

In de DC-9 komt op 20.000 voet (6,1 km) vlieghoogte de cabinedruk overeen met 900 voet (300 m), op 25.000 voet (7,5 km) vlieghoogte met 3.500 voet (1050 m), op 30.000 voet (9,1 km) vlieghoogte met 5.900 voet (1800 m), en op 35.000 voet (10,7 km) vlieghoogte met 8.000 voet (2400 m). Deze laatste hoogte wordt alleen gebruikt op lange trajecten.

Het is onze ervaring dat patiënten met coronaire insufficiëntie, of na een hartinfarct, deze vlieghoogte zonder klachten doorstaan, ook op lange trajecten. Van de aan boord overvloedig aanwezige zuurstof wordt zelden gebruik gemaakt. Hierbij moet worden bedacht dat deze patiënten aan boord rustig zitten en een minimale lichamelijke inspanning leveren.

Wel is het mogelijk dat door de uitzetting van de in abdomine aanwezige gassen het diaphragma iets omhoog zal worden gedrukt, hetgeen soortgelijke klachten als de beschrevene kan veroorzaken.

Naar onze mening is het advies aan patiënten met een coronaire aandoening om hun vakantie-bestemming niet hoger te zoeken dan op 1200 meter een goed advies, daarbij in aanmerking nemend dat zij in dit vakantie-oord lichamelijke prestaties zullen leveren. Er is geen bezwaar tegen, deze patiënten normaal per vliegtuig te laten reizen, ook al komt gerekend naar de druk in de cabine de verblijfhoogte tijdens de reis hoger uit.

#### INGEZONDEN

### *Dient de behandelend arts pas na keuring de verzekeringsgeneeskundige inlichtingen te verstrekken?*

Met belangstelling las ik het antwoord op vraag 17 (1975) waarin gevraagd werd of een behandelend arts pas na keuring aan de verzekeringsdeskundige inlichtingen dient te verstrekken. Met het redactionele antwoord ben ik in het algemeen zeer tevreden; enige soepelheid bij het hanteren van de strikte regels mag m.i. toch wel worden betracht, als maar vast staat dat de behandelend arts niet in een positie wordt gebracht waarin hij ten nadele van zijn patiënt zou moeten getuigen.

Mijn reactie op uw antwoord is dan ook bedoeld om iets anders recht te zetten. In de alinea betreffende het verrichten van venapuncties bij dialysepatiënten stelt u dat deze onder de door de vraagsteller gegeven voorwaarden niet voorkomen, omdat men a.h.w. geen „brandend huis” zal kunnen verzekeren. De vergelijking betreur ik niet alleen, ze is nog onjuist ook: De levensverzekeringmaatschappij die zich specialiseert in het verzekeren van mensen met een gezondheidsafwijking, verzekert ook dialysepatiënten evenals patiënten met een niertransplantatie. Zodra van een bepaalde gezondheidsafwijking een betrouwbare statistiek ontstaat die inzicht geeft in de overlevenskansen, verzekert deze maatschappij op grond van deze kansen de haar in herverzekering aangeboden posten (dus via een gewone levensverzekeringmaatschappij). Uiteraard zal de te betalen premie de ernst

van de afwijking weerspiegelen en er zullen zich gevallen (bv. met complicaties) voordoen waarbij bedoelde maatschappij helaas ook neen zal moeten verkopen. Toch is dat in de laatste vijf jaar slechts met 5% van de aan haar aangeboden risico's (alle mogelijke gezondheidsafwijkingen) het geval geweest.

*Literatuur: Vraag 17 (1975) Ned. T. Geneesk. 119, 1157.*

Voorburg, juli 1975

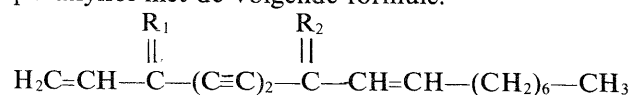
A. O. H. TELLEGEN Sr.  
medisch adviseur van  
de N.V. Levensverzekering-  
maatschappij „De Hoop”

