

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.