

Laat de arts, die zich van zijn verantwoordelijkheid bewust is, liever andere wegen bewandelen, die ogenschijnlijk „onaangenaam, lastig en pijnlijk”, maar in feite veel minder schadelijk zijn dan de door collega PRONK voorgestelde behandeling.

Groningen, 15 Juli 1950

L. MEYLER

KINKHOEST

Daar de ervaringen, welke collega JONXIS (*N. T. v. G.*, blz. 2232, 1950) bij kinkhoestpatiëntjes te Rotterdam verwierf, op enkele punten afwijken van die, welke op de afdeling voor besmettelijke ziekten te Amsterdam konden worden verzameld, mogen enkele Amsterdamse waarnemingen volgen:

1e. De kweek van *H. pertussis* uit de neus-pharynxwat is in een niet onbelangrijk aantal gevallen van zekere pertussis ook in de eerste 4 ziekte weken negatief.

2e. Bij de diagnose pertussis wordt in het beloop van de ziekte vaak steun gevonden in de toeneming van de agglutinines in het bloedserum der zieken ten opzichte van de ziekteverwekker.

3e. Uit de literatuur blijkt niet, dat het hyperimmune serum een therapeutische betekenis heeft (*N. T. v. G.*, blz. 1048 en 2023, 1950).

4e. Het ligt niet voor de hand, dat antibiotica invloed kunnen hebben op *ongecompliceerde* kinkhoest. Immers, de ziekte is vaak het hevigst in de periode, waarin de verwekker reeds lang uit de luchtweg is verdwenen. In navolging van de zeer sporadische publicaties over een klein aantal gevallen, die hierover verschenen, behandelden we een groep patiënten met chloromycetine (zuigelingen en kleine kinderen 1 g per dag gedurende een week) en aureomycine (70-100 mg per kg lichaamsgewicht gedurende een week). We konden geen enkele zekere invloed op de ernst en duur van de ziekte vaststellen.

5e. Bij door pneumonie *gecompliceerde* gevallen bleek een sulfapraeparaat, penicilline of streptomycine steeds in staat de patiënten van de ziekteverschijnselen te bevrijden.

6e. Terramycine bewaarden we voorlopig veilig in de ijskast.

Later hopen we in de gelegenheid te zijn uitvoeriger gegevens te publiceren

Amsterdam, 5 Augustus 1950

J. E. MINKENHOF

TREPONEMATOSES

In het *Tijdschrift* van 29 Juli (blz. 2216) merkt collega HERMANS op, dat SIMONS in het boek *Dermatologie der tropen* zegt, dat in Suriname aan pityriasis versicolor de naam *tingi fowroe lotta* wordt gegeven en dat men met lotta ook chloasma aanduidt. ESSED, de inzender, deelt mede, dat in Suriname nog geen pinta is beschreven. Ik moge hierop het volgende vermelden.

In Suriname wordt met *lotta* bedoeld, wat men in Indonesië *panoe* (en op de Antillen *mancha di weer*) noemt, d.i. dus pityriasis versicolor (zie blz. 406 van genoemd boek). Slechts aan een bepaalde, nl. de gedissemineerde vorm van lotta, geeft men de naam van *tingi fowroe lotta* (*tingi fowroe* = stinkvogel of aasgier).

Er zijn zwarte en witte lotta's, al naar mate pityriasis versicolor zwarte, café-au-lait-kleurige of witte vlekken veroorzaakt. Omdat de leek echter gemakkelijk inheemse ziektenamen aan verschillende ziektebeelden geeft, komt het voor, dat men ook chloasma lotta noemt. De Surinamer weet anders vrij goed lotta als pityriasis versicolor te onderscheiden van witte treefvlekken door lepra en van de letterhout-huid (genoemd naar het gevlekte letterhout, waarmee de Indiaan zijn boog maakt), waarmee men — zij het zelden — vitiligo, albinismus en misschien ook pinta aanduidt. (Vergelijk de naam „panter- of leopard-man.”)

Wat *pinta* betreft: In de *Documenta Neerlandica et Indonesica de morbis tropicis* van Juni 1950 (Dl II, Nr. 2) mocht ik een afbeelding publiceren van pinta bij een Surinaamse neger.

Pintoïde framboesia en achromie pianique komen ook in Suriname voor

Amsterdam, 1 Augustus 1950

R. D. G. PH. SIMONS