

rokers gemiddeld 1,9 en voor vrouwelijke 2,0. Er was tevens een positieve relatie tussen de grootte van het risico en de hoeveelheid gerookte sigaretten. De schrijvers berekenden ook dat van alle blaaskankers bij mannen 39% en bij vrouwen 29% aan sigarettenroken moesten worden toegeschreven. Roken van sigaren of pijp verhoogde dit risico nauwelijks, snuiven en pruimen in het geheel niet.

De schrijvers veronderstellen dat sigarettenrook blaascarcinogenen bevat. Deze zijn echter nooit in de urine van sigarettenrokers aangetoond.

Literatuur: COLE, P., R. R. MONSON, H. HANING en G. H. FRIEDEL (1971) Smoking and cancer of the lower urinary tract. *New Engl. J. Med.* **284**, 129.

J. G.

INGEZONDEN

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

AX + BY = 0

Onder de titel: „Immunologisch onderzoek bij „pigeon breeder's disease”” tracht Dr. C. L. ZAMAN in dit tijdschrift van 22 mei jl. één vergelijking met twee onbekenden op te lossen. Aan het einde van de inleiding wordt nl. de belofte geuit, de antigenen te analyseren (tegen de mensensera), want hierover is nog „betrekkelijk weinig bekend” en volgens de samenvatting worden de „immuunsystemen” (d.w.z. de precipitines als pars pro toto) in deze mensensera onderzocht. Te verwachten viel dat ZAMAN niet tot een oplossing zou geraken, welke verwachting dan ook is uitgekomen.

Is het niet juister en ook eenvoudiger de antigenen te analyseren met gerichte antisera? Men analyseert het antigenenpatroon van een bacterie toch ook niet met patiëntensera. Met tegen duivemest resp. duiveserum gerichte konijnantisera konden wij aantonen dat in duivemest serumproteïnes zoals o.a. albumine en γ -globuline voorkomen (met immuno-elektroforese en door absorptie). Nog fraaier werd dit gedemonstreerd door EDWARDS e.a. (1969), die bij duiven met ¹³¹I gemerkte duive-albumines en γ -globulines inspotten.

Mutatis mutandis geldt ditzelfde voor het identiek zijn van antigenen bij verschillende vogelsoorten. Onze konijnsera tegen duiveserum precipiteerden parkieteserum, kippe-serum, mest van deze vogels en vice versa. Een groot aantal precipitatielijnen was identiek in immunodiffusie en verdween na absorptie met deze antigenen, maar niet met bv. caviaserum. Ook ZAMAN komt tot de slotsom dat de antigenen van een aantal vogelsoorten identiek zijn, maar dan op grond van het feit dat sera van duivenhouders ook parkietemest precipiteren. Hieruit blijkt weer eens dat vele wegen naar Rome leiden. ZAMAN zou bij wijze van schrijven ook in Beiroet terecht gekomen kunnen zijn, want naar onze ervaring is de duivenhouder vaak een liefhebber van alles wat gevederd is, aldus zijn „immuunsysteem verrijkend” met precipitines tegen antigenen van andere vogels.

Naast deze tekortkoming zijn in het werk van ZAMAN een aantal laboratorium-technische feilen aan te wijzen. Hij maakt een suspensie van duivemest (hoe oud?), waarin misschien wel de „halve Bergey” aan microorganismen voorkomt, draait deze af (hoe lang?) en gebruikt het bovenstaande als antigeen A in een volgens de beschouwing „afwijkende techniek”, gedurende een ongewoon lange incubatieduur van 5 dagen, tegen de nog onbekende precipitines. De

resultaten liegen er niet om: 43% van de serummonsters van „normale personen” en bijna 43% van de mensen die contact met duiven hebben, produceren 1-2 precipitatielijnen (zie tabellen I en II). Het antigeen B, verkregen door toevoeging van ammoniumsulfaat, doet het weinig beter. In de beschouwingen wordt er op gewezen dat deze „onspecifieke” precipitatielijnen nog niet eerder beschreven zijn; allicht niet, want menig immunoloog heeft, voordat hij dit punt bereikt heeft, zijn antigeen weggemikt, of zich gedistantieerd van de methode, of beide gedaan! Uiteraard is het niet onmogelijk dat met ZAMANS methode bewezen kan worden dat de helft van de mensheid wel eens contact heeft met duiven, maar dan zou ik toch wel graag zien dat hij aantoonde te werken met antigenen die alleen „der duif” zijn. Met gezuiverd mestextract en een andere methode bereikten wij andere resultaten: op 258 serummonsters van patiënten bij wie wij op grond van hun klinische gegevens of hun anamnese onze resultaten tegen *M. faeni* en duiveserum controleerden met hooi- en mestextracten vonden wij 57 sera positief tegen duivemestextract (methode Beale en Mason, 1962); bij 41 van deze positieve sera werd vermeld dat de patiënt contact met duiven had, bij de overige bleef dit onbekend. Bij 16 van de 201 negatieve monsters werd aangegeven dat de patiënt geen contact met duiven had.

