

INGEZONDEN

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

Lentiginosis profusa, Little Leopard Syndrome

De gedachten van J. W. VISSER (1977) naar aanleiding van het Little Leopard Syndrome, zijn ons toch niet zo duidelijk als van de „attente lezer” verwacht mag worden. Dat de bij deze kinderen optredende groeivertraging een gevolg zou zijn van een hypofunctie van de hypofyse-voorkwab blijkt uit geen van de publikaties, door ons geciteerd, terwijl wij bij twee van de drie door ons beschreven patiënten noch een tekort aan groeihormoon, noch een stoornis in de hypofyse-bijnieras konden aantonen. De pubertas tarda, die veel beschreven wordt, wijst evenmin in deze richting, duidt nl. niet op een deficiëntie van gonadotrofinen, maar veeleer op een laat op gang komen van de in de puberteit veranderde instelling van de „gonadostaat”. Bovendien geloven wij niet dat lentigines ontstaan t.g.v. hypersecretie van MSH „waarvan het bestaan de laatste tijd betwist wordt”. Hoogstens zou er een diffuse hyperpigmentatie eventueel in bepaalde gebieden bv. drukplaatsen veroorzaakt kunnen worden. Pre-existente naevi of lentigines zouden onder invloed van hormonen donkerder kunnen worden, maar dat zich talrijke lentigines zouden ontwikkelen, lijkt uiterst onwaarschijnlijk.

De mening van collega VISSER over de oorzaak van het Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) laten wij gaarne voor zijn rekening; dat echter SIDS en lentiginosis profusa uitdrukking zouden zijn van hetzelfde mechanisme, menen wij te moeten betwijfelen. Dat de protrusio bulbi een gevolg zou zijn van een relatief te grote hersenmassa t.a.v. de schedelinhoud, lijkt ons een niet verdedigbare stelling.

Ten laatste dient te worden opgemerkt dat de conclusie van collega VISSER, dat het Little Leopard Syndrome geen erfelijke aandoening is, onzes inziens onjuist is daar in de literatuur verschillende families beschreven zijn, waarin de aandoening in verscheidene generaties voorkomt.

Literatuur: VISSER, J. W. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1105.

Amsterdam, juni 1977

L. H. B. M. VAN BENTHEM
E. M. BLEEKER-WAGEMAKERS
J. W. DELLEMAN
W. P. DE GROOT

„Patient compliance” of therapietrouw

In het zeer leerzame artikel van de collegae JONKERS en MERKUS (1977) mis ik een maatregel, die althans bij klinisch behandelde patiënten zou kunnen worden genomen om de therapietrouw te bevorderen. Men zou, meer dan tot nu toe gebruikelijk is, aan de in het ziekenhuis opgenomen patiënt zelf de beschikking moeten geven over de medicijnen die hij, ook na de ziekenhuisopname, dient te gebruiken. De ziekenhuisperiode dient dan tevens als instructie- en controleperiode. Vooral patiënten met ingewikkelde therapieschema's blijken bij de eerste poliklinische controles volkomen „de

mist te zijn ingegaan”. Een extra probleem is soms het gebruik van loco-preparaten in de ziekenhuizen die er anders uitzien dan de tabletten etc. die de eigen apotheek verschaft.

Mijn eigen, gunstige ervaringen betreffen vooral patiënten met myasthenia gravis, die doorgaans 5 tot 6 maal per etmaal enige tabletten moeten innemen. Mijn ervaring is overigens ook dat vooral het verplegend personeel moeite heeft om de patiënt deze eigen verantwoordelijkheid toe te staan. In veel ziekenhuizen bestaat de „mondigheid” van de patiënt hierin dat hij moet slikken wat hem wordt uitgedeeld, zonder enig idee te hebben waarvoor de tabletjes, drageetjes en capsules dienen.

Literatuur: JONKERS, J. R. en F. W. H. M. MERKUS (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 995.

Groningen, juni 1977

H. J. OOSTERHUIS

Wij zijn collega OOSTERHUIS dankbaar voor de aanvullende opmerking naar aanleiding van ons artikel over therapietrouw. Terecht constateert hij, dat de therapietrouw van de uit het ziekenhuis ontslagen patiënt te wensen overlaat, vooral door gebrek aan instructie tijdens de opname in het ziekenhuis.

Ons artikel was echter gericht op de extramurale situatie, zodat wij dit facet niet expliciet hebben belicht. Een verbetering van de instructie, zoals collega OOSTERHUIS beschrijft, leidt zonder twijfel tot een verbetering van de therapietrouw.

Amsterdam, juni 1977

J. R. JONKERS
F. W. H. M. MERKUS

Histoplasmose

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van de klinische les over histoplasmose van de collegae BAKKER, SCHOKKER en DIJKMAN (1977). Onze eigen ervaringen met patiënten met een histoplasmoma van de long zijn vorig jaar gepubliceerd (HOITSMA en MELJER 1976). Naar aanleiding van dit ziektebeeld en de diagnostiek willen wij nog enkele opmerkingen maken.

Coin lesions die operatief uit de long worden verwijderd en die bij pathologisch-anatomisch onderzoek een granulomateuze ontsteking met centrale necrose en (of) calcificatie blijken te zijn, kunnen worden aangezien voor een tuberculeuze haard. Onbekendheid met histoplasmose kan dan soms leiden tot langdurige en onnodige behandeling met tuberculostatica. Om *Histoplasma capsulatum* aan te tonen verdient de kleuring volgens Grocott met zilvermethenamine de voorkeur (GROCOTT 1955; SCHWARZ 1968). In een aantal gevallen kleurt het micro-organisme zich echter om onbekende redenen niet. Met de Gridley-kleuring kan men dan alsnog de ronde tot ovale gistcel aantonen (GRIDLEY 1953). Het verdient daarom aanbeveling beide kleuringen toe te passen.

Een andere vraag is of iedere coin lesion in de long operatief moet worden verwijderd. Is een afwachtende houding bij patiënten met een coin lesion in de long, een positieve histoplasmine-huidreactie en het ontbreken van de zg. risicofactoren juist? Mag men stellen dat röntgenologisch aan-