

maligniteit. De behandelingsresultaten van recidieven na voorafgaande chemotherapie zijn inderdaad zeer teleurstellend, maar dit is niet het geval na beperkte radiotherapie.

Nijmegen, mei 1985

B.E. DE PAUW  
R. SOMERS

### *Digitalis en atriumfibrilleren anno 1985*

Naar aanleiding van het artikel van Meijler en Van der Tweel in dit tijdschrift (1985; 729-35), zou ik het volgende willen opmerken. Het begrip „random ritme” lijkt als alliteratie wel, echter als contradictio in terminis niet aanbevolen te moeten worden.

Geldermalsen, april 1985

K.J. MOES

De geachte inzender heeft gelijk. Als excuus mag gelden dat over de term „random ritme” lang is gedacht. De woorden komen van verschillende disciplines. Men spreekt van hartritme, ongeacht of het hart regelmatig is of niet. Als de irregulariteit random kenmerken vertoont, noemen we het hartritme random. Heeft collega Moes een beter voorstel? Zo ja, dan graag, anders laten we de pragmatiek maar prevaleren over het principiële!

Utrecht, mei 1985

F.L. MEIJLER

### *Herkenning en behandeling van febris typhoidea*

Met interesse las ik de klinische les van collega Van 't Wout c.s. (1985; 387-90). Zelf werkend in een Westafricaans districtziekenhuis met een verzorgingsgebied van ca. 160.000 inwoners, waarin jaarlijks gemiddeld zo'n 150 patiënten met klinische tyfus worden behandeld, daarenboven nog eens 20 à 30 patiënten wegens tyfusperforaties van het ileum worden geopereerd en 800 tot 1.000 patiënten poliklinisch voor deze aandoening worden behandeld, is het interessant te constateren dat de klinische overeenkomst van het beeld in Nederland en Ghana groot is.

Toch heb ik een vraag. Is het niet opmerkelijk dat er bij een hevige bacteriële ziekte met koorts een zo relatief laag tot normaal leukocytenaantal gevonden wordt, met een sterke linksverschuiving? Naar mijn ervaring is deze bevinding erg karakteristiek voor tyfus. Ook bij de beschrijving van de patiënten in het artikel van Van 't Wout et al. valt dit op. In de tropen is het althans veel karakteristieker dan de aneosinofilie die in Ghana ook bij tyfus zelden voorkomt. Naar schatting krijgt 2 tot 4% van de patiënten met tyfus een perforatie van het ileum,<sup>1</sup> zodat ik niet de indruk heb dat wij de diagnose tyfus, mede aan de hand van een relatief laag leukocytenaantal met linksverschuiving, te vaak stellen. Dat tyfus in Ghana evenwel slechts op de 19e plaats staat in de volgorde van ziekten, gerekend naar het aantal verloren dagen „gezondheid” (voor tyfus 4800 dagen gezond leven per 1.000 mensen per jaar),<sup>2</sup> moge een indicatie zijn voor het gigantische arsenaal aan ziekten die er nog voorkomen voor export. En waaraan wat gedaan moet worden.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Davey WW. Companion to surgery in Africa. Edinburgh: Livingstone, 1968: 214-8.

<sup>2</sup> Morrow RH. How to estimate the relative importance of different diseases: estimates for typhoid fever from Ghana. Trop Doct 1984; 15: 86-9.

Berekum B/A (Ghana), april 1985

J.H. SCHAGEN VAN LEEUWEN

Collega Schagen van Leeuwen stelt de leukocytopenie bij febris typhoidea aan de orde. In antwoord op zijn vraag moet allereerst gesteld worden dat de pathogenese van de symptomen van febris typhoidea vooralsnog onduidelijk is.<sup>1</sup> De rol die endotoxemie hierbij zou spelen is omstreden.<sup>2</sup> Hoewel endotoxine een voorbijgaande leukocytopenie kan geven, door hechting van granulocyten aan de vaatwand, wordt de leukopenie meestal gevolgd door een leukocytose. Dat bij febris typhoidea de leukocytopenie blijft bestaan en geen leukocytose optreedt (tenzij er een complicatie is), suggereert dat hier een ander mechanisme in het spel is, maar ons zijn hierover geen gegevens bekend. Het ontbreken van de aneosinofilie bij de patiënten van collega Schagen van Leeuwen – bij onze patiënten een zeer constant gegeven –, zou wellicht kunnen berusten op bijkomende parasitaire infecties.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Hornick RB, Greisman SE. On the pathogenesis of typhoid fever. Arch Intern Med 1978; 138: 357-9.

<sup>2</sup> Hornick RB, Greisman SE, Woodward TE, et al. Typhoid fever: pathogenesis and immunologic control. N Engl J Med 1970; 283: 739-46.

Leiden, mei 1985

J.W. VAN 'T WOUT  
J.W.M. VAN DER MEER

### *Geteld, gewogen*

Naar aanleiding van het grote aantal schrijvers boven het artikel van Dambrink et al. zouden wij de mede-auteur Dunning willen wijzen op de door hem geschreven Redactionele Kanttekeningen over het poly-auteurschap.<sup>1 2</sup> Wij vragen ons af of alle schrijvers voldoen aan de door hem geformuleerde criteria:

1. Een auteur moet hebben deelgenomen aan de opzet en uitvoering van het beschreven onderzoek en een deel van de waarnemingen of gegevens zelf hebben verzameld en hebben geïnterpreteerd; aan de gevolgtrekkingen moet hij hebben meegewerkt.

2. Een auteur moet hebben deelgenomen aan het schrijven van het artikel.

3. Een auteur moet de gehele inhoud van het artikel hebben gelezen en met de publikatie ervan schriftelijk hebben ingestemd, alvorens het aan een tijdschrift wordt aangeboden.

Wij zijn ons ervan bewust dat het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 6 auteurs accepteert, maar is voor een relatief simpel fysiologisch onderzoek zo'n zware „bezetting” gerechtvaardigd?<sup>2</sup>

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Dambrink JHA, Wieling W, Borst C, Karemaker JM, Brederode JFM van, Dunning AJ. Invloed van leeftijd op cardiovasculaire reacties bij verandering van houding. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 168-71.

<sup>2</sup> Dunning AJ. Geteld, gewogen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1288-9.

Harare, Zimbabwe,  
Hlatikulu, Swaziland, april 1985

B. NAAFS  
K. SNABEL