

door hem onderzochte migrainelijders hadden 19 (45%) een resorptie die lag onder het 95% betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde voor de groep van 20 gezonde proefpersonen. Van deze 19 patiënten konden er 14 opnieuw worden onderzocht in een aanvalsvrije periode; toen bleek de resorptie niet meer significant te verschillen ($P > 0,1$) van die bij gezonden. De resorptiestoornis lijkt derhalve een kenmerk van de migraine-aanval en niet van de migrainelijder als zodanig. Bij verdere analyse van de resultaten met een correlatietest vond VOLANS een significante relatie tussen de verminderde resorptie enerzijds en de ernst van de hoofdpijn en misselijkheid anderzijds. Of de hoofdpijn al dan niet werd voorafgegaan door een aura maakte geen verschil; ook de duur van de hoofdpijn had geen invloed.

Een aanwijzing over de ontstaanswijze van de resorptiestoornis tijdens een migraine-aanval geven de bevindingen van KAUFMAN en LEVINE (1936) en van KREEL (1969). Zij constateerden tijdens migraine-aanvallen dilatatie en atonie van de maag met contractie van de pylorus, welke verschijnselen niet bestonden in vrije perioden. Daar zowel ergotaminetartraat als acetylsalicylzuur in de dunne darm wordt geresorbeerd, betekent een dergelijke maagfunctiestoornis dat beide pharmaca de plaats van resorptie niet of zeer traag bereiken. WILKINSON (1976) vermoedt dat genoemde functiestoornis berust op verhoogde activiteit van het orthosympathische zenuwstelsel. Deze blijkt o.a. uit een verhoogde uitscheiding in de urine van metabolieten van adrenaline en noradrenaline (CURRAN e.a. 1965; SICUTERI 1966). Ook is de activiteit van dopamine- β -hydroxylase in het plasma verhoogd (ATHONY e.a. 1978); dit enzym komt vrij te zamen met noradrenaline uit presynaptische elementen van de postganglionaire orthosympathische zenuwvezels.

Bovenbeschreven bevindingen geven aan dat tijdens een migraine-aanval de resorptie van oraal toegediende pharmaca ernstig gestoord kan zijn; waarschijnlijk zal dit gelden voor alle pharmaca die elders dan in de maag worden opgenomen. Verhelderend zijn ook onderzoeken met metoclopramide (Primperan). Deze stof heeft een anti-emetische werking, vergelijkbaar met die van de „klassieke” antiemetica: anti-histaminica en fenothiazines (MCMURRAY 1973). Bovendien verhoogt metoclopramide de contractiliteit van de maag en synchroniseert het de contracties van antrum en duodenum (JOHNSON 1973); hierdoor versnelt het de lediging van de maag (HOWARD en SHARP 1973). Dit maakt dat pharmaca die in de dunne darm worden opgenomen zoals paracetamol (HEADING e.a. 1973), acetylsalicylzuur (SIURALA e.a. 1969) en ergotamine (ZOGGIO e.a. 1969),

sneller en vollediger worden geresorbeerd. Zo vonden NIMMO e.a. (1973) in een groep van vijf gezonde proefpersonen dat, na intraveneuze toediening van 10 mg metoclopramide tegelijk met het innemen van 1,5 g paracetamol, de maximale plasmaspiegel van het paracetamol hoger was dan zonder metoclopramide (gemiddeld 20,5 resp. 12,5 $\mu\text{g/ml}$) terwijl dit maximum sneller werd bereikt (in gemiddeld 48 resp. 120 minuten). Deze veranderingen waren statistisch significant ($P < 0,05$). Metoclopramide had geen invloed op de uitscheiding van paracetamol in de urine. VOLANS (1975) vergeleek de resorptie van acetylsalicylzuur (900 mg), toegediend in de vorm van bruistabletten, bij gezonde proefpersonen met die bij lijdens aan migraine, tijdens een aanval en in een vrije periode, al dan niet na intramusculaire toediening van 10 mg metoclopramide. Het salicylaatgehalte van het plasma werd bepaald na 30 en 60 minuten. De gemiddelde plasmaspiegel was zonder voorbehandeling met metoclopramide bij migrainelijders tijdens een aanval statistisch significant lager ($P < 0,01$) dan bij gezonde proefpersonen of bij migrainelijders in een aanvalsvrije periode. Maar ná voorbehandeling met metoclopramide steeg de salicylaatspiegel in het plasma tot hetzelfde niveau als bij gezonden of bij migrainelijders buiten een aanval.

