

lapping" tussen beide groepen mits de proef in de ochtenduren werd gedaan. Een behandeling met 20 mg DOCA daags waardoor de biochemische afwijkingen van de insufficiëntie werden opgeheven, had geen invloed op de smaak. Daarentegen werd de smaak door 20 mg prednisolon bij alle lijders aan bijnierschorsinsufficiëntie in 1 dag volledig genormaliseerd, zonder dat het gehalte van de serumelektrolyten veranderde. Wanneer het prednisolon niet meer werd toegediend, keerde de verhoogde smaakgevoeligheid na 3 of 4 dagen terug. Ook bij andere patiënten, bv. met een ernstige natriumdepletie, had het mineralen-spectrum van het bloed geen invloed op de smaak. Prednisolon noch DOCA had bij normale personen enige invloed op de smaakzin. Uit het feit dat patiënten met mucoviscidose vaak een verhoogde smaakgevoeligheid hebben (SCHUTZ en PILGRIM 1957; HENKIN en POWELL 1962), zonder veranderingen in het mineralenspectrum, blijkt dat de smaakgevoeligheid onafhankelijk is van de natrium- of kalium-concentratie in het serum. Bij lijders aan mucoviscidose heeft prednisolon geen invloed op de smaak.

De smaakdrempel van de onderzochten was niet afhankelijk van de ionisatie of dissociatie-graad van de toetsstoffen; ook membraan-permeabiliteit scheen niet van betekenis te zijn. Hoe glucocorticoïden (prednisolon) invloed op de smaak uitoefenen, is niet bekend.

*Literatuur:* HENKIN, R. I. en G. F. POWELL (1962) Increased sensitivity of taste and smell cystic fibrosis. *Science* **138**, 1107. — HENKIN, R. I. en D. H. SOLOMON (1962) Salt taste threshold in adrenal insufficiency in man. *J. clin. Endocr.* **22**, 856. — HENKIN, R. I., J. R. GILL en F. C. BARTTER (1963) Studies on taste threshold in normal man and in patients with adrenal cortical insufficiency: the role of adrenal cortical steroids and of serum sodium concentration. *J. clin. Invest.* **42**, 727. — SCHUTZ, H. G. en F. J. PILGRIM (1957) Sweetness of various compounds and its measurement. *Food Res.* **22**, 206.

T. BEIJER

## DIVERSEN

**Embryopathie door rubeola.** — In 1959 heerste er in Nieuw-Zeeland een uitgebreide epidemie van rodehond. LIGGINS en PHILIPS (1963) hadden daardoor gelegenheid te onderzoeken hoe vaak deze ziekte bij zwangeren aangeboren afwijkingen bij het kind deed ontstaan. Het onderzoek betrof 89 vrouwen. Bij 15 werd opzettelijk abortus opgewekt, bij 7 ontstond spontaan een miskraam. Van de 67 overige vrouwen kregen 12 een kind met aangeboren afwijkingen, die aan rubeola moesten worden toegeschreven. Hoe vroeger in de zwangerschap de rubeola was ontstaan, hoe groter de kans op embryopathie was. Bij 32 vrouwen viel de rodehond in de eerste dertien weken van de zwangerschap, bij 14 in de eerste acht weken. Van 8 van deze 14 moeders had het kind afwijkingen; deze waren steeds multipel. Alle acht kinderen hadden oogafwijkingen, 7 hadden afwijkingen aan het hart, 6 aan de grote bloedvaten; 5 waren doof, 1 was geestelijk gestoord. Twee van deze kinderen stierven, resp. 5 maanden oud aan decompensatio cordis, en 15 maanden oud aan longontsteking. De vier overige kinderen met embryopathie hadden maar één afwijking, drie waren doof, één had een oogaandoening. Hun moeders hadden rubeola gehad in de 11e, 12e of 15e week van de zwangerschap.

*Literatuur:* LIGGINS, G. C. en L. I. PHILIPS (1963) *Brit. med. J.* **I**, 711.

