

## INGEZONDEN

## ANTIBIOTICA EN KINKHOEST

Naar aanleiding van de beantwoording van vraag No. 22 in de rubriek Vraag en Antwoord, zou ik gaarne een enkele opmerking maken.

Reeds vele jaren geleden deed ik de ervaring op, dat tetracyclines (Aureomycin en Terramycin) op het beloop van klinisch herkenbare, ongecompliceerde kinkhoest geen invloed kunnen uitoefenen. Geeft men deze antibiotica eerder, dus vroeg in het catarrale stadium, hetgeen alleen mogelijk is, indien de besmetting bekend is, dan kan men de ziekte couperen. Een nadeel is, dat de laatste groep patiënten geen immuniteit ontwikkelt en dus bij een volgende besmetting opnieuw kinkhoest krijgt.

Tenslotte zou ik de aandacht willen vestigen op een recent artikel van JERNELIUS. 54 patiënten met kinkhoest werden behandeld met tetracycline (Tetracyn en Achromycin) en wel gedurende 7 dagen met 30 mg per kg lichaamsgewicht per dag. 42 andere vergelijkbare patiënten met kinkhoest in dezelfde periode kregen als controle een placebo. Bij deze proefneming bleek, dat tetracycline geen enkele invloed had op het beloop van de ziekte. Het aantal verwickelingen was in beide groepen even groot.

Ik meen dus dat de kostbare, soms gevaarlijke Terramycin niet aangewezen is als therapeuticum bij kinkhoest. Doen er zich longcomplicaties voor, dan kan men deze nagenoeg altijd met goed gevolg bestrijden met sulfapreparaten en (of) penicilline, eventueel gecombineerd met streptomycine.

*Literatuur:* Vraag 22 (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 685. — JERNELIUS, H. (1956) *Acta paediat. (Uppsala)* 45, 516.

J. E. MINKENHOF

Indien kinkhoest, gelijk de schrijver opmerkt, door tetracyclines kan worden gecoupeerd, betekent dit, dat deze middelen een ongunstige invloed op de kinkhoestbaciël uitoefenen, terwijl ze bovendien het ontstaan van complicaties helpen te voorkomen.

Het nadeel, dat de patiënten bij wie men de ziekte door antibiotica stuit, geen immuniteit zouden ontwikkelen, heeft tegenwoordig geen betekenis meer, want men kan de patiënten daarna met behulp van het kinkhoest-vaccin tegen de ziekte immuniseren.

Wat de ervaringen van JERNELIUS betreft zouden wij willen opmerken, dat tegenover deze minder goede ervaring veel andere goede uitkomsten van de behandeling met tetracyclines staan (zie o.a. HAZEN c.s. (1951) en DE RUDER en VETTERMANN (1954)).

Tenslotte is terramycine aanbevolen boven bv. chloromycetine omdat laatstgenoemd middel meer kans geeft op ernstige veranderingen in het bloed.

*Literatuur:* HAZEN, L. N. c.s. (1951) *J. Pediat.* 39, 1. — RUDER, B. DE, en H. VETTERMANN (1954) *Dtsch. med. Wschr.* 79, 1317.

REDACTIE

## HOOFDPIJN BIJ MENSTRUATIE

Het antwoord op vraag 100 over hoofdpijnen bij menstruatie is een voorbeeld van de onkritische wijze waarop problemen van deze aard maar al te dikwijls worden behandeld.

Is de constatering, dat vaatkrampen de pijnen veroorzaken, een werkelijke verklaring? Als het al duidelijk mocht zijn aangetoond, dat spasmus en pijn samengingen, dan is daarmee toch nog volstrekt niet ook maar benaderd, hoe, waarom — misschien waartoe — de patiënte deze verschijnselen toonde.

Het is jammer, dat er in het antwoord niet is getracht tot

verder inzicht te komen door het noemen van een neurologische, fysiologische of chemisch-hormonale benaderingswijze. Ook het enigszins gedifferentieerd ingaan op de psychiatrische aspecten had een perspectief kunnen openen naar een verder begrijpen van het symptomencomplex met de daaraan verbonden, wellicht niet onbelangrijke therapeutische mogelijkheden.

