

Subsidies van de Nederlandse Hartstichting

De Nederlandse Hartstichting stelt weer een aantal subsidies ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de circulatie. De voorkeur gaat uit naar onderzoeken op het gebied van de preventieve interventie, de vroege opsporing en behandeling en de revalidatie van patiënten met myocardinfarct en de andere complicaties van atherosclerose. Maar ook voor spoorwerk op andere ge-

bieden de bloedsomloop betreffende kan subsidie worden aangevraagd.

Aanvraagformulieren kunnen worden verkregen bij: de Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, Den Haag. Aanvragen voor de eerste helft van 1976 dienen uiterlijk 31 december 1975 in het bezit van de Stichting te zijn.

INGEZONDEN

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

Ziekenhuis in Zuid-Afrika

In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van 2 augustus jl. (bl. 1222) werd een brief van Dr. B. K. S. DIJKSTRA uit Pretoria afgedrukt over het nieuwe Bantoeziekenhuis aldaar. Nu zijn er de laatste jaren verschillende publikaties verschenen over minder gunstige aspecten der Zuidafrikaanse samenleving, ook betreffende de gezondheidszorg voor de gekleurde bevolking. Men leze bijvoorbeeld enkele recente uitgaven van de Wereldgezondheidsorganisatie: WHO, *Health implications of apartheid*, EB 55/39 Add. 1, 8 januari 1975; T. J. GRAY, *Apartheid, disease of human relations*, World Health, juli 1975, bl. 3-9. Deze berichten zijn — terecht of ten onrechte — niet in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* doorgedrongen.

De bijdrage van collega DIJKSTRA neemt dienaangaande formeel gezien geen standpunt in. Wij gunnen hem zijn trots over het nieuwe Bantoe-ziekenhuis, dat een paar jaar geleden in overeenstemming met het „apartheidsprincipe” werd afgesplitst van het verouderde blank plus zwarte Verwoerd-hospitaal. Echter, de hele onuitsproken strekking is: „Kijk eens met welke goede zorgen wij blanke Zuidafrikanen de zwarten omringen.” Deze ondertoon geeft de tekst de schijn van propaganda voor het apartheidssysteem in Zuid-Afrika. Om deze reden betreuren ondergetekenden het opnemen van deze brief in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Bilthoven, augustus 1975
Gouda

J. G. KAPSENBERG
J. C. DE JONG

Echinococcosis van de nier

Met veel belangstelling las ik het artikel van VAN GOOSWILLIGEN en JANKNEGT (1975) over echinococcosis. Vooral de zeer gedegen literatuurstudie trok mijn aandacht. Gaarne zou ik hieraan echter enkele zeer recente literatuurgegevens willen toevoegen.

HEATH e.m. (1974, 1975) hebben verslag gedaan van onderzoek naar het letale effect van mebendazol op de secundaire kysten van *Echinococcus granulosus* bij muizen. Orale toediening van mebendazol resulteerde in een complete destructie van de secundaire kysten.

WIBIN en TIMMERMANS (1975) beschreven een patiënte met echinococcosis van de lever, waarbij tijdens extirpatie van de kysten de inhoud in de buikholte terecht kwam. Direct na de operatie werd gestart met een orale mebendazolbehandeling. Zes maanden na de operatie was patiënte immunologisch negatief voor *Echinococcus*. Bijwerkingen werden gedurende deze behandeling niet gezien.

Dat een behandeling met mebendazol de primaire kystengroei geheel en al te niet kan doen is, gezien de proeven met muizen van HEATH e.m., niet aannemelijk. Er is echter goede hoop dat orale behandeling met mebendazol na verwijdering van de primaire kyste nieuwgroei van secundaire kysten kan voorkomen.

Literatuur: GOOSWILLIGEN, J. C. VAN, en R. A. JANKNEGT (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 988. — HEATH, D. D. en R. A. F. CHEVIS (1974) *Lancet II*, 218. — HEATH, D. D., M. J. CHRISTIE en R. A. F. CHEVIS (1975) *Parasitology* 70, 273. — WIBIN, E. en M. TIMMERMANS (1975) *Clinical Research Report* nr. 47. Janssen Pharmaceutica, Beerse (België).

Beerse (België), juni 1975

J. H. F. F. BROEKMAN

Serumhepatitis-profylaxe

Naar aanleiding van de repliek van collega REESINK (1975) het volgende: Wij deden tevens onderzoek naar de werking van diverse andere desinfectantia op Coxsackie B3-virus bij een werkingsduur van 1½ à 2 uur en een temperatuur van 20°C. De gegevens zijn vermeld in navolgende tabel.

Volgens een Editorial in de *Lancet* (1975) wordt hepatitis A-virus geïnactiveerd door formaline 1:4000.

Een en ander neemt niet weg, dat ook wij de mening van collega REESINK onderschrijven, dat chemische desinfectie van hepatitis B-virus moet worden vermeden en dat virucide werking op Coxsackievirus niet tevens virucide werking op hepatitis B-virus behoeft te betekenen. Middelen met een breed spectrum als 10% formaline, 2% glutaaraldehyde en natriumhypochloriet 1% lijken ons nog het meest aanvaardbaar.