C. J. RÜBSAAM JR.

## INGEZONDEN

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

### ARTSENTEKORT IN TRANSKEI

In het eerstgevormde Bantoegebied in Zuid-Afrika, voorheen Transkei genoemd, liggende ten noorden van de Groot Kei rivier tot tegen de zuidelijke grens van Natal en van de Drakensbergen tot bij de Indische Oceaan, dreigt zich voor westerse begrippen een medische noodsituatie te ontwikkelen.

Hier wonen 1,6 miljoen Bantoes op een oppervlakte nauwelijks gelijk aan Denemarken. De bevolking leeft van de verbouw van mais en de opbrengst van de veeteelt. Melkproductie van enige betekenis is afwezig en het hoofdvoedsel is mais, welke, op verschillende manieren bereid, tot voedsel dient voor zuigelingen, kinderen en volwassenen. Dit heeft tot gevolg, dat de algemene gezondheidstoestand slecht is: hoge kindersterfte, veel pellagra en veel tuberculose.

In genoemd reservaatgebied wonen ongeveer 15.000 blanken en 20.000 kleurlingen, van wie de meesten in het zakenleven en de bestuursfuncties werkzaam zijn. Van overheidswege zijn 3 gouvernementshospitalen opgericht in Butterworth, Kokstad en de hoofdstad van Transkei: Um-tata, met een totaal aantal bedden van ongeveer 700. Daarenboven zijn er enkele sanatoria voor longtuberculose en één leprozerie.

Momenteel werken op de totale bevolking van ruim 1,7 miljoen iets minder dan 100 artsen, specialisten meegerekend; dit betekent dus 1 arts op ongeveer 17.000 zielen. Gelukkig voor de Bantoebevolking, die steeds meer de toverdokters verlaat en de westerse medische hulp inroept, hebben de Zuidafrikaanse kerken, die reeds sinds 1827 (Wesleyaanse), 1855 (Anglicaanse), 1877 (Presbyteriaanse) en 1930 (Nederduits Gereformeerde of „Boeren" kerk) zending bedrijven, de laatste twee decennia de medische nood beseft, en zijn vele zendingshospitalen opgericht met steun van de regering. Het aantal beschikbare bedden is nu opgelopen tot ongeveer 2300, d.i. 1 bed op ruim 7000 zielen. De outillage laat niets te wensen over, maar overal heerst er een groot tekort aan medisch personeel, vooral aan artsen.

Het bovenvermelde dient slechts om iets te laten zien van de moeilijkheden, waarvoor een jonge staat zich geplaatst ziet. Om te verhoeden dat de bevolking terugvalt tot de praktijken van de toverdokters zal het nieuwe departement van Volksgezondheid in Transkei allereerst artsen moeten aantrekken en bij het gebrek aan Bantoe-artsen en Zuidafrikaanse artsen dus ook in het buitenland te rade moeten gaan.

Inlichtingen verstrekken gaarne: G. J. OOSTERHUIS, internist, Stationsweg F 149, Dokkum en E. S. OOSTERHUIS, geneesheer-directeur van het N.G. Sending hospitaal te Zithulele, Transkei, Suid-Afrika (tijdelijk: Van Limburg Stimustraat 86, Hoogeveen).

Dokkum  
Hoogeveen } december 1963

G. J. OOSTERHUIS  
E. S. OOSTERHUIS

### EEN GEVAAR VOOR DE MEDISCHE TERMINOLOGIE

Er dreigt naar mijn mening een gevaar, dat wij met onze medische terminologie in een labrynt, in een slop, in een impasse geraken, zodat de artsen elkaar onderling niet meer verstaan, met name artsen van de ene en van een andere groep.

Nu staat het wel vast, dat de geneeskundige vaktermen niet alle even voortreffelijk zijn, hetzij omdat een van ouds

gangbaar woord niet meer strookt met de hedendaagse wetenschappelijke gegevens of omdat sommige namen van ziekten of van verschijnselen uit een taalkundig oogpunt maar weinig bevredigen, zodat ANATOLE FRANCE niet zonder reden kon zeggen: „Les maladies, effroi de l'homme, ont des noms, effroi du philologue”.

In onze tijd dreigt er echter een nieuw gevaar door de steeds toenemende gewoonte om ziektebeelden of syndromen aan te duiden met de naam van degene die tot de kennis ervan heeft bijgedragen; het zijn niet zelden een aantal personen, die elk een onderdeel hebben beschreven. Enige voorbeelden mogen dit verduidelijken.

Enkele dagen geleden vond te Amsterdam een wetenschappelijke vergadering plaats van de Nederlandse Anthropogenetische Vereniging. Het programma vermeldde o.a. een tiental namen van onderzoekers ter aanduiding van een of ander syndroom, zoals het syndroom van Grönblad-Strandberg-Touraine en het syndroom van Ehlers-Danlos, ten dele nieuwe namen voor een reeds lang bekend ziektebeeld. Het laatstgenoemde, bestaande in hyperflexibilitas en cutis laxa, is namelijk reeds beschreven door JOB VAN MEEKEREN, geneeskundige te Amsterdam, en wel in 1682. Aldus kan men lezen in het voortreffelijke boek van LEIBER en OLBRICH, *Wörterbuch der klinischen Syndrome*.

Er is voorgesteld, mongoloïde idiotie, liever gezegd: mongolisme (omdat idiotie menigmaal ontbreekt), voortaan te noemen: syndroom van Down. De reden van dat streven moge begrijpelijk zijn en tevens te waarderen, er gaat toch met zo'n verandering van naam een associatief verband met dat ziektebeeld verloren, namelijk met een verschijnsel ervan, hetzij dan een bijkomstig verschijnsel, eventueel met een afwijking van het een of ander orgaan.

Zal het bovengenoemde streven om steeds meer eigenamen in de terminologie in te voeren niet tot grote moeilijkheden leiden, ja, tot een soort van babylonische spraakverwarring?

*Literatuur:* LEIBER, B. en G. OLBRICH (1963) *Wörterbuch der klinischen Syndrome*. Urban und Schwarzenberg, München, Berlijn.

Maastricht, 28 oktober 1963

J. E. SCHULTE

Het bezwaar van de inzender geldt naar onze mening alleen voorzover men een goede en ingeburgerde term zou willen vervangen door een aanduiding met de naam van een auteur. Dikwijls zijn echter voor een ziekte verschillende namen voorgesteld die geen van alle algemeen ingang kunnen vinden, bv. doordat zij omstreden of overwonnen opvattingen aangeven. Er zijn ook ziekten, en men denkt dan vooral aan het onnoemelijk grote aantal syndromen die beschreven zijn, waarvoor geen bruikbare naam is voorgesteld, en men zich ook niet goed kan voorstellen hoe die zou zijn te bedenken en . . . in te voeren. In al deze gevallen heeft het aanduiden met eigennamen onmiskenbare voordelen en bovendien zou een poging om tot een andere terminologie te komen de spraakverwarring maar vergroten.

Amsterdam, 14 november 1963

REDACTIE

## DE WET VAN STARLING EN DE MECHANISCHE ACTIVITEIT VAN HET HART

In zijn artikel over de contraciliteit van harten van hypothyreotische ratten schrijft Dr. MEIJLER (1963): „Het toeschrijven van de regulatie van de mechanische activiteit van het hart *uitsluitend* (cursivering van mij, J. G. G. B.) aan het frank starlingmechanisme (BORST e.a. 1960) . . . is m.i. een onjuiste simplificatie”.

Naar ik meen, heb ik de mij toegeschreven opvatting nimmer verdedigd; ook STARLING deed dit niet. In discussies met Dr. MEIJLER heb ik dit herhaaldelijk naar voren gebracht. Klaarblijkelijk hebben mijn medewerkers en ik ons in ons artikel van 1960 zo onduidelijk uitgedrukt, dat slecht geïnformeerde lezers hieruit kunnen afleiden, dat wij dit onjuiste standpunt innemen. Ik zou het zeer op prijs stellen als Dr. MEIJLER de zinnen zou willen citeren waarop hij zijn terechtwijzing baseert.

*Literatuur:* MEIJLER, F. L. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 1959.

Amsterdam, 5 december 1963

J. G. G. BORST

De door Prof. BORST gewraakte zin uit mijn artikel (MEIJLER 1963) heeft blijkbaar de indruk gewekt, dat het woord „uitsluitend” letterlijk uit de publikatie van 1960 (BORST 1960) of uit enig ander artikel van Prof. BORST werd overgenomen. Dit is niet het geval. Ik heb dit woord gebruikt, omdat in deze (BORST 1960) en in vele andere publikaties van Prof. BORST en zijn groep (BORST 1948, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1963) andere factoren dan het frank-starlingmechanisme, die van veel groter belang zijn voor de regulering van de hartwerking, nimmer voldoende aandacht hebben gekregen. Van de talloze publikaties die allerminst met de opvatting van Prof. BORST stroken wordt geen enkele genoemd.

Hoewel, na 1960, Prof. BORST tijdens discussies, wel eens heeft toegegeven dat naast het frank-starlingmechanisme ook andere factoren de werking van het hart kunnen regelen, heeft hij ook in zijn meest recente publikaties nooit enige twijfel aan de overwegende betekenis van dit mechanisme laten bestaan. Als voorbeeld hiervoor moge gelden hetgeen hij nog in het 14 december verschenen nummer van dit *Tijdschrift* (BORST 1963) handelende over hypertensie, schrijft: „Starling's homoiostatische cyclus is de basis van onze kennis van de fysiologie en de pathologie van de circulatie en de waterhuishouding. Vele verschijnselen kan men ermee verklaren, en *geen enkel* (cursivering van mij, M.) feit is er mee in strijd”. Aangezien dus Prof. BORST zich uitsluitend van de „Wet van Starling” (STARLING 1915) bedient bij de interpretatie van vele klinische syndromen, bezigde ik de term „uitsluitend”. Aangezien meermalen is weerlegd dat dit mechanisme in het intacte organisme werkzaam is (REINDELL e.a. 1961; RUSHMER e.a. 1959; LILJESTRAND e.a. 1938) en aangezien het slechts onder sommige, bij mens en dier zelden aanwezige, omstandigheden (GOLDBLATT 1963; RUSHMER 1961) kan worden aangetoond, acht ik de universele toepassing er van „onjuist”. Slechts door simplificatie kan het complexe functioneren van het hart worden teruggebracht tot het frank-starlingmechanisme, dat zijn bestaansrecht heeft te danken aan waarnemingen bij een sterk vereenvoudigde proefopstelling.

*Literatuur:* BLOMHERT, G., J. GERBRANDY, J. A. MOLHUYSEN, L. A. DE VRIES en J. G. G. BORST (1951) Diuretic effect of isotonic saline solution compared with that of water. Influence of diurnal rhythm. *Lancet* II, 1011. — BORST, J. G. G. (1948). *The maintenance of an adequate cardiac output by the regulation of the urinary excretion of water and sodiumchloride; an essential factor in the genesis of oedema*. Scheltema en Holkema, Amsterdam. — BORST, J. G. G. en J. A. MOLHUYSEN (1952). Exact determination of the central venous pressure. *Lancet* II, 304. — BORST, J. G. G. (1953) The homeostatic mechanisms governing water and electrolyte balance. *Acta med. scand.* 146, 33. — BORST, J. G. G. (1954) The characteristic renal excretion patterns associated with excessive or inadequate circulation. *Ciba Foundation symposium on the*