

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

BEPALING VAN PREGNAANTRIOL

Met ingang van heden kan in het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid de bepaling van „pregnaantriol” in urine volgens R. MORRIS (1959) ten behoeve van de klinische diagnostiek worden uitgevoerd. De prijs van deze bepaling is vastgesteld op f 18,90.

Het „pregnaantriol”-gehalte wordt uitgedrukt in milligrammen per 24-uurs urineportie. Voor een bepaling is derhalve een 24-uurs urinemonster nodig. Aan de urine mag geen conserveermiddel worden toegevoegd.

Bij de invoering van een nieuwe methodiek moet steeds gezorgd worden, dat de „normale waarden” voldoende bekend zijn.

Gedurende een jaar werd op de Afdeling Endocrinologie van het R.I.V. gewerkt aan het verzamelen van gegevens betreffende de uitscheiding van „pregnaantriol” in urine van normale personen. Toch is het in het huidige stadium nog niet mogelijk, de normale waarden met behulp van een voldoende groot getallen materiaal te berekenen. Wij kunnen slechts de tot dusverre verkregen gegevens opgeven.

Voor het ogenblik moet derhalve worden volstaan met het volgende overzicht van de tot nu toe verkregen gegevens:

Geslacht	Aantal	Leeftijd	Pregnaantriol in mg per 24-uurs urine
vrouwen	19	13-62 jaar	0,2 - 3,4 gemiddeld 1,5
mannen	20	14-61 jaar	0,4 - 5,8 gemiddeld 2,3

Van kinderen voor de puberteitsleeftijd werden nog niet voldoende gegevens verzameld. Voor deze groep raadplegen desgewenst het artikel van E. E. HILL (1960): „Chromatography of the 17-ketogenic steroids in the diagnosis and control of congenital adrenal hyperplasia”.

Literatuur: HILL, E. E. (1960) *Acta endocr. (Kbh.)* **33**, 230. — MORRIS, R. (1959) *Acta endocr. (Kbh.)*. **32**, 596.

Amsterdam, 29 januari 1962 De algemeen directeur,
Afd. Endocrinologie, Dr. J. SPAANDER
Sarphatistraat 108a

INGEZONDEN

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

ENKELE ASPECTEN VAN DE BESTRIJDING VAN LONGKANKER

Collega MEINSMA (1962) vindt het opmerkelijk dat de duur der klachten bij longkanker weinig invloed heeft op de overlevingsduur. In zijn artikel komt echter geen tabel voor, waarin de duur der klachten anders wordt aangegeven dan 0-1 maand en 2 maanden of langer. Ik meen, dat men de indeling anders moet maken, en uit de werkformulieren van de Commissie Onderzoek Longkanker leid ik af dat men daarmee ook rekening wil houden. De eerste splitsing moet men maken tussen mensen die geen klachten hebben en die welke wel verschijnselen hebben opgemerkt; deze laatste groep kan men dan eventueel verder opsplitsen. Bestaan er klachten — die van het carcinoom afkomstig zijn — dan is de kanker reeds een eindweegs voortgeschreden: obstructie-infiltraat, aanvetting van bloedvaatjes (bloederig sputum). Daarnaast zijn andere factoren van belang, zoals 1. de toestand van de longen vóór het zich ontwikkelen van carci-

noom, 2. de plaats van het gezwel, 3. het histologische beeld, 4. de voorlopig nog ongrijpbare mate van maligniteit van de individuele tumor.

Uit het kleine materiaal dat ik (1960) heb bewerkt bleek duidelijk dat 1. het aantal gevallen waar radicaal opereren mogelijk was kleiner werd naarmate de klachten langer hadden bestaan, en 2. de overleving van radicaal geopereerde patiënten gelijk was, ongeacht de duur der klachten.

Indien longkanker wordt ontdekt voordat er klachten zijn — hier zie ik een belangrijke taak voor de periodieke bevolkings- en groeps-onderzoekingen — dan zal het aantal curabele gevallen hoogstwaarschijnlijk stijgen. Men kan dus een langere gemiddelde overlevingsduur verwachten bij mensen zonder klachten tegenover die, bij wie het carcinoom wel reeds subjectieve verschijnselen gaf. Dit spreekt naar mijn mening ook uit de vergelijking van de cijfers van de 42 gevallen die GERRITS en BAGNAY (1960) vermeldden.

Literatuur: GERRITS, J. C. en W. BAGNAY (1960) De statistiek van het longcarcinoom. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2605. — MEINSMA, L. (1962) Enkele aspecten van de bestrijding van longkanker. *Ned. T. Geneesk.* **106**, 70. — TONKES, E. (1960) Het bevolkingsonderzoek op tuberculose en de strijd tegen ontkanker. *T. soc. Geneesk.* **38**, 337.

