

ten met een citaat van Vinken: „Beschuldigingen van plagiaat (. . .) komen veel vaker voor dan het bewezen feit”.

*Literatuur:* BUYTENDIJK, F. J. J. (1948) *Algemene theorie der menselijke houding en beweging*. Het Spectrum, Utrecht; (1951) *De vrouw. Haar natuur, verschijning en bestaan*. Het Spectrum, Utrecht. – FLAS, A. A. (1953) *Vrij Nederland*, 6 juni. – FORTMANN, H. (1972) *Heel de mens. Reflecties over de menselijke mogelijkheden*. Ambo, Bilt-hoven. – LERSCH, PH. (1950) *Vom Wesen der Geschlechter*. 2e druk. Reinhardt Verlag, München. – REIL, E. (1953) *De vrouw. Een confrontatie. Parasol*, nr. 1; Man en paard. *Parasol*, nr. 2. – VINKEN, P. J. (1982). Onjuiste toeschrijvingen in de wetenschappelijke literatuur: plagiaat, cryptomnesie, palimpsestie en hyperloyaliteit. *Ned. T. Geneesk.* 126, 14.

Nijmegen, januari 1982

W. J. M. DEKKER

Ik heb in mijn voordracht meer dan 20 namen van, meest beroemde, geleerden genoemd die plagiaat hebben gepleegd of daarvan zijn beschuldigd. De gegevens daarvoor heb ik voornamelijk aan de literatuur ontleend, en dat heb ik ook duidelijk vermeld. Ik heb Donders uiteindelijk het voordeel van de twijfel gegeven omdat niet aangetoond kan worden dat hij zijn bron, het bijna 40 jaar eerder gepubliceerde boek *Philosophie zoölogique* van Lamarck, bewust heeft gebruikt.

De beschuldiging aan het adres van Buytendijk is gebaseerd op een aantal citaten en op overeenkomsten tussen zijn boek *De Vrouw* (1951) en het vier jaar eerder gepubliceerde boek van Lersch, *Vom Wesen der Geschlechter* (1947), dat Buytendijk (daarover zijn wij het dus eens) heeft gekend. Hij heeft het bovendien bewust gebruikt, getuige het feit dat hij er citaten van derden aan heeft ontleend. Nu blijft slechts de vraag open of de andere overeenkomsten tussen de beide boeken op toeval kunnen berusten. Dit lijkt mij niet, maar voorzichtigheidshalve heb ik in mijn voordracht geconcludeerd dat de literatuurverwijzing van Buytendijk op zijn minst misleidend onvolledig is geweest.

Amsterdam, februari 1982

P. J. VINKEN

## *Wie niet horen wil, moet voelen*

In zijn klinische les (1982) beschrijft GROTE verschillende vormen van otitis media met effusie (OME). Als oorzaken voor het ontstaan en voor het chronisch in stand blijven van deze ongewenste toestand in het middenoor worden genoemd een disfunctie van de buis van Eustachius en chronische infectie van de bovenste luchtweg. Als aanvulling hierop willen wij wijzen op een veelvuldig voorkomende vorm van afwijkend gedrag waar men zich weinig aan stoort, maar die toch in sommige gevallen de oorzaak blijkt te zijn van OME.

De functie van de tuba Eustachii is het afvoeren van secretieproducten naar de pharynx en het nivelleren van luchtdrukverschil tussen het middenoor en de buitenlucht. Er zijn geen problemen zolang de tuba zich met regelmatige tussenpozen kortstondig opent. Dit gebeurt op de ogenblikken dat de M. levator palati zich aanspant, zoals tijdens slikken. Wanneer het palatum wordt geheven, gaat dat

gepaard met kanteling van de kraakbenig versterkte tubamond, die zich dan even opent. Wordt abnormaal weinig geslikt, dan heeft dat onderdruk in het middenoor en retentie van afscheidingsproducten tot gevolg. Weinig slikken is een eigenschap van kinderen die uit gewoonte door de mond ademen: ze hebben een droge mond en hebben geen behoefte speeksel weg te slikken.

Ook hebben habituele mondademers vaker dan andere kinderen sinusitis: het ontbreken van een ademstroom en ademdrukwisselingen bij de ostia, waar de bijholten op de middelste neusgangen uitkomen, doet de afvoer van afscheidingsproducten stagneren door ontbreken van het Venturi-effect. Habitueel door de mond ademen blijft vaak bestaan, ook al is de neus voldoende doorgankelijk, en ook nadat adenotomie is verricht. Dit maakt het heel waarschijnlijk dat de mondademgewoonte een op zichzelf staand afwijkend gedrag is dat niet altijd door neusverstopping wordt veroorzaakt.

