

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bespoediging van plaatsing behoudt de Redactie zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### NADELEN VAN PROPAGANDA VOOR GENEESMIDDELEN

De hoofdartikelen van collega PRAKKEN (1961) over de tekortkomingen van het geneesmiddelenonderzoek en de gevaren van de industriële propaganda doet opnieuw de vraag bij mij rijzen waarom het rookgordijn der mystiek, dat de geneesmiddelindustrie over haar produkten legt, niet wordt weggeblazen. De verkoop wordt door deze mystiek waarschijnlijk zeer gestimuleerd, doch of dit een voordeel voor de patiënt is, valt te betwijfelen. Iedere praktiserende arts kent de ridicule eerbied waarmee met geheimtaal aangeduide geneesmiddelen door de patiënten worden besproken als iets nieuws en wonderbaarlijks of als speciaal voor hun geval van grote waarde. Klaarblijkelijk verwacht men van prednison of pieterison meer dan van „prednison verpakt door de firma Pietersen”. Potstilpijn doet het beter dan „acetosal, fenacetine en codeïne, tot tabletten verwerkt door de firma Pot”. Deze ongefundeerde waardering voor bekende geneesmiddelen, die onder een nieuwe naam op de markt komen, doet het aantal specialité's tot het absurde stijgen.

Waarom niet wettelijk voorgeschreven, dat geneesmiddelen slechts onder één officieel vastgestelde naam verkocht mogen worden? Uitsluitend deze naam zou op de verpakking en in de advertenties mogen voorkomen, desgewenst met vermelding van de firmanaam. Kleine wijzigingen in een preparaat (bv. het geschikt maken voor toediening per injectie) zouden zonder naamsveranderingen aangeduid dienen te worden. Een firma, die een nieuw geneesmiddel vindt, zou op haar preparaat kunnen vermelden, dat zij de ontdekker is.

Door het verdwijnen der mystiek zou de attractie van geneesmiddelen waarschijnlijk sterk afnemen. Vele patiënten zouden een dierbare illusie verliezen, wat in bepaalde gevallen een nadeel kan zijn. De grote voordelen zijn echter duidelijk. Misschien het grootste voordeel is, dat er orde zou komen in de chaos van ons therapeutisch arsenaal. Alleen reeds hierdoor zou de vorming van een oordeel over de waarde van de geneesmiddelen veel makkelijker worden. Waarschijnlijk zou het vele patiënten en voorzover nodig ook de artsen overtuigen, dat goede geneeskunde bedreven kan worden met een betrekkelijk klein aantal geneesmiddelen. Het wonder schuilt meestal in de juiste toepassing van goed bekende geneesmiddelen en maar zelden in het aanwenden van een nieuw en geheimzinnig middel.

*Literatuur:* PRAKKEN, J. R. (1961) Tekortkomingen van het klinische geneesmiddelenonderzoek en gevaren van de industriële propaganda. *Ned. T. Geneesk.* 105, 1571; (1961) Wij artsen en de geneesmiddel-reclame. *Ned. T. Geneesk.* 105, 1665.

Amsterdam, 1 november 1961

J. G. G. BORST

### BEROEPSGEHEIM

In zijn klinische les over het beroepsgeheim dringt Prof. QUERIDO (1961) er op aan, zich tegenover niet-medici niet aan het medische beroepsgeheim te houden, „als het belang van de patiënt dit eist” (vraag: wie maakt dit uit?). Hij doet

dit, mede op grond van de bewering, dat zulks tussen de artsen onderling toch al lang gebeurt en algemeen wordt aanvaard. („De arts schendt dagelijks zijn beroepsgeheim bij de collegiale uitwisseling van gedachten. Hij doet dit met een gerust geweten, in het belang van de patiënt”).

