

van de sociale uitkeringen en een begrip zoals „passende arbeid”. Het zou echter meer toe te juichen zijn wanneer naast deze wat dwangmatige constructies ertoe werd overgegaan de Nederlandse burger weer eens te wijzen op fundamentele uitgangspunten van leven en dat „plicht” daar evenzeer toe behoort als „recht”. In dit kader is echter meer een taak weggelegd voor andere ambtsdragers dan geneeskundigen, hoewel de eerste zich thans groter zorgen maken over neutronenbommen dan dat ze zich inlaten met leed van individuen dat samenhangt met onvoldoende fundament voor het creëren van een evenwichtig en gelukkig bestaan.

In een goede wetenschapsbeoefening staat een met bewijzen gestaafd stelsel van beweringen centraal, alles wat hypothetisch is dient met zo veel woorden als zodanig te worden aangeduid zodat wordt voorkomen dat bepaalde in de lucht hangende veronderstellingen een vaste grond krijgen en wetenschap aldus een meer geloofmatig dan feitelijk karakter gaat dragen. Zo is het mij tot op dit moment nog onduidelijk waarop de veel geventileerde stelling is gebaseerd dat een meer natuurwetenschappelijk georiënteerd arts toch niet geheel onverdacht is in tegenstelling tot een meer psychosociaal gepre-occupeerd arts, noch dringt het tot mij door dat gezondheidscentra in principe betere vormen van gezondheidszorg voor de individuele patiënt zouden waarborgen dan de solistisch gevestigde medicus practicus. Sluitende bewijzen voor dergelijke uitspraken zijn nog lang niet geleverd en dit alles klemmt temeer wanneer deze relativiserende overwegingen niet voldoende tot uitdrukking komen in een onderwijssituatie. Er wordt hier voorbijgegaan aan het principe dat het één het ander nog niet uitsluit, maar bovendien wordt van een student gevraagd, althans de gevaarlijke denkrichting aangereikt, een oordeel uit te spreken over hoe een bepaalde arts meent zijn beroep te moeten uitoefenen. In deze constellatie geraken de juiste verhoudingen wel geheel zoek. Immers, een student studeert om arts te worden en niet om degenen te be- of veroordelen die dat al zijn. Er zij opgemerkt dat, nog afgezien van de kwestie die hier aan de orde is, het in algemene zin onwillevend is een mens in verlegenheid te brengen door hem te vragen een uitspraak te doen over zaken die nog verre van zijn competentie liggen.

Men moet zich nu toch afvragen of de onzaligmakende discussie tussen „natuurwetenschappelijke” en „psychosociale” geneeskundigen niet daarin haar basis vindt dat onvoldoende controle wordt uitgeoefend op de wijze waarop bepaalde niet absoluut vaststaande uitspraken in een al te zeker daglicht worden geplaatst. Met dit al is voor een student het dilemma compleet, omdat tweespalt in een onderwijssituatie dwingt tot een keuze, iets wat de onbevangenheid in de weg staat en de eenzijdigheid in de hand werkt. Het is daarom te hopen dat aan deze onlogische conceptie een halt wordt toegeroepen en het werkelijkheidsgehalte van het onderwijs tot het uiterste wordt bewaard.

*Literatuur:* JONGKEES, L. B. W. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1345. — SLUITER, H. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 2065.

Alkmaar, april 1978

W. G. M. BEEMSTERBOER

### *Behandeling en profylaxe van endocarditis*

De klinische les van SCHOUTEN (1978) vraagt om enig commentaar en aanvullingen. De aanvankelijke behandeling van een door *Streptococcus viridans* veroorzaakte endocarditis met 48 miljoen eenheden benzylpenicilline intra-

veneus is een ruime overdosering. De gevoeligheid van *Streptococcus viridans* wordt niet vermeld; het merendeel van de vergroenende streptokokken, uitgezonderd de enterokokken, zijn echter zeer goed gevoelig voor penicilline (MRC < 0,1 E per ml). In het algemeen wordt aangenomen, dat voor de behandeling van een *Streptococcus viridans*-endocarditis per dag een dosering van 6×2 miljoen eenheden penicilline G parenteraal voldoende is, tenzij de streptokok minder gevoelig is. Deze therapie moet gedurende 4 tot 6 weken gegeven worden (GOSLINGS 1966; WEINSTEIN 1972). Deze therapie kan gedurende de eerste twee weken eventueel gecombineerd worden met 2 × 1/2 gram streptomycine per dag. Op het ogenblik staat ter discussie of bij een dergelijke combinatie de totale therapieduur verkort kan worden (HOPPE 1977). Helaas wordt in de klinische les ook niet vermeld hoe lang de patiënt met de hoge penicilline-dosis behandeld werd, waardoor de reden van de nabehandeling met 2 gram feneticilline (Broxil) onduidelijk is. De hierbij gebruikte dosis is te laag: 6 keer daags 1 gram fenoxymethylpenicilline (penicilline V, Acipen), eventueel gecombineerd met probenecide, is adequaat.

