



ter, op grond van de wel erg hoog doorlopende paracardiale lijn, een pneumopericard voor minder waarschijnlijk.

Indien zich lucht om het hart zou bevinden, zou een echocardiogram niet kunnen worden opgenomen omdat lucht het gebruikte geluid niet of nauwelijks geleidt. Vanaf de 4e intercostaalruimte parasternaal links werd in geringe linker zijligging een echocardiogram opgenomen van rechter en linker ventrikel, waarbij aan de voorzijde van het hart geen lucht aanwezig was en aan de achterzijde fraai de dubbellaag epicard-pericard geregistreerd kon worden, met hierachter de bekende longecho's (fig. 2). Ook vanuit de hartpunt werd een echocardiogram opgenomen waarbij opnieuw de dubbellaag epicard-pericard kon worden geregistreerd, zelfs tijdens de systole met een spoortje vocht in de pericard-, holte" (fig. 3). Hiermee is een pneumopericard, ondanks het feit dat de thoraxfoto sterk lijkt op die in bovengenoemd artikel, uitgesloten; de paracardiale lijn op het röntgenbeeld vertegenwoordigt de mediale pleura parietalis van de linker long. Onze bevindingen pleiten voor een paracardiale uitbreiding, met name lateraal en middenhoog, van een mediastinaal emfyseem.

Op de bij het artikel van RENCKENS geproduceerde röntgenfoto is niet het gehele verloop van de paracardiale lijn te volgen. Alvorens de diagnose pneumopericard te stellen achten wij een echocardiografisch onderzoek dan ook nood-

zakelijk en wij vragen ons af of dit bij de patiënte van collega RENCKENS is verricht. Dit klemt des te meer, omdat het ontstaan van een pneumopericard onder deze omstandigheden een uitermate zeldzame, zo niet onwaarschijnlijke gebeurtenis is.

*Literatuur:* RENCKENS, C. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 628.

Groningen, augustus 1978

P. H. VAN DROOGE  
J. P. M. HAMER

Echocardiografisch onderzoek hebben wij bij onze patiënte niet verricht. Ondanks de gedurfdheid van de diagnose achtten wij de foto zo typisch dat de diagnostiek niet verder is uitgebreid. De overwegingen die daarbij een rol speelden, lichtten wij nog eens toe in ons naschrift bij het commentaar van collega SMIT c.s. (RENCKENS 1978). Bevestiging van de diagnose werd traditioneel aanbevolen d.m.v. röntgenopnames in linker en rechter zijligging met horizontale stralengang, waarbij lucht in de pericardholte zich wel kan verplaatsen en lucht in het mediastinum niet. Toepassing van echocardiografie in deze gevallen moet onzes inziens inderdaad worden beschouwd als een niet-belasten-

de, elegante en betrouwbare methode van onderzoek. Wij danken de inzenders voor hun waardevolle suggestie in deze.

De thoraxfoto van de door de inzenders beschreven patiënte toont het typische beeld van mediastinaal emfyseem met uitbreiding door de bovenste thoraxapertuur en links paracardiaal. De paracardiale lijn aan de hilus kan zowel bij pneumopericard als bij mediastinaal emfyseem worden waargenomen. Verdere vergelijkingen met de opname van onze patiënte is helaas niet mogelijk, doordat bij de patiënte van de collegae VAN DROOGE en HAMER de pericardiale vetlip aan de hartpunt ontbreekt. Het is juist de zijwaartse verplaatsing van het pericardiale vet, die wij als typisch voor een pneumopericard hebben beschouwd en die door mediastinaal emfyseem veel moeilijker valt te verklaren.

*Literatuur:* RENCKENS C. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1338.