Nu is het mij bekend, dat sommige artsen, 's ochtends bij het kopje koffie in het ziekenhuis elkaar hun interessante gevallen vertellend, dit wel eens met naam en toenaam doen, hetgeen inderdaad met het beroepsgeheim in strijd is. Ook zal het nog wel eens voorkomen, dat bij dat zelfde kopje koffie een arts een collega inschakelt ten behoeve van een bepaalde patiënt, zonder dat hij dit tevoren aan de patiënt heeft voorgesteld. Dergelijke zaken te signaleren en te bekritisieren lijkt mij een gepaste taak voor een hoogleraar in de sociale geneeskunde. Maar hier gebeurt het omgekeerde: het wordt ten voorbeeld gesteld! Ik acht dit ondernijvend voor onze ethiek.

In een noot deelt Prof. QUERIDO mede, dat de „beschrijving” van het klinische geval dat de aanloop vormt tot zijn pleidooi, „terwille van de discretie vrij sterk van de werkelijkheid afwijkt”. Zou de auteur misschien nader willen aangeven, wát werkelijkheid was, en wát verdichtsel? Want anders lijkt het of het betoog is geadstrueerd met verdichtsel, waarmee de auteur zichzelf meer afbreuk doet dan ik het zou kunnen.

*Literatuur:* QUERIDO, A. (1961) Grenzen van de medische verantwoordelijkheid. *Ned. T. Geneesk.* 105, 1918.

Warnsveld, 19 oktober 1961

W. F. C. HEERING

### HET BLOEDBEELD BIJ APPENDICITIS

Uit het artikel „Leucocytosis in appendicitis in older persons” van DAVID S. HUBBELL e.a. (1961), gerefereerd door J. A. H. VAN BEUSEKOM (1961) blijkt opnieuw duidelijk hoe belangrijk het is dat de chirurg die gebruik wil maken van het bloedbeeld ook werkelijk zelf op de hoogte is van deze onderzoeksmethode, en door vergelijking met wat hij vindt bij de geopende buik de grenzen en mogelijkheden van deze methode zelf kan beoordelen. Het inzicht dat de chirurg tijdens de operatie en in het post-operatieve verloop krijgt en dat hij verdiepen kan door bestudering van het bloedbeeld wordt nimmer verkregen door de patholoog-anatoom of de laboratoriumspecialist, ook al is een gedachtenwisseling in team-verband uitermate belangrijk.

HUBBELL en medewerkers stellen vast, dat het aantal leukocyten in een groot percentage van de gevallen niet verhoogd is, terwijl er toch een macroscopisch en microscopisch zichtbare ontsteking is, zelfs met perforatie en peritonitis. Zij beschouwen het aantal leukocyten als een van de meest betrouwbare kenmerken voor het stellen van de diagnose acute appendicitis. (Men vergelijkte overigens voor de betrekkelijke waarde van de leukocytentelling de artikelen van CHR. L. RÜMKE 1954 en 1961). Zij vonden bij 30 pct van de patiënten ouder dan 50 jaar, lijdende aan acute appendicitis, minder dan 10.000 leukocyten; bij patiënten tussen de 30 en 39 jaar slechts bij 14 pct.

Deze getallen zijn zonder differentiële telling naar mijn mening waardeloos, omdat het aantal leukocyten afhankelijk is van de fase van de ontsteking waarin de appendix zich bevindt.

Zonder verder in te gaan op de theoretische voorstellingen over toxines die leukocytose en leukopenie veroorzaken, ligt het in de rede, het verband tussen de ontstekingshaard en de beschermende ontstekingshof in de ruimste zin van het

woord, als bepalend te beschouwen voor het gedrag van de bloedcellen, dat in het bloedbeeld tot uitdrukking komt. Appendicitis heeft evenals iedere ontsteking een agressieve fase (primair affect en uitbreiding daarvan), waarbij een behoefte aan segmentkernigen bestaat, die zich in het bloedbeeld manifesteert als een polynucleose, al of niet met leukocytose. Vindt men dus bij een patiënt met een ziektebeeld, dat op klinische gronden zeer verdacht is voor appendicitis, polynucleose met of zonder verschuiving naar links en leukocytose, dan is deze ontsteking in de agressie-fase.