<i>Desinfectiemiddel</i>	<i>pH van 1 ml virus-preparaat + 100 ml desinfectiemiddel</i>	<i>Reductie van infectieus-vermogen</i>	<i>Virucide werking</i>
2% formaline	7,0	$\geq 10^4$ à $\geq 10^5$	ja
2% formaline + 6% ijsazijn	2,1	$\geq 10^4$ à $\geq 10^5$	ja
6% ijsazijn	2,1	geen reductie	nee
2% glutazuuraldehyde	8,4	$\geq 10^3$ à $\geq 10^4$	ja
5% benzylfenol (Delegol)	± 11,8	ten hoogste 10^1	nee
5% lysol	8,7	ten hoogste 10^1	nee
0,05% chloorhexidine (Hibitane)	± 6,4	ten hoogste 10^1	nee
1% NaOH	13,3	$\geq 10^4$ à $\geq 10^5$	ja
1% HCl	0,2	$\geq 10^5$ à $\geq 10^6$	ja
0,5% natriumhypochloriet	± 11,4	$\geq 10^6$ à $\geq 10^7$	ja

Literatuur: Editorial (1975) *Lancet I*, 1365. — REESINK, H. W. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1195.

Eindhoven, augustus 1975

M. BRUINING
A. M. SOETERBOEK
H. A. M. VAN DER VEN

De betekenis van Toxoplasma-infecties voor de volksgezondheid

Met veel belangstelling hebben wij het commentaar van collega MEUWISSEN (1975) over toxoplasmose gelezen. De gegevens van DESMONTS en COUVREUR (1974a, b) over congenitale toxoplasmose betreffen Parijse vrouwen. Het lijkt daarom nuttig te wijzen op een inmiddels verschenen artikel betreffende Amsterdamse vrouwen (KOPPE e.a. 1974). Wij geven onmiddellijk toe, dat MEUWISSEN het verslag van het Nederlandse onderzoek niet kon noemen, omdat het betreffende artikel in augustus 1974 nog niet was verschenen.

Op vele punten komen wij in ons onderzoek tot dezelfde conclusies als DESMONTS en COUVREUR. Wij zijn het echter niet eens met de aanbevelingen gedaan ten aanzien van de behandeling van alle kinderen met mogelijke congenitale toxoplasmose. DESMONTS en COUVREUR willen ieder kind, bij welk men een congenitale toxoplasmose-infectie vermoedt, behandelen, uit angst dat er na maanden tot jaren nog klinische symptomen verschijnen. Deze angst delen wij niet. De later ontdekte oogafwijkingen bij de kinderen uit het onderzoek van DESMONTS en COUVREUR waren er waarschijnlijk reeds bij de geboorte en zijn toen over het hoofd gezien, hetgeen niet te verwonderen is gezien de grote ervaring die

nodig is voor het oogspiegelen van pasgeborenen. In het Amsterdamse onderzoek, waarbij in totaal 1821 zwangere vrouwen waren betrokken, werden de kinderen van 241 moeders gecontroleerd op vermoeden van congenitale toxoplasmose. Slechts 12 van deze 241 kinderen hadden inderdaad een infectie. Van deze 12 hadden er 4 littekens perifeer in het oog en éénmaal werd de parasiet geïsoleerd uit de placenta en de liquor cerebrospinalis bij een kind dat verder geen klinische verschijnselen toonde. Deze 5 kinderen werden behandeld. De overige 7 kinderen hadden een asymptomatisch verlopen infectie. Bij lang durende nacontrole (6 jaar) bleken deze 7 kinderen geen klinische verschijnselen gekregen te hebben. Vier werden door ons gecontroleerd en drie elders.

Volgens de criteria van DESMONTS en COUVREUR zouden wij zeker 80 kinderen hebben moeten behandelen. Dit lijkt ons niet verantwoord, temeer daar de werkzame middelen sulfadiazine en pyrimethamine (Daraprim) verre van onschuldige medicijnen zijn, terwijl spiramycine een veel geringere en waarschijnlijk onvoldoende bescherming geeft. Naar onze ervaring ontwikkelden vrijwel alle kinderen die behandeld werden met Daraprim een ernstige trombopenie, zodat het geven van Daraprim een klinische observatie vereist.

In de toekomst lijkt een bepaling van IgM-globuline, specifiek tegen toxoplasmose gericht in het bloed van de pasgeborene, de oplossing om elk overbodig behandelen te voorkomen. Deze bepaling is echter in Nederland op het ogenblik nog niet mogelijk. Tot die tijd adviseren wij alléén bij een zekere diagnose tot behandeling over te gaan.

Literatuur: DESMONTS, G. en J. COUVREUR (1974a) *Bull. N.Y. Acad. Med.* 50, 146; (1974b) *New Engl. J. Med.* 290, 1110. — KOPPE, J. G., G. J. KLOOSTERMAN, H. DE ROEVER-BONNET, J. A. ECKERT-STROINK, D. H. LOEWER-SIEGER en J. I. DE BRUIJNE (1974) *Europ. J. Obstet. Gynec. reprod. biol.* 4, 101.

Amsterdam, juli 1975

J. G. KOPPE