Toediening van hoge doses penicilline is niet zonder gevaar. Het is bekend, dat een zeer hoge concentratie prikkeling van de cortex cerebri kan geven, die zich uit in een epileptisch insult. Het risico hiervoor is groter bij oudere patiënten, die een gestoorde nierfunctie kunnen hebben (de nierfunctie wordt niet vermeld in deze klinische les). Hierdoor is de renale uitscheiding van penicilline vertraagd, waardoor de bloedspiegels zeer hoog kunnen worden.

Tot slot vinden wij het jammer dat in deze klinische les nog niet eens op het probleem van de endocarditisprofylaxe wordt ingegaan. De beschreven patiënt is een goed voorbeeld van het ontstaan van een endocarditis na een tandextractie. In het algemeen geldt dat patiënten met een bekend klepvitium, bij tandheelkundige en andere ingrepen die gepaard kunnen gaan met een bacteriëmie, een antibiotische profylaxe moeten krijgen. Of deze regel ook voor patiënten met sclerotische klepvitia opgaat, is niet geheel zeker, maar in de Amerikaanse literatuur wordt hiervoor wel gepleit (WEINSTEIN en SCHLESINGER 1973).

Het huidige advies voor antibiotische profylaxe bij tandheelkundige ingrepen luidt, dat de patiënt 1/2 uur voor de ingreep 1 flacon bicilline (dit is per flacon 900.000 E procaine-penicilline G plus 300.000 E natrium-penicilline G) intramusculair krijgt, gevolgd door een oraal penicillinepreparaat, bv. om de 6 uur 250 mg fenoxymethylpenicilline (penicilline V, Acipen) gedurende 48 uur. Bij penicilline-overgevoeligheid kan erytromycine gegeven worden en wel 1-2 uur voor de ingreep 500 mg per os en vanaf 6 uur na de ingreep gedurende 2 dagen om de 6 uur 250 mg.

*Literatuur:* GOSLINGS, W. R. O. (1966) In: *Antimicrobiële therapie*, bl. 398. — HOPPE, W. L. (1977) *Arch. intern. Med.* 137, 1122. — SCHOUTEN, J. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 289. — WEINSTEIN, L. (1972) *J. roy. Coll. Phycns Lond.* 6, 161. — WEINSTEIN, L. en J. SCHLESINGER (1973) *Progress in cardiovascular research*, 16, bl. 275.

Leiden, maart 1978

R. VAN FURTH  
J. THOMPSON  
H. MATTIE

Uiteraard zijn de aanvullingen van de collegae VAN FURTH, THOMPSON en MATTIE zeer welkom. In een betrekkelijk kort bestek als een klinische les, blijven altijd zaken onbesproken. Wij waren ons ook van de gevaren van hoge penicilline-doses bewust, maar daar staat tegenover de

slechte prognose van endocarditis lenta bij bejaarden, doordat de diagnose laat wordt gesteld of door het optreden van toxische of embolische myocarditis. Voorts waren wij beducht voor een recidief. Zoals WEINSTEIN zegt in het ook door VAN FURTH e.m. aangehaalde artikel: „There are insufficient data at present to indicate optimal doses and duration of administration of any of the antibiotics used to treat endocarditis. Because of this, dosage is generally quite empiric.” Dit neemt niet weg dat wij achteraf bezien met een lagere dosering penicilline waarschijnlijk even goed ons doel zouden bereikt hebben.

Amsterdam, april 1978

J. SCHOUTEN

## Corticosteroidtherapie bij paralyse van Bell

Professor STAAL (1978) vindt mijn stelling over ACTH onaanvechtbaar maar is het er verder niet mee eens dat het onderzoek van TAVERNER en zijn medewerkers (1971) de toets der statistische kritiek weerstaat en dat prednis(ol)on bij paralyse van Bell een duidelijke aanwinst is. Hij brengt een aantal nieuwe argumenten in de discussie die echter geen fundamentele fouten aantonen in de clinical trial van TAVERNER. Een dergelijk onderzoek, bijvoorbeeld, dient niet noodzakelijk dubbelblind opgezet te zijn; de eindbeoordeling werd verricht door een onafhankelijke waarnemer.

Voor een uitvoerige discussie verwijs ik de geïnteresseerde lezer naar een recente publikatie waarin onze eigen ervaringen beschreven werden. Het lijkt mij beter dat ik de discussie van mijn kant hierbij afsluit.

*Literatuur:* DEVRIESE, P. P. (1977) *Oto-rhino-laring.* 39, 257. — STAAL, A. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 492. — TAVERNER, D., S. B. COHEN en B. C. HUTCHINSON (1971) *Brit. med. J.* IV, 20.

