

J-P. DE MAN, C. W. R. PHAF, A. M. SOETERBOEK, L. F. STAPPER en P. VERMEIJ, *Het geneesmiddel en zijn toepassing*. 2e druk. (Genees- en verpleegkundige reeks, 12.) 159 bl., fig. Stafleu, Leiden 1975. Prijs: geb. f 27,50.

Binnen twee jaar na de eerste druk van dit boekje is nu de tweede druk verschenen. Het aanwijsbare voordeel ervan is wel dat het zich qua indeling geheel voegt naar de omschrijving van de „Leerstof Ziekenverpleging A”. Vergeleken bij de eerste druk is deze tweede, geheel herziene

druk, weinig veranderd. De grootste wijziging, en zeker ten goede, onderging het eerste hoofdstuk over de hantering van het geneesmiddel. In de bespreking van de eerste druk werd opgemerkt dat het boekje te kort schoot in het overbrengen van begrip voor de werking van bepaalde geneesmiddelen bij bepaalde ziekte-toestanden. Dat doet het nog steeds, hoewel enkele van de toen genoemde onjuistheden (niet alle!) verdwenen zijn.

H. MATTIE

INGEZONDEN

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

De behandeling van multipele sclerose door middel van immunosuppressie

In zijn caput selectum verwijst HOMMES (1976) naar een onderzoek van POSKANZER, verricht in 1965. De conclusie, door POSKANZER aan zijn onderzoek verbonden, werd door HOMMES vrijwel letterlijk geciteerd: Het risico multipele sclerose (MS) te krijgen is bij mensen bij wie tonsillectomie werd verricht 1,7 maal zo hoog als bij gezonden.

Het onderhavige onderzoek betreft een retrospectief onderzoek, waarin, uitgaande van patiënten met de diagnose MS, de frequentie van tonsillectomie werd vergeleken met die van een controle-groep. Hierbij bleek dat in de groep van MS-patiënten in vergelijking tot siblings van ongeveer gelijke leeftijd en huwelijkspartners, 1,3 maal zo vaak tonsillectomie werd verricht.

Rechtvaardigt deze bevinding bovenstaande conclusie? Mijns inziens niet. Het relatieve risico op het krijgen van MS in relatie tot tonsillectomie kan slechts worden vastgesteld in een prospectief onderzoek waarin wordt uitgegaan van personen die wél, en van personen die geen tonsillectomie hebben ondergaan.

Ondanks het feit dat de door HOMMES aangehaalde conclusie geen essentiële hoeksteen vormt van zijn betoog — al mag zij ook niet geheel vrij van implicaties geacht worden — heb ik toch gemeend deze kritische aantekening bij een kritische bespreking te moeten plaatsen.

Literatuur: HOMMES, O. R. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 424. — POSKANZER, D. C. (1965) *Lancet II*, 1264.

Rotterdam, maart 1976

E. L. H. SPIERINGS

Serumviscositeit en gedefibrineerde bloedbezinking als graadmeter voor het gammaglobulinegehalte

Naar aanleiding van het artikel van ESSEVELD, VAN EIJK en GERBRANDY (1976) zou ik enkele opmerkingen willen maken. Hun conclusies zijn zeker belangrijk en het verdient aanbeveling nogmaals onder de aandacht te brengen dat de gedefibrineerde bloedbezinking als graadmeter voor het gammaglobulinegehalte onbruikbaar is.

Dat de serumviscositeitsbepaling snel, eenvoudig en nauwkeurig is, is ook in de aangehaalde literatuur afdoende aan-

getoond (ESSEVELD 1972). Dit is echter nog geen reden om de serumviscositeitsbepaling in het klinisch-chemisch routinelaboratorium in te voeren. Ten eerste kan bij een bepaalde viscositeit het gammaglobulinegehalte aanzienlijk wisselen zoals blijkt uit de figuur op bladzijde 655; bij een serumviscositeit van 1,30 cst kan zowel een gammaglobulinegehalte van omstreeks 8 g/l als ook een gammaglobulinegehalte van omstreeks 25 g/l horen, afhankelijk van hier niet gemeten omstandigheden. De waarde van een zodanige viscositeitsmeting dient dan ook sterk in twijfel te worden getrokken, tenzij wellicht voor longitudinaal onderzoek bij een bepaalde patiënt. Statistisch is er zeker een correlatie aangetoond, maar voor de beoordeling van eenvoudige bloedmonsters heeft de bepaling mijns inziens geen zin.

