

een darminfarct kreeg, leed dus blijkbaar aan een andere vorm van sikkcelziekte. Dit is een betreurenswaardige vergissing, temeer daar op grond hiervan de heterozygoot iedere vliegreis in een vliegtuig zonder drukkabine wordt ontraden.

Er zijn verschillende Amerikaanse publikaties over het ontstaan van een (milt)infarct bij heterozygoten tijdens een vliegreis op grotere hoogte in een vliegtuig zonder drukkabine, bv. bij een vlucht over de Rocky Mountains (vlieghoogte 3000-5000 m). In het artikel van GREEN e.a. wordt de desbetreffende literatuur vermeld. In dit artikel wordt dan ook niet gesuggereerd dat het vliegen met vliegtuigen zonder drukkabine tot Afrika beperkt zou zijn. Hun zesde patiënte vloog trouwens van Antigua naar San Juan in een klein vliegtuig zonder drukkabine.

Men behoeft dus de heterozygoot niet iedere vlucht in een vliegtuig zonder drukkabine te ontraden, doch alleen het vliegen op grotere hoogte (meer dan 3000 m).

Amsterdam, 14 juni 1972

P. J. ZUIDEMA

### *Beperking van het rifamycine-gebruik*

De oproep van collega BAART DE LA FAILLE (1972) over het beperken van het toepassingsgebied van rifamycine zal door de vorm waarin het gesteld is wel enige weerstand opwekken.

Het pleiten voor een oordeelkundig gebruik van rifamycine en de derivaten zoals rifampicine, bij de behandeling van tuberculose zal iedereen kunnen onderschrijven. Dit oordeelkundig gebruik zal dan moeten bestaan uit een juiste dosering gedurende voldoende lange tijd en liefst in combinatie met andere op tuberkelbacteriën werkende middelen (tuberculostatica).

Het beperken van deze stoffen tot de behandeling van tuberculose zou onjuist zijn. Men denke alleen al aan de gunstige resultaten bij de behandeling van leprapatiënten, voor wie de antibiotica van deze reeks een uitkomst kunnen betekenen.

De hoge concentratie van rifamycine in de gal maakt het tot een geschikt middel om bij galwegenontstekingen toe te passen indien andere middelen falen.

Gerichte therapie behoeft in dit opzicht niet van invloed te zijn op het ontstaan van resistentie bij tuberkelbacteriën.

Op het ogenblik is de behandeling met rifamycine en de daarvan afgeleide verbindingen nog een kostbare zaak. We mogen hopen dat mede hierdoor het oordeelkundig gebruik van deze stoffen in de hand gewerkt wordt.

*Literatuur:* BAART DE LA FAILLE, R. L. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1057.

Leiden, 16 juni 1972

H. L. WOLFF

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### CHINA

*Acupunctuur-anesthesie.* De Engelse huisarts P. E. BROWN heeft met twee collega's een bezoek aan China gebracht en heeft daar een aantal ziekenhuizen in bedrijf gezien. Hij beschrijft zijn waarnemingen ten aanzien van de acupunctuur-anesthesie in het *Lancet* van 17 juni (bl. 1328). De term is volgens hem incorrect, want de patiënt blijft bij zijn volle

*Ned. T. Geneesk.* 116, nr. 29, 1972

### *Een gebroken tand als oorzaak van een uitwendige colonfistel*

De collegae SOER en DEN OTTER (1972) delen een welhaast uniek geval mede van fistelvorming na perforatie van het colon door een corpus alienum. Perforatie zonder meer van de tractus digestivus door een corpus alienum komt echter meer voor.

HENDERSON en GASTON (1938) vermeldden op 800 gevallen 9 perforaties. SIDONS (1939) had 3 perforaties op 126 gevallen. MC. PHERSON, KARLON en WILLIAMS (1957) geven aan dat 1% van de corpora aliena welke in de tractus digestivus komen, perforeren.

Uit onze gegevens blijkt dat er 28 perforaties voorkwamen bij 2169 corpora aliena, dus ruim 1%. Omdat deze perforaties — indertijd 27 — (DRIJVERS 1969) niet verder gespecificeerd werden, wil ik dit naar aanleiding van bovenstaande mededeling alsnog doen.

Er waren 7 gevallen van maagperforatie, 6 van duodenumperforatie, 7 maal werd de dunnedarm geperforeerd en het colon 8 maal. Bij deze 8 colonperforaties betrof het tweemaal het coecum, eenmaal het colon transversum en vijfmaal het colon descendens. Na verwijdering van de corpora aliena en overhechten van de perforatie-openingen waren er postoperatief geen bijzonderheden.

Fistelvorming zoals de schrijvers mededelen, is zover mij bekend, ook in de literatuur uiterst zeldzaam en maakt reeds daarom al dit casuïstische geval tot een zeer interessante bijdrage.

*Literatuur:* DRIJVERS, J. A. M. (1969) Corpora aliena in de tractus digestivus bij gedetineerden. *Ned. T. Geneesk.* 113, 1824. — HENDERSON, F. F. en E. A. GASTON (1938) *Arch. Surg.* 36, 66. — MC.PHERSON, R. C., M. KARLON en R. D. WILLIAMS (1957) Foreign body perforation of the intestinal tract. *Amer. J. Surg.* 94, 564. — SIDONS, A. H. M. (1939) Swallowed foreign bodies. *Proc. roy. Soc. Med.* 32, 885. — SOER, J. R. en G. DEN OTTER (1972) Een afgebroken tand als oorzaak van een uitwendige colonfistel. *Ned. T. Geneesk.* 116, 638.

's-Hertogenbosch, mei 1972

J. A. M. DRIJVERS

Het overzicht dat collega DRIJVERS geeft is zeker zeer interessant en leerzaam, temeer daar er uit blijkt dat tijdige herkenning en eenvoudige overhechting van perforatie-openingen tot optimale resultaten kunnen leiden.

Amsterdam, juni 1972

J. R. SOER  
G. DEN OTTER

bewustzijn, terwijl het pijngevoel in het operatiegebied verdwenen is. Er is geen sprake van hypnose of suggestie. BROWN heeft met verscheidene patiënten op willekeurige ogenblikken gedurende de operatie gesproken en hij heeft foto's gemaakt. In Shanghai is hij aanwezig geweest bij een lobectomie, waarbij de rechterboven-longkwab van een man van 30 à 40 jaar wegens een groot tuberculoom werd verwijderd. Er was slechts één naald van 5 cm gestoken boven de rechter biceps; de naald werd door de anesthesiste gemanipuleerd,