Belangrijk is dat de mondademgewoonte kan veranderen door een verstandig, stelselmatig reëducatie-programma. Indien OME in combinatie met mondademen voorkomt, is dit een indicatie om ouders en kind naar een logopedist te verwijzen voor oefenbehandeling.

*Literatuur:* GROTE, J. J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 89.

Utrecht,  
Naarden, januari 1982

P. H. DAMSTÉ  
H. H. WARMINK

Ik dank de collegae Damsté en Warmink voor hun opmerkingen over de kinderen die habitueel door de mond ademen. Uit het onderzoek van o.a. CLEMENS (1977) lijkt een samenhang te bestaan tussen middenoorproblemen en mondademen. De reden dat ik dit niet in de klinische les heb opgenomen is dat bij de verschillende etiologische momenten voor het ontstaan van de OME de samenhang met de mondademhaling gecompliceerder is en mijns inziens meer onderzoek behoeft. Belangrijk hierbij is dat het begrip disfunctie van de buis van Eustachius meer omvat dan alleen het niet openen van de buis van Eustachius; ook bij de zogenaamde patent tube, waarbij de disfunctie bestaat uit het continu geopend zijn van de buis van Eustachius, komt veel OME voor.

Vanzelfsprekend zal door de keel-neus-oorarts eerst naar de oorzaak van het mondademen worden gezocht. Indien echter een kind bij goede neuspassage door de mond blijft ademen is hiervoor zeker aandacht nodig. Neusademhaling is in vele opzichten gezonder.

*Literatuur:* CLEMENS, S. (1979) *Logopedie en Foniatrie* 48, 374.

Leiden, februari 1982

J. J. GROTE

In artikel van prof. dr. J. J. GROTE (1982) heb ik een behandelingsmethode gemist die mij zeer voor de hand lijkt te liggen. Als behandeling om mee te beginnen stelt de schrijver paracentese met afzuigen van het vocht voor. Als meest toegepaste behandeling noemt hij het trommelvliesbuisje.

De door mij bedoelde behandelingsmethode is als volgt: eventueel na paracentese met afzuigen van het vocht „politeren” gedurende enkele weken een of meer keren per dag. Dit laatste zou door de ouders, die een goede vertrouwensrelatie met het kind hebben, het beste uitgevoerd kunnen worden. Zowel de prijs van een ballon als de

moeilijkheidsgraad van de politzertechniek lijkt mij niet te bezwaarlijk. Ik heb twee vragen. Ten eerste: is deze methode ooit toegepast en wat waren de resultaten ervan? Ten tweede: is het voldoende om door een of enkele malen per dag te politzeren de druk in het middenoor zodanig te houden dat de OME erdoor verdwijnt? Recidief lijkt mij, net als bij het trommelvliesbuisje dat ook slechts een palliatief middel is, niet uitgesloten. Het kind behoeft als deze methode werkt geen operatieve ingreep te ondergaan.

*Literatuur:* GROTE, J. J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 89.

Nijmegen, februari 1982

P. F. M. LINSSEN

De techniek waarmee de druk in de middenoren kan worden verhoogd door knijpen in een in het neusgat geplaatste ballon en het tegelijkertijd afsluiten van de epipharynx, is genoemd naar POLITZER, die in 1863 deze techniek voor het eerste toepaste. Deze techniek is daarna zeer veel gebruikt, vooral met goed resultaat bij onderdruk in het middenoor zonder vochtophoping. In die gevallen waarin zich reeds vocht heeft opgehoopt en slijmvliesveranderingen zijn ontstaan is deze methode onvoldoende gebleken. Een voldoende afvloed en genezing van het middenoor komen daardoor niet tot stand.

In de klinische les is nog eens aangegeven dat het voor de therapie van belang is om een differentiatie te maken in de etiologische momenten van de OME. Indien daarbij een chronische sinusitis of adenoiditis een rol speelt is het zogenaamde „politzeren” zelfs gecontraïndiceerd.

*Literatuur:* POLITZER (1903) *A textbook of the diseases of the ear for students and practitioners*, bl. 106. Lea Bros and Co., Philadelphia.

Leiden, februari 1982

J. J. GROTE

## Het goedaardige vena cava superior-syndroom

Met belangstelling heb ik het uitvoerige artikel van collega TIMMERMANS e.a. (1981) gelezen, waarbij enkele vragen rezen.