Met duiveserum verkrijgt ZAMAN aanzienlijk betere resultaten; deze worden echter onthuisd door de herhaalde mededeling dat de precipitines bij contactpersonen vooral gericht zijn tegen albumine en α -globulines, een uitspraak die tegenstrijdig is met de literatuurgegevens (zie FINK e.a. 1968) en onze eigen uitkomsten. Het zijn nl. juist de γ -globulines — althans die fracties in het duiveserum, die na elektroforese op een plaats terecht komen vergelijkbaar met die van het IgG van het mensenserum — waartegen de precipitines van contactpersonen gericht zijn. Terugbladerend naar materiaal en methode vinden wij de waarschijnlijke oorzaak voor deze discrepantie: een ongewoon lage pH (7,4) voor de buffer die bij de immuno-elektroforese gebruikt wordt.

De resultaten van de immunodiffusie worden volgens de inleiding geanalyseerd met de techniek van de „elektrosynthese” (of tegenstroom-elektroforese); dit lijkt mij om twee redenen merkwaaardig.

Ten eerste is dit het omgekeerde van de gebruikelijke gang van zaken: de elektrosynthese beoogt nl. de verspilling van de reagentia tegen te gaan door deze met behulp van elektrische spanning naar elkaar toe te trekken, zodat de gevoeligheid vergroot en de reactie versneld wordt. Aldus verkregen resultaten moeten daarna in een „identiteitsreactie” met eenvoudige immunodiffusie geanalyseerd worden (zie bv. het onderzoek op Australia-antigeen of op precipitines tegen *M. faeni*).

Voorts is het noodzakelijk dat antigeen en antilichaam naar de polen met tegenovergestelde lading wandelen. Wanneer nu in duiveserum de γ -globulines de bestanddelen zijn, waartegen de precipitines (IgG) het meest frequent gericht zijn, lijkt mij de vraag naar de aard en oorsprong van de positieve resultaten bij contactpersonen met deze techniek gerechtigd. Helaas blijft de interpretatie van de aantallen positieve resultaten duister en munt figuur 10 niet uit door duidelijkheid!

Dat met afwijkende technieken verrassende uitkomsten bereikt kunnen worden, is in menig laboratorium bekend. Of dergelijke primeurs gepubliceerd moeten worden, staat ter beoordeling van de schrijver én van de redactie!

Literatuur: BEALE, A. J. en P. J. MASON (1962) The measurement of the D-antigen in poliovirus preparations. *J.*

Hyg. (Lond.) 60, 113. — EDWARDS, J. H., J. N. FINK en J. J. BARBORIAK (1969) Excretion of pigeon serum proteins in pigeon droppings. *Proc. Soc. exp. Biol. (N.Y.)* 132, 907. — FINK, J. N., J. J. BARBORIAK, A. J. SOSMAN, R. J. BUKOSKY en J. A. ARKINS (1968) Antibodies against pigeon serum proteins in pigeonbreeders. *J. Lab. clin. Med.* 71, 20.

Nijmegen, 25 mei 1971

J. G. A. BORGHANS

Ik ben Dr. J. G. A. BORGHANS dankbaar voor zijn aanvullende literatuurgegevens. Op uitkomsten van tot dusverre niet gepubliceerd onderzoek is uiteraard niet in te gaan. Ik zal t.z.t. gaarne lezen hoe de proefopstelling van BORGHANS is, hoe hij de ouderdom van de door hem gebruikte duivemest bepaalt en hoe hij zijn extracten „zuivert” zonder belangrijke antigenen te laten verdwijnen.

Wel zou ik hem willen aanraden, behalve bij meer alkalische pH, ook eens bij pH 7,4 te werken, voordat hij gissingen doet over de „waarschijnlijke oorzaak” van de ook door mij als afwijkend gesignaleerde bevinding van het voorkomen van antilichamen tegen duiveserumalbuminen. Wellicht zijn deze bij deze pH beter aantoonbaar.

Dordrecht, 31 mei 1971

C. L. ZAMAN

HUISARTS EN SPECIALIST

In zijn klinische les schrijft Prof. LINDEBOOM (1971): „De juiste diagnose wordt veelal door de huisarts niet gesteld, terwijl het toch dikwijls niet zo moeilijk is die te vermoeden. Ook bij de 51-jarige patiënte, die ik vandaag aan u wil voorstellen, was dat zo.”

Alhoewel ik graag bereid ben, achter deze opmerking de goede bedoelingen van de hoogleraar te veronderstellen, meen ik toch dat niet genoeg gewaarschuwd kan worden tegen de strekking van een dergelijke opmerking: het is een negatief uitgangspunt. De dialoog tussen huisarts en universiteit wordt hierdoor niet bevorderd.