In de tweede plaats kunnen de elektroforese en immunologische bepaling van serum-eiwitten en met name van gammaglobuline thans in dermate korte tijd worden uitgevoerd, dat het argument van de viscositeitsmeting als snelle screening weinig steekhoudend is, te meer gezien de onmogelijkheid om hieraan degelijke conclusies te verbinden.

Ik meen dat het goed is deze opmerkingen te maken, alvorens een grote stroom viscositeitsbepalingen in de klinisch-chemische laboratoria in Nederland wordt aangevraagd.

Literatuur: ESSEVELD, M. R., H. G. VAN EIJK en J. GERBRANDY (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 654.

Heerlen, april 1976

P. J. BROMBACHER,
klinisch-chemicus

Alvorens op het ingezonden stuk van Dr. BROMBACHER in te gaan moet ik opmerken dat wij in ons artikel nergens beweerd hebben dat de serumviscositeit (SV) meer inzicht geeft in het eiwitspectrum van een individuele patiënt dan de serumelektroforese. Wij hebben alleen geschreven over de SV en de gedefibrineerde bloedbezinking als maatstaf voor het gammaglobulinegehalte. Op andere gronden dan Dr. BROMBACHER meen ik met hem dat bepaling van de SV nooit de serumelektroforese kan vervangen, daar de eerste methode geen informatie geeft over het gehalte van de albumine en van de α_1 -, α_2 - en β -globulinen.

Wat betreft de kritiek op de variabiliteit van het gammaglobulinegehalte bij een bepaalde SV-waarde, moet ik opmerken dat ik niet zonder meer aanneem dat deze variatie alleen door de SV veroorzaakt wordt. Zo is bv. de bepalingsfout van het elektroforetisch bepaalde gammaglobuli-

ningehalte $\pm 12\%$. Verder vraag ik me af of men zonder twijfels mag zeggen dat men met elektroforese beter het „werkelijke” gammaglobulinegehalte meet dan met de SV. Om zeker te zijn welke van de twee methoden het beste een verlaagd of verhoogd gammaglobulinegehalte meet, zou men ze eerst moeten vergelijken met een „absolute” bepalingmethode voor het gammaglobulinegehalte.

De grote waarde van de viscositeitsbepaling van plasma en serum blijft haar grote nauwkeurigheid (fout $\pm 0,6\%$) en eenvoud van uitvoering. Een ieder, ook zonder laboratoriumervaring, kan de methode toepassen. De viscositeitsbepaling is onzes inziens de meest ideale objectieve maatstaf om chronische ziekteprocessen te volgen. Verder heeft men bij een gelijktijdige bepaling in het verschil tussen de plasma- en serumviscositeit een maat voor het fibrinogeen-gehalte.

Al met al ben ik het niet eens met Dr. BROMBACHER, dat de bepaling van plasma- en serumviscositeit zinloos is, mits men de methode op haar juiste waarde schat en niet introduceert als een vervanging voor de serum-elektroforese.

Naarden, mei 1976

M. R. ESSEVELD

Inseminatie met bevroren sperma

WILDSCHUT en VAN VOORST (1976) leveren een zeer belangwekkende bijdrage tot de oplossing van het „diepvrieszaad-probleem”. Wie zich voor leven en dood interesseert, behoort ook belangstelling te hebben voor dit probleem. Uit die belangstelling komen een paar vragen voort:

1. Wijzen de resultaten er niet op dat de inseminatiedosis in Leiden te laag is? Een normaal ejaculaat bevat 200.000.000 zaadcellen, een Leids rietje gemiddeld maar ruim 10.000.000, dus 1/20 van de normale ejaculatie-dosis. Zou de graviditeitskans niet stijgen bij verhoging van de dosis per rietje? Te meer daar in de praktijk bij daling van de ejaculatiezaad-dosis van 200.000.000 tot 100.000.000 de bevruchtungskans tot vrijwel nul schijnt te dalen.

