

## *Prof. Dr. J. Goslingsprijs*

In januari 1977 hoopt de Nederlandse Vereniging van Reumatologen voor de derde maal de Prof. Dr. J. Goslingsprijs uit te reiken.

Voor deze prijs komen in aanmerking medische studenten, assistenten in opleiding en medisch-wetenschappelijke onderzoekers jonger dan 30 jaar. De prijs, bestaande uit een oorkonde en een geldbedrag, zal worden toegekend op grond van een op de reumatologie betrekking hebbend wetenschappelijk onderzoek, weergegeven in een academisch proefschrift op een artikel in een wetenschappelijk tijdschrift.

Kandidaten worden verzocht hun publikatie — bij voorkeur in zesvoud — alsmede een kort curriculum vitae vóór 1 oktober a.s. in te zenden aan de secretaris van het Concilium Rheumatologicum, mw. J. H. LAVEN-PIETERSEN, Hofwijckstraat 50, Voorburg.

## *Diagnostiek van leukemie*

De Beenmergpreparatencommissie als onderdeel van de Werkgroep Leukemie bij Volwassenen, die reeds enkele jaren onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Hematologie werkzaam is, stelde in juni 1975 de mogelijkheid open om preparaten van leukemiepatiënten in te sturen om tot meer uniformiteit te komen in de diagnostiek van de leukemie en om een mogelijkheid te bieden tot toetsing van eigen diagnose vooral in diagnostisch moeilijke gevallen. Bovendien wordt hierdoor een inzicht verkregen in de spreiding van de acute leukemie bij volwassenen in Nederland. De commissie bestaande uit de collegae: mw. R. SCHREUDER-VAN GELDER en Dr. R. GOUDSMIT (Amsterdam), Dr. P. LOPES CARDOZO (Leiden), Prof. Dr. C. HAANEN en J. STEENBERGEN (Nijmegen), mw. W. SIZOO en W. F. STENFERT KROESE (Rotterdam) en K. PUNT (Utrecht) en enkele technische medewerkers hebben in het jaar 1975 van 180 patiënten preparaten toegezonden gekregen uit een aantal klinieken in Nederland en zelfs uit Tanganyika. Een eerste beoordeling werd zo snel mogelijk telefonisch doorgegeven waarna enige tijd later het oordeel van de commissie schriftelijk werd toegestuurd.

## INGEZONDEN

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

## *Definitie van CARA*

Het antwoord op mijn ingezonden brief (1976) betreffende de CARA-diagnostiek en definitie bewijst het onbegrip dat er nog heerst over de pathologie van de tractus respiratorius. Met CARA wordt bedoeld, zoals VAN DER LENDE schrijft, chronische aandoeningen van de luchtwegen en longen waarvoor geen specifieke oorzaak is aan te wijzen. Inderdaad zijn er de luchtwegen, zoals de neus, nasopharynx en

Collegae die preparaten willen inzenden, kunnen hiervoor formulieren verkrijgen bij het wetenschappelijk secretariaat van het Rotterdamsch Radio-Therapeutisch Instituut, ter attentie van mw. P. DE HAAN, Groene Hilledijk 301, Rotterdam, tel. 010-858800, toestel 218. Bij het inzenden van de preparaten dient men gebruik te maken van kwalitatief goede beenmerg- en perifere bloeduitstrijken (vingerprik) zonder gebruik van anti-coagulantia. Daar de preparaten veelal gebroken aankomen is degelijke verpakking noodzakelijk.

Voorlopig worden vanuit deze commissie nog geen richtlijnen gegeven voor enige therapie. Het werk van de commissie wordt gefinancierd door het Koningin Wilhelmina Fonds.

## *Subsidie-aanvragen Gezondheidsorganisatie TNO*

De Gezondheidsorganisatie TNO brengt onder de aandacht van belanghebbenden, dat subsidie-aanvragen voor in het jaar 1977 te verrichten toegepast wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de volksgezondheid, bij haar kunnen worden ingediend tot uiterlijk 1 september 1976.

De mogelijkheid bestaat vóór 1 juli 1976 een ontwerp van de aanvraag te zenden aan het hoofd van het wetenschappelijk stafbureau, Dr. TH. GERRITSEN. Deze zal het ontwerp dan gaarne met de aanvrager bespreken en hem van advies dienen voordat tot indiening van de definitieve aanvraag wordt overgegaan.

Gezien de zeer beperkte omvang van de financiële middelen, die aan de Gezondheidsorganisatie TNO voor 1977 ter beschikking zullen worden gesteld, zullen helaas ook voor 1977 slechts op beperkte schaal subsidies kunnen worden verleend.

