

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Financiële steun van de stichting „De Drie Lichten”

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 15 mei 1982 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen, in verband met het voorgenomen onderzoek, voor te maken onkosten. Voorts kan worden

overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen.

Het is thans eveneens mogelijk financiële steun te verlenen aan a.s. artsen die participeren in een onderzoek. De aanvraag dient te geschieden door degene die de primaire verantwoordelijkheid draagt voor het onderzoek.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en vergezeld te gaan van een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae.

Prof. dr. A. SCHABERG,
secretaris
Pathologisch Laboratorium,
Wassenaarseweg 62,
2333 AL Leiden

INGEZONDEN

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

Röntgendiagnostiek van brughoektumoren

In hun antwoord (1981) op mijn commentaar (1981) op hun klinische les halen PEETERS en VERBEETEN 7 andere auteurs aan om hun stelling te steunen. Ze schrijven dan: „In al deze publikaties komt computercisternografie met gas naar voren als een betrouwbare methode voor het aantonen van intracanaliculaire acusticusneurinomen.” Aangezien ik de betrouwbaarheid van de lucht-CT-cisternografie ten aanzien van juist deze intracanaliculaire locatie van het acusticusneurinoom in mijn commentaar niet bewezen achtte, was ik zeer benieuwd naar deze omvangrijke literatuurbron.

Bij de bestudering van deze door Peeters en Verbeeten aangehaalde literatuur blijkt echter het volgende. Eén verwijzing (Penley 1980) blijkt een uittreksel van een congresvoordracht te zijn waarin geen onderzoekresultaten vermeld worden. In drie verwijzingen (Manelfe 1980; Wende 1980; Lee 1981) blijkt de auteur slechts een mededeling over de methode te doen en worden evenmin eigen onderzoekresultaten vermeld. In de drie resterende verwijzingen (Huete 1979; Sortland 1979; Bentson 1980) worden eigen ervaringen vermeld bij resp. 6, 10 en 15 patiënten. In deze 3 groepen kwamen resp. 4, 3 en 4 patiënten met een acusticusneurinoom voor. Deze tumoren promineerden in alle gevallen uit de porus acusticus internus in de brughoek. In geen enkel geval werd dus een exclusief intracanaliculair gelokaliseerde tumor aangetoond. Naar mijn mening ontbreekt daarom elke grond aan de stelling van Peeters en Verbeeten dat de computercisternografie met gas een betrouwbare methode is voor het aantonen van een intracanaliculair acusticusneurinoom. Ook de ontdekker van de methode zelf (Sortland 1979) betwijfelt of dat mogelijk kan zijn en zegt: „The possibility of diagnosing intracanalicular tumors is uncertain.” Een zelfde standpunt wordt ingenomen door de door mij aangehaalde auteurs Kricheff e.a. (1980).

Ik ben dan ook van mening dat Peeters en Verbeeten de stelling in hun klinische les, dat de meatocisternografie met olie vervangen dient te worden door computercisternografie met gas omdat deze methode betrouwbaar is ook voor het aantonen van intracanaliculaire acusticusneurinomen,

ook nu niet hebben bewezen. De beschuldiging van een kunstfout bij achterwege laten van hun advies blijkt des te meer misplaatst.

Literatuur: PEETERS, F. L. M. en W. W. J. M. VERBEETEN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2075. — THIJSSSEN, H. O. M. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2074.

Nijmegen, januari 1982

H. O. M. THIJSSSEN

Collega Thijssen deelt ook na lezing van de in ons vorige antwoord aangehaalde literatuur niet onze mening dat CT-gas-cisternografie/canalografie bij de diagnostiek van intracanaliculaire acusticusneurinomen de conventionele canalografie met oliehoudende contrastmiddelen heeft verdrongen.

SORTLAND (1979) stelt bij de eerste publikatie over dit onderwerp dat bij een geheel met gas gevulde inwendige gehoorgang niet een klinisch belangrijk intracanaliculair uitgesloten mag worden geacht; in de samenvatting van dit artikel stelt hij echter dat het aantonen van intracanaliculaire tumoren nog onzeker is. Latere publikaties wijzen er op dat bij een technisch juist uitgevoerd onderzoek altijd gas in de onderzochte inwendige gehoorgang kan worden aangetoond indien er geen afwijking aanwezig is. Sommige auteurs onderscheiden zelfs de zenuwen in de inwendige gehoorgang (zie ook PHELPS en LLOYD 1982). Het is onzes inziens duidelijk dat een geheel met gas gevulde inwendige gehoorgang niet een klinisch belangrijk intracanaliculair acusticusneurinoom kan bevatten dat wel bij conventionele canalografie zichtbaar zou zijn geworden.

