

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 vérdere 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

collegae, is dan ook met name genoemd of vóór het samenstellen van de klinische les benaderd. In géén van de beschreven gevallen waren overigens somatische factoren in ruimere zin of gynaecologische factoren in engere zin van betekenis bij de overwegingen betreffende een indicatiestelling voor interruptie van de zwangerschap. Duidelijk is beschreven hoezeer getracht wordt via de huisarts diens „vaste” gynaecoloog, voor zover deze zelf niet reeds de patiënte voor nader onderzoek verwezen heeft, erbij te betrekken om aldus telkens tot een commissie ad hoc te komen. Deze gang van zaken is geheel in overeenstemming met wat collega SCHMIDT van het begin af, ook naar buiten toe, heeft bepleit; en deze procedure gelukt steeds beter, mede dankzij collega SCHMIDT, die zelf bovendien, ook als hij niet de „vaste” gynaecoloog van een bepaalde huisarts is, welkom is bij de teambesprekingen, waarvoor de laatste tijd in overleg met collega SCHMIDT zelfs ook een hem conveniërend vast uur in de week is gekozen.

Persoonlijk erken ik gaarne mijn ondeskundigheid op verreweg de meeste gebieden buiten en binnen de geneeskunde, inclusief de gynaecologie. Toch heb ik in menig als capabel bekend staand internist, oogarts, neuroloog of gynaecoloog vertrouwen op grond van mijn weliswaar niet op deskundige evaluatie gebaseerde ervaring. Nog afgezien van de procedure zoals deze hierboven en in de klinische les is beschreven, acht ik ook daardoor de uitlating van collega SCHMIDT, dat ik de gynaecoloog zou beschouwen als een ondeskundige „die nu eenmaal nodig is om een opdracht uit te voeren”, onbillijk.

Overigens meen ik wel aan te voelen, waaruit althans een deel van de onvrede van collega SCHMIDT voortkomt. In tegenstelling tot Amsterdam en Leiden is, wellicht door een wat andere lokale constellatie in Rotterdam, de abortusproblematiek hier verreweg in hoofdzaak aangediend bij de psychiater, zodat begrijpelijkerwijze het teamwork vanuit deze hoek tot stand is gekomen en verder is georganiseerd. Als gevolg daarvan zijn de verwijzingen en commissies ad hoc voor beoordeling van de zwangeren in nood meer „uitgekristalliseerd” bij de psychiatrie, terwijl elders bij de gynaecologie de voornaamste „porte d'entrée” is.

Collega SCHMIDT signaleert op wat indirecte wijze een groot dilemma. Dit bestaat niet uit het door hem gevreesde sneeuwbal-effect, maar uit een nog niet opgelost verschil in houding ten opzichte van dit vraagstuk tussen vele gynaecologen en psychiaters. Een aspect van dit verschil wordt zichtbaar wanneer een gynaecoloog zichzelf gedevalueerd voelt vanuit de idee dat hij nu eenmaal nodig zou zijn om een opdracht uit te voeren, en tegelijk door de psychiater wordt verheven tot de imperator die van tijd tot tijd zo welwillend is om een ingreep die hem tegen de borst stuit, uit te voeren, waarvoor de psychiater dan weer grote dank aan hem verschuldigd is ten behoeve van de patiënte voor wie hij soms na het uitvoerige team-onderzoek, zich in hoge mate verantwoordelijk is gaan voelen.

De klinische les had mede tot doel, enige vermindering in dit soort spanningen te brengen. Hieraan wil ik toch ook wel toevoegen, dat het noodzakelijk is, dat de niet-gynaecologen zich steeds weer intensief trachten in te leven in wat bij een positieve indicatiestelling voor een abortus provocatus het aandeel en de taak is van de gynaecoloog, die bovendien meestal volgens een volledig andere beroepsethiek is opgeleid en daardoor ófwel zelden werkelijk met het abortusprobleem werd geconfronteerd ófwel zijn toevlucht wel móest nemen tot schijnoplossingen

BERICHTEN BUITENLAND

Duitsland

Geneeskundig onderricht per TV. — De verenigde rectores van geneeskundige scholen in West-Duitsland en de minister van onderwijs hebben opdracht verstrekt aan Dr. H. VON DITFURTH te Heidelberg, een plan voor te bereiden, dat voorziet in geneeskundig onderwijs via de televisie. De lessen zijn in de eerste plaats bedoeld voor studenten in de geneeskunde. Het plan is een poging om op een uniforme wijze les te geven in de basis-wetenschappen en in de pre-klinische vakken. Men hoopt aldus veel tijd te sparen, die de docenten kunnen besteden aan gedetailleerde demonstraties aan kleine groepen studenten. Bovendien komt door het nieuwe systeem veel tijd vrij voor research. Tenslotte wordt als een voordeel gezien de omstandigheid dat er meer uniformiteit komt in het onderwijs op de verschillende scholen. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 april bl. 161.)

Groot-Brittannië

Strontium-90 in het skelet. — Het laatste rapport van de Medical Research Council over strontium-90 in het (menselijk) skelet vermeldt dat in 1967 het gemiddelde gehalte bij volwassenen méér is gedaald ten opzichte van 1966 dan men verwacht had. Een overeenkomstige daling is ook bij kinderen en adolescenten geconstateerd. (*Brit. med. J.*, 26 april bl. 257.)

Onderricht in uitoefening van algemene praktijk.

— Een „annotation” in het *Lancet* (3 mei bl. 932) bespreekt een rapport van Dr. C. M. HARRIS, uitgebracht in opdracht van het Royal College of General Practitioners, getiteld General Practice Teaching of Undergraduates in British Medical Schools. Daartoe in staat gesteld door een Upjohn travelling fellowship bezocht HARRIS 26 geneeskundige scholen in het Verenigd Koninkrijk om zich op de hoogte te stellen van hetgeen werd gedaan aan geneeskundig onderwijs betreffende algemene praktijk. Ook bezocht hij het Nederlands Huisartsen Instituut en betrok in zijn rapport de resultaten van een in 1966 verrichte studie van studenten in de geneeskunde onder leiding van de ASME (Association for the Study of Medical Education) en de National Foundation for Educational Research. Het rapport is, volgens de „annotation”, op de lange weg ter integratie van alle geneeskundige praktijk in het onderwijsprogramma een mijlpaal, dank zij het literatuuroverzicht, „the excellent account of the Dutch Institute”, alsmede „the tantalisingly brief chapter on the potential contribution of general practice to student learning of behavioural science”.

Miliaire tuberculose bij volwassenen. — Longtuberculose is tegenwoordig een ziekte van oudere mensen. PROUDFOOT en medewerkers beschrijven hun bevindingen bij een bestudering van 40 volwassenen met miliaire tuberculose. Bij patiënten boven de 60 jaar werd de aandoening in de helft der gevallen niet herkend, omdat er geen verschijnselen zijn die de diagnose konden doen vermoeden. Aan een dergelijke occulte („cryptic”) miliaire tuberculose moet men bij oudere patiënten denken indien zij lijden aan een op andere wijze onverklaarbare koorts, pancytopenie, leukemoïde reactie. In tien gevallen kon de ziekte ex juvantibus worden gediagnosticeerd: toen een proefkuur werd gegeven met isoniazide plus PAS, daalde de koorts binnen een week, de patiënten voelden zich veel beter, en waren in gewicht aangekomen. (*Brit. med. J.*, 3 mei bl. 273.)