

Wij danken collega IJkelenstam dat hij door zijn reactie c.q. aanvulling op ons artikel nogmaals erop wijst, dat het van belang is dat men attent wordt gemaakt op het bestaan van het tarsale-tunnelsyndroom, aangezien dit syndroom vaker voorkomt dan men zou verwachten. Wij hopen dat de reactie van collega IJkelenstam, samen met ons artikel, een hernieuwde bijdrage kan leveren tot het onder de aandacht brengen van de perifere-compressieuropathieën in het algemeen en van het compressiesyndroom van de nervus tibialis posterior of van diens vertakkingen in het bijzonder.

W. H. M. CASTRO

Haarlem, januari 1986

### Wondergenezing?

In zijn klinische les (1986; 3-6) noemt Lammes een aantal mogelijke verklaringen voor 'verbluffende genezingsresultaten van alternatieve therapie'. Eén mogelijkheid mis ik, en dat is, dat de gemoedstoestand van de patiënt van invloed zou kunnen zijn. Bij ontstekingen is het wel bekend, dat de wil om beter te worden een gunstige invloed heeft. Ook zijn er voldoende verhalen in omloop over ongeneeslijk zieken die hun sterven wisten uit te stellen om nog éénmaal een geliefde persoon te kunnen ontmoeten.

Is het daarom vreemd te veronderstellen, dat niet alleen angst en woede met interne secretie te maken hebben, maar alle gemoedstoestanden, ook hoop en vertrouwen? En zou het niet zo kunnen zijn, dat de interne secretie bij hoop en vertrouwen een iets slechter milieu is voor de ontwikkeling van tumoren? Een bewijs door het vergelijken van groepen patiënten zal nooit geleverd kunnen worden, omdat geen arts in twijfelgevallen bij de patiënt hoop en vertrouwen niet zal willen stimuleren. Maar wel acht ik van belang te zoeken naar eventuele veranderingen in het 'milieu interne' van 'gelovige' Moerman-patiënten. Wie weet opent dat nieuwe gezichtspunten.

M. C. COLENBRANDER

's-Hertogenbosch, januari 1986

Met collega Colenbrander ben ik van mening dat er waarschijnlijk nog vele onbekende factoren zijn die een invloed hebben op het ziektebeloop van kwaadaardige tumoren. Zolang er over deze invloeden nog geen zekerheid bestaat, lijkt het raadzaam om bij miraculeuze genezingsresultaten eerst kritisch alle gegevens over diagnose en ziektebeloop opnieuw te beoordelen. Pas daarna kan de invloed van tot nu toe onbekende invloeden worden overwogen. Te vaak wordt de omgekeerde weg bewandeld.

F. B. LAMMES

Amsterdam, januari 1986

### Een ernstig onderkoelde patiënt

Bij het artikel van de collega's Gans, Duurkens en Hoorntje (1985; 2451-3) wil ik de volgende kanttekeningen plaatsen.

– De Osborne-, J-golf of 'camel hump sign' op het ECG wordt ten onrechte pathognomonisch genoemd in vele artikelen en boeken. Hetzelfde fenomeen is te zien bij hersenletsel, cerebrale hemorrhagie en andere non-hypotherme toestanden.<sup>1</sup> De oorzaak en betekenis zijn onduidelijk.<sup>2,3</sup>

– Het mede door de longen verminderen van de acidose via het klaren van koolzuur is een niet bestaand mechanisme door alveolaire hypoventilatie en respiratoire acidose (naast metabole acidose!).<sup>4</sup>

– De auteurs geven helaas niet aan of de door hen genoemde pH van 7,15-7,20 gecorrigeerd of ongecorrigeerd is voor de temperatuur van de patiënt.

– Het beschreven belang van een bronchiaal toilet is groot, maar levert het risico van inductie op van ventrikelfibrilleren bij een temperatuur van onder de 28°C.

– De perifere vaatverwijding en nalevering van koud bloed naar de kern zijn als enige verklaring voor de 'afterdrop' nooit bewezen en waarschijnlijk zelfs onjuist, maar als werkhypothese bruikbaar.<sup>5</sup>

Heel terecht merken de auteurs op dat een ernstig chronisch onderkoelde patiënt als goed behandelbaar moet worden beschouwd. Het slagen van de reanimatie wordt waarschijnlijk bepaald door de mate en reversibiliteit van ultrastructurele schade aan de mitochondriën. Hypoxie schijnt hierbij een ondergeschikte rol te spelen. De schade is meestal reversibel en de herstelperiode duurt meer dan 24 uur.<sup>6</sup> Het adagium 'no one is dead until warm and dead' is dus niet volledig; 'no one is dead until at least 24 hours warm and dead'.

Overigens zou de bestaande tekst bij het onderschrift bij fig. 1 in mijn artikel (1985; 2441-5), bij oppervlakkige lezing, aanleiding kunnen geven tot de veronderstelling dat reanimatie van een patiënt met een centrale lichaamstemperatuur van 25°C zinloos zou zijn. Daarom kan men bij fase IV beter lezen: IV 'dood'; reanimatie slaagt niet *zonder meer*, na normalisatie van de lichaamstemperatuur.

