

aan sikkelcel-Hb.C-ziekte bij reizen in elk vliegtuig (zonder of met drukcabine). Aan de laatste groep behoort iedere vliegreis te worden ontraden. De moeilijkheid is echter dat bij sommige patiënten het ontstaan van een infarct tijdens een vlucht het eerste symptoom van de aandoening is! Eigenlijk behoort daarom van iedere negroïde luchtreiziger

bekend te zijn of hij aan sikkelcelziekte lijdt en zo ja, aan welke vorm.

Literatuur: GREEN, R. L., R. G. HUNTSMAN en G. R. SERJEANT (1971) The sickle-cell and altitude. *Brit. med. J.* IV, 593.

P. J. ZUIDEMA

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Aquaeductstenose en toxoplasmose

In zijn klinische les geeft Prof. Dr. W. A. DEN HARTOG JAGER (1971) een overzicht van de behandeling van kinderen met een aquaeduct-stenose en toxoplasmose. Het overzicht omvat 11 kinderen. Van de 6 overlevenden zijn er 3 zwaar-geretardeerd, 1 is er licht-geretardeerd, van de overige twee is niets bekend. Over de 5 overledenen wordt niets vermeld, maar ook zonder die gegevens vormt het overzicht een trieste balans. De les eindigt dan ook als volgt: „Aan de hand van de hierboven uit de ervaring geputte gegevens zullen wij in de toekomst met meer gerichtheid van de bestaande mogelijkheden gebruik kunnen maken.” Als ik tracht het overzicht te interpreteren dan vraag ik mij zelfs af of het verantwoord is deze kinderen zo intensief te behandelen. U vermeldt dat één van de 4 kinderen, ondanks 6 neurochirurgische ingrepen, diep-zwakzinnig en blind bleef. Is het in een dergelijke situatie niet geboden van therapie af te zien? Dat zou tot gevolg kunnen hebben dat deze kinderen jong zouden sterven. Betekent dat meer leed voor de patiënt en zijn ouders dan wanneer de therapie erin slaagt het kind zwaar-geretardeerd of erger te doen voortvegeteren? Ik ben tot de conclusie gekomen dat deze vraag ontkennend moet worden beantwoord (1972). Ik zou het echter toejuichen indien Prof. DEN HARTOG JAGER bereid zou zijn op deze vraag in te gaan.

Literatuur: HARTOG JAGER, W. A. DEN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 589. — METZ, W. (1972) *Onnozel leven*. Nijkerk.

Arnhem, 12 april 1972

W. METZ

Naar aanleiding van de ingezonden brief van collega METZ zou ik willen opmerken, dat de klinische les juist is geschreven om tot een betere behandeling te komen van kinderen die lijden aan aquaeductstenose door toxoplasmose.

Geval B, dat behandeld werd in een tijd toen wij nog in het geheel niet over enige rationele therapie beschikten, is een voorbeeld van wat kan gebeuren wanneer men geen therapie geeft. Dit kind is 19 jaar lang door blijven vegeteren waardoor het leven van de moeder een te zware belasting heeft gehad.

Het patiëntje C, dat behandeld werd met een Torkildsen-drain, lijdt echter een volkomen normaal en zinvol leven en is slechts licht-geretardeerd.

Het was het nieuwe geval A, waarbij zich de vraag voordoed of hierbij wel de juiste behandeling was gekozen, wat mij bracht tot een katamnestic onderzoek van de in ons archief aanwezige gevallen. De scherpe tegenstelling tussen de gevallen B en C toont aan dat bij geval C een specifieke behandeling mogelijk was.

De behandeling van alle patiënten met hydrocephalus —

ook de communicerende en die welke niet berust op toxoplasmose — vindt plaats met afleidende systemen (buizen). Deze buizen kunnen altijd verstoppert of tot andere complicaties aanleiding geven. In een aantal gevallen werken de shunts echter bevredigend. Het afzien van het verrichten van deze shunt-operatie zou leiden tot een volledig therapeutisch nihilisme bij alle vormen van hydrocephalus.

Ik stel de hoffelijke wijze waarop collega METZ zijn tegenwerpingen heeft gemaakt zeer op prijs, mede wegens het feit dat ik hierdoor in staat ben gesteld mijn mening over dit probleem nog eens scherp naar voren te brengen.

Amsterdam, 21 april 1972

W. A. DEN HARTOG JAGER

Overgevoeligheid voor thiamfenicol

In dit tijdschrift lezen wij een artikel van de hand van collega M. R. VEEN (1972). De inhoud hiervan is voor ons aanleiding u te verzoeken een reactie onzerzijds op te nemen.

In zijn artikel beschrijft collega VEEN een 72-jarige patiënt die voor asthma bronchiale en diarree (*Salmonella infantis*) behandeld werd en bij wie enkele dagen na een behandeling, passend bij zijn cardiale aandoening, en een thiamfenicolmedicatie (2 g per dag gedurende 2 weken) een remming van het beenmerg waargenomen werd. Deze bleek zich vooral te uiten in een laag reticulocyten- en trombocytenaantal. Deze verschijnselen bleken spontaan reversibel en bij een tweede sternumpunctie vijf dagen later, bleek het beenmerg geen afwijkingen meer te tonen.

Dat de breed spectrum-antibiotische werking van thiamfenicol in bepaalde gevallen kan gepaard gaan met een reversibele remming op het beenmerg wordt in verscheidene publikaties beschreven; dat dit verschijnsel echter steeds reversibel blijkt na stopzetting der behandeling, betekent een fundamenteel verschil met de werking van chlooramfenicol.

Wij kunnen dan ook niet akkoord gaan met de laatste alinea van het artikel van collega VEEN waarin de conclusie luidt dat „thiamfenicol wat zijn indicatiegebied en zijn toxiciteit betreft op één lijn gesteld moet worden met chlooramfenicol”.

Literatuur: VEEN, M. R. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 338.

Amsterdam, maart 1972

A. BOVYN,
medisch directeur
Inpharzam N.V.

Chlooramfenicol en thiamfenicol (Urfamycine) veroorzaken bij voldoende dosering een duidelijke daling van de reticulocyten, vacuolen in erytroblasten en myeloblasten en een stijging van het ijzergehalte van het serum. Men neemt