Hoewel het tot voor enkele jaren nog vrijwel onmogelijk was om een „brandend huis” te verzekeren, is het verheugend te vernemen dat collega TELLEGEN door de kwantitatieve verbetering van de statistische gegevens betreffende morbiditeit en mortaliteit van dialyse- en transplantatiepatiënten in ons land toenemende mogelijkheden ziet om wel degelijk tot acceptatie van een „smeulend huis in de wederopbouwfase” te kunnen adviseren. Weinigen kunnen dit probleem zo goed overzien als collega TELLEGEN, omdat de meeste levensverzekeringsbedrijven de door dergelijke patiënten te sluiten posten zullen doorverwijzen naar zijn, achter de schermen werkende, maatschappij voor herverzekering. Zoals hij laat doorschemeren zal echter de te betalen premie de ernst van de afwijking weerspiegelen. Bij pensioenverzekeringen zal dit meestal geen overwegend bezwaar zijn omdat de werkgever het nadeel van de door hem te betalen premieverhoging zal kunnen afwegen tegen het voordeel een vóór zijn ziekte gewaardeerde arbeidskracht weer te werk te kunnen stellen, een kracht die als weinig andere patiënten, zich er van bewust is wat het betekent om weer aan het werk te kunnen. In andere omstandigheden is het niet onmogelijk, dat de premieverhoging prohibitief is. Desalniettemin is het goed om te beseffen welke uiterst nuttige sociale functie „De Hoop” in ons verzekeringsbestel heeft.

### *Ginseng, Chinees wortelextract*

In aanvulling op uw antwoord op vraag 22 (1975) is te vermelden dat Ginseng zelf al voldoende toxisch is zonder de door u vermelde verrijkingen. De naam van de plant luidt *Panax quinquefolia*. Het woord panax is al te vinden bij THEOPHRASTUS, afgeleid van het Griekse woord panakes: middel voor alle kwalen. Men vindt het terug via het Latijn en het Frans in onze taal met dezelfde betekenis: panacee (*Van Dale*). U ziet hoe oud het geloof in deze plant al is.

HEGNAUER (1973) vermeldt dat een karakteristieke stof in de wortel van deze plant een polyacetyleen-verbinding is met een C 17-keten. De stof is faltarinol, ook beschreven als panaxynol met de volgende formule:



Bij de genoemde stof is R<sub>1</sub> H, OH en R<sub>2</sub> H<sub>2</sub>

De polyacetylenen zijn karakteristiek voor de araliaceën, waartoe deze plant behoort (evenals onze klimop), de compositae en de umbelliferae.

Behalve bovengenoemde C 17-polyenen komt ook C 15- en C 18-ketens voor. De giftigheid is wisselend. Bekend is bv. de blarenverwekkende werking van de grote bereklauw, die men tegenwoordig als modeplant ziet opduiken.

Ook zonder aminopyrine zou ik maar liever van de ginseng afblijven.

*Literatuur:* CHITTENDEN, F. J., *Dictionary of gardening*. — *Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal*. — HEGNAUER, R. (1973) *Chemotaxonomie der Pflanzen*. Band 6, bl. 567. — Vraag 22 (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1320.

Haren (Gr.), augustus 1975

H. J. OTERDOOM

## BOEKAANKONDIGINGEN

*Clinics in gastroenterology*. Vol. 4, Nr. 1 (januari 1975). Diverticular disease; onder redactie van A. N. SMITH. 223 bl., fig. Saunders, Londen 1975. Prijs: geb. £ 6,—.

Dit deel van de *Clinics in gastroenterology* gaat over diverticulose en is zoals kon worden verwacht voortreffelijk. Alle aspecten van de divertikelziekte worden door internationaal erkende vakspecialisten op heldere en overzichtelijke wijze behandeld. Wat „overlapping” tussen de verschillende auteurs is hierbij onvermijdelijk, doch allerminst storend.

Vooreerst wordt door PAINTER en BURKITT de problematiek van de diverticulose in zijn algemeenheid behandeld. De veranderde motorische fysiologie en de pathologisch-anatomische afwijkingen worden respectievelijk door CONNELL en MORSON bediscussieerd. Daarna worden de natuurlijke evolutie en de röntgenologische en coloscopische onderzoekstechnieken besproken. Bij de medische diëtetische behandeling wordt veel aandacht besteed aan de metabole gevolgen van een slakkenrijke voeding. Zeer degelijk is de discussie van de chirurgische behandeling, met o.a. een gedetailleerd overzicht van de resultaten van de myotomie volgens Reilly. Het overzicht over de complicaties en hun behandeling (ontsteking, obstructie, bloeding en fistelvorming) is eveneens op zeer kundige wijze samengesteld. Tenslotte wordt verslag gedaan over modellen ter bestudering van de pathologie van de divertikelziekte in het dierexperiment.

