zeer groot. Een ineffektieve therapie kan dus gevaarlijk zijn.

Literatuur: MACCUIISH, A. C., J. F. MUNRO en L. J. P. DUNCAN (1970) *Lancet II*, 946.

's-Gravenhage, 21 februari 1972

G. BLOMHERT

In het artikel van collega BLOMHERT (1972) valt op, dat uitsluitend gesproken wordt over de ernstige eindsymptomen van de hypoglykemie en de daaraan ten grondslag liggende ernstige ziekten die in de praktijk, afgezien van diabetes, zelden voorkomen. Niet genoemd worden de veelvuldig voorkomende lichte hypoglykemieën door te weinig glucose-aanbod t.o.v. het gebruik. Een onvoldoende ontbijt leidt aan het eind van de morgen bij zeer veel mensen tot de meeste symptomen die door collegae BLOMHERT worden vermeld. Bij ongetrainde gezonde mensen ontstaan, wanneer sportieve prestaties gevraagd worden, zonder voldoende glucoseleverende voeding, duidelijke storingen in motoriek en gedrag. Een complicerende factor hierbij is, dat niet het hongergevoel dat naar glucoseleverende voeding vraagt, ontstaat maar juist een weerzin tegen speciaal zoete voedingsmiddelen. Mensen die hun eerste symptomen van hypoglykemie kunnen herkennen, weten dan ook dat, hoewel niet de minste behoefte aan en zelfs tegenzin tegen glucose of suikertabletten bestaan, toch alleen deze hen weer „normaal” maken. Hoeveel kinderen op school worden op het eind van de

morgen niet licht hypoglykemisch, hetgeen gaperigheid, humeurigheid, onrust, minder goede prestaties en conflicten met onderwijzers in de hand werkt — nog versterkt, omdat ook de leraar niet meer in evenwicht is. Irritatie in het verkeer op het eind van de dag wordt wellicht mede door een lichte hypoglykemie veroorzaakt.

De symptomen van te laag bloedsuikergehalte zullen altijd worden gezien bij te gering aanbod, te groot verbruik en falend regulatiemechanisme van het bloedpercentage van de glucose. Collega BLOMHERT neemt alleen de ernstige afwijkingen van het regulatiemechanisme in beschouwing. Het leek mij dat in de rubriek „Voor de praktijk” een bespreking van de storingen, waarbij vooral een onvoldoende aanbod en te hoog verbruik van de glucose een rol spelen, niet helemaal gemist kon worden.

Literatuur: BLOMHERT, G. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 262.

Amsterdam, 18 februari 1972

R. L. CORNELISSEN

Vasten en overmatige spierarbeid bij normalen doet geen hypoglykemie ontstaan. Bij patiënten met z.g. functionele hypoglykemie, waarbij na gebruik van overmatige hoeveelheden koolhydraten, 2 tot 4 uur later lage bloedsuikerwaarden ontstaan, zijn de verschijnselen zeer vaag. In veel gevallen worden bloedsuikerwaarden bereikt die bij normalen geen symptomen veroorzaken, zodat het waarschijnlijk is dat psychogene factoren van betekenis zijn (BONDY 1969). De door collega CORNELISSEN genoemde symptomen kunnen zeer gemakkelijk anders worden verklaard.

Gaarne zou ik overigens de bron vernemen die de bewijzen heeft geleverd, dat normale schoolkinderen en onderwijzend personeel op het eind van de morgen hypoglykemisch kunnen worden met de beschreven resultaten.

Literatuur: BONDY, P. K. (1969) in: DUNCAN, *Diseases of metabolism*. 6e druk, bl. 269. Saunders, Philadelphia.

's-Gravenhage, 25 februari 1972

G. BLOMHERT

Het moederschap als creatieve daad

Prof. KLOOSTERMAN (1971) snijdt in zijn klinische les ook het onderwerp abortus arte provocatus aan. Het in discussie treden over dit onderwerp is een hachelijke zaak, en wel omdat er zoveel buiten het directe vakgebied van de medicus gelegen aspecten aan zitten. Levensbeschouwing, filosofische instelling, ethische opvattingen en persoonlijke emotionele betrokkenheid beïnvloeden in hoge mate het standpunt dat men inneemt.

Het komt mij voor dat het antwoord op de vraag: „Heeft de menselijke vrucht als zodanig waarde, of ontleent zij haar betekenis alleen aan de waarde die de ouders er aan toekennen”, van essentieel belang is voor de houding die men ten opzichte van de abortus provocatus aanneemt!

Omdat Prof. KLOOSTERMAN in zijn klinische les stelde dat er slechts één indicatie is voor abortus, nl. de weigering van de vrouw de zwangerschap te aanvaarden, kreeg ik de indruk dat hij tenderde naar de opvatting dat de waarde van de vrucht afhankelijk is van de waardering die de vrouw (of het ouderpaar) er voor heeft. Hiertegenover stelde ik mijn opvatting, dat de menselijke vrucht als zodanig waarde heeft, ongeacht het al of niet gewenst zijn van de zwangerschap.

Een consequentie van deze opvatting is, dat de wens van de vrouw niet een indicatie voor abortus kan zijn. Immers, indien men ervan uitgaat dat de vrucht als zodanig waarde