

Patiënt C lijkt hierop helaas een uitzondering te (gaan) vormen.

LITERATUUR

- 1 Gathier JC, Bruyn GW, Strik F. Acute scapulo-humerale paralyse (zg. serratus-verlamming). Ned Tijdschr Geneesk 1960; 104: 819-25.
- 2 Mumenthaler M. Neurologie. Ein Lehrbuch für Aerzte und Studenten. 7e druk. Stuttgart: Thieme, 1982: 433.
- 3 Petreia JE, Trojaborg W. Conduction studies of the long thoracic nerve in serratus anterior palsy of different etiology. Neurology (Cleveland) 1984; 34: 1033-7.

Utrecht, april 1985

F. VISSCHER

Collega Visscher geeft aan dat ik met geen woord rep over het reeds lang bekende syndroom van de acute scapulo-humerale paralyse. Het desbetreffende artikel heb ik niet gelezen, maar ik heb dan ook geen uitputtende literatuurstudie gedaan over het onderwerp van mijn publikatie. Merkwaardigerwijze kreeg ik van collega Strik een brief, waarin hij mij op het artikel van hem en de collegae Gathier en Bruyn attendeerde.¹² Tevens gaf hij in zijn brief het antwoord op de opmerking van collega Visscher. In zijn proefschrift heeft hij de volgende stelling geponoerd: „Er zijn goede argumenten aan te voeren voor de hypothese dat de „neuralgische amyotrofie” (lees ook: amyotrofische schouderneurologie, c.q. acute scapulo-humerale paralyse) geen ziekte-eenheid is, maar een syndroom dat door verschillende oorzaken (exogene, endogene en onbekende) kan worden teweeggebracht”.² Ik zou daarom vooralsnog willen blijven bij mijn conclusie dat patiënt C een paralyse van de M. serratus anterior heeft van onbekende oorzaak, wellicht door kouvatten, zoals Biemond het destijds beschreef.

LITERATUUR

- 1 Gathier JC, Bruyn GW, Strik F. Acute scapulo-humerale paralyse (zg. serratus-verlamming). Ned Tijdschr Geneesk 1960; 104: 819-25.
- 2 Strik F. Ophthalmodynamographie und Ophthalmodynamometrie in der neurologischen Praxis. Rotterdam, 1977. Proefschrift.

Brielle, mei 1985

H.J. STOUTJESDIJK

Naar aanleiding van het artikel van collega Stoutjesdijk (1985; 508-10) over het vrij zeldzaam voorkomen van een M. serratus anterior-paralyse en vooral de hardnekkigheid met langdurige arbeidsongeschiktheid, de waarschijnlijkheid van een irreversibele aandoening, wil ik opmerken dat ik het ook wel eens anders heb gezien.

Het betreft een 49-jarige meewerkende landbouwer, bij wie een rechtszijdige M. serratus anterior-paralyse bestond, maar ook links in lichte mate. Bij provocatie, overstrekken van de armen, was er een scapula alata rechts duidelijker dan links. De M. trapezius maakte rechts een atrofische indruk. Na enige maanden verrichtte hij lichte werkzaamheden, kreeg dan wel pijn, vooral bij regenachtig weer. Hij werd behandeld met fysiotherapie, o.a. elektrotherapie. Na ruim een halfjaar was er een aanzienlijke verbetering, met nog nauwelijks afstaande scapulae. Behalve de neuropathie van de N. thoracalis longus nam ik later bij deze man nog neuralgiforme klachten waar van de rug en het been. De karakterstructuur van de man was van angstneurotische aard, veel transpireren, zodat aan een vulnerabel zenuwstelsel werd gedacht. Bij deze patiënt was eerder sprake van een parese dan van een paralyse van de M. serratus anterior, gezien de goede restitutie.

Groningen, april 1985

G.R.A. VISSCHER

Diagnostiek en behandeling van non-Hodgkinlymfomen

In hun artikel wekken De Pauw et al. (1985; 675-9) de indruk dat voor de behandeling van lymfomen met intermediaire of hoge maligniteitsgraad in stadium I kan worden volstaan met bestraling. Deze suggestie wordt gebaseerd op een prospectief onderzoek van Nissen et al. waaruit blijkt dat adjuvante chemotherapie de kans op een recidief verkleint, maar de overleving niet lijkt te beïnvloeden ($p=0,13$).¹ De conclusie van deze auteurs op grond van hun eigen en twee andere prospectieve gerandomiseerde onderzoeken luidt echter: „For non-Hodgkin's lymphomas of unfavorable histology, adjuvant CT (chemotherapy) improves both relapse-free and overall survival. . .”.^{1,3} In alle drie onderzoeken was de ziektevrije overleving statistisch significant beter na adjuvante chemotherapie en in één onderzoek werd, niet onverwacht bij de slechte behandelingsresultaten van recidieven, ook een significant langere overlevingsduur gezien.² Toegegeven zij dat in een vierde onderzoek geen additioneel effect van chemotherapie werd gevonden.⁴