Indien in een tweede bloedpreparaat, enige uren na het eerste gemaakt, de polynucleose toegenomen is, dan is de progressie-fase ontstaan. Alleen in deze twee fasen bestaat behoefte aan segmentkernigen en alleen in deze twee fasen kan men een vermeerdering van de leukocyten verwachten.

Zodra in een tweede of derde bloedpreparaat de polynucleose afneemt en het aantal lymfocyten stijgt, is het proces in de derde fase of regressie-stadium gekomen, dat, indien er zich geen rechute voordoet, overgaat in het reparatiestadium, waarin de polynucleose heeft plaatsgemaakt voor een lymfocytose. Indien er een efficiënte ontstekingshof gevormd is, daalt het aantal leukocyten.

Tenslotte neemt littekenweefsel de plaats in van het granulatiweefsel van de reparatiefase, en het bloedbeeld is weer normaal.

Uit het bovenstaande volgt, dat het geen zin heeft, het aantal leukocyten als een diagnostisch kenmerk te beschouwen omdat dit alleen in de agressie- en progressie-fasen verhoogd is, en dan nog uitsluitend indien er een omvangrijke ontstekingshaard is. In een klein ontstekingsgebied kan men geen grote behoefte aan segmentkernigen verwachten, dus ook geen aanzienlijke leukocytose. Anders wordt het als er bij een progressieve appendicitis, als complicatie een perforatie is ontstaan. Is het gevolg een abces, dat goed is afgegrensd tegen de omgeving, dan ontstaat een grote behoefte aan segmentkernigen, waaraan door het beenmerg kan worden voldaan. In het bloedbeeld vindt men een flinke leukocytose, een flinke polynucleose met verschuiving naar links en lichaampjes van Döhle. Is er echter geen goede afkapseling, schrijdt dus de ontsteking voort en vindt men een voortschrijdende of diffuse peritonitis, dan bestaat er een geheel ander beeld. Dan is er een uitgestrekte ontstekingshaard ontstaan, die alle in het bloed circulerende leukocyten naar zich toe trekt, en waarbij het beenmerg, zolang het niet uitgeput is, op volle kracht werkt, maar toch niet in staat is, het peil van het bloed aan leukocyten hoog genoeg te houden. Bij een diffuse purulente peritonitis behoort dan ook geen hoog, maar een laag aantal leukocyten dat zelfs bij de tyfeuze peritonitis subnormale waarden bereikt (ELSBACH 1949a, 1949b, 1949c).

WOLFF en HINDMAN (1952) constateerden dat in een reeks gevallen van appendicitis, waarbij op zijn minst drie onderzoekers het ziektegeval beoordeelden, in een controlegroep van patiënten tussen 30 en 40 jaar in 5,5 pct een ernstige diagnostische fout werd gemaakt. In de groep boven de 60 jaar echter in 25 pct. Er werden alleen leukocyten geteld en de schrijvers stelden vast, dat het nut hiervan gering was.

Het voor de diagnose en prognose zeer belangrijke verband tussen de ontstekingshof en de ontstekingshaard komt in het histologische beeld van de appendix niet tot uitdrukking, maar weerspiegelt zich wel in het bloedbeeld, dat volgens een bepaalde techniek gekleurd en met grote nauwkeurigheid door de chirurg zelf geïnterpreteerd, een klinisch bruikbare indruk geeft van de functie der bloedcellenvormende organen, in het bijzonder van hun reactie op de wisselwerking tussen ontstekingswal en ontstekingshaard. Deze

wisselwerking is hematologisch nader te bepalen door twee verschijnselen:

- a. de behoefte aan segmentkernigen van de ontstekingshof;
- b. de intoxicatie-toestand, uitgaande van de ontstekingshaard (af te meten naar de eosinofiele cellen en toxische korrels).