Aanvraagformulieren voor het subsidiejaar 1977 zijn verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsorganisatie TNO, Postbus 297, 's-Gravenhage.

larynx (en niet de mond) en zijn er de longen. Deze zijn echter alle bekleed met hetzelfde epitheel dat op dezelfde wijze reageert op exogene prikkels en veelal ook op dezelfde medicamenten.

In 1974 hoorde ik Prof. PEPYS, een vooraanstaand allergoloog, zeggen: zelfs Prof. ORIE stelt nu dat de slijmvliezen van de bovenste en onderste luchtwegen op dezelfde wijze reageren. De definitie van CARA kan dan ook niet de aandoeningen van de bovenste luchtwegen uitsluiten. Deze definitie van de longartsen zou niet opgaan wanneer de respiratoire

symptomen uitsluitend het gevolg zijn van aandoeningen van de bovenste luchtwegen. Bij een goede CARA-anamnese zal men ontdekken dat de klachten van bijna alle CARA-patiënten in de neus (keelholte) beginnen en dat soms na ingrepen van de KNO-arts de symptomen verbeteren of juist toenemen. Bij mijn 7-jarig onderzoek bij CARA-patiënten, opgenomen in de Klokkenberg te Breda, heb ik zelden of nooit een patiënt gevonden zonder afwijkingen van de bovenste luchtwegen. Het moet toch duidelijk zijn dat het begrip CARA zoals de longartsen dit zelfs internationaal hebben gedefinieerd, nooit kan worden gehanteerd voor alleen bepaalde longziekten. Bijna alle chronische aandoeningen van de bovenste luchtwegen gaan gepaard met „post-nasal drip” en dit geeft bij vele patiënten alleen symptomen van hoesten, meestal gedurende vele jaren, met daardoor kans op astmatische klachten. Iedere KNO-arts weet, dat als hij in staat is het hoesten weg te nemen, hij veelal ook de benauwdheid behandelt. Voorkómen is beter dan genezen, schrijft VAN DER LENDE (1975), maar in de rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder lector in de epidemiologie van respiratoire aandoeningen werd het woord neus of bovenste luchtwegen niet éénmaal genoemd; het spreekt voor de KNO-arts vanzelf dat hij ter voorkoming van astma, de exogene prikkels in de neus moet trachten op te vangen en dus te allen tijde de neusademhaling moet bevorderen. Het sputum zou uit de longen opgegeven worden, zegt de groep VAN DER LENDE. Is men zich wel bewust wat voor energie men nodig heeft om de afstand bronchi-mondholte te overbruggen waarbij zelfs de stembanden zelfs nog een barrière zijn? Een longarts zou eens moeten zien hoe moeilijk het is, zelfs na herhaald hard snuiten, een neus schoon te krijgen. Dit is een betrekkelijk korte afstand met meestal een nauwe passage. Schrijvers vermelden een verschil in sputum dat uit de neus resp. uit de long komt. Graag zou ik willen vernemen wat zij bedoelen met secreet uit de bovenste luchtwegen en wat typisch sputum van de lagere luchtwegen (dus onder de stembanden) zou zijn. Ik meen dat hier nooit een bewijs te leveren is, behalve als men het bij bronchoscopisch onderzoek verkregen secreet kan analyseren.

Het is onze bedoeling geweest, weer eens duidelijk naar voren te brengen dat de preventie van CARA belangrijk is. De twee disciplines die de tractus respiratorius behandelen zullen elkaar moeten begrijpen daar van het onbegrip dat nu veelal bestaat, de patiënt de dupe is. Een chronische rinopathie met als enige klacht hoesten komt veel voor. De enige klacht kan ook niezen of hoofdpijn zijn. De longarts noemt dit vaak hooikoorts, maar blijkt ook nogal eens geen begrip te hebben voor het verband tussen de klachten in de long en die als hooikoorts aangeduide of soms helemaal niet opgemerkte rinopathie.

Het zou van groot belang zijn als de CARA-patiënt van beide disciplines die zich met de ziekten der luchtwegen bezig houden, de aandacht krijgt die hij voor zijn vage ziektepatroon nodig heeft. Hierbij zou blijken dat het voorkómen van CARA evenals het voorkómen, vaak in de neus gezocht moet worden.

*Literatuur:* LENDE, R. VAN DER (1975) *Voorkómen is beter dan genezen*. Oratie Groningen. Van Gorcum, Assen. — Ingezonden (1976) Definitie van CARA *Ned. T. Geneesk.* 120, 396.

Amsterdam, maart 1976

E. A. VAN DISHOECK,  
KNO-arts

*Ned. T. Geneesk.* 120, nr. 20, 1976

De reactie van VAN DISHOECK naar aanleiding van ons antwoord op zijn ingezonden brief betreffende CARA-diagnostiek en definitie illustreert hoe moeilijk het is, ook bij de beste intenties, elkaar goed te verstaan.