Amsterdam, april 1978

P. P. DEVRIESE

Voor de laatste maal wil ik gaarne collega DEVRIESE antwoorden. Met zijn opmerking dat mijn argumenten geen „fundamentele” fouten aantonen in de clinical trial van TAVERNER, heeft collega DEVRIESE in het geheel geen repliek gegeven op mijn bezwaren tegen deze trial genoemd onder 2 en 3 (1978).

Voorts is het niet onbelangrijk hier het antwoord te vermelden op mijn schrijven aan MAY, over de dosering van prednison in zijn clinical trial, waarin hij aantoonde, dat prednison het spontane beloop van de paralyse van Bell niet beïnvloedde. Naar aanleiding van dit artikel ontstond nl. de gehele discussie. MAY bleek de prednisondosering nl. *niet reeds te verlagen op de 2e dag* van zijn trial, zoals collega DEVRIESE (1978) opmerkte. De dosering van MAY was als volgt: dag 1: 80 mg; dag 2: 80 mg; dag 3: 60 mg; dag 4: 40 mg. Voorts gaf hij voor dag 5 tot en met 10 een geleidelijke vermindering tot 0.

Tenslotte is mijns inziens een discussie als deze slechts nuttig indien beide partijen elkaars opmerkingen beantwoorden en misverstanden over eenvoudige feiten zoals dosering vermijden.

*Literatuur:* DEVRIESE, P. P. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 207. — STAAL, A. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 492.

Rotterdam, mei 1978

A. STAAL

## BERICHTEN

### Buitenland

#### GROOT-BRITANNIË

*Ook melkprodukten bron van voedselvergiftiging door Bacillus cereus.* — De vorm van voedselvergiftiging door *B. cereus* waarbij het braken op de voorgrond staat, treedt meestal op na het eten van gebakken rijst. De andere vorm, met sterke diarree, ontstaat na het eten van besmette groenteprodukten of vlees. In een verslag van de Public Health Laboratory Service (aangehaald in *Wkly epidem. Rec.* (1978) 53, 120) wordt een voedselvergiftiging beschreven door een met *B. cereus* besmette toespis waarbij een gemengde vorm optrad. Van de 95 kinderen en 7 volwassenen toonden 80% het braak-type met een korte incubatietijd (3-7 uur) en 20% het diarree-type met een langere incubatietijd. De toespis was bereid door melkpoeder, suiker en water te mengen en 20 minuten te koken. Hierna werd zij gedurende 24 uur in een koelruimte geplaatst om na toevoeging van een warme gelatine-oplossing 4 uur later op drie scholen als toespis te worden geserveerd. Bij het bacteriologisch onderzoek werden per gram  $20,7 \times 10^6$  aërobe bacteriën gevonden waaronder  $0,2 \times 10^6$  *B. cereus*. Het mechanische gedeelte van de koelkast bleek slecht te functioneren. Dit feit, gecombineerd met een slecht gebruik van de koelkast die niet geschikt is om grote massa's snel te koelen, moet aan de sporenvormende *B. cereus* de kans gegeven hebben zich van de kookschade te herstellen.

#### VERENIGDE STATEN

*Artsen hebben een grotere kans om besmet te worden met hepatitis B-virus.* — Het medische personeel dat op bepaalde ziekenhuisafdelingen werkt (hemodialyse-afdeling, klinisch-chemisch laboratorium) heeft een grotere kans om besmet te worden met het hepatitis B-virus (HBV). Om na te gaan of dit verhoogde risico voor alle artsen geldt, verrichten A. E. DENES e.a. (*J. Amer. med. Ass.* (1978) 239, 210) een oriënterend onderzoek in Arizona, waarbij zij een 4 maal zo groot besmettingsrisico vonden. Hierop is een onderzoek gevolgd dat artsen uit alle delen van de Verenigde Staten omvatte, te weten artsen die in 1975 en 1976 de congressen van de American Medical Association bijwoonden. In 220 (18,5%) van de 1192 bij hen afgenomen bloedmonsters kon een vroegere infectie met HBV worden aangetoond. De gekleurde rassen scoorden het hoogst (43% tegen 16%). Geografische verschillen werden niet gevonden. De artsen uit de steden met meer dan een miljoen inwoners toonden een groter percentage dan die uit de kleinere plaatsen. Dit laatste is in overeenstemming met het feit dat in grote steden het besmettingspercentage van de gehele bevolking hoger ligt.

Het gevonden besmettingspercentage was 5 maal zo groot als dat van mensen die zich voor de eerste maal als bloeddonor hadden opgegeven. Bij randschikking naar specialisme bleek een veel hoger risico voor chirurgen (28%) en patholoog-anatomen (27%). De 31 hartchirurgen scoorden het