

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