

gisch vond men steeds een ernstige myositis. De behandeling bestond uit toediening van prednison, gedurende 3 dagen iedere 6 uur 20 mg, daarna nog 10 dagen om de 6 uur 10 mg. Hiermede verbeterde de toestand snel; spierpijn en bewegingsbeperking verminderden in enkele dagen, eventuele koorts daalde en de diurese nam toe.

HUTCHEON en PAMBA (1972) beschreven 2 Kikuyu-jongens met trichinose die ook vlees van een wild varken genuttigd zouden hebben. BURA en WILLETT (1977) beschreven de eerste gevallen van trichinose uit Tanzania: 12 patiënten, behorende tot 4 families, uit een dorpje in Noord-Tanzania. Ze hadden het vlees van een wild varken gegeten dat gespeerd was toen het in een maïsveld vernielingen aanrichtte. Bij hen begon de ziekte meestal wel met buikklasten; deze werden enige tijd later gevolgd door spierpijnen en oedeem. De patiënten werden pas opgenomen nadat ze al vele weken ziek waren; 2 overleden. Bij 8 niet overleden patiënten werd spierbiopsie verricht; de biopten bevatten gemiddeld 3380 larven per gram spier, bij één 6530, het hoogste in de literatuur vermelde aantal.

Hoe de cyclus in Kenya in stand wordt gehouden, is niet bekend. Ruim 10.000 fokvarkens zijn op trichinen onder-

zocht, maar men trof ze niet aan. Waarschijnlijk moet de cyclus bij in het wild levende dieren worden gezocht. NELSON e.a. (1961) onderzochten 537 dieren, voornamelijk in het wild levende knaagdieren en carnivoren, uit het gebied waar de patiënten van FORRESTER e.a. gejaagd hadden; trichinen werden slechts bij een luipaard aangetroffen. Later vonden ze ook nog trichinen bij een hyena uit het Masai-gebied. In Oost-Afrika bestaat een taboe op het eten van vlees van wilde dieren; waarschijnlijk verklaart dit het zeldzame voorkomen van trichinose bij de bevolking.

Import van trichinose in Nederland heeft o.a. plaatsgevonden uit Duitsland en onlangs nog uit de Verenigde Staten (HUISMAN 1977) (Referent).

Literatuur: BURA, M. W. T. en W. C. WILLETT (1977) *E. Afr. med. J.* 54, 185. — FORRESTER, A. T. T., G. S. NELSON en G. SANDER (1961) *Trans. roy. Soc. trop. Med. Hyg.* 55, 503. — HUISMAN, J. (1977) *Epid. Bull.* 13, 18. — HUTCHEON, R. A. en H. O. PAMBA (1972) *E. Afr. med. J.* 49, 663. — NELSON, G. S., R. RICKMAN en F. R. N. PESTER (1961) *Trans. roy. Soc. trop. Med. Hyg.* 55, 514.

P. J. ZUIDEMA

INGEZONDEN

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

Influenza en stafylokokkensepsis

In aansluiting op mijn Brief aan de Redactie (1978, bl. 277), betreffende het overlijden van een jongen van 15 jaar onder verschijnselen van een virusinfectie met stafylokokkensepsis, kan ik u medelen dat in het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te Bilthoven uit trachea en rechter long een influenzavirus is geïsoleerd, en wel de influenzastam A/Texas/1/77(H3N2), verwant aan de A/Victoria/3/75-stam.

Arnhem, maart 1978

J. LANKESTER

Corticosteroidtherapie bij de paralyse van Bell

Evenals prof. STAAL had ik gelezen dat TAVERNER en zijn medewerkers (1971) het effect van prednison en corticotrofine met elkaar en niet met het spontane beloop van de paralyse van Bell hebben vergeleken. De conclusie van onze statisticus is dat het betere effect van prednison statistisch volstrekt voldoende is aangetoond (zelfs voor 1%!). Mocht corticotrofine eveneens een gunstig effect gehad hebben — wat niet statistisch werd aangetoond — dan blijkt prednison zelfs werkzaam dan corticotrofine. Indien corticotrofine niet werkt dan dient het toch nog altijd als een placebo beschouwd te worden. Dat corticotrofine het beloop van Bell's paralyse in ongunstige zin zou beïnvloeden, zou te ver gezocht zijn. Een clinical trial waarbij patiënten een geneeswijze zou moeten worden onthouden waarvan de werking is aangetoond, acht ik niet meer verantwoord.

Literatuur: STAAL, A. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 207. — TAVERNER, D., S. B. COHEN en B. C. HUTCHINSON (1971) *Brit. med. J.* IV, 20.

Amsterdam, februari 1978

P. P. DEVRIESE

Op de repliek van collega DEVRIESE zou ik het volgende willen antwoorden. De stelling dat ACTH als het ware als placebo is gebruikt, is niet aan te vechten, al weet ik niet of ooit 2 placebo's met elkaar vergeleken zijn en of dit een verschil in effect had ten gunste van één van de placebo's.

Het betreffende artikel van TAVERNER c.s. bevat overigens nog een aantal niet onbelangrijke schoonheidsfouten.

1. TAVERNER e.a. sloten patiënten zonder hyperacusis en zonder subjectieve smaakstoornissen van hun trial uit. Deze criteria zijn niet altijd eenvoudig objectief vast te stellen: bovendien is de ratio hiervan onbewezen.

2. Patiënten met een incomplete facialis-parese werden eveneens uitgesloten. Hoeveel hiervan na omstreeks een week een (sub)totale paralyse kregen of niet, werd niet vermeld, en zoals bekend is dit geen grote zeldzaamheid.

Wij menen dat ten gevolge van onder 1 en 2 genoemde punten de patiënten in de trial niet meer aselekt zijn en dat hierdoor de resultaten niet zonder meer representatief zijn voor de patiënten met een paralyse van Bell.

3. Het resultaat werd gegrond op denervatie („almost entirely on this finding”). Wat er met „almost” precies werd bedoeld, wordt niet duidelijk uit de tekst. Fysiologisch gezien, zou vermindering van het aantal patiënten met synkinesieën zowel kunnen berusten op een verminderde denervatie als ook op een verminderde re-innervatie. Indien de veronderstelling van TAVERNER juist is, moet hij ook een significante verbetering van de functie hebben kunnen aantonen. Dit lukt hem niet, wel vindt hij een significant verschil voor de ernstige patiënten (50%-grens) maar dit gegeven gebruikt hij niet in zijn discussie en dat geeft te denken.

4. In de tekst wordt niet vermeld of in de trial „bias” was uitgesloten door een dubbel-blinde opzet, althans voor wat betreft het eindoordeel.

Resumerend ben ik er niet van overtuigd dat het therapeutische effect van prednison door TAVERNER en medewerkers werd bewezen.

Rotterdam, februari 1978

A. STAAL