Literatuur: ANTHONY, M., J. W. EARL en H. HINTERBERGER (1978) *The migraine trust*. 2nd International Symposium, Londen. — CURRAN, D. A., H. HINTERBERGER en J. W. LANCE (1965) *Brain* 88, 997. — HEADING, R. C., J. NIMMO, L. F. PRESCOTT e.a. (1973) *Brit. J. Pharmacol.* 47, 415. — HOWARD, F. A. en D. S. SHARP (1973) *Postgrad. med. J. suppl.*, bl. 53. — JOHNSON, A. G. (1973) *Postgrad. med. J. suppl.*, bl. 29. — KAUFMAN, J. en I. LEVINE (1936) *Radiology* 27, 301. — KREEL, L. (1969) *Arq. gastroenterologia* 6, 155. — MCMURRAY, G. N. (1973) *Postgrad. med. J. suppl.*, bl. 38. — NIMMO, J., R. C. HEADING, P. TOTHILL e.a. (1973) *Brit. med. J.* I, 587. — OLESEN, J. (1978) *Headache* 18, 268. — ORTON, D. (1978) In: R. GREENE, *Current concepts in migraine research*, bl. 79. Raven Press, New York. — SCHMIDT, R. en A. FANCHAMPS (1974) *Eur. J. clin. Pharmacol.* 7, 213. — SELBY, G. en J. W. LANCE (1960) *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 23, 23. — SICUTERI, F. (1966) *Headache* 6, 109. — SIURALA, M., O. MUSTALA en J. JUSSILA (1969) *Scand. J. Gastroent.* 4, 269. — VOLANS, G. N. (1974) *Brit. med. J.* IV, 265. — VOLANS, G. N. (1975) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 2, 57. — WATERS, W. E. (1970) *Brit. med. J.* II, 325. — WILKINSON, M. (1976) *Headache* 16, 291. — ZOGGIO, M. A., H. V. MAULDING en J. J. WINDHEUSER (1969) *J. pharm. Sci.* 58, 222.

E. L. H. SPIERINGS

INGEZONDEN

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

Laetrile en alternatieve kankerbehandeling; een ondubbelzinnige positiebepaling gevraagd

De collegae VERMEY e.a. (1979) werpen een handschoen in de ring met betrekking tot laetrile en alternatieve kankerbehandeling. Omdat ik, evenals VERMEY e.a., de conventioneel-rationele therapie ben toegedaan neem ik gaarne de handschoen op. Zij vragen een ondubbelzinnige po-

sitiebepaling van de collegae in Nederland. Door dit te doen werken zij in hoge mate polariserend.

De strekking van hun betoog in dit tijdschrift laat zich onder meer herleiden tot de volgende stellingen:

1. de officiële geneeskunst is de beste vorm van geneeskunst;
2. de zakelijke informatie van het moderne wetenschappelijke onderzoek bewijst het gelijk van de officiële geneeskunst;
3. collega keer terug van uw dwalingen en spreek u uit

voor de officiële geneeskunst en tegen laetrile en alternatieve kankerbehandeling.

Mede omdat iedere generatie zijn eigen conventioneel-rationele therapie kent, zouden VERMEY e.a. er goed aan gedaan hebben te definiëren wat zij onder een conventioneel-rationele therapie verstaan. Mijns inziens begaan zij een ongeoorloofde beperking door te suggereren dat die therapie vooral bestaat uit chirurgie, radiotherapie en chemotherapie.

Een van de pluspunten die de alternatieve geneeskunst heeft en die bij de „officiële geneeskunst” niet ruim vertegenwoordigd is, is dat de patiënt steun en vitaliteit kan ontlenen aan de overtuiging dat hij door gebruik te maken van bietensap, vitaminen en alternatief voedsel, zijn gezondheid in positieve zin kan beïnvloeden. In de officiële geneeskunst is dat gevoel van zelfbewustzijn en soms van vitaliteit dat kan ontstaan door de mogelijkheid om de eigen gezondheid actief te beïnvloeden, beslist niet zwaar vertegenwoordigd.

Door hun absolute opstelling wekken VERMEY e.a. de suggestie dat de grens van hun marktaandeel bedreigd is. Zij hadden de geneeskunst een grotere dienst bewezen indien zij zich beraden hadden over de vraag welke attracties de alternatieve geneeskunst biedt, dat deze een zo groot marktaandeel weet te verwerven. Wellicht dat zij dan tot de conclusie waren gekomen dat die alternatieve geneeskunst attracties heeft die misschien de moeite van het overnemen waard zijn.

Literatuur: VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

Hoensbroek, januari 1980

M. Vos

De strekking die collega Vos onze Brief aan de Redactie toedicht, komt geheel voor zijn rekening. Hetzelfde geldt voor de stellingen – met name de eerste twee – die hij uit de inhoud meent te kunnen afleiden. De subtiele tweeenheid, die door geneeskunde en geneeskunst in de behandeling van patiënten wordt gevormd, hebben wij geenszins willen verbreken. Daarom is, zeker niet zonder opzet, zorgvuldig vermeden in ons schrijven deze begrippen te hanteren.

