

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

1. Hoeveel dagen na het begin opereert Prof. JONGKEES bij een verlamming van Bell? Welke criteria hanteert hij bij de selectie van de prognostisch ongunstige gevallen?

2. Is Prof. JONGKEES het met mij eens dat het nut van opereren alsnog statistisch bewezen moet worden?

Wensen artsen dat hun medisch-technische autoriteit geaccepteerd wordt, dan dienen zij die autoriteit waar te kunnen maken.

*Literatuur:* HINTERBUCHNER, L. P. (1972) In: CONN, *Current therapy*. Saunders, Philadelphia. — JONGKEES, L. B. W. (1965) *Arch. Otolaryng.* 81, 546; (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 578. — POSTHUMUS MEYJES, F. E. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 797.

Rotterdam, juni 1972

H. VAN CREVEL

Collega VAN CREVEL stelt twee vragen.

Vraag 1 heb ik in mijn klinische les (1971a) en in mijn antwoord op een vorig ingezonden van collega VAN CREVEL

(1972) reeds beantwoord: zo snel mogelijk. De criteria zijn daar ook in punt 7 aangegeven: dagelijks of vaker controleren van de transcutane prikkel drempel.

Vraag 2. Vele malen heb ik mij reeds over de wenselijkheid van een goed opgezet statistisch onderzoek uitgelaten (1965, 1971b, 1972).

De laatste alinea van collega VAN CREVEL is een niet uit de discussie of uit de literatuur volgende algemene opmerking, die, als toespeling, geen weerwoord verdient.

Het vragen naar de bekende weg en het maken van toespelingen zijn strijdig met de opzet van een redelijke discussie. Aangezien de heer VAN CREVEL deze vorm verkozen heeft, voel ik mij ontslagen van de plicht deze discussie voort te zetten.

*Literatuur:* CREVEL, H. VAN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 577. — JONGKEES, L. B. W. (1965) *Arch. Otolaryng.* 81, 546; (1971a) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1264; (1971b) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1621; (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 578.

Amsterdam, juli 1972

L. B. W. JONGKEES

## BERICHTEN

### Buitenland

#### EUROPA

*Hervorming geneeskundige opleiding.* Een commissie van deskundigen van de Raad van Europa heeft de bases gelegd voor een hervorming van de geneeskundige opleiding: strengere numerus clausus en selectie, voorbereiding van nieuwe leerprogramma's, en opleiding van opleiders in de geneeskunde. De commissieleden zijn afkomstig uit de 14 lid-staten van de Raad van Europa (inclusief Nederland); het zijn hoogleraren en gezaghebbende gezondheidsfunctionarissen, alsmede — voor het eerst — drie studenten die studentenorganisaties van drie landen vertegenwoordigen. Volgens de commissie ontwikkelt de geneeskunde zich zo snel, dat artsen voortdurend zullen moeten studeren; als consequentie daarvan moet het mogelijk zijn, de geneeskundige opleiding te bekorten. Dit zijn radicale wijzigingen, die meebrengen dat het hele opleidingssysteem op de helling moet. Ieder land zal het aantal benodigde artsen per jaar moeten schatten en de omvang van de opleiding zal daarmee rekening moeten houden; dit betekent verscherping van de numerus clausus. De curricula moeten worden afgestemd op de behoefte van de maatschappij; hierbij dienen de afzonderlijke faculteiten der geneeskunde een zekere mate van onafhankelijkheid te bezitten. Intermenselijke verhoudingen worden steeds belangrijker; bij de ontwikkeling van de algemene gezinsgeneeskunde moet aandacht worden besteed aan behavouristische en psychologische problemen. Uitgaande van de erkenning dat een goed arts nog geen goed leraar behoeft te zijn, sprak de commissie ook de hoop uit dat toekomstige leraren een speciale pedagogische training zullen ontvangen. Negen landelijke rapporten betreffende de huidige opleidingen hebben aan het overleg van de commissie in Straatsburg tot grondslag gediend. De rapporten zijn verkrijgbaar bij de Council of Europe Press Service. (*Med. News*, 27 juni.)

#### GROOT-BRITANNIË

*Gevaarlijke sla.* Dr. A. T. HUNT, medical officer of health van West Gloucestershire, heeft in *Community Medicine* (16 juni) verslag uitgebracht over de leverbot-epidemie die zich te

Tidenham heeft voorgedaan. In een interview met *Medical News-Tribune* (3 juli) wijst hij op de mogelijkheid dat er na de komende uitbreiding van de EEG meer sla uit Frankrijk het land zal binnenkomen, in het bijzonder cresson. Dit is de enige rauw genuttigde sla-soort waarmee de waterslak *Lymnaea truncatula* in contact kan komen. Deze waterslak is tussengastheer voor de cercaria van de leverbot *Fasciola hepatica*. De slakken worden actief in de maanden maart tot juni. De in hun lichaam aanwezige cercaria verlaten hun tussengastheer, komen in het water terecht en enkysteren zich op de bereikbare planten, dus ook op de cresson die in dit water groeit. Als deze wordt opgegeten, ontwikkelen de leverbotten zich in de darm, en ze dringen de lever en soms ook de long binnen. Aan de Tidenham-epidemie heeft Frankrijk echter geen schuld gehad. Wel is de infectie overgebracht via genuttigde cresson. Deze was afkomstig van een groentehandelaar die cresson verkocht die men uit een sloot had gehaald waarin faecaliën terecht kwamen.

Volgens Dr. HUNT zijn er vermoedelijk honderden mensen met lichte klachten ten gevolge van een niet herkende fascioliasis. De eerste gevallen van de Tidenham-epidemie werden herkend door een thorax-specialist. Het betrof een echtpaar, waarvan zowel de man als de vrouw klaagde over pijn in de borst en een koortsig gevoel. Bij routine-onderzoek werd eosinofilie vastgesteld, terwijl in de faeces *Fasciola*-eieren werden gevonden.

#### VERENIGDE STATEN

*Sperma-uitscheiding na vasectomie.* MARSHALL en LYON hebben bij 400 mannen van 24 tot 60 jaar die een vasectomie hadden ondergaan telkens een op de vier ejaculaten onderzocht. Daarbij bleek dat bij acht van deze mannen tijdelijk spermatozoa in het semen voorkwamen. De vasectomie was uitgevoerd door excisie van een klein deel van de ductus deferens, elektrocoagulatie van de lumina, afbinding van de doorgesneden ductus met zijde, en ombuiging van de einden in een richting van elkaar af. De mannen kregen het advies telkens na vier ejaculaten een proefmonster ervan naar het laboratorium te brengen. Bij drie van de gevasectomiseerde mannen verschenen de spermatozoa in de eerste maand na