Utrecht, 13 januari 1962

E. TONKES

Tot dusverre kon in Nederland nog geen statistisch verantwoord onderzoek plaatsvinden naar de behandelingsresultaten van „toevallig ontdekte” longkankerpatiënten, waarbij rekening werd gehouden, zowel met gelijkwaardige diagnostische methoden voor al deze patiënten, alsook met stadium, histologisch type en lokalisatie van het gezwel. De aantallen patiënten voor iedere onderverdeling waren daarvoor te klein. Mijn artikel biedt een overzicht van de mogelijkheden thans en aanwijzingen voor verdere verbetering.

Amsterdam, 25 januari 1962

L. MEINSMA

HET ZUIVERE TAALGEBRUIK

Met zeer prijzenswaardige energie handhaaft en bevordert de redactie het zuivere gebruik van de Nederlandse taal. De tendens der tijden is evenwel krachtiger dan elk goedwillend voornemen, zodat steeds meer de Nederlandse taal uit een soort gemakzucht of wel door een „minderwaard-gevoelen” wordt gefiltreerd en geïmpregneerd met vreemde, en wel specifiek Amerikaanse woorden. De technische ontwikkeling op elk gebied en daarmee het benoemen van nieuwe dingen en begrippen gaat zó snel, dat men zich in Nederland niet meer de moeite geeft, voor elke nieuwigheid een eigen woord te zoeken, doch maar klakkeloos overneemt, wat het buitenland ons biedt.

Tot nu toe heeft de medische wereld zich wel bevonden bij het gebruik van verlatiniseerde woorden, die met kleine landelijke wijzigingen, internationaal bruikbaar waren, zoals bv. pneumonie, cystitis, enz. Deze woorden geven uiting aan de wens tot internationaal samengaan, doch zijn niet een klakkeloze navolging van een ander.

Ook deze moeite geeft men zich thans niet meer. Het in Amerika uit het Latijn afgeleide woord „tranquillizers”, wordt zo maar overgenomen, terwijl veel juister in overeenstemming met de bovengenoemde gewoonte, het woord „tranquillantia” zou moeten worden gebruikt.

Erger wordt het, wanneer er foute uitdrukkingen worden overgenomen en niemand zich meer bezint over de etymologie. Zo bij het woord „ocytocicum”, waarvan algemeen foutief „oxytocicum” wordt gemaakt. Het is afgeleid van de beide Griekse woorden: okus — snel en tokos — het baren

en betekent iets dat de baring versnelt. De Griekse *k* wordt in het Latijn *c*, maar nimmer *x*! Men kan dus zowel schrijven *okytocicum* als *ocytocicum*, maar het gebruik van de *x* (waarschijnlijk naar analogie van vele woorden die met *oxy(dum)* beginnen) is fout! Alleen de Fransen gebruiken het goede woord. Wanneer eenmaal een foutief gebruik in een taal is ingeslopen, is het bijna ondoenlijk dit achteraf te herstellen. Men moet er van de aanvang af bij zijn.

Woorden zoals *clearance*, *shock*, *follow up*, *feed back* enz., enz., zijn letterlijk overgenomen; dit betekent wel een verruiming van begrippen, doch het is een verarming van onze taal, die onmachtig schijnt, deze begrippen zelf van een naam te voorzien.

De bedoeling van mijn schrijven is, er nogmaals met klem op aan te dringen dat er commissies worden gevormd, bestaande uit *classici*, *neerlandici* en vertegenwoordigers van de exacte wetenschappen, die snel en met vooruitziende blik nieuwe Nederlandse woorden maken. Men doet dit overal waar een eigen taal wordt opgebouwd (België, Zuid-Afrika, Indonesië). Deze nieuwe woorden moeten worden voorgesteld en gebruikt, zodra het nieuwe begrip zijn intrede doet. Ik weet hiermede mijn stem te voegen bij de vele, die reeds roepen in de woestijn, maar elke nieuwe impuls kan misschien iets aan het rollen brengen.

Heemstede, 18 januari 1962

H. R. M. DE HAAN

Het stuk van collega DE HAAN is ons welkom omdat het ons steunt in ons streven naar een zuiver taalgebruik in het *Tijdschrift*, een aangelegenheid die ons zo ter harte gaat, dat wij verzet van auteurs, waarop wij nogal eens stuiten, ervoor trotseren.

De opmerking over *oxytocicum* moeten wij geheel onderschrijven; wij zullen er in de toekomst rekening mee houden.

In de afwijzing van het ongewijzigd overnemen van vaktermen uit een andere taal zouden wij niet zo ver willen gaan als de inzender. Het verlatiniseren tot internationaal bruikbare woorden is niet meer zo effectief sinds het Latijn zijn plaats als de taal voor wetenschappelijk verkeer verloren heeft. Tot op zekere hoogte is het hier verdrongen door het Engels en het onvertaald overnemen van Engelse (Amerikaanse) vaktermen wordt niet alleen in Nederland meer en meer gebruikelijk. Zowel in de Duitse als de Franse medische literatuur is bv. *test*, geheel ingeburgerd. De term *tranquillizers* hebben wij daarom aanvaard; wij kozen de in de Verenigde Staten, bakermat van het woord, meest gangbare spelling met één *l*. Wij zouden misschien aan *tranquillantia* de voorkeur hebben gegeven als de inzender ons eerder op het voor de hand liggen van deze vorm had gewezen. Nu aarzelen wij een nieuwe term toe te voegen omdat reeds de benaming *ataractica* is geïntroduceerd, al vindt die weinig ingang.