Collega Thijssen gaat voorbij aan de problemen bij conventionele canalografie. PINTO (1981) beschrijft 3 fout-positieve uitslagen (7%) op 40 conventionele onderzoeken bij patiënten die geen (intracanaliculair) acusticusneurinoom hadden; bij deze patiënten werd geen fout-positieve CT-gas-canalografie-uitslag verkregen. Collega Thijssen verwijst ons dat in de door ons genoemde artikelen geen intracanaliculaire tumoren worden besproken. Dit is niet juist. Bentson geeft daarvan zelfs een voorbeeld in figuur 1, Huete en Corrales in figuur 5.

Wij willen deze discussie besluiten met een citaat van

Bentson: „We believe this technique (gas-CT-cisternografie/canalografie) is preferable to Pantopaque cisternography, not only because the possibility of arachnoiditis is eliminated but also because it is likely air will enter some canals that the highly viscous Pantopaque will not.”

Literatuur: BENTSON, J. R., A. A. MANCUSO, J. WINTER e.a. (1980) *Radiology* 136, 777. — HUETE, J. en M. CORRALES (1979) *J. Neuroradiol.* 6, 335. — PHELPS, P. D. en G. A. S. LLOYD (1982) *Brit. J. Radiol.* 55, 19. — PINTO, R., J. J. KRICHEFF, R. T. BERGERON e.a. (1981) *The diagnosis of small acoustic neurinomas by gas computed tomography cisternography and canalography. Contrast media in computed tomography. Excerpta Medica, Amsterdam.* — SORTLAND, O. (1979) *Neuroradiol.* 18, 19.

Amsterdam, maart 1982

F. PEETERS
B. VERBEETEN JR.

Een pil tegen de atoombom?

Een heel sinister artikel van prof. VAN DER WAAIJ (1981) waar ik op wil reageren.

Een goede theorie, maar wat een onwerkelijke toepassing! Een uiterst marginale bijdrage tot redding én de suggestie dat er weer een maatregel is die een atoomaanval minder gevaarlijk maakt: Er is toch wat aan de gevolgen te doen. Bij een 10-20 Kt bom wordt 85% van de energie vrijgemaakt in de vorm van „blast” en hitte en slechts 5% in de vorm van initiële straling. Er rest dan 10% residustraling. Verreweg de meeste mensen die een subtiele straling ontvangen hebben, komen om door de schokgolf en de hitte. Voor zwaardere bommen geldt dit nog meer. Als we aannemen dat iedereen zijn pillen nog in vrede tijd uitgeleerd krijgt en netjes bewaart, hoeveel procent van de bevolking denkt dan na een atoomaanval aan deze pillen, weet waar ze zijn, kan ze bereiken en zal ze innemen. Radio en TV kunnen er niet op attenderen. Of moeten we „de pil” dag in dag uit bij ons dragen? Dat is toch absurd! Uிடdelen na de klap? In een volstrekte chaos met honderdduizenden gewonden toch ook niet goed uitvoerbaar, denk ik zo. En bovendien, wat gaat het kosten? Voor een bevolking zullen we een paar voorraden moeten hebben, omdat anders de voorraad ook wel eens weg zou kunnen zijn. Ik denk dat dit geld beter besteed kan worden aan het uitroeien van lepra en malaria dan aan deze fictieve redding van mensen in rijke landen, die zich in deze wereld met milieu-, energie- en hongerproblemen de luxe veroorloven miljoenen per minuut uit te geven voor een bewapening die niet eens meer te gebruiken is, alleen ons voortbestaan kan wegbranden en op zichzelf al bedreigend is voor mens en milieu.

Literatuur: WAAIJ, D. VAN DER (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2111.

Haren, februari 1982

J. W. POLMAN

Beantwoording van de brief van collega Polman maakt het nodig – zij het kort – dieper in te gaan op de situatie die na een atoombomexplosie te verwachten valt. Hierbij baseer ik me op gegevens over de explosies boven Hiroshima en Nagasaki vermeld in een gelijknamig boek (1981) alsmede op een artikel van ABRAMS en VON KAENEL (1981).