De beste behandelingsmethode van kanker is die, welke in alle gevallen tot het zo zeer gewenste resultaat leidt: genezing van het ziekteproces. Het is in principe secundair of die methode van „officiële” dan wel van „alternatieve” herkomst is. Primair is, dat er bewijzen voor geleverd kunnen worden.

De zakelijke informatie aan de patiënt, waar wij over schreven, is bedoeld om hem het maken van een keuze, zo hij die wenst, te vergemakkelijken. Geheel los van het verband, waarin collega Vos zijn tweede stelling plaatst, zijn we overigens wel bereid die vooralsnog te onderschrijven.

Dat de alternatieve geneeswijzen van kanker mogelijk in een leemte voorzien die door de officiële wetenschap lijkt te worden achtergelaten is aannemelijk. Ons bezwaar is dat de waarde van die methoden voor de genezing van het kankerproces in het geheel niet is aangetoond. Dat is het ene gat stoppen met het andere. Collega Vos gaat voorbij aan onze waarneming dat zulks er toe kan leiden dat patiënten zich in eerste instantie tot alternatieve methoden wenden. Omdat wij dáár bezwaar tegen hebben, zijn wij tot onze algemene stellingname gekomen. We menen dat dit al voldoende belicht is in de antwoorden aan de collegae, die – zo vriendelijk waren reeds eerder op onze brief te reageren.

Het denken in marktaandelen doet ons in dezen wat vreemd aan. Wat ons zelf betreft wordt dat tot nihil gereduceerd. Het gaat erom, dat de kankerpatiënt van zijn ziekteproces geneest. De methoden die daartoe kunnen leiden moeten hun gunstige effect bewezen hebben. Tot heden is dat in beperkte mate het geval met chirurgie, radiotherapie, chemotherapie en combinaties daarvan. Dat de resultaten daarvan te wensen overlaten mag geen argument zijn om methoden toe te laten die zich in dit opzicht zelfs niet aannemelijk hebben gemaakt.

Groningen, januari 1980

A. VERMEY
J. OLDHOFF
E. VAN DER PLOEG
H. SCHRAFFORDT KOOPS
R. C. J. VERSCHUEREN

Een patiënt met Q-koorts-pneumonie in Nederland

Enkele weken geleden verscheen een artikel van MAESEN e.a. (1980) over een patiënte met Q-koorts. Zij constateren dat deze ziekte in Nederland zelden voorkomt, en wijden daarom een uitgebreide uiteenzetting aan deze infectie. Ten behoeve van deze auteurs en van andere in deze ziekte geïnteresseerde lezers hieronder de vermelding van een vijftal Nederlandse publikaties over dit onderwerp.

Literatuur: DEKKING, F. en H. C. ZANEN (1958) Q-koorts in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 102, 65. – JANSSEN, J. (1953) Komt Q-koorts in Nederland voor? *T. Diergen.* 78, 838. – MAESEN, FR., D. DE MUNCK, J. LAMERS e.a. (1980) Een patiënte met Q-koorts-pneumonie in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 124, 74. – TERWINDT, V. A. M. en J. W. HOLTEN (1967) Q-koorts. *Ned. T. Geneesk.* 111, 1951. – WESTRA, S. A., E. LOPES CARDOZO en J. A. G. TEN BERG (1958) De eerste gevallen van Q-koorts in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 102, 69. – WOLFF, J. en W. KOUWENAAR (1954) Een onderzoek naar het voorkomen van Q-koorts in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 98, 2726.

Amsterdam, februari 1980

F. DEKKING

In het artikel van MAESEN e.a. (1980) over een Nederlandse patiënte met Q-koorts-pneumonie, wordt gesteld dat Q-koorts in Nederland zeer zeldzaam is en niet inheems. Nu kan deze conclusie voor wat betreft de gepubliceerde gevallen binnen onze landsgrenzen zeker worden getrokken. Het onderzoek van onze inlandse koeien en schapen bijv. werd altijd als negatief beoordeeld (JANSSEN 1953; DEKKING en ZANEN 1958).

In België zien wij echter een ander beeld. De oudere onderzoeken brengen negatieve resultaten (KAECKENBEEK 1955). Later worden regelmatig antistoffen tegen *Coxiella burneti* aangetoond bij Vlaamse en Waalse koeien, honden en mensen (JADIN e.a. 1959, 1960, 1966, 1969; DUPONT 1969a, b; PIERARD 1973). Rickettsia werd ook geïsoleerd uit inheemse Belgische teken (JADIN e.a. 1969). Het is niet goed denkbaar dat rickettsia en teek zich laten tegenhouden door het douanekantoor. Net als in Zuid-Duitsland zou in de Benelux de geografische verbreiding van Q-koorts bij het vee kunnen worden bepaald door de verbreiding van de teek *Dermacentor reticulatus*. De noordelijke grens van het areaal van deze teek is in ons gebied helaas niet bekend. Er is slechts één vondst uit de Benelux gemeld (COOREMAN 1950).