#### LITERATUUR

- 1 Abbott JA, Cheitlin MD. The nonspecific camel hump sign. JAMA 1976; 235: 413.
- 2 Bigelow WG, Lindsay WK, Greenwood WF. Hypothermia: its possible role in cardiac surgery: an investigation of factors governing survival in dogs at low body temperatures. Ann Surg 1950; 132: 849-66.
- 3 Osborn J. Experimental hypothermia: respiratory and blood pH changes in relation to cardiac function. Am J Physiol 1953; 175: 389.
- 4 Bretschneider HJ. Stoffwechselstörungen bei Unterkühlung. In: Unterkühlung im Seenotfall, Symposium April 1982, Cuxhaven. Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger.
- 5 Golden FStC, Hervev GR. The 'afterdrop' and death after rescue from immersion in cold water. In: Adam JM, ed. Hypothermia, ashore and afloat. Proceedings of the third international 'Action for disaster' conference. Aberdeen: Aberdeen University Press, 1981.
- 6 Nicolas G, Bouhour JB. Étude anatomo-pathologique du myocarde dans l'hypothermie accidentelle. In: L'année en réanimation médicale, 1973-1974. Paris: Flammarion, 1974: 58-65.

M. J. W. GROSFELD

Den Helder, december 1985

Gaarne willen wij reageren op de opmerkingen van collega Grosfeld. Terecht wordt opgemerkt dat de in de veel tekstboeken als pathognomonisch beschreven J-golven niet uitsluitend bij hypothermie worden gezien; kenmerkend zijn ze echter wel! Collega Grosfeld stelt dat bij ernstige onderkoeling de metabole acidose altijd vergezeld wordt van een respiratoire acidose. Dit is in tegenspraak met de bevindingen van Ledingham et al.,<sup>1</sup> die bij een groep van 44 hypotherme patiënten (84% had een centrale lichaamstemperatuur lager dan 32°C) bij een gemiddelde pH van 7,38, CO<sub>2</sub>-spanningen vond variërend van 15 tot 80 mmHg, met een gemiddelde waarde van 32 mmHg. Het is onwaarschijnlijk dat dit berust op respiratoire compensatie; veeleer lijkt een laag weefselmetabolisme hiervoor verantwoordelijk. Wat ook de oorzaak is, het lijkt onjuist te stellen dat respiratoire acidose obliagaat is bij hypothermie. De door ons vermelde waarden zijn voor de temperatuur van de patiënt gecorrigeerd.

Door collega Grosfeld wordt terecht gesteld dat bronchiaal toilet een potentieel risico oplevert wegens verhoogde kans op ventrikelfibrilleren. In principe geldt dit voor elke manipulatie bij deze groep patiënten! Overigens lijkt de frequentie hiervan mee te vallen; Ledingham et al. zagen ondanks intensieve

manipulatie bij géén van hun 44 patiënten ventrikelfibrillatie ontstaan.

Gelukkig bevestigt briefschrijver dat hypothermie als goed behandelbaar moet worden beschouwd en dat reanimatie soms over een zeer lange periode moet worden volgehouden. Hoewel het uit een van zijn eigen hand afkomstig artikel lijkt dat centrale lichaamstemperaturen lager dan 24°C altijd met een dodelijke afloop gepaard zouden gaan (zie figuur 1),<sup>2</sup> illustreert onze patiënt dat de prognose ook bij nog lagere lichaamstemperaturen niet hopeloos hoeft te zijn. Of reanimatie tot ten minste 24 uur na de opwarmperiode dient te worden volgehouden, wagen wij te betwijfelen en lijkt ook klinisch niet haalbaar.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Ledingham IMcA, Mone JG. Treatment of accidental hypothermia; a prospective clinical study. *Br Med J* 1980; 280: 1102-5.
- <sup>2</sup> Grosfeld MJW. Onderkoeling; wie betaalt de veerman? *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 2241-5.

