

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

verhoogd gehalte van geconjugeerde of van niet geconjugeerde bilirubine gevonden als het plasma in de bezinkingsbuis bij daglicht geen gele tint toonde.

Amsterdam, 29 januari 1962

J. G. G. BORST

LONGEMBOLIE IN DE INTERNE KLINIEK

Naar aanleiding van het artikel van de collegae MEERSCHWAM en KLEIN (1961) zou ik willen opmerken dat longembolie evenals andere ziekten vaker in de kliniek wordt gezien dan in de sectiekamer, omdat alleen de dodelijk verlopen gevallen de obducent bereiken. Nu blijkt de pathologisch-anatomische frequentie van longembolie (tussen 9 en 16,3 pct) de klinische frequentie ervan (tussen 0,6 en 2,5 pct) juist verre te overtreffen. De auteurs concluderen hieruit dat men de diagnose in de kliniek vaak verzuimt te stellen, wat natuurlijk zo is, maar wat toch niet uit bovenstaande cijfers kan blijken. Immers dan zou het onwaarschijnlijk hoge percentage van bijna 90 pct der geverifieerde gevallen klinisch onopgemerkt zijn gebleven (de auteurs zelf lieten slechts 35 pct onopgemerkt).

Er moet dus een andere factor voor de paradoxale cijfers verantwoordelijk zijn. Bovendien twijfelt TOWBIN (1954) terecht aan de waarde van obductiestatistiek, waar alle patiënten buiten vallen bij wie obductie wetenschappelijk niet geïndiceerd werd geacht, een groep met juist vrij veel longembolieën (bv. bejaarde hartpatiënten). Zou men ook bij deze „vergeten groep” sectie verrichten, dan zou de pathologisch-anatomische frequentie van longembolie nog hoger komen te liggen en de gesignaleerde discrepantie met de klinische nog groter worden.

De oorzaak van deze discrepantie ligt m.i. dan ook in de onvergelykbaarheid van de uitgangspunten: telt de clinicus zijn longembolieën ten opzichte van het aantal zieken, de obducent doet dit ten opzichte van het aantal doden! In het laatstgenoemde geval vindt dus een negatieve selectie plaats, doordat de grote groep genezen patiënten wegvalt en slechts de categorie der gestorvenen overblijft. En juist in deze categorie is longembolie vaak een terminale complicatie bij allerlei aandoeningen. Geen wonder dat het percentage zoveel hoger komt te liggen dan in de kliniek. En dit verschil zou, zij het iets kleiner, blijven bestaan ook indien de clinicus in alle gevallen de diagnose stelde!

Het is mijn bedoeling hiermee te waarschuwen tegen het lichtvaardig hanteren van statistische gegevens.

Literatuur: MEERSCHWAM, I. S. en F. KLEIN (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 2576. — TOWBIN, A. (1954) *Pulmonary embolism. J. Amer. med. Ass.* 156, 209.

Groningen, 9 januari 1962

J. H. M. VAN ECK

Zuiver statistisch beschouwd is het natuurlijk juist, dat klinische en pathologisch-anatomische statistieken niet zo maar met elkaar zijn te vergelijken. Wij hebben uit de vergelijking van deze cijfers dan ook geen enkele *conclusie* willen trekken, doch slechts erop willen wijzen (en niet bewijzen), dat de diagnose longembolie in de interne kliniek vaak gemist wordt.

Het is merkwaardig dat collega VAN ECK tot steun van zijn argumentatie het artikel van TOWBIN aanhaalt, terwijl hij in ons artikel heeft kunnen lezen dat wij de kritiek van deze auteur ten aanzien van de waarde van obductiestatistiek voor de beoordeling van de frequentie van longembolie ten volle hebben weergegeven. Wij zijn dan ook van oordeel, dat de inzender ons (in zijn slotopmerking) ten onrechte lichtvaardig hanteren van statistische gegevens in de schoenen wil schuiven.

Amsterdam, 27 januari 1962

I. S. MEERSCHWAM
F. KLEIN

BERICHTEN BUITENLAND

Canada

Veertig jaar insuline. — De *Münchener medizinische Wochenschrift* heeft de eerste aflevering van de nieuwe jaargang gewijd aan „aktuelle Stoffwechsel-Probleme” en opent deze met een artikel ter ere van de ontdekker van de insuline FREDRICK GRANT BANTING (1891-1941). De ontdekking geschiedde te Toronto in 1921, nadat de hoogleraar in de fysiologie, JOHN JAMES R. MACLEOD (1875-1935) aan BANTING ter toetsing van een door hem uit de literatuur verworven voorstelling, een werkplaats en een assistent (CH. BEST) ter beschikking had gegeven, en vervolgens zichzelf met al de middelen van zijn instituut in dienst van het vraagstuk had gesteld. In 1923 deelden BANTING en MACLEOD de Nobelprijs.

Duitsland

Congres voor balneologie en klimatologie. — Het Internationale Congres voor balneologie en medische klimatologie wordt van 30 september tot 4 oktober te Baden-Baden gehouden. Inlichtingen verstrekt het secretariaat, Augustaplatz, Baden-Baden.

Engeland

Coxsackievirussen bij normale kinderen. — Bij 2084 normale kinderen van 5 jaar en jonger, woonachtig in een twintigtal centra van „greater London” ten noorden van de Theems, werden — in de loop van het jaar juni 1958 tot mei 1959 — 138 coxsackievirussen uit faeces geïsoleerd. Van deze virussen behoorden 112 tot de groep A (typen 2, 4, 5, 6, 8 en 10) en 12 tot groep B (typen 3 en 4). Het aantal vondsten was in de eerste maanden van het kalenderjaar laag en steeg tot een hoogtepunt in augustus en september. Deze stijging had niet het karakter van een zich verspreidende infectie. „It was evident that these viruses were widely disseminated in the community studied, but from the time relations and geographic location of virus isolations of each type it was not possible to demonstrate any spread of infection; in fact, the viruses appeared almost simultaneously in a number”. De enterovirussen van de coxsackiegroep toonden dus in hun symbiotische betrekking tot de mens gelijkenis met de enterovirussen van poliomyelitis. (*Brit. med. J.*, 6 jan., bl. 16).

Vruchteloze bestrijding van het sigarettenmisbruik.

— De gezondheidscommissie te Edinburg besteedde enige tijd geleden £ 4.350 ten einde het publiek in te lichten omtrent de gevaren van het roken van sigaretten. Een universitaire werkgroep stelde daarop vast hoe teleurstellend het resultaat was. Zelfs onder de verse indruk van de gemaakte propaganda hadden de meeste ondervraagden hun rookgewoonten niet gewijzigd. De redactie van de *Medical Officer* van 5 januari (bl. 1) die onder de titel „Can we stop smoking?” het onderwerp weer eens in beschouwing neemt, ziet het somber in. Een derde van het aantal schooljongens rookt geregeld na het elfde jaar en de tabaksfirma's besteedden in 1960 £ 7,7 miljoen aan reclame. De regering is niet zeer willig tot medewerking: uit de belasting op tabak en alcohol financiert zij de National Health Service; zij houdt dan nog £ 310 miljoen over voor enkele defensieposten. „Health education” is ook ten aanzien van dit onderwerp te kort geschoten. Men vergeleek scholen waar de kinderen wel en waar ze niet werden voorgelicht, en vond geen verschil in het percentage rokers. De redactie stelt voor, het voorbeeld van Zweden te volgen: verbod van advertenties over tabaksartikelen.