

tuurlijst was misschien niet geheel volledig, doch gaf naar mijn mening voor geïnteresseerden wel de laatste belangrijke gegevens over de werking van chlooramfenicol.

In punt 3 van zijn ingezonden stuk vermeldde collega KROON dat thiamfenicol in een dierexperimenteel onderzoek in alle proefopstellingen exact dezelfde werking bleek te hebben als chlooramfenicol. Deze indruk kreeg ik ten aanzien van hun toxische werking op het beenmerg naar aanleiding van het aspect van het beenmergpunctaat van onze patiënt, dat precies dezelfde kenmerken te zien gaf als bij chlooramfenicolintoxicatie, in het bijzonder de in ons preparaat voorkomende vacuolen in het cytoplasma van de erythroblasten en myeloïde cellen, de reticulocytopenie en de rijpingsremming.

De term biochemische predispositie die waarschijnlijk genetisch is gedetermineerd, werd gesteld naar aanleiding van de bevindingen bij identieke tweelingen die chlooramfenicol kregen, bij wie aplastische anemie ontstond en bij wie het identieke verloop suggereert dat genetisch gedetermineerde factoren betrokken zijn bij deze vorm van reactie op dit geneesmiddel.

In mijn artikel komt inderdaad niet tot uitdrukking, dat chlooramfenicol twee soorten van beenmergdepressie kan geven, t.w. de vroege vorm en de zeldzame maar ernstiger complicatie, gekarakteriseerd door „a late clinical onset” (3 tot 6 weken na de laatste dosis van chlooramfenicol). Tussen deze twee vormen van toxische werking bestaat geen duidelijk verband en, zoals collega KROON reeds opmerkte, is over het ontstaansmechanisme van de laatste vorm tot nu toe niets bekend.

Literatuur: Editorial (1970) Chloramphenicol induced bone marrow suppression. *J. Amer. med. Ass.* 213, 1183. — INGALL, D., J. D. SHERMAN, PH. D. F. COCKBURN en R. KLEIN (1965) Amelioration by ingestion of phenylalanine of toxic effects of chloramphenicol on bone marrow. *New Engl. J. Med.* 272, 180. — LEIKIN, S. L., H. WELCH en G. H. GUIN (1961) Aplastic anaemia due to chloramphenicol. *Clin. Proc. Child Hosp. (Wash.)* 17, 171. — NAGAO, T. en M. MAURER (1969) Drug induced aplastic anaemia in identical twins. *New Engl. J. Med.* 281, 7. — VEEN, M. R. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 338. — YUNIS, A. A., U. S. SMITH en A. RESTREPO (1970) Reversible bone marrow suppression from chloramphenicol: A consequence of mitochondrial injury. *Arch. intern. Med.* 126, 272, 275.

Rotterdam, juni 1972

M. R. VEEN

Dubbelzijdige traumatische pneumothorax

Het ingezonden stukje van collega M. N. ROEGHOLT (1972) geeft mij aanleiding nog even terug te komen op het artikel van collega BUURKE (1972).

Als ouder tuberculose-arts heb ik nog vele honderden patiënten behandeld met een kunstmatige pneumothorax. Óf tijdens deze behandeling, óf ook wel spontaan, zagen we in die jaren nog wel eens een lekje tussen long en pleuraholte ontstaan.

Condooms waren destijds nog niet zo in de mode als tegenwoordig, maar ook toen werd deze complicatie vaak opgevangen door een eenvoudige venapunctienaald of vleugelnaald in te brengen en hier het topje van een rubber handschoen op te bevestigen en dit te perforeren.

Officieel was destijds in gebruik de naald van Cardis. Dit was een vleugelnaald met bovenop een klein ventieltje door een plaatje. Het bezwaar van deze naald was, dat ze door

het vocht nogal eens verstopt raakte doordat het plaatje ging kleven.

Met collega BUURKE ben ik het eens, dat een heel hoog percentage van de pneumothoraxgevallen eenvoudig nog min of meer conservatief behandeld kan worden, waarbij men voorzichtig lucht afzuigt onder controle van een watermanometer. Alleen in het geval, dat er sprake is van grotere emfyseemblazen pleegt het lekje niet binnen 24 uur te verkleven en wordt een veel agressievere therapie wenselijk.

De behandeling wordt dus de eerste 24 uur: alleen hinderlijke overdruk door een pneumothoraxnaald voorzichtig afzuigen tot omstreeks de nuldruk en pas naderhand, om de resorptie van de lucht te versnellen, verder afzuigen, maar nooit met grote hoeveelheden tegelijk, bijvoorbeeld maximaal 800 ml.

Ik heb bepaald niet de indruk gekregen, dat ik op deze manier meer recidieven van spontane pneumothoraxen heb gezien dan bij het agressievere afzuigen via het inbrengen van catheters en het inblazen van geïodeerde talk, wat voor een patiënt toch vrij ingrijpend is en op den duur op de longfunctie een ongunstige invloed uitoefent.

Omstreeks 1939 is door collega DIJKSTRA in Berg en Bosch al vastgesteld, dat uit de pneumothoraxlucht de zuurstof veel sneller wordt geresorbeerd dan de stikstof.

Literatuur: BUURKE, E. J. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 895. — ROEGHOLT, M. N. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1064.

Utrecht, juni 1972

R. L. BAART DE LA FAILLE

Verlamming van Bell

De verzekering van Prof. JONGKEES (1972) „dat we met de decompressie-operatie op de goede weg zijn” heeft mij niet kunnen overtuigen; ik zal trachten uiteen te zetten waarom.

Decompressie komt alleen in aanmerking bij patiënten met slechte prognose. Het stellen van de prognose op betrouwbare wijze m.b.v. elektrofysiologische methoden is pas mogelijk na enkele dagen — volgens sommigen na een week. Waarschijnlijk is het zenuwletsel reeds binnen het eerste etmaal na de verlamming een voldongen feit (TAVERNER, persoonlijke mededeling 1972), zodat een operatie na enkele dagen te laat komt. Dit standpunt wordt gedeeld in *Current Therapy* (HINTERBUCHNER 1972).

Voorstanders van chirurgische behandeling hebben dan ook m.i. de verplichting het bewijs van het nut van operatie te leveren, ook al is dat een zware en onaantrekkelijke opgave; zoals Prof. JONGKEES zelf in een „round table discussion” daarover te Kopenhagen eens zei: „I have operated on a great many patients, and I have never been able nor really tried to make a statistical analysis.”

Sinds die discussie heeft TAVERNER het nuttig effect van prednisolon (onmiddellijk na de verlamming) aangetoond, zoals kort geleden nog in dit Tijdschrift (POSTHUMUS MEYJES 1972) werd gerefereerd. Daardoor drukt m.i. bovengenoemde bewijslast nog zwaarder. Men zou zelfs kunnen stellen dat een dergelijk onderzoek thans nauwelijks meer gerechtvaardigd is. Anderzijds zou een duidelijk gunstig effect van operatie statistisch aangetoond kunnen worden m.b.v. een betrekkelijk klein aantal patiënten.

Om der wille van de duidelijkheid zal ik in mijn briefwisseling met Prof. JONGKEES niet op alle details ingaan — wat betreft zijn verwijt van onjuist citeren moge ik hem verzoeken zijn klinische les van 1950 en mijn brief nog eens te herlezen — maar mij tot de hoofdzak beperken:

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 30, 1972