Een analyse van deze beide verschijnselen maakt het mogelijk, chirurgische, niet-specifieke ontstekingsprocessen hematologisch te verdelen in vijf stadia: agressie, progressie, regressie, reparatie en cicatrissatie. Hierdoor is een meer exacte diagnose en indicatiestelling mogelijk, waarbij men zich niet mag beperken tot de telling van het aantal leukocyten.

*Literatuur:* ELSBACH, L. (1949a) *Geneesk. Bl.* No. 5; (1949b) Het bloedbeeld bij niet-specifieke chirurgische ontstekingen. *Ned. T. Geneesk.* **93**, 634; (1949c) Enkele opmerkingen over de kwantitatieve en kwalitatieve afwijkingen in de leukocyten bij chirurgische, niet-specifieke infecties. *Ned. T. Geneesk.* **93**, 1123. — HUBBELL, D. S. e.a. (1961) *J. Amer. med. Ass.* **175**, 138. — Referaat (1961) *Ned. T. Geneesk.* **105**, 1796. — RÜMKE, CHR. L. (1954) De fouten bij de telling van bloedcellen in een telkamer. *Ned. T. Geneesk.* **98**, 3480; (1961) De nauwkeurigheid van leukocytentellingen. *Ned. T. Geneesk.* **105**, 2016. — WOLFF, W. I. en R. HINDMAN (1952) Acute appendicitis in the aged. *Surg. Gynec. Obstet.* **94**, 239.

Delft, 23 oktober 1961

L. ELSBACH

De beschouwingen van collega ELSBACH vormen een aanvulling op hetgeen HUBBELL en medewerkers in het door mij gerefereerde artikel aantoonde, nl. dat vooral bij oudere lijdens aan acute appendicitis het aantal leukocyten in het bloed dikwijls niet is verhoogd. Noch in hun artikel, noch in het referaat staat evenwel te lezen, dat de auteurs leukocytose „als één van de meest betrouwbare kenmerken voor het stellen van de diagnose” aanmerken, zoals collega ELSBACH doet voorkomen. Dit neemt niet weg dat velen een duidelijke leukocytose, indien aanwezig, als een belangrijke steun voor de klinische diagnose acute appendicitis beschouwen.

Amsterdam, 31 oktober 1961 J. A. H. VAN BEUSEKOM

#### DE BETEKENIS VAN HET LE-FENOMEEN

Na enige aarzeling heb ik toch besloten, over enkele punten uit de artikelenserie betreffende de LE-diagnostiek (HIJMAN en GOSLINGS 1961; KLEIN en HIJMAN 1961; ENGELFRIET en VAN LOGHEM 1961) enkele opmerkingen te maken. Mijn aarzeling was gegrond enerzijds op de naam die de onderzoekers uit de Leidse Rheumatologische Kliniek en het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandsche Roode Kruis op grond van hun reeks fraaie publikaties over het LE-onderzoek reeds bezitten, anderzijds op het feit dat ik zelf nog pas sedert korte tijd mij actie bezighoud met onderzoekingen op dit moeilijke gebied (1958, 1960).

I. De kenmerken voor de LE-cel.

HARGRAVES (1948) heeft de kenmerken voor de LE-cel vastgelegd, en sedertdien zijn deze als dogma gehandhaafd, m.i. zonder voldoende motivering, voorzeker nu men algemeen aanneemt dat alleen de eerste fase van het LE-cel-vormingsproces — de fixatie van de LE-factor aan de beschadigde leukocytenkern, gepaard gaande met transformatie van deze kern — specifiek is (zie fig. 1, bl. 1777 van dit *Tijdschrift*). De daaropvolgende fagocytosefase is aspecifiek en kan zonder de eerste fase niet plaatsvinden: geen „loose bodies”, geen LE-cellen.