In zijn eerste ingezonden brief had VAN DISHOECK voornamelijk bezwaren tegen de inhoud van de vragen in onze questionnaire. Aangezien hij hierop thans niet terugkomt, nemen wij aan dat hieromtrent geen meningsverschil meer bestaat. Wat de epidemiologie van CARA betreft, het is waarschijnlijk beter de doelstellingen, methode, etc. op een andere plaats, bijvoorbeeld in een Commentaar in dit Tijdschrift, nog eens uitvoerig uiteen te zetten. Als wij met ons artikel niet duidelijk hebben kunnen maken dat er een onderscheid is tussen de klinische en epidemiologische aanpak van de problemen, en als dit ook duidelijk een probleem blijft voor VAN DISHOECK na lezing van de oratie „Voorkómen is beter dan genezen”, dan biedt de plaatsruimte in de rubriek Ingezonden stellig te weinig mogelijkheden om de gewenste duidelijkheid te verschaffen.

Toch zullen enkele dingen nu reeds gezegd moeten worden, omdat er anders misschien nog meer misverstanden gaan ontstaan. Het standpunt van collega VAN DISHOECK is ons nog niet geheel duidelijk. Als hij bedoelt te zeggen dat bepaalde mensen een speciale aanleg hebben om CARA te ontwikkelen, en dat bij deze mensen (of een deel van hen) ziekteverschijnselen zowel van de bovenste als van de onderste luchtwegen kunnen ontstaan, zijn wij het helemaal met hem eens. Dat echter astmatische klachten zouden optreden als gevolg van hoesten ten gevolge van een „post-nasal drip” en dat deze klachten dan verdwijnen door het behandelen van de hoest, is een onbewezen generalisatie waar wij, ondanks andersluidende literatuur, toch uitermate twijfelachtig tegenover staan! Het komt ongetwijfeld voor dat, tegelijkertijd met een „post-nasal drip”, verschijnselen van de onderste luchtwegen optreden. Wij menen echter dat er goede gronden zijn om dit als een uiting van een op gelijke wijze reageren van de slijmvliezen van bovenste en onderste luchtwegen ten gevolge van de eerder genoemde aanleg te beschouwen, eerder dan als een pathogenetische invloed van de bovenste op de onderste luchtweg. Toch zijn er een aantal onderzoekers die inderdaad menen dat de aandoening van de onderste luchtwegen veroorzaakt wordt door aandoeningen van de bovenste luchtwegen. Het is waarschijnlijk daarom dat de opstellers van de internationale CNSLD(CARA)-definitie de aandoeningen van de onderste luchtwegen die uitsluitend door aandoeningen van de bovenste luchtwegen worden veroorzaakt, buiten de definitie hebben gehouden. Op zichzelf is het al of niet in- of uitsluiten van deze groep echter niet zo essentieel, mits het uniform gebeurt. De CNSLD-definitie werd immers grotendeels voor epidemiologische doeleinden opgesteld ten teinde, ook internationaal, groepsvergelijkingen mogelijk te maken van de invloed van exogene factoren op de onderste luchtwegen. Tevoren waren dergelijke groepsvergelijkingen vrijwel onmogelijk, doordat er geen uniformiteit was in de beschrijving van de ziektebeelden. Dat de epidemiologische definitie van CNSLD(CARA) in eerste instantie is gebaseerd op een aantal ziekteverschijnselen van de onderste luchtwegen is niet zo verwonderlijk, omdat de belangstelling van de epidemiologen zich daarop richtte. Als men de neus had willen onderzoeken zou men ongetwijfeld voor de symptomen daarvan exactere maatstaven hebben aangelegd.

Bij de individuele diagnostiek in de kliniek kan het constateren van aanwezigheid van reactieve slijmvliezen, niet alleen in de neus maar ook in de overige luchtwegen, voor

de diagnostiek bij dat individu echter wel van belang zijn.

Tot slot een opmerking over het sputum: Als typisch sputum uit de onderste luchtwegen kan worden beschouwd sputum waarin geen grote polygonale plaveiselepitheelcellen aanwezig zijn, en waarin wel fagocyten, respectievelijk macrofagen worden gevonden. Uiteraard gaat het te ver om in epidemiologisch onderzoek bronchoscopie toe te passen; bovendien zou dat ons voor het gestelde doel nauwelijks verder helpen.

Groningen, april 1976

R. VAN DERLENDE  
E. J. JANSEN-KOSTER  
S. KNIPSTRA  
A. F. MEINESZ  
A. M. J. WEVER  
N. G. M. ORIE

## *Dijbeenfracturen bij patiënten met hemiplegie*

Naar aanleiding van het artikel van S. BOUMA en anderen (1976) zou ik t.a.v. therapeutische maatregelen het volgende willen opmerken.