R. O. B. GANS  
S. J. HOORNTJE

Eindhoven, januari 1986

### *Het nut van de immunisatie tegen kinkhoest*

Collega Bijkerk vraagt zich nog steeds af of op grond van de epidemiologische gegevens wel van een toename van kinkhoest mag worden gesproken (1986; 41-2). Dat hij deze zelfde vraag in 1984 niet met 'ja' beantwoordde, was misschien te verdedigen, maar het aantal aangegeven gevallen van kinkhoest is van 25 in 1977 via 534 in 1984 inmiddels gestegen tot naar schatting omstreeks 1500 in 1985.<sup>1,2</sup> Collega Bijkerk schrijft dat hem opvalt dat van de 534 aangegeven gevallen in 1984 er 275 patiënten (51%) ten minste 3 DKTP-vaccinaties hebben ontvangen, van wie 200 jonger waren dan 10 jaar. 'Een dergelijke waarneming zou op het eerste gezicht twijfel aan het nut van de vaccinatie tegen pertussis kunnen wekken'. Die twijfel tracht hij vervolgens weg te nemen door middel van statistische berekeningen. Was het niet eenvoudiger geweest om de toename van kinkhoest en het hoge percentage kinkhoest bij gevaccineerden onder de tien jaar (mede) te wijten aan het besluit in 1975 om een zwakker kinkhoestvaccin te gebruiken (10 in plaats van 16 OU)? Of is het samengaan van deze feiten een toevallige coincidentie? Het feit dat medio 1985 is besloten om de vaccinatiedosis weer op het oude peil te brengen, wekt toch op zijn minst de indruk dat er hier enig verband bestaat.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Bijkerk H. Neemt kinkhoest werkelijk toe? *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1421-2.

<sup>2</sup> Epidemiologische mededelingen, Tabellen infectieziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 96.

W. J. BRAAM

Castricum, januari 1986

Herhaaldelijk word ik bestookt met reacties zoals die van collega Braam. De argumenten die pleiten vóór een werkelijke toename worden steeds krachtiger: 1522 aangegeven gevallen van kinkhoest in 1985, *Bordetella pertussis* wordt steeds meer dan vroeger geïsoleerd uit patiëntenmateriaal, kinkhoestexplosies op scholen, het veel vaker waarnemen van het klassieke klinische beeld, enz. Ik kan daar uiteraard niet omheen. Maar toch, zouden wij enige jaren geleden op een school met nogal wat hoestende kinderen gedacht hebben aan kinkhoest? Tegenwoordig wordt niet zelden bij deze kinderen serologisch onderzoek op pertussis ingesteld. Zou de collega, die met zijn vrouw dagenlang geplaagd werd door een hardnekkige hoest vroeger gedacht hebben aan de mogelijkheid van kinkhoest? Op de hoogte zijnde met de ontwikkelingen inzake de serologie van kinkhoest in ons land, liet hij bloed van hem en zijn vrouw op antistoffen nakijken: zij bleken beiden aan kinkhoest te lijden!

Natuurlijk is het waar dat het aantal gemelde gevallen van kinkhoest de laatste jaren toeneemt. Ik heb echter sterke twijfels of dit mag worden geduid als een evenzo grote reële toename van kinkhoest in Nederland. De aangiften van een aantal infectieziekten is noodzakelijk, niet uitsluitend ten behoeve van contact- en bronopsporing en voor het treffen van eventuele maatregelen, maar ook voor het volgen van het beloop van deze infectieziekten. Bij de analyse van de jaarlijkse trend zal men echter voortdurend op zijn qui-vive moeten zijn voor factoren die op het beloop invloed kunnen uitoefenen. Mijn kritische kanttekeningen dienen dan ook in dat licht te worden gezien.

In hoeverre het besluit in 1975 om een zwakker kinkhoestvaccin te gebruiken een rol heeft gespeeld in de toename van het aantal gevallen, kan niet worden nagegaan. Men bedenke dat het 'zwakkere' vaccin nog altijd ruim voldoet aan de door de Wereldgezondheidsorganisatie gestelde norm. Eind 1984 werd de concentratie van de kinkhoestcomponent in het DKTP-vaccin weer verhoogd tot 16 E/ml. Indien in de komende jaren een belangrijke reductie zal worden waargenomen in de jaarlijkse incidentie van pertussis dan zou dat een aanwijzing kunnen zijn voor de hypothese dat het besluit in 1975 de aanleiding is geweest voor een toename van het aantal gevallen. Men bedenke evenwel dat het natuurlijke beloop van de incidentie ook gepaard gaat met toppen om de paar jaar!

H. BIJKERK

Leidschendam, januari 1986

## Mededelingen en bekendmakingen

### *Boots Studiebeurs*

The Boots Company (Holland) B.V. heeft mede ter gelegenheid van haar 10-jarig bestaan in Nederland, de Boots Studiebeurs ingesteld, een jaarlijks terugkerend stipendium voor de jonge arts of reumatoloog die zich verdienstelijk maakt voor reumatologische research in enigerlei vorm. Deze beurs, groot 20.000 gulden, zal worden toegewezen aan het onderzoek dat naar oordeel van het Concilium van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologen de meeste aanspraak kan maken op deze ondersteuning.

Kandidaten voor de beurs kunnen hun gemotiveerde aanvra-

gen richten tot The Boots Company (Holland) B.V., Postbus 9, 4130 EA Vianen. Onder de vermelding 'Studiebeurs'. Nadere inlichtingen verstrekt de heer H. van Baars (tel. 03473-72984).

### *Subsidie van de Catharina Schrader Stichting*

De Catharina Schrader Stichting heeft ten doel de bekendheid van het beroep van verloskundige te vergroten en wetenschappelijk onderzoek op verloskundig gebied te stimuleren. Om dit doel te bevorderen verstrekt de Stichting financiële steun aan projecten of activiteiten die daaraan bijdragen. Te denken valt