

verschijnselen waarnam) concludeerde „het is niet mogelijk uit de thans gedane waarnemingen enige positieve conclusie te trekken betreffende de therapeutische waarde”. Ook ROBITZEK (zie boven) zag veel minder succes bij sanatoriumpatiënten. Reden hiervoor zou kunnen zijn een meer chronische aandoening bij dezen. Ook bestaat de mogelijkheid, dat negers veel gunstiger reageren dan blanken. Zelfs de optimistische ROBITZEK is in twijfel of de gunstige werking slechts enkele weken of wel langer zal voortduren. Men bedenke bij dit alles, dat de proeven in Amerika begonnen in November 1951, dus ten hoogste 4 à 5 maanden hebben geduurd. Indien het waar is, dat in Duitsland op instigatie van DOMAGK reeds veel langer klinische proeven zijn genomen, zonder dat men blijkbaar nog tot een voor publicatie geschikte conclusie is gekomen, geeft ook dit te denken.

Natuurlijk moet ieder nieuw wapen tegen de tuberculose met vreugde worden begroet, al zou het slechts van nut zijn in gevallen waar de oudere middelen hebben gefaald of onwerkzaam zijn geworden. Maar men moet de Engelse Minister van Volksgezondheid (zelfde nummer *Lancet*, bl. 713) gelijk geven, wanneer hij met grote voortvarendheid een waar-schuwing uitgeeft van de volgende inhoud:

„De gunstige berichten uit Amerika geven de indruk, dat isonicotinezuur-hydrazide een belangrijke vooruitgang in de chemotherapie van tuberculose zou kunnen betekenen. Dit middel dient daarom zeker grondig te worden onderzocht; maar tegelijkertijd is het, reeds bij onze tegenwoordige kennis, duidelijk, dat het onverstandig zou zijn het critiekloos te gebruiken. Het is lang niet zeker, dat het middel onschadelijk is: in feite wijzen proeven op dieren op de mogelijkheid van giftigheid, vooral wanneer het middel lange tijd wordt gebruikt. Over al of niet giftigheid bij de mens bij chronisch gebruik is weinig of niets bekend. Een ander sterk argument tegen het critiekloze gebruik is de mogelijkheid van het ontwikkelen van resistente stammen van tuberkelbacillen in onze samenleving. Bij de mens is hiervan nog niets bekend, maar wij weten, dat zulke stammen zich in het laboratorium vormen. Het zou thans voorzichtig zijn het gebruik van dit middel te beperken tot de klinische behandeling van patiënten in die ziekenhuizen die uitgerust zijn met een volledig werkend laboratorium”.

Ik vraag mij nog eens af, welke gronden de spreekwoordelijk voorzichtige Nederlandse klinici er toe hebben gebracht reeds thans patiënten te behandelen met dit middel, op een ogenblik waarop één of twee maanden langer wachten het verkrijgen van vele waardevolle inlichtingen zou hebben gegarandeerd.

<sup>1</sup>Zie ook het referaat in dit *Tijdschrift* (1952) bl. 894.

Utrecht, 7 April 1952

U. G. BIJLSMA

### KINDEREN DIE NIET SPREKEN

Het artikel van GREWEL en WATERMAN<sup>1</sup> geeft mij aanleiding tot enkele op persoonlijke ervaring berustende opmerkingen.

Dat men pas van horendstomheid kan spreken als het kind 8 jaar is, is volgens mij niet juist. Men verwacht van een kind van 3 jaar, dat het zich alle klanken eigen heeft gemaakt. Gebeurt dit niet, dan spreekt men gemakshalve van verlate spraakontwikkeling. Dit is meestal horendstomheid. Van een horendstom kind weet de moeder te vertellen, dat het alles wel begrijpt, maar niet spreekt, en dat het in de wieg rustig was. Een doofstom kind is lief, een horendstom kind is een bengel. De horendstomme is vrijmoedig. Bijna kenmerkend is zijn gevoel voor mooie kleren en netheid op speelgoed. De belangstelling voor de „optische sphaer” is zeer intensief, terwijl die voor de „acoustische” vrijwel nihil is.

De diagnose is op driejarige leeftijd mogelijk. De behandeling moet door het kind als een spelletje worden gevoeld, geenszins als dwang, anders riskeert men een vlucht in de ziekte. De prognose is bij doelmatige therapie gunstig.

<sup>1</sup>F. GREWEL en M. L. WATERMAN (1952) *N. T. v. G.* 96, 74.

Utrecht, 29 Januari 1952

L. MES

In ons artikel hebben wij een overzicht gegeven van de mogelijke oorzaken dat kinderen niet spreken, en van de problemen die zich daarbij voordoen. Het mag uit die samenvatting duidelijk zijn geworden, dat wij tegenwoordig andere differentieel-diagnostische criteria hebben dan de verouderde zoals liefde, bengelachtigheid, vrijmoedigheid. Daargelaten, dat wij het met deze waarnemingen niet eens zijn (lang niet alle dove kinderen bij voorbeeld zijn lief), gebruiken wij thans moderne methodes van onderzoek. De opvattingen van collega MES zijn ons inziens te simplistisch en te optimistisch.

Amsterdam, 11 April 1952.

F. GREWEL

M. L. WATERMAN