*Literatuur:* Vraag 100 (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 3735.

Maarssen, 14 december 1956

R. L. CORNELISSEN

Het lijkt ons moeilijk, uit het antwoord op vraag 100 te lezen dat de gegeven verklaring als zodanig, onkritisch is aanvaard. Het is helaas in de geneeskunde herhaaldelijk ondoenlijk, het onderlinge verband van verschijnselen, die men zo dikwijls ziet samengaan dat men ze als bijeenbehorend, als syndroom aanduidt, bevredigend te verklaren.

De gesuggereerde poging tot het verwekken van een anovulatoire cyclus met behulp van lynoral moet zeker gerekend worden tot de door collega CORNELISSEN gevraagde chemisch-hormonale resp. fysiologische benaderingswijze. Graag stemmen wij toe dat mogelijke psychische factoren in dit verband mede de aandacht verdienen.

REDACTIE

## LUCHTVERVOER VAN ZWANGERE VROUWEN

Bij de beantwoording van Vraag No. 101 is aangenomen, dat in de drukcabines van verkeersvliegtuigen een ongeveer normale atmosferische druk wordt gehandhaafd. Dit is echter niet geheel juist. HAMBURGER (1956) geeft op, dat de druk wordt gehouden op een hoogte overeenkomend met 2000 tot 3000 meter. ROXBURGH (1955) noemt ongeveer dezelfde getallen. Nu bedraagt op een hoogte van 3050 meter de luchtdruk 523 mm kwik en de zuurstofspanning van ingeademde lucht bij volledige verzadiging met waterdamp 100 mm (op zeeniveau 149 mm). Neemt met BOOTHBY e.a. (1954) aan, dat de alveolaire koolzuurspanning op deze hoogte nog niet belangrijk veranderd is, vergeleken met die op zeeniveau, terwijl het respiratoire quotiënt 0,8 bedraagt (l.c.), dan vindt men met behulp van de alveolaire gasvergelijkingen van RAHN en FENN (1955) een gemiddelde alveolaire zuurstofspanning van 52 mm kwik (100 mm op zeeniveau). Experimenteel vonden BOOTHBY e.a. (l.c.) op 2750 meter een alveolaire zuurstofspanning van  $61 \pm 5,5$  mm kwik. Door de vorm van de zuurstofdissociatiekromme van hemoglobine is de daling van de arteriële zuurstofverzadiging minder duidelijk. Toch vindt men in het gegeven voorbeeld (3050 meter) met behulp van het  $O_2$ - $CO_2$ -diagram (RAHN en FENN) een niet te verwaarlozen daling van de arteriële saturatie, nl. tot 85 pct. Dit geldt voor normale personen. Bij zwangeren zal de verzadiging wellicht wat duidelijker dalen, aangezien de zuurstofdissociatiekromme in de zwangerschap naar rechts, d.w.z. in de richting van geringere affiniteit tot zuurstof, is verschoven (o.a. LEIBSON e.a. (1936). Tegelijk wordt hierdoor echter de afgifte van zuurstof aan de vrucht bevorderd; bovendien is de dissociatiekromme van foetale erythrocyten juist naar links verschoven, waardoor het foetale bloed dus een meer dan normale affiniteit tot zuurstof heeft. Het oordeel over een eventuele hypoxemie van de vrucht wordt bemoeilijkt doordat de optimale zuurstofspanning van het kinderbloed niet bekend is. Verder lopen de door verschillende onderzoekers gepubliceerde foetale dissociatiekrommen kwantitatief nogal uiteen, en tenslotte zijn bij de mens alleen bepalingen bekend uit navelstrengbloed dat tijdens de baring bij voldragen of premature kinderen werd afgenomen. WALKER en TURNBULL (1953) vonden in navelstrengbloed, afgenomen tijdens een