Dit boek kan beslist worden aangeraden aan internisten, gastro-enterologen, chirurgen, vooral die met belangstelling voor buikchirurgie, geriateren en zelfs aan huisartsen. Dit uitstekende overzicht zal door iedereen worden op prijs gesteld en is wellicht het beste dat over dit actuele onderwerp thans verkrijgbaar is.

G. N. TYTGAT

*Geriatric in der Praxis*. Onder redactie van W. H. HAUSS en W. OBERWITTLER. 298 bl., 42 fig. Springer-Verlag, Berlijn 1975. Prijs: geb. DM. 48,—.

Dit boek behandelt in 29 hoofdstukken niet alleen afwijkingen van het circulatie-apparaat, de tractus digestivus, de ademhalingsorganen en andere orgaansystemen maar ook wordt aandacht besteed aan onderwerpen zoals de seksuele problematiek, vakantie en reizen, bouwen voor bejaarden en gebitsprothesen. Zoals ieder boek dat geschreven is door verschillende artsen, wisselt het niveau van de hoofdstukken.

Enkele kritische opmerkingen: Bij de behandeling van diabetes mellitus wordt niet gesproken over het feit dat er een

relatie bestaat tussen de leeftijd en de nog normaal te noemen uitkomsten van de bloedsuikerbepaling. Ook wordt er onvoldoende de aandacht op gevestigd dat bij verhoogd bloedsuikergehalte de urine bij bejaarden vaak geen glucose bevat. De huidandoeningen worden behandeld in telegramstijl, waarbij de therapie van decubitus in slechts twintig regels wordt afgedaan. Wat betreft de ziekte van Paget: hier wordt gezegd dat een werkzame therapie niet bestaat. Er wordt niet gesproken over calcitonine of mitramycine. Het cerebrovasculair accident wordt in het hoofdstuk hartziekten met ruim twee pagina's afgedaan, terwijl onder het hoofdstuk neurologie hier nog eens drie bladzijden aan worden besteed. Over de fysiotherapie wordt niet gesproken. Ook een hoofdstuk over incontinentie mist men node.

Ondanks deze beperkingen is het boek toch de moeite waard te bestuderen, temeer daar het een goed overzicht geeft over de wijze waarop Duitse klinici denken over geriatriche afwijkingen. Dit boek kan zeker een waardevolle aanvulling zijn op de boeken over geriatrie uit het Engelse taalgebied.

J. SCHOUTEN

N. J. A. BAKKER, *Fundus reflectometry, an experimental study*. Proefschrift Rotterdam, 11 december 1974 (promotor: Prof. Dr. H. E. HENKES).

Aangezien het oog een natuurlijk optisch systeem bevat, dat licht naar het achterste segment van de oogbol en terug kan geleiden, ligt het voor de hand fysiologische verschijnselen die zich in dit achterste segment afspelen, met behulp van fotometrische methodes te bestuderen. Doel van het beschreven onderzoek was vooral het verkrijgen van informatie over de circulatie en de zuurstofverzadiging van het bloed in de chorioidea. Metingen hiervan worden echter belemmerd, doordat het netwerk van kleine bloedvaten doorgaans met een pigmentlaag is bedekt. De meest geslaagde experimenten die in deze dissertatie zijn beschreven, zijn dan ook gedaan met albino-konijnen, waarbij veel beter aan het bloedvatennetwerk van de chorioidea kan worden gemeten.

Bij de tot voor kort toegepaste methodes voor fundusreflectometrie werd van contactlenzen gebruik gemaakt, door middel waarvan de reflectometer op de oogbol werd gefixeerd. Een wezenlijk voordeel van de voor het onderhavige onderzoek gebruikte apparatuur is, dat ieder contact met het oog kan worden vermeden. De enige voor het onderzoek noodzakelijke ingreep is het toedienen van een pupilverwijdende stof. Licht van een xenonlamp werd via een onderbrekermechanisme dat met een frequentie van  $2700\text{ s}^{-1}$