

0,58. Bij dezelfde patiëntengroep werd met agarosegel-elektroforese in 88% der gevallen oligoclonaal IgG vastgesteld. De verhoging van de IgG-index bij multipele sclerose is vaak aanzienlijk, terwijl bij andere neurologische aandoeningen wel eens een verhoging wordt gevonden in de grootte-orde van + 2 s of + 3 s.

Verscheidene auteurs adviseerden als routine de IgG-index te bepalen en als deze verhoogd is, ook elektroforetisch onderzoek te doen. De werkwijze bij de elektroforese is ingewikkeld en kostbaar. De IgG-index wordt op een eenvoudiger wijze bepaald en de uitkomsten zijn exacter. KRAUSE en KALLENBACH (1978) beschreven een economische modificatie, waarbij men in het laboratorium zelf antisera oplost in agarose en de platen giet. In de DDR is dat 10 tot 16 maal goedkoper dan het werken met standaardplaten uit de handel.

Ook bij het onderzoek naar neurolues bij patiënten met positieve luesreacties in het bloed is door bepaling van de

IgG- en albumine-concentraties verbetering te bereiken. HAGEDORN (1980) stelde op deze wijze vast in hoeverre binnen het CZS specifieke antistoffen werden gevormd en verkreeg een positief resultaat bij 10 van 11 patiënten.

Literatuur: DELANK, H. W. (1971) *Nervenarzt* 9, 483. – FELGENHAUER, K. (1974) *Klin. Wschr.* 52, 1158. – HAGEDORN, H. J. (1980) *Dtsch. med. Wschr.* 105, 155. – KRAUSE, U. en W. KALLENBACH (1978) *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* 30, 613. – LINK, H. en G. TIBBLING (1977) *Scand. J. clin. Lab. Invest.* 37, 397. – MANCINI, G., A. O. CARBONARA en J. F. HEREMANS (1965) *Immunochem.* 2, 235. – RIEDER, H. P. en S. JEGGE (1979) *Schweiz. med. Wschr.* 109, 1411. – TIBBLING, G., H. LINK en S. ÖHMAN (1977) *Scand. J. clin. Lab. Invest.* 37, 385.

L. H. TH. S. KORTBEEK

INGEZONDEN

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

Rugpijn

In zijn klinische les beschrijft de radioloog J. W. TH. MULLER (1980) twee patiënten met rugpijn die aanvankelijk als psychogeen resp. radiculair werd geduid. Na verloop van resp. 8 maanden en 2 weken wordt de diagnose wervelmeta-stase van een Grawitztumor gesteld. Het spreekt voor zichzelf dat het missen van de diagnose ernstige consequenties kan hebben bij uitblijven van de juiste behandeling. Collega MULLER legt de nadruk op de foute diagnose in het eerste geval door omstandig de onjuiste conclusie uit de ontslagbrief te citeren. Des te vreemder is het dan te lezen dat de latere correcte diagnose wervelmeta-stase niet leidt tot enige effectieve behandeling. Hierover wordt alleen vermeld dat patiënte A met behulp van een steuncorset werd gemobiliseerd waardoor zij enkele meters kon lopen; patiënte B heeft veel pijn geleden en is na een lang verblijf in de kliniek overleden. „Zouden hiermede alle therapeutische mogelijkheden zijn uitgeput?“, vraagt MULLER zich af. Vervolgens wijst hij op eventuele embolisatie van de A.renalis bij de primaire nier(Grawitz)tumor en zinspeelt op een mogelijk regressief effect op een meta-stase op afstand.

Waarom geen radiotherapie, waarom geen (vermelding van) pijnbestrijding? Bij het optreden van neurologische symptomen in de vorm van radicaire of lange-baanverschijnselen zijn, behalve gewone röntgenopnamen, bij verdenking op wervelmeta-stasen ook botsintigrafie, myelografie en eventueel computertomografie (zoals ook bij patiënte A geschiedde) aangewezen voor diagnostiek en vaststelling van de uitbreiding van de meta-stase. Dit is niet in de laatste plaats bedoeld om de radiotherapeut in staat te stellen het juiste bestralingsveld te bepalen. Vooral de secundaire neurologische verschijnselen van meta-stasen in de wervels leiden vaak tot ernstige invaliditeit: verlamming (paraparese), immobilisatie, bedlegerigheid, incontinentie. Gerichte palliatie, ook bij een korte levensverwachting, verbetert niet zelden de uitvalverschijnselen: ruim 75% blijft of wordt na bestraling weer ambuland gedurende een periode langer dan zes maanden en bij 46% kan dit zelfs een jaar duren (GILBERT e.a. 1978). Ook bij wervelmeta-stasen van minder stralingsgevoelige tumoren (carcinomen, melanomen, weke-delensarcomen) is vaak in eerste instantie

bestraling aangewezen (BLACK 1979). Het niercarcinoom of Grawitztumor vormt in deze groep zeker niet de slechtste indicatie: 60% toont een positieve respons (GILBERT e.a. 1978). Daarbij komt dat de stralengevoeligheid in het individuele geval niet te voorspellen is. Bij myelumcompressie op basis van wervelmeta-stasering verdient radiotherapie gecombineerd met hoge doses steroïden waarschijnlijk zelfs de voorkeur boven de combinatie van neurochirurgische decompressie gevolgd door bestraling.

Voorts gaan, zoals ook bij de twee beschreven patiënten, de neurologische uitvalverschijnselen vaak gepaard met pijn, welke op zichzelf al een indicatie kan zijn voor lokale bestraling.

Tot slot wordt in het geheel niet vermeld of deze patiënten met narcotische analgetica zijn behandeld, zoals hier vanzelfsprekend is geïndiceerd, wat bij voