

## INGEZONDEN

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

### SYNDROOM VAN THIBIÈRGE-WEISSENBACH, EEN BIJZONDERE VORM VAN SCLERODERMIE

Collega NIENHUIS en medewerkers beschrijven in dit *Tijdschrift* (1969) een aantal patiënten die zij classificeren als lijdens aan het syndroom van Thibièrge-Weissenbach of CRST-syndroom. Zij vragen zich af of het wel gerechtvaardigd is, dit beeld als een apart syndroom te beschrijven; zij pleiten voor een onderordering bij sclerodermie, waarbij zij verwijzen naar een uitspraak van THIBIÈRGE en WEISSENBACH uit 1911.

Ik dacht, dat dit voor zeer veel medici allang geen vraagstuk meer is. Dat THIBIÈRGE en WEISSENBACH nog enige aarzeling lieten blijken, is begrijpelijk, omdat zij in 1911 hun waarnemingen publiceerden en daarmee toen een bijdrage leverden aan de unificatie van het sclerodermie-syndroom.

Dat nu toch weer twijfel kan bestaan, hebben wij te wijten aan publikaties zoals die van WINTERBAUER (1964) en SCHIMKE (1967), die met onvoldoende kennis omtrent de variabiliteit in volgorde en ontwikkelingstempo van de symptomen van „systemic sclerodermia” een CRST-syndroom zijn gaan beschrijven (calcinosis, Raynaud-fenomeen, sclerodermie, teleangiëctasieën).

Van 14 patiënten met „systemic sclerodermia” die ik de laatste 15 jaar zag, zijn 5 met zekerheid aan deze ziekte overleden. Van deze 5 zijn 4 gedurende zeer veel jaren (tien of meer) in een toestand geweest, die ongedwongen als CRST-syndroom beschreven had kunnen worden indien men daar behoefte aan gevoeld zou hebben. Toch zijn zij allen aan hun sclerodermie overleden. Reden om het CRST-syndroom af te scheiden als een prognostisch gunstige groep is er dus ook niet.

Raynaud-fenomeen, teleangiëctasieën, subcutane verkalkingen, (acro-)sclerodermie en ook bv. de colon-sacculatie (KEMP HARPER 1953) kunnen nu eenmaal jaren zonder veel klachten voorafgaan aan de uiteindelijk ongunstige afloop. Patiënten A en B uit onze publikatie over malabsorptie bij sclerodermie (SONNEVELDT e.a. 1962) zijn daarvan typische voorbeelden.

Tenslotte nog 2 opmerkingen:

Evenals collega NIENHUIS beschrijft, is het ook onze ervaring dat histologisch onderzoek van huidstanspreparaten bijzonder weinig afwijkingen oplevert, ook als de stans genomen is op een plaats die macroscopisch zeer duidelijk sclerodermisch veranderd is.

Bij de differentiële diagnose van weke-delen-verkalkingen, en met name van hun para-articulaire lokalisatie, moeten zeker ook genoemd worden de pseudo-hypoparathyreoïdie en de pseudo-pseudohypoparathyreoïdie.

*Literatuur:* KEMP HARPER, R. A. (1953) *Proc. roy. Soc. Med.* **46**, 512. — NIENHUIS, R. L. F., A. A. WOUDA en G. S. QUE (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 604. — SCHIMKE, R.N. (1967) *Arch. intern. Med.* **119**, 365. — SONNEVELDT, H. A., P. VAN LEEUWEN en P. S. BLOM (1962) *Acta med. scand.* **171**, 391. — WINTERBAUER, R. H. W. (1964) *Bull. J. Hopkins Hosp.* **114**, 361.

's-Gravenhage, 22 april 1969

P. S. BLOM

Met betrekking tot de opmerkingen van de collegae HARTSTRA (1969) en BLOM (1969) naar aanleiding van ons artikel: „Syndroom van Thibièrge-Weissenbach, een bijzondere

vorm van sclerodermie”, zijn wij beide collegae erkentelijk voor hun aanvullingen.

Het was uiteraard niet onze bedoeling, een volledig literatuuroverzicht te geven, maar meer de aandacht nog eens te vestigen op dit wonderlijke ziektebeeld, waarvan ons de etiologie tot dusver nog ontgaat.

Naar aanleiding van de door collega BLOM genoemde „systemic sclerodermia” lijkt het ons, in navolging van de Angelsaksische literatuur, beter te spreken van „systemic sclerosis”.

Inmiddels zagen wij nog een patiënte met het volledig ontwikkelde beeld van calcinosis, Raynaud-fenomeen, sclerodermie en teleangiëctasieën.

Onze patiënte A is onlangs plotseling overleden ten gevolge van een acute decompensatio cordis, waarschijnlijk na een myocardinfarct. Obductie kon helaas niet geschieden.

*Literatuur:* HARTSTRA, H. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 814.

Groningen, 28 april 1969

R. L. F. NIENHUIS

A. A. WOUDA

G. S. QUE

### BEHANDELING VAN ERNSTIGE IJZERGERBREK-ANEMIE MET EEN IJZERDEXTRAN-INFUSIE (IMFERON) IN DE OBSTETRISCHE EN GYNAECOLOGISCHE KLINIEK

Naar aanleiding van het commentaar van collega DRIESSEN (1969) en het daarop aansluitende wederwoord van de collegae EVERS en CORTHOUT (1969) gaarne het volgende.

In beide genoemde uiteenzettingen dreigt het accent op de bijwerkingen te vallen. Bijwerkingen van geneesmiddelen behoren te worden gesignaleerd, maar met het badwater van de bijwerkingen het kind „medicament” wegwerpen is on-intelligent, vooral ook omdat in het geval van ijzerdextran de „total dose infusion”-methode, deze goede wijze van behandelen, uit het gezicht zou verdwijnen. Dit is dus niet alleen spijtig, maar ook niet noodzakelijk.

De gevallen van ernstige bijwerkingen die bij intramusculair en intraveneus gebruik van ijzerdextran werden waargenomen, berustten op a. te hoge dosering, zoals bij de muizen van HADDOW en HORNING (1960); b. de slechte conditie van de patiënten bij wie het middel werd ingespoten (o.a. de patiënt, beschreven in *Review* (1967)); c. te langdurig gebruik, zoals bij de patiënt van DE JONGH (1960); d. het voorkomen van een allergie in de anamnese van sommige patiënten (LAL e.a. 1967).

Ook de ijzerdextran-infusie wordt niet door alle patiënten op dezelfde wijze verdragen, evenmin als dit bijvoorbeeld bij een serie injecties met Jectofer het geval is. Zelf hebben wij tweemaal een Jectofer-kuur moeten afbreken omdat de patiënten verschijnselen van (niet-ernstige) allergisch-anafylactische bijwerkingen hadden. Dit betekent niet, dat Jectofer of Imferon niet deugen. Ook bijvoorbeeld het feit dat van Jectofer zo'n groot aantal injecties moet worden toegediend, maakt het preparaat niet ongeschikt voor toepassing.

Bij bepaalde patiënten onder bepaalde omstandigheden is men gedwongen van orale en ook van intramusculaire therapie af te zien, en daar brengt de „total dose infusion” uitkomst. De resultaten zijn goed, en ook in onze kliniek wordt deze behandeling sedert ongeveer 2 jaren geregeld toegepast; ernstige bijwerkingen zijn niet voorgekomen, en minder ernstige behoren tot de zeldzaamheden.

In de Britse Pharmacopee van 1968 wordt de „total dose infusion” aangegeven, terwijl ijzerdextran in de nieuwe editie

van de Amerikaanse Pharmacopee voor het eerst is opgenomen.

Vele enthousiaste publikaties (thans ongeveer 70) geven de plaats aan, die deze methode geleidelijk-aan over de gehele wereld gaat innemen.

*Literatuur:* DRIESSEN, F. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 586. — EVERS, J. E. M. en E. CORTHOUT (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 587. — HADDOW, A. en E. S. HORNING (1960) *J. nat. Cancer Inst.* **24**, 109. — JONGH, C. L. DE (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 429. — LAL, H., S. S. MANCHANDA en R. PAUL (1967) *Indian. Pediat.* **4**, 27. — Review (1967) *Lond. Clin. med. J.* **8**, nr. 1.

IJmuiden, april 1969

K. H. VAN EK, *gynaecoloog*

### IMMUNO- OF IMMUN-?

Aan mijn onlangs te Groningen verschenen proefschrift had ik de volgende stelling toegevoegd: „De benaming immunoglobuline, welke o.a. door het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde wordt gebezigd, is een anglicisme”. Verdediging van de stelling is niet aan de orde geweest. Mijn argumentatie voor het gebruik van het woord „immunoglobulin” wil ik echter graag bekend maken.

Het is naar mijn mening correct, het voorvoegsel „immuno-” te hanteren wanneer het tweede gedeelte van de betreffende term een louter zakelijke betrekking tot „het immunologische” inhoudt, bv. immunochemie, immunodiffusie, immuno-elektroforese. Staat het tweede gedeelte van de term echter in direct functioneel verband met het eerste, aangezien het op zichzelf een immunologische hoedanigheid inhoudt, dan is het voorvoegsel „immun-” op zijn plaats, bv. immuunreactie, immuunserum, en dus ook immuunglobuline. Men kan tegenwerpen, dat deze laatste termen germanismen zijn, maar het is m.i. aanbevelenswaardig gebruik te maken van de mogelijkheid voor bovengenoemd onderscheid, die de Nederlandse taal biedt.

Tenslotte trof mij de in het *Tijdschrift* van 22 februari jl. op bl. 356 onder de rubriek referaten vermelde zinsnede: „Een nieuwe immunoglobuline”. Is globuline niet meer onzijdig? Ook het gevaarlijke epitheton „nieuw” lijkt mij misplaatst. Het betreft hier immers geen uitvinding maar een ontdekking, namelijk van het IgE, die bovendien reeds in 1966 plaatsvond (ISHIZAKA, K. e.a. 1966).

*Literatuur:* ISHIZAKA, K. e.a. (1966) *J. Immunol.* **97**, 75, 840.

Zwolle, 16 maart, 1969

C. J. RUSSCHEN

Wij vrezen dat het toepassen van de door Dr. RUSSCHEN voorgestelde regel op grote moeilijkheden zou stuiten. Het onderscheiden tussen een „louter zakelijke betrekking” en een „direct functioneel verband” zal in veel gevallen tot arbitraire beslissingen moeten leiden. Ook de immunologische deskundige die wij raadpleegden, wilde het verschil geen betekenis toekennen en meende dat het efficiënt is, het internationaal meest gangbare gebruik van immunobij samengestelde woorden voor begrippen in de immunologie te volgen; wij zijn het daarmee eens.

Of globuline niet meer onzijdig is, vinden wij wel een moeilijke vraag; over het geslacht van veel woorden mag men verschillend oordelen. Wij zeggen ook „het globuline” maar in het *Tijdschrift* houden wij ons aan het spellingsbesluit: Volgens de *Woordenlijst Nederlandse Taal* (bl. XXVIII) zijn woorden met de uitgang -ine „zij-woorden”. VAN DALE geeft ook op dat globuline vrouwelijk is.

Als de schrijver kritiek heeft op het gebruik van „nieuwe”, klampt hij zich blijkbaar vast aan één enkele betekenis van

dat woord. VAN DALE onderscheidt er elf; één ervan is „te voren niet waargenomen of ervaren, ongewoon, verrassend”. Tegen de aanduiding „de nieuwe globuline” kan o.i. geen enkel bezwaar bestaan, al dateert de ontdekking van 1966; wij spreken ook nog wel van de nieuwe wereld.

REDACTIE

### DE INDICATIESTELLING VOOR ABORTUS PROVOCATUS

Met veel belangstelling heb ik de klinische les van collega LADEE (1969) gelezen.

Wel moest ik even bekomen van mijn verbazing toen ik volkomen onvoorbereid las over — naar ik dacht — gemeenschappelijke patiënten (patiënte C en E). Toch heeft collega LADEE mij kunnen boeien door de heldere wijze waarop hij de casuïstiek naar voren bracht. Ongetwijfeld zal hij velen aan het denken hebben gezet en dat is het beste resultaat dat wij van een klinische les mogen verwachten.

Ik ben het volkomen eens met collega LADEE, dat bij de beoordeling in vrijwel alle gevallen zóveel factoren van invloed zijn, dat steeds een volledig individuele benadering gevraagd wordt. Het lijkt mij dan ook dat van „de” indicatiestelling voor abortus provocatus nog niet gesproken mag worden. Wij zijn nog niet verder dan een tasten en zoeken.

Het zijn de gynaecologen geweest, die hun oude axioma, dat elk menselijk leven heilig is, nog iets verder losgelaten hebben. Vroeger achtte men alleen een levenbedreigende toestand van de moeder een reden om een zwangerschap te onderbreken. Nú ziet men een reden tot onderbreking van de zwangerschap, wanneer de overtuiging bestaat, dat door het voortduren van de zwangerschap het verder leven voor de vrouw ondraaglijk, zo niet bijna onmogelijk zal wezen.

Duitsland heeft ons geleerd waartoe loslaten van het oude axioma kan leiden. Persoonlijk kan ik pas zeggen dat dit verder loslaten van het axioma juist is geweest, wanneer de sneeuwbal die nu aan het rollen is gebracht, tot stilstand komt en wij kunnen zien wat de gevolgen zijn.

Uit de gehele klinische les spreekt een zekerheid. Collega LADEE is ervan overtuigd, dat zijn standpunt juist is. Deze overtuiging kan ik — gezien het vorige — niet delen. Daarvan is mogelijk het gevolg dat collega LADEE de gynaecoloog niet beschouwt als behorend tot zijn — nú zuiver buiten de discipline staand — „team” van mensen die de problemen trachten te benaderen, maar als een ondeskundige die nu eenmaal nodig is om een opdracht uit te voeren.

In deze tijd waarin nog geen enkel gelijkloidend oordeel over dit vraagstuk gehoord wordt, lijkt het mij alleen maar van voordeel, dat een zuiver persoonlijke instelling op zo'n duidelijke manier naar voren wordt gebracht als collega LADEE gedaan heeft.

*Literatuur:* LADEE, G. A. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 641.

Rotterdam, 23 april 1969

A. L. C. SCHMIDT

Hoewel mijn klinische les naar de inhoud mijns inziens geen twijfel bood aangaande de procedure van het teamwork met een multidisciplinaire benadering van iedere aangemelde zwangere in nood, is het schrijven daarvan alsmede de toezending aan dit *Tijdschrift* mijn persoonlijke verantwoordelijkheid geweest. Géén der huisartsen (8), (mede)verwijzende artsen voor zover niet patiëntes huisarts (2) en bij de verwijzing en eventuele uitvoering van een abortus betrokken gynaecologen (6), totaal dus 16