Amsterdam, september 1978

C. RENCKENS

### *Over het spreken van de waarheid: eerlijkheid of sadisme?*

In de rubriek „ingezonden” reageert collega SCHUURMANS STEKHOVEN (1978) op de klinische les van prof. JONGKEES (1978). Deze les bevatte passages die mij als arts van de „jongere generatie” uit het hart waren gegrepen. De interpretatie van SCHUURMANS STEKHOVEN vervult mij echter met grote zorg. In zijn van vele aanhalingstekens voorziene reactie werpt hij vele giftige pijlen in de richting van de jongere generatie artsen. Hij gaat zelfs goedmoedig voorbij aan hun dalend denkvermogen maar heft de vinger waar hij gebrek aan menselijkheid signaleert. Ik kan niet uitsluiten dat SCHUURMANS STEKHOVEN's generatie minder intelligente nazaten heeft voortgebracht. Zo hij dat al vaststelt, is dat zeker een reden tot introspectie. Het opleidingssysteem dat wij doorliepen valt mede onder zijn verantwoordelijkheid. Indien SCHUURMANS STEKHOVEN zich alleen op de hoogte had gesteld van wat zich op het ogenblik aan de Universitaire Huisartseninstituten afspeelt, was zijn oordeel al minder radicaal uitgevallen. Hij heeft het ook vele malen over bescheidenheid. Waarom de oudere generatie artsen steeds meent haar geschriften met aanhalingen uit de oude culturen te moeten larderen is mij in dat verband onduidelijk. Mijn geloof in haar eruditie is toch al onaantastbaar.

Laat ik het hierbij besluiten. De weg naar een betere gezondheidszorg is niet gebaat bij beschimpingen en verwijten. Van belang is verbondenheid aan patiënt én het vak. Ik heb het vaste vertrouwen dat het daaraan bij de meesten, jong en oud, niet ontbreekt.

*Literatuur:* JONGKEES, L. B. W. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 921. — SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1113.

Amsterdam, augustus 1978

C. H. SCHOONBEEK

### *Bijwerkingen van eenmaal een hoge dosis laxeermiddel*

Het artikel van BROUWERS en SCHNEIDER (1978) gelezen hebbende herinner ik mij een onderzoekje dat we in onze kliniek hebben uitgevoerd, ten einde vast te stellen of het specialité X-Praep minder krampen veroorzaakt dan het locopreparaat sennoside A + B. De fabrikant Mundipharma stelt immers dat door een ver gaande zuivering de „echte” krampverwekkende stof in het sennoside A + B uit X-Praep is verwijderd.

Het onderzoekje werd dubbelblind opgezet; de patiënten kregen een dosis van 1 ml per kg lichaamsgewicht en zij kregen een formulier mee naar huis om er op aan te geven of er krampen optraden en hoe erg deze krampen waren.

Twee patiënten meldden spontaan op het formulier dat zij waren flauwgevallen en dat voorafgaande aan dit flauwvallen hevige darmkrampen, gepaard gaande met sterk transpireren, waren opgetreden (1 patiënt uit de X-Praepgroep, 1 patiënt uit de loco-groep). Beide patiënten vermeldten op hun formulier dat ze 75 ml hadden ingenomen, het maximale volume van het flesje.

Overigens bleek uit het onderzoek dat er wat het voorkomen en de ernst van de krampen betreft geen verschil bestond tussen beide groepen. Het bleek dat ongeveer bij 70% van de 72 patiënten krampen optraden, welke de meesten echter best konden verdragen, naar hun zeggen. Van hen klaagden 17 echter over onverdraagbare krampen. Deze onverdraagbare krampen bleken ook voor te komen bij patiënten die zich exact aan de opgegeven dosering bleken te houden (1 ml/kg/lichaamsgewicht).

Wat dit laatste betreft kan ik mij dus aansluiten bij de conclusie van BROUWERS en SCHNEIDER, die zeggen dat de hoeveelheid sennoside in het preparaat X-Praep ten opzichte van de gebruikelijke therapeutische dosering voor sennoside erg (te) hoog is.

*Literatuur:* BROUWERS, J. R. B. J. en H. S. SCHNEIDER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1098.

Tilburg, augustus 1978

A. J. BEYSENS

De door BEYSENS gerapporteerde frequentie van bijwerkingen konden ook wij in een dubbelblind onderzoek bij 232 patiënten vaststellen. In ons onderzoek bleek dat 80% van de patiënten na toediening van een hoge dosis sennoside kramp kreeg; 25% gaf aan dat deze kramp hevig was. In ons onderzoek was er geen verschil aantoonbaar in effect (kwaliteit röntgenfoto: fecaal residu resp. gas) en de ernst van de krampen voor X-Praep en het door ons zelf bereide preparaat. De smaak van het zelfbereide preparaat werd door onze patiënten als beter ervaren dan de smaak van X-Praep ( $\chi^2$ -test  $0,05 > P > 0,02$ ).

Nagegaan zal moeten worden of bij de toepassing van lagere doseringen sennoside, bv. 1-1,5 mg per kg lichaamsgewicht, sennoside A + B een effectieve één-dag-voorbereiding voor röntgenonderzoek haalbaar is'.

Bennekom, september 1978

J. R. B. J. BROUWERS