

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.

Literatuur: MENNEL, J. *Joint manipulation*, Vol. I. Churchill, Londen. — RENEMAN, R. S., J. WIEBERDINK en J. STRACKEE (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 543. — TRACEY, J. B. (1968) *Practitioner* **201**, 499; (1969) **203**, 215.

Made, 28 maart 1971

F. GAYMANS

Voor zijn commentaar op ons artikel over het chronische voorste- en het chronische laterale-logesyndroom van het onderbeen zijn wij collega GAYMANS erkentelijk. Wij zijn het met hem eens dat een eenvoudige conservatieve therapie te verkiezen is boven een chirurgische, zij het dat deze hier eveneens eenvoudig genoemd mag worden. Een vereiste voor het door collega GAYMANS aanbevolen beleid is ons inziens echter wel dat het door hem genoemde „proximale tibia-fibulasyndroom” identiek is met het door ons beschreven chronische voorste- en chronische laterale-logesyndroom. Wij hebben deze laatste diagnose alleen gesteld indien de druk in de betrokken loge blijkens meting verhoogd was. Deze eis zouden wij ook willen stellen aan het „proximale tibia-fibulasyndroom”. Wanneer collega GAYMANS stelt dat „het interessant zou zijn om na te gaan of na mobilisatie van het fibulakopje de weefseldruk normaal wordt”, dan houdt dit in dat het verloop van de weefseldruk vervolgd moet worden van voor tot na de behandeling.

Onjuist is de lezing van ons artikel volgens welke wij gesteld zouden hebben dat het achterste-logesyndroom niet zo frequent voorkomt. Dit syndroom is ons niet bekend en wordt dan ook in ons artikel niet vermeld. Ziektebeelden zoals restless legs en nachtelijke krampen kunnen ons inziens echter ook alleen dan op één lijn gesteld worden met de logesyndromen, wanneer de weefseldruk bij deze aandoeningen verhoogd zou blijken te zijn.

Samenvattend menen wij dat alleen van een „logesyndroom” gesproken mag worden, indien de weefseldruk in de betrokken loge verhoogd is, hetgeen in het algemeen meting vergt. Het zou belangwekkend zijn de gegevens van de door collega GAYMANS beschreven groep patiënten (ook: drukmetingen) te vergelijken met onze waarnemingen, ten einde te kunnen bepalen of de logesyndromen van ons onderzoek moeten worden uitgebreid met de door hem genoemde ziektebeelden.

Utrecht, mei 1971

R. S. RENEMAN
J. WIEBERDINK
J. STRACKEE

BERICHTEN

BUITENLAND

Wereldberichten

Watertekort een toekomstprobleem. — Men spreekt dezer dagen veel over tekort aan schoon drinkwater; binnenkort zullen wij ons zorgen moeten maken over watertekort in het algemeen, aldus de secretaris-generaal van de Verenigde Naties, OE THANT. De groeiende wereldbevolking zal in de toekomst veel meer water nodig hebben voor consumptie, gezondheidstechniek en bevoeiing. De bevolking der aarde neemt jaarlijks toe met 72 miljoen zielen. Dit betekent een jaarlijks over de gehele aarde toenemende behoefte aan water van 36 miljard ton. Water is onvervangbaar, men kan er geen andere stof voor in de plaats stellen. In vele streken waar men thans nog over onbepaalde hoeveelheden water beschikt, zal men in de toekomst tot rantsoenering moeten overgaan. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 mei bl. 1363.)

Israël

Postuniversitair onderwijs. — In *Harefuah* van 15 maart bespreekt Dr. PRYWES, voorzitter van de afdeling onderwijs van de Hebreeuwse Universiteit, de Hadassah-geneeskundige school te Jeruzalem, de problemen betreffende het voortgezet medisch onderwijs in Israël. Er zijn reeds een aantal ondernemingen in die richting. De Hadassah-geneeskundige school heeft samen met het Kupath-Choliem-ziekenfonds een systeem van doorlopende cursussen ingericht. Ook in Tel Aviv wordt een dergelijke cursus gegeven door de „Faculty for Continuing Medical Education”. Het is een reeds ingeburgerde gewoonte dat iedere Israëliische arts die buiten een ziekeninrichting werkt, een maand per jaar doorbrengt in een erkend postgraduate-instituut. De arts krijgt in die maand zijn gewone salaris doorbetaald. Dr. PRYWES stelt voor, een nationale raad voor postuniversitair onderwijs in het leven te roepen, alsmede een nationale school voor dit onderwijs op te richten. (*J. Amer. med. Ass.*, 31 mei bl. 1492.)

West-Duitsland

Infarct-onderzoek te Heidelberg. — De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft aan het in aanbouw zijnde instituut voor infarctonderzoek te Heidelberg een financiële bijdrage toegezegd. De leider van het instituut, Prof. Dr. G. SCHETTLER, heeft een plan opgesteld tot catalogisering van de infarctgevallen — eerste aanval of recidief — in de gehele Bondsrepubliek. Het aantal sterfgevallen aan hartinfarct is in de laatste veertien jaar verdriedubbeld; het aantal bedroeg in 1956 nog „slechts” 38.000, maar was in 1970 toegenomen tot rond 125.000. Volgens schatting van Prof. SCHETTLER zijn er driemaal zoveel ziektegevallen als sterfgevallen aan hartinfarct. (*Med. Klin.*, 11 juni bl. 898.)

Luchtverontreiniging en wijn. — Bij de beantwoording van een aan de *Münchener medizinische Wochenschrift* gestelde vraag omtrent de eventuele schadelijke invloed van luchtverontreiniging op de wijngaarden en dus op de aldaar geproduceerde wijn, antwoordt Obermedizinalrat Dr. med. SIEGFRIED WEISS, dat er reeds verscheidene schadelijke werkingen zijn geconstateerd. Er zijn stoffen die de gehele plant aantasten, andere die vooral slecht zijn voor de rijpende vrucht. Langs de grote verkeerswegen kan men over een breedte van 100 à 200 meter de afzetting van lood constateren, afkomstig uit het aan de benzine toegevoegde antiklop middel loodtetraëthyl. Dit geldt niet alleen en zelfs niet in de eerste plaats voor wijngaarden, want de grote verkeerswegen lopen slechts over kleine afstanden door wijngaarden, maar is een bedreiging voor alle landbouwproducten langs deze wegen. Er bestaat een methode van Prof. HENNING om lood uit de wijn te verwijderen. Deze is tot nog toe niet toegepast omdat de noodzaak niet aanwezig was. Een radicale oplossing van het probleem is te bereiken als de loodhoudende brandstof door ongevaarlijker mengsels wordt vervangen. Een wet dienaangaande is onlangs door de Bondsregering aanvaard. (*Münch. med. Wschr.*, 4 juni bl. 901.)

Zwitserland

Vergiftigingen bij kinderen. — Het toenemende aantal vergiftigingsgevallen bij kinderen is te beschouwen als een statistiek der lichtzinnigheid ten aanzien van de wijze waarop allerlei schadelijke stoffen in de huishoudelijke omgeving worden opgeborgen. Volgens een mededeling van de kantonale kinderkliniek te Aarau in Zwitserland bedroeg het aantal der vergiftigingsgevallen bij nieuw opgenomen patiënten in het jaar 1955 nog slechts 0,58 pct, in 1967 echter reeds 1,86 en thans bijna 2,5 pct, dat is dus bijna vijf maal