Wij delen niet het vertrouwen van collega DE HAAN in commissies voor het ontwerpen van Nederlandse woorden voor nieuwe begrippen. Een dergelijke geleide taalvorming is noodzakelijk, waar, zoals in Israël en Indonesië een oude taal snel aan moderne eisen moet worden aangepast; in het levende Nederlands heeft de spraakmakende gemeente het laatste woord.

REDACTIE

NOODZAKELIJK, OVERBODIG EN SCHADELIJK GENEESKUNDIG ONDERZOEK

Eén voorbeeld in de, wat de grondgedachte betreft, zo behartenswaardige voordracht van Prof. BORST (1961) noopt mij tot de volgende opmerking.

Prof. BORST deelt mede dat in zijn kliniek geen kwantitatieve bilirubinebepalingen mogen worden verricht wanneer het plasma in de bezinkingsbuis niet geel gekleurd is. Wellicht geeft dat geen aanleiding tot omissies, doordat hij met analisten met jarenlange ervaring werkt. Onder minder optimale omstandigheden kan dit systeem echter falen. Het vereist immers routine om de gele verkleuring, veroorzaakt door een lichte bilirubineverhoging, betrouwbaar in de bezinkingsbuis te herkennen. Niet alle artsen of hun hulpkrachten (niet altijd analisten) beschikken over dergelijke routine.

Prof. BORST spreekt niet over de kwalitatieve reactie, die het onderscheid tussen vrije bilirubine en geconjugeerde bilirubine mogelijk maakt. Het gevaar dreigt, juist door het gezag dat het woord van Prof. BORST in den lande heeft, dat de lezer — de beperking kwantitatief vergetend — gaat menen dat ook de kwalitatieve bilirubinebepaling bij een niet geel plasma — althans voor zijn wellicht niet zo geoefend oog — overbodig is. Toch kan in dergelijke gevallen soms geconjugeerde bilirubine in het serum worden aangetoond, bijvoorbeeld bij cirrose, genezende hepatitis of in aansluiting op pijn aanvallen boven in de buik. Dit laatste kan een vingerwijzing zijn dat cholelithiasis oorzaak van deze pijn aanvallen is.

Heeft de arts, voortspruitend uit zijn klinisch onderzoek, een gerichte vraag als boven aangegeven, dan behoort deze bepaling te worden verricht, ook wanneer het plasma niet geel verkleurd is. De medicus mag niet het risico lopen dat zijn gerichte vraag niet wordt beantwoord als gevolg van bij grote drukte mogelijk wel eens afnemende kleur gevoeligheid voor geel van het oog van de analiste.

Literatuur: BORST, J. G. G. (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 2449.

Arnhem, 4 januari 1962

L. SCHALM

Doordat ik getracht heb in het bestek van een voordracht van drie kwartier een aantal voorbeelden te geven van veel toegepast onderzoek, dat overbodig of schadelijk is, ben ik waarschijnlijk niet voldoende duidelijk geweest.

Op bl. 2450 schreef ik: „Wel bepalen wij van iedere patiënt herhaaldelijk de bloedbezinkingssnelheid en lezen die af na 1, 2 en 24 uur. De laatste aflezing behoort de behandelende arts zelf te doen”, en even verder: „Omgekeerd toont de bezinkingsbuis ook, dat bepaald onderzoek overbodig is. Onze analisten zijn geïnstrueerd om geen kwantitatieve bilirubinebepalingen te doen van serum, dat niet geel ziet”.

De arts moet dus aan het plasma in de bezinkingsbuis beoordelen of het galkleurstofgehalte verhoogd is. Stuur hij serum dat niet geel is naar het laboratorium voor kwantitatief onderzoek op galkleurstoffen, dan mag de analiste dat niet verrichten tenzij de wenselijkheid uit een uitvoerige schriftelijke toelichting blijkt. Ontbreekt deze dan moet zij daarom vragen. Soortgelijke voorschriften bestaan voor verschillende andere bepalingen. Op deze wijze wordt voorkomen, dat veel onnodig laboratoriumwerk verricht wordt. Helaas functioneert het systeem alleen goed wanneer de analisten belangstelling voor de uitkomsten van haar onderzoek hebben. Het verrichten van één onnodige bepaling kost waarschijnlijk minder tijd en zeker minder initiatief dan het vragen om een uitvoerige toelichting. Op den duur loont de inspanning echter de moeite.

In ons laboratorium werden vroeger vele kwantitatieve bepalingen van het galkleurstofgehalte verricht van serum, dat niet geel zag. Het geschiedt nog een enkele maal bij twijfel over de kleur, of als de uitkomst voor de beoordeling van het ziektegeval van uitzonderlijk belang is. Tot nu toe werd geen