In Japan bleek een kleine 40% van de niet verwonde overlevenden, in Hiroshima geschat op 118.000 van de

320.000 inwoners, de dag van de explosie versuft en ziek: men was misselijk en braakte. Misselijkheid was bij de meeste van deze mensen van voorbijgaande aard en duurde in de regel niet veel langer dan tot de volgende dag. Dat zal bij andere (zwaardere) A-bommen niet veel anders zijn, aannemende dat alle mensenrassen ongeveer eender op straling reageren. Het acute effect van de explosie op de psyche was daags daarna in zoverre hersteld dat men zich uit de stad naar de periferie ervan begon te verplaatsen met meeneming van gewonden. De daarbij af te leggen afstand was 2 à 3 km. Deze afstand zal bij krachtiger A-bommen niet groter zijn, en dus te voet af te leggen. Een krachtiger explosie impliceert wel dat door het grotere oppervlak van deze buitenzone op evenredig meer mensen moet worden gerekend. Degenen, die uit het getroffen gebied komen, zullen nog versuft zijn; te versuft om pillen te gaan zoeken, zoals collega Polman waarschijnlijk terecht veronderstelt.

De waarschuwing van Abrams en Von Kaenel luidt, dat bij mensen door opgedane straling – direct of t.g.v. fall-out – de weerstand tegen infecties is verzwakt. Hierdoor zullen ze gemakkelijk in fall-out shelters (Verenigde Staten) voor elkaar een bron van infecties t.g.v. pathogene bacteriën kunnen gaan vormen. In opvangcentra buiten de stralingszone na een A-bomexplosie lopen eventuele onbestraalde hulpverleners waarmee stralingsslachtoffers in contact komen, daardoor ook gevaar met pathogene bacteriën besmet te worden en deze infectie(s) thuis op huisgenoten over te brengen. De duur van sterk verminderde weerstand tegen infecties zal – afhankelijk van de opgedane stralingsdosis, leeftijd, geslacht etc. ten minste 2-4 weken duren. In deze periode is het niet denkbeeldig dat bijvoorbeeld maar één salmonella-drager onder de getroffenen in een opvangcentrum genoeg is om een epidemie onder de aanwezige stralingsslachtoffers te veroorzaken. Zonder bacteriologisch onderzoek is immers niet uit te maken of stralingspatiënten bloederige diarree hebben t.g.v. een voor onbestraalden ongevaarlijke *E. coli*, of dat het een patiënt met een gevaarlijke ziekteverwekker betreft.

Wanneer we proberen – hoe afschuwelijk het ook is – ons van tevoren een beeld te vormen van wat er zal kunnen gebeuren en we van tevoren leren hoe we infecties bij bestraalde mensen én bij hun verzorgers in het omringende gebied zoveel mogelijk kunnen voorkomen, is een verbeterde medische opvang van slachtoffers van een onmenselijk wapen misschien mogelijk. Een pil als bedoeld in mijn brief aan de Redactie (1981) zou hier de omvang van menselijke ellende kunnen beperken. Het alternatief zal zijn dat stralingsslachtoffers in noodhospitelen c.q. kampen bijeen worden gebracht, waar – zoals dat vroeger bij pestepidemieën en epidemieën van andere besmettelijke ziekten het geval was – men wordt opgeborgen en in feite aan zijn lot wordt overgelaten. Erger nog, het zullen bewaakte kampen kunnen worden, daar men bij verstoring van de aanvoerlijnen van o.a. geneesmiddelen, van behandeling af zal (moeten) zien.

Een selectief decontaminerende pil zal geen effect hebben tegen lepra en malaria, maar zal wel effect kunnen sorteren bij preventie van bacteriële infecties van darm en de luchten urinewegen. Ook epidemieën zijn er waarschijnlijk mee te voorkomen; een probleem dat in ontwikkelingslanden veel sterker speelt dan in de Westerse samenleving.

Het zal collega Polman en vele anderen wellicht aanspreken dat toepassing van zo'n pil bij de behandeling en – wat belangrijker is – de preventie van epidemieën van bacteriële darminfecties in ontwikkelingslanden één van de hoofddoelen is waaraan thans wordt gewerkt. Hiermee bestaat nog geen grootschalige ervaring; daarover zullen deze zomer