Naar onze mening rechtvaardigen deze gegevens het gebruik van adjuvante chemotherapie bij non-Hodgkinlymfomen van ongunstig histologisch type in stadium I. Zelfs kan op grond van gunstige ervaringen met alleen chemotherapie de vraag naar de plaats van radiotherapie aan de orde worden gesteld.⁵

LITERATUUR

- 1 Nissen NI, Ersbol J, Hansen HS, et al. A randomized study of radiotherapy versus radiotherapy plus chemotherapy in stage I-II non-Hodgkin lymphoma. Cancer 1983; 52: 1-7.
- 2 Bonnadonna G, Lattuada A, Monfardini S, Milani F, Banfi A. Combined radiotherapy-chemotherapy in localized non-Hodgkin's lymphomas: 5 year results of a randomized study. In: Jones SE, Salmon SE, eds. Adjuvant therapy of cancer II. New York: Grune & Stratton, 1979; 145-63.
- 3 Landberg TG, Håkansson LG, Möller RT, et al. CV₂ remission-maintenance in stage I or II non-Hodgkin's lymphomas. Preliminary results of a randomized study. Cancer 1979; 44: 831-8.
- 4 Glatstein E, Donaldson SS, Rosenberg SA, Kaplan HS. Combined modality therapy in malignant lymphomas. Cancer Treat Rep 1977; 61: 1199-207.
- 5 Miller TP, Jones SE. Initial chemotherapy for clinically localized lymphomas of unfavourable histology. Blood 1983; 62: 413-8.

Amsterdam, april 1985

M.M.A.C. LANGENHUIJSEN

Ondanks de tendens om ook gelokaliseerde non-Hodgkinlymfomen van intermediaire en hoge maligniteitsgraad aanvullend cytostatisch te behandelen, blijven wij van mening dat radiotherapie alleen een doeltreffende behandeling is. Een voorwaarde is wel dat het stadium waarin de patiënt verkeert, adequaat wordt vastgesteld, d.w.z. ook door laparotomie. Adjuvante of primaire chemotherapie verdient wellicht de voorkeur indien er sprake is van stadium I, waarbij een der klieren groter is dan 5 cm of waarbij het aangetaste lymfeklierstation meer dan 3 vergrote klieren bevat.

De literatuur, waaraan collega Van Langenhuijsen refereert, is niet conclusief en heeft als nadeel dat een laparotomie geen vast onderdeel was van de stadiëringsprocedure en dat ook patiënten met een afwijkende uitslag van weefselonderzoek in de analyse betrokken werden. Zou men in alle gevallen een combinatie van radio- en chemotherapie toepassen, dan dient men er rekening mee te houden dat men ten minste 70% van de patiënten overbehandelt en blootstelt aan het risico van een secundaire

maligniteit. De behandelingsresultaten van recidieven na voorafgaande chemotherapie zijn inderdaad zeer teleurstellend, maar dit is niet het geval na beperkte radiotherapie.

Nijmegen, mei 1985

B.E. DE PAUW
R. SOMERS

Digitalis en atriumfibrilleren anno 1985

Naar aanleiding van het artikel van Meijler en Van der Tweel in dit tijdschrift (1985; 729-35), zou ik het volgende willen opmerken. Het begrip „random ritme” lijkt als alliteratie wel, echter als contradictio in terminis niet aanbevolen te moeten worden.

Geldermalsen, april 1985

K.J. MOES

De geachte inzender heeft gelijk. Als excuus mag gelden dat over de term „random ritme” lang is gedacht. De woorden komen van verschillende disciplines. Men spreekt van hartritme, ongeacht of het hart regelmatig is of niet. Als de irregulariteit random kenmerken vertoont, noemen we het hartritme random. Heeft collega Moes een beter voorstel? Zo ja, dan graag, anders laten we de pragmatiek maar prevaleren over het principiële!

Utrecht, mei 1985

F.L. MEIJLER

Herkenning en behandeling van febris typhoidea

Met interesse las ik de klinische les van collega Van 't Wout c.s. (1985; 387-90). Zelf werkend in een Westafrikaans districtziekenhuis met een verzorgingsgebied van ca. 160.000 inwoners, waarin jaarlijks gemiddeld zo'n 150 patiënten met klinische tyfus worden behandeld, daarenboven nog eens 20 à 30 patiënten wegens tyfusperforaties van het ileum worden geopereerd en 800 tot 1.000 patiënten poliklinisch voor deze aandoening worden behandeld, is het interessant te constateren dat de klinische overeenkomst van het beeld in Nederland en Ghana groot is.