Waarom werd er flebografie verricht? Het lichamelijke onderzoek (er werden uitgezette venen gevonden op de bovenste thoraxhelft, in de hals en op de armen) toonde immers al dat er een obstructie van de vena cava superior bestond. Dat er geen vergrote hilusklieren waren maakte het waarschijnlijk dat deze obstructie zich ter hoogte van de struma zou bevinden. Flebografie vereist ongeveer 50 ml contrast, snel intraveneus gespoten. LOKICH e.a. (1975) vermelden enkele bezwaren tegen veneuze ingrepen: (a) onderbreking van de veneuze wand bij hoge druk kan excessieve bloedingen geven op de plaats van de punctie; (b) door de langzame distributie van de ingespoten stof kunnen trombose en phlebitis ontstaan (hoge druk bij lage stroomsnelheid). Ook wijzen de auteurs op de risico's van invasieve diagnostische ingrepen. Het instrumenteren in gebieden met oedemateus weefsel en collaterale venen zou levenbedreigende complicaties kunnen geven (respiratoire obstructie, aspiratoire obstructie en hemorrhagieën). Vooral lijkt mij

een veneuze bloeding in het mediastinum (transtracheale punctie) niet ongevaarlijk.

Wat is de mening van de auteurs omtrent de waarde van computertomografie (met lugolvoorbereiding) ten einde de uitbreiding van de struma in hals en mediastinum nader te bepalen? Dit mede omdat snelle diagnostiek bij dit syndroom gewenst is. Wat is de mening van de auteurs omtrent het gebruik van digoxine? Er bestond geen boezemfibrilleren met snelle kamerfrequentie, noch decompensatio cordis. Vond men toediening van digoxine geen risico, daar dit de zuurstofbehoefte van het myocard doet toenemen? Werd toediening van anticoagulantia nog overwogen? Sommige auteurs adviseren dit bij een snel progressief vena cava superiorsyndroom. In de beschouwing adviseert men bij het door maligne oorzaken ontstane vena cava superiorsyndroom als therapie op korte termijn radiotherapie.

Als een belangrijke oorzaak van een zich snel ontwikkelend vena cava superiorsyndroom komt een kleincellig anaplastisch bronchuscarcinoom in het algemeen in aanmerking. GRECO (1981) acht voor het vena cava superiorsyndroom ten gevolge van een kleincellig longcarcinoom, radiotherapie inadequaat en adviseert polychemotherapie. Combinatie met radiotherapie zou men alleen bij „limited disease” moeten geven. Wat is de mening van de auteurs hieromtrent?

*Literatuur:* GRECO, F. A. (1981) *Small cell lung cancer*, bl. 273. *Clinical Oncology Monographs*. Grune and Stratton, New York. — LOKICH, J. J. (1975) *J. Amer. med. Ass.* 231, 58. — TIMMERMANS, A. J. M., J. F. VERZIJLBERGEN, J. M. M. VAN DEN BOSCH e.a. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2144.

Utrecht, januari 1982

W. P. OLISLAGERS

Behandeling met anticoagulantia dient naast toediening van diuretica en corticosteroiden bij het VCSS zeker overwogen te worden. Deze behandeling mag evenwel het stellen van de juiste diagnose niet in de weg staan. Computertomografie van het bovenste mediastinum kan hierbij waardevolle informatie geven, en werd bij de besproken patiënt geprobeerd. Het onderzoek moest echter worden afgebroken, omdat patiënt zo dyspnoïsch was dat hij niet de vereiste tijd kon blijven liggen. Omdat er twijfel bleef bestaan over struma als oorzaak van het VCSS, is vervolgens flebografie verricht, ter uitsluiting van een eventuele obstructie elders. Hierbij waren we ons bewust van de terecht door collega Olislagers gesignaleerde risico's en er werd daarom een beperkte hoeveelheid contrast gebruikt, die met handdruk werd ingespoten. Overigens vond dit onderzoek pas plaats nadat de ergste stuwingsverschijnselen door symptomatische behandeling waren verdwenen.

In dat stadium heeft onzes inziens ook een transtracheale punctie, uiteraard in geoefende handen, nadat andere diagnostische middelen faalden, en bij een niet ontstolde patiënt, een aanvaardbaar risico. Dit te meer daar ook bij maligne tumoren steeds getracht dient te worden het type tumor vast te stellen, omdat de uiteindelijke behandeling daardoor mede wordt bepaald.

Aangezien het onderwerp van ons artikel het goedaardige VCSS betrof, werden niet alle mogelijke oorzaken en therapieën van het kwaadaardige VCSS in de beschouwing opgenomen. Is er een kleincellig anaplastisch bronchuscarcinoom dan zal vaak primair met cytostatica worden behandeld. Soms zal, bijvoorbeeld bij onvoldoende aanslaan van de cytostatische therapie, in tweede instantie radiotherapie alsnog moeten worden overwogen.