WILDSCHUT en VAN VOORST spuiten van de 12e-13e cyclusdag dagelijks 10 miljoen (één Leids rietje) in. Gemiddeld 4 Leidse rietjes per cyclus. Zou een eenmalige dosis van 4 rietjes minder bevruchtungskans geven, gezien de levensduur van sperma in de vrouwelijke geslachtswegen?

2. Zijn er aanwijzingen dat bij toepassing van de door de schrijvers beschreven cryoprotectieve voorbehandeling van sperma dit niet onbeperkte tijd houdbaar is?

Literatuur: WILDSCHUT, J. en V. VAN VOORST (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 558.

Naarden, april 1976

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

1. Onze inseminatie-dosis is laag, maar waarschijnlijk niet te laag. In de literatuur vindt men soms veel hogere doseringen, soms 1 tot 2 ml, maar toch nergens een hoger zwangerschapspercentage dan 50 of 60. Ook wij insemineerden wel eens 2 of meer rietjes als met 1 rietje per dag geen zwangerschap optrad, echter nooit met succes.

Het gelijktijdig insemineren van 4 rietjes in plaats van gedurende 4 dagen telkens 1 rietje lijkt ons inderdaad de bevruchtungskans te verminderen, zówel door verminderde levensduur van ingevroren spermatozoa als door de onzekerheid bij het voorspellen van de ovulatie.

2. Over de houdbaarheid van ingevroren humaan sperma over zeer lange perioden bestaan nog geen zekere gegevens. SHERMAN (1973) vermeldt 3 zwangerschappen, verwekt met gedurende 10 jaar bevroren bewaard sperma. Er werden 2 gezonde meisjes geboren; 1 zwangerschap eindigde in abortus.

Literatuur: SHERMAN, J. K. (1973) *Fertil. and Steril.* 24, 397.

Hardenberg, april 1976

J. WILDSCHUT

Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk

Met grote instemming heb ik het artikel van Prof. F. L. MEIJLER (1976) gelezen, *Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk*. Ik poneer soortgelijke stellingen al jaren in eigen kring maar dit heeft niet veel applaus geoogst. Misschien omdat de laatste tijd te veel gepraat wordt over versterking van het zg. eerste echelon; bij die versterking zou dan ook passen het gebruik van een ECG-apparaat door de huisarts.

Vaak blijkt dat cardiologen al moeite genoeg hebben met de produkten van voornoemd apparaat. Zelfs bij patiënten die wegens de kans op een infarct al enige uren op een hartbewakingsafdeling worden geobserveerd. De transaminasebepaling moet dan vaak de doorslag geven.

Ik vraag me dan ook af, als het bij patiënten met klachten al zo moeilijk is, wat de waarde is van zg. screening-ECG's, waarbij het dus gaat om klachtenvrije personen die vaak worden beoordeeld door niet-cardiologen.

Overigens lijkt me de praktijkassistentie van een cardioloog de geschiktste persoon om ECG's te vervaardigen. Naar mijn ervaring verkrijgt zij vaak betere ECG's dan haar baas, als deze zelf eens door omstandigheden een ECG moet maken. Het lijkt me voor een cardioloog gemakkelijker de ECG's gemaakt door zijn assistente te beoordelen dan die gemaakt door huisarts X of Y, waarbij dan nogmaals, misschien ten overvloede, gesteld moet worden dat de cardioloog, indien hij alleen een ECG ziet, slechts een oordeel kan uitspreken over dit ECG en niet over de patiënt.

Ik wijs de elektrocardiografie door niet-deskundigen af; maar dit betekent niet dat ik het zelf zo eenvoudig vind de echte hartpatiënt van de pseudo-hartpatiënt te onderscheiden. Waar het naar mijn mening voor de huisarts op aankomt, is dat hij op grond van anamnese en onderzoek de kans leert schatten dat zijn patiënt een infarct of soortgelijke aandoening heeft.

De drie patiënten die door Prof. F. J. A. HUYGEN werden besproken, vormen geen van allen een pleidooi voor het maken van ECG's door huisartsen. Patiënten met een dergelijke anamnese en symptomen mogen voor mijn part wat ongerichter maar wel eerder naar een cardioloog worden verwezen.

Literatuur: HUYGEN, F. J. A. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 432. — MEIJLER, F. L. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 437.

's-Gravenhage, maart 1976

R. SCHÜCHNER,
huisarts