Ik ben het met de schrijvers eens dat voor een patiënt met hemiplegie die een collumfractuur oploopt een snelle mobilisatie essentieel is. In nagenoeg alle gevallen zal daarvoor een operatieve ingreep noodzakelijk zijn. Het operatierisico moet worden afgewogen tegen de risico's die patiënt loopt als hij conservatief wordt behandeld. Het lijkt mij zinvol onze wijze van behandeling, die op enkele punten toch afwijkt van die van BOUMA c.s., hier te noemen.

Bij alle nog redelijk actieve patiënten met een hemiplegie die een mediale of laterale collumfractuur oplopen, verichten wij een totale heupartroplastiek. Naar onze mening verdient een totale heupartroplastiek de voorkeur boven een kophalsprothese o.a. wegens het gevaar van protusio acetabuli bij de laatste ingreep, zeker bij hemiplegie-patiënten, die vaak een osteoporose hebben. Indien er een kophalsprothese wordt geplaatst is een kophalsprothese die gecementeerd kan worden te prefereren boven de Austin Moore-kophalsprothese.

Bij de intertrochantere of pertrochantere fracturen, dus in het algemeen bij de fracturen die niet met een heupartroplastiek worden behandeld, is naar onze mening een stabielere fixatie van de fractuurfragmenten mogelijk met behulp van A.O.-platen en -schroeven. In deze gevallen gebruiken wij niet meer de Smith-Petersen-pen met de Mac Laughlin-zijplaat.

Deze wijze van behandeling maakt snelle mobilisatie en partiële belasting mogelijk. Na een heupartroplastiek kan een patiënt al na 1 à 2 dagen worden gemobiliseerd. Na een A.O.-osteosynthese is mobilisatie na enkele dagen al mogelijk, terwijl na 2 weken partieel belast kan worden gelopen. Een conservatieve behandeling is alleen te rechtvaardigen als er een absolute contra-indicatie tegen een operatieve ingreep bestaat.

De laatste jaren hebben wij patiënten met hemiplegie en ook andere oude patiënten met verhoogd operatie-risico en demente patiënten op deze wijze behandeld. De resultaten van deze, naar onze mening meest effectieve, behandeling zijn goed.

*Literatuur:* BOUMA, S., H. C. DOETS en G. MAK (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 369.

Eindhoven, maart 1976

A. NOLLEN

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### VERENIGDE STATEN

*Plotseling gebrek aan penicilline G.* In *Science* (19 maart bl. 1157) bericht B.J.C. over een plotseling ontstaan tekort aan penicilline G. Op een avond in februari was er in het Johns Hopkins Hospital vrijwel geen penicilline G meer voorradig, en geheel onverwacht bleek dat het tekort ook in andere ziekenhuizen bestond, terwijl de farmaceutische groothandel de tekorten niet aanstonds kon aanvullen. Met onmiddellijk getroffen maatregelen ter bezuiniging en reservering van de kleine voorraad van het antibioticum voor werkelijk dringende gevallen lukte het, de paar weken door te komen die nodig waren om weer voorraad te vormen. De verklaring van het voorval is natuurlijk belangwekkend, maar veel belangrijker is de constatering dat de Verenigde Staten voor een aantal medicamenten afhankelijk is van het buitenland: voor chinidine van Indonesië, voor „drugs” van het Midden-Oosten. Tijdens de oliecrisis dreigde een tekort aan aceton, alcohol en andere oplosmiddelen die noodzakelijk zijn voor de geneesmiddelenbereiding, alsmede aan plastic voor verpakking en voor intraveneuze buis-

jes. Met het wijken van de oliecrisis werd ook het dreigende tekort afgewend. De berichtgever stelt vast: „There is no body in the U.S. that systematically monitors the drug supply to anticipate shortages, although there has been talk about one.”

*CAT-fever.* In de rubriek „Sounding Board” van het *New England Journal of Medicine* (22 april bl. 954) beschrijven SHAPIRO en WYMAN „a new disease entity that has a broad clinical spectrum”. Het voornaamste symptoom is een koortsachtige aan drift om in het bezit te komen van, te werken met, of te schrijven over een techniek die bekend stond onder de naam „computerized axial tomography” (CAT) en thans is herdoopt in „computed tomography” (CT). De CAT-fever heeft epidemische afmetingen bereikt en breidt zich nog steeds uit onder artsen, fabrikanten, ondernemers en behorende instanties; ze brengt duizelingwekkende kosten met zich mee: elk apparaat kost tussen de 400.000 en 600.000 dollars! Natuurlijk heeft de industrie zich onmiddellijk op dit nieuwe veld geworpen, en minstens elf maatschappijen beschikken reeds over operationele c.q. prototype toestellen. Het gebied breidt zich snel uit, want elke maand worden vernieuwingen beschreven, zodat een