Ook verderop wordt de huisarts niet voldoende recht gedaan. Zijn behandeling wordt omschreven als het geven van een „orale kuur met penicilline, gevolgd door een ander antibioticum”. Een meer exacte beschrijving had hier niet mogen ontbreken, vooral omdat „men” in de kliniek van Prof. LINDEBOOM — dus onder zijn verantwoordelijkheid? — begonnen is met een soortgelijke behandeling, nl. een achtdaagse behandeling met ampicilline. Deze „misschien niet geheel logische” behandeling betekent voor mij dat, ondanks de bewering van de schrijver dat aan de zich onmiddellijk opdringende diagnose thyreoiditis niet getwijfeld werd, de herkenning en behandeling ook in de kliniek moeilijkheden hebben opgeleverd. Het komt mij voor dat de huisarts zeer juist heeft gehandeld door een patiënte voor wie een behandeling van maar liefst 12 weken nodig was, reeds binnen de 2 weken door te sturen naar de specialist.

Gaarne wil ik de redactie van dit Tijdschrift in overweging geven na te gaan op welke wijze door ons Tijdschrift het „rollenspel” van huisartsen en specialisten bevorderd kan worden, waarbij ik ook wil wijzen op de discussie tussen BRUINS en WIJDEVELD (1971). Naar mijn mening zou een bijdrage hieraan geleverd kunnen worden door het opnemen van een huisarts in uw redactie. Ik zou het op prijs stellen indien u mij uw reactie op deze suggestie niet zou willen onthouden.

Literatuur: BRUINS, C. P. (1971) De opleiding en de positie van de huisarts. *Ned. T. Geneesk.* 115, 294. — LINDEBOOM, G. A. (1971) Thyreoiditis. *Ned. T. Geneesk.* 115, 825. —

WIJDEVELD, P. G. A. B. (1971) De opleiding en de positie van de huisarts. *Ned. T. Geneesk.* 115, 294.

Groningen, mei 1971

J. VAN DER MEER,
vrouwenarts

Al tientallen jaren heeft ten minste één huisarts zitting in de redactie van ons Tijdschrift. Het aantal huisartsen in de Vereniging Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde is dan ook beslist niet onbelangrijk. In de boezem van onze redactie bestaat dan ook geen probleem over een rollenspel tussen huisarts en specialist.

Moelijker is het schrijvers van mededelingen, lessen, ingezonden stukken e.t.q. onderling eenheid van denkbeelden voor te schrijven, die zelfs binnen één groep nauwelijks bestaat. In de rubriek Ingezonden laten wij echter, binnen de grenzen van het toelaatbare, bezwaarden zo veel mogelijk vrijheid van spreken.

Wel menen wij dat niet genoeg gewaarschuwd kan worden tegen het a priori aannemen van negatieve oogmerken van een schrijver.

REDACTIE

HET CHRONISCHE VOORSTE- EN CHRONISCHE LATERALE-LOGESYNDROOM VAN HET ONDERBEEEN; EEN DIKWILS NIET HERKEND ZIEKTEBEEELD?

Wij mogen dankbaar zijn, dat de collegae RENEMAN, WIEBERDINK en STRACKEE (1971) de aandacht hebben gevestigd op een ziektebeeld dat veel voorkomt maar dikwijls niet herkend wordt. Ik zou er graag de volgende aanvullende opmerkingen bij maken.

In de manipulatieve geneeskunde is dit syndroom bekend onder de naam van het proximale tibia-fibulasyndroom. Dit wordt gekarakteriseerd door pijn in de voorste of laterale kant van het onderbeen, die verergert door inspanning. Het proximale tibia-fibulagewricht is sterk beperkt in zijn pronatie. Het fibulakopje is meestal pijnlijk bij druk. De klachten verdwijnen over het algemeen prompt na mobilisatie van het gewrichtje. RENEMAN e.a. schrijven dat het achterste-logesyndroom niet zo frequent voorkomt. Ik geloof niet dat dit juist is, alleen zijn de klachten dan anders. De patiënten klagen over nachtelijke kuitkrampen en restless legs. Ook de „groeipijn” bij kinderen en de nachtelijke kuitkrampen bij zwangeren reageren meestal prompt op mobilisatie. Het gewrichtje is bij het achterste-logesyndroom gestoord in de supinatie.

Bij het tibia-fibulasyndroom hoort ook nog het biceps-femorissyndroom. Deze spier loopt van het os ischii naar het fibulakopje. De patiënten hebben dan een pseudo-lassègue met pijn op het os ischii, uitstralend naar de laterale kant van de knie.

Het zou interessant zijn om na te gaan of na mobilisatie van het fibulakopje de weefeldruk normaal wordt. Het zou ook belangrijk zijn dit te weten, want het syndroom komt zo frequent voor dat iedere huisarts dit in de een of andere vorm minstens eenmaal per week, maar vermoedelijk wel meer, ziet. De conservatieve therapie is zeer eenvoudig (zie TRACEY 1968, 1969; MENNEL).

De operatieve therapie is natuurlijk niet minder belangrijk. Het was alleen mijn bedoeling op een eenvoudige en effectieve conservatieve therapie te wijzen, die natuurlijk ook niet altijd helpt, zodat er nog genoeg gevallen voor operatie over zullen blijven.