

volgende episode met placebo – en omgekeerd – en vervolgens de onderzoeksresultaten van beide episoden worden samengevoegd, zoals in deze studie is gedaan. Het belangrijkste bezwaar is dat bij 26 van de 68 onderzochte patiënten pas in het blaasjes-stadium met therapie werd begonnen. In deze fase kan van de behandeling weinig meer worden verwacht.

Men kan naar mijn mening niet ontkennen dat aciclovir een therapeutische werking heeft bij herpes labialis. Het effect is echter marginaal en behandeling is daarom zelden geïndiceerd.

LITERATUUR

- 1 Vloten WA van, Swart RNJ, Pot F. Topical acyclovir therapy in patients with recurrent orofacial herpes simplex infections. *J Antimicrob Chemother* 1983; 12 (suppl B): 89-93.
- 2 Christie AB. *Infectious diseases: epidemiology and clinical practice*. 3e ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980.

J. VAN DER VEEN

Nijmegen, maart 1986

Een explosieve darminfectie door *Escherichia coli* serotype 06 K 15

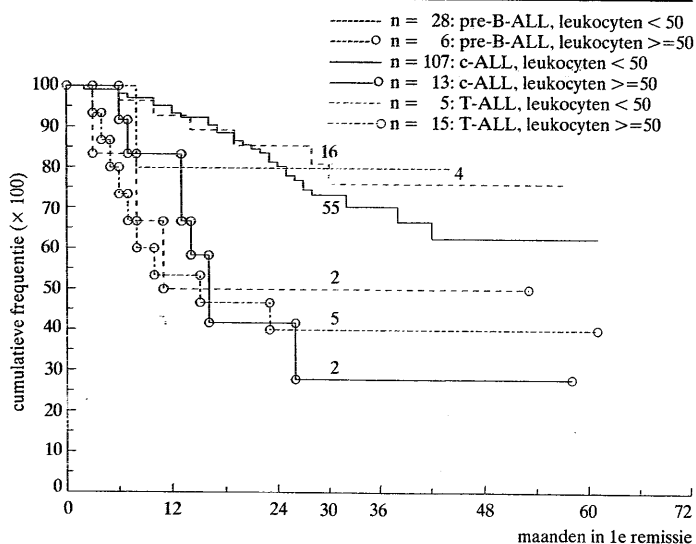
In dit artikel over een darminfectie-explosie in de eerste helft van oktober 1983 werd gesteld dat op 1 november 1983 de gewraakte brie officieel uit de handel werd genomen (1985; 2269-70). Dit is echter niet geheel juist. Het restant van de partij waartoe de kazen behoorden die de voedselvergiftiging hadden veroorzaakt in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Amersfoort was reeds op 13 oktober 1983 uit de handel genomen door de Keuringsdienst van Waren te Maastricht. Daarnaast werd in de laatste week van oktober een voorraad kazen van hetzelfde merk van een tweede importeur teruggehaald toen bleek dat ook delen van deze partij besmet konden zijn. Op 1 november werd door middel van een persbericht de consumptie van deze brie ontraden. Een volledig verslag van deze voedselvergiftiging waarin ook ingegaan wordt op de oorzaken van de besmetting met de enteropathogene *Escherichia coli* vindt u in het Verslag levensmiddelen en keuring van waren 1983 en 1984 van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid bl. 22-4, ISBN 90 346 0705 4 (Distributiecentrum Overheidspublicaties).

P. J. MATHOT

Leidschendam, februari 1986

De betekenis van aantal leukocyten en immunologische typering voor de prognose van acute lymfatische leukemie bij kinderen

Na het lezen van dit artikel (1986; 165-9) wil ik enkele opmerkingen maken. Bij de figuren 1, 2 en 3 kan ik helaas niet vinden bij welke van 4 resp. 6 subgroepen elk van de remissieduurcurven hoort. In figuur 3 is mij opgevallen dat er grote zichtbare verschillen zijn in de remissieduurcurven en dat deze groter zijn dan bij de figuren 1 en 2, terwijl u na berekening van de p-waarden bij figuur 3 geen significante verschillen vond en bij de figuren 1 en 2 wel. De remissieduren voor de gehele observatieperiode (tot 15 juli 1984) zijn mijns inziens remissieduren na observatieperioden, die variëren van 20 tot 62 maanden. Er mag dan mijns inziens geen verband zijn tussen het



FIGUUR 3. Remissieduurcurven (Kaplan-Meier) voor 3 subgroepen naar immunologisch fenotype, waarbij elke subgroep is uitgesplitst naar laag ($< 50 \times 10^9/l$) respectievelijk hoog aantal leukocyten (gestratificeerde logranktoets, $p = 0,871$; $p = 0,586$ voor de eerste 24 maanden). Het aantal personen at risk is aangegeven op tijdstip 0 (zie rechts boven) en op tijdstip 30 maanden (in de figuur).

tijdstip van diagnose en dus de observatieduur enerzijds en de subgroep (aantal leukocyten, immunologisch type) anderzijds.

W. F. SCHOT

's-Hertogenbosch, februari 1986

Collega Schot merkt terecht op dat de figuren 1-3 niet voorzien zijn van een correcte legenda, zodat niet te zien is welke remissieduur bij welke subgroep hoort. Deze was tot onze spijt ter zetterij weggefallen in het artikel.

Figuur 3, hierbij gecorrigeerd weergegeven, laat een aantal remissiecurven zien waarbij niet één doch twee indelingscriteria in het spel zijn. De ontstane subgroepen zijn noodzakelijkerwijs kleiner dan in de figuren 1 en 2. Door het zo als het ware 'in-één-schuiven' van de figuren 1 en 2 is figuur 3 ontstaan. Immunologische subgroepen zijn gegeven het leukocytenaantal niet significant verschillend in remissieduur. Dit wordt geïllustreerd door figuur 3 omdat per categorie voor het leukocytenaantal ($<$ resp. $> 50 \times 10^9/l$) de drie bij de verschillende immunologische subgroepen behorende curven niet ver van elkaar liggen (er wordt dus niet getoetst of alle zes curven verschillen). Verschillen in observatieperioden maken bij de gebruikte toetsprocedure niet uit. Deze houdt rekening met de verschillen. Het onderscheidingsvermogen van de toets zou wel beïnvloed kunnen worden door systematische verschillen in observatie tussen de subgroepen. Niets wijst er echter op dat de datum van diagnose (of beter: van het bereiken van een eerste remissie), en dus de mogelijke observatieduur, zou samenhangen met één van de twee indelingscriteria.

E. R. VAN WERING

Den Haag, februari 1986