Toch heb ik een vraag. Is het niet opmerkelijk dat er bij een hevige bacteriële ziekte met koorts een zo relatief laag tot normaal leukocytenaantal gevonden wordt, met een sterke linksverschuiving? Naar mijn ervaring is deze bevinding erg karakteristiek voor tyfus. Ook bij de beschrijving van de patiënten in het artikel van Van 't Wout et al. valt dit op. In de tropen is het althans veel karakteristieker dan de aneosinofilie die in Ghana ook bij tyfus zelden voorkomt. Naar schatting krijgt 2 tot 4% van de patiënten met tyfus een perforatie van het ileum,¹ zodat ik niet de indruk heb dat wij de diagnose tyfus, mede aan de hand van een relatief laag leukocytenaantal met linksverschuiving, te vaak stellen. Dat tyfus in Ghana evenwel slechts op de 19e plaats staat in de volgorde van ziekten, gerekend naar het aantal verloren dagen „gezondheid” (voor tyfus 4800 dagen gezond leven per 1.000 mensen per jaar),² moge een indicatie zijn voor het gigantische arsenaal aan ziekten die er nog voorkomen voor export. En waaraan wat gedaan moet worden.

LITERATUUR

¹ Davey WW. Companion to surgery in Africa. Edinburgh: Livingstone, 1968: 214-8.

² Morrow RH. How to estimate the relative importance of different diseases: estimates for typhoid fever from Ghana. Trop Doct 1984; 15: 86-9.

Berekum B/A (Ghana), april 1985

J.H. SCHAGEN VAN LEEUWEN

Collega Schagen van Leeuwen stelt de leukocytopenie bij febris typhoidea aan de orde. In antwoord op zijn vraag moet allereerst gesteld worden dat de pathogenese van de symptomen van febris typhoidea vooralsnog onduidelijk is.¹ De rol die endotoxemie hierbij zou spelen is omstreden.² Hoewel endotoxine een voorbijgaande leukocytopenie kan geven, door hechting van granulocyten aan de vaatwand, wordt de leukopenie meestal gevolgd door een leukocytose. Dat bij febris typhoidea de leukocytopenie blijft bestaan en geen leukocytose optreedt (tenzij er een complicatie is), suggereert dat hier een ander mechanisme in het spel is, maar ons zijn hierover geen gegevens bekend. Het ontbreken van de aneosinofilie bij de patiënten van collega Schagen van Leeuwen – bij onze patiënten een zeer constant gegeven –, zou wellicht kunnen berusten op bijkomende parasitaire infecties.

LITERATUUR

¹ Hornick RB, Greisman SE. On the pathogenesis of typhoid fever. Arch Intern Med 1978; 138: 357-9.

² Hornick RB, Greisman SE, Woodward TE, et al. Typhoid fever: pathogenesis and immunologic control. N Engl J Med 1970; 283: 739-46.

Leiden, mei 1985

J.W. VAN 'T WOUT
J.W.M. VAN DER MEER

Geteld, gewogen

Naar aanleiding van het grote aantal schrijvers boven het artikel van Dambrink et al. zouden wij de mede-auteur Dunning willen wijzen op de door hem geschreven Redactionele Kanttekeningen over het poly-auteurschap.^{1 2} Wij vragen ons af of alle schrijvers voldoen aan de door hem geformuleerde criteria:

1. Een auteur moet hebben deelgenomen aan de opzet en uitvoering van het beschreven onderzoek en een deel van de waarnemingen of gegevens zelf hebben verzameld en hebben geïnterpreteerd; aan de gevolgtrekkingen moet hij hebben meegewerkt.

2. Een auteur moet hebben deelgenomen aan het schrijven van het artikel.

3. Een auteur moet de gehele inhoud van het artikel hebben gelezen en met de publikatie ervan schriftelijk hebben ingestemd, alvorens het aan een tijdschrift wordt aangeboden.

Wij zijn ons ervan bewust dat het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 6 auteurs accepteert, maar is voor een relatief simpel fysiologisch onderzoek zo'n zware „bezetting” gerechtvaardigd?²

LITERATUUR

¹ Dambrink JHA, Wieling W, Borst C, Karemaker JM, Brederode JFM van, Dunning AJ. Invloed van leeftijd op cardiovasculaire reacties bij verandering van houding. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 168-71.

² Dunning AJ. Geteld, gewogen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1288-9.

Harare, Zimbabwe,
Hlatikulu, Swaziland, april 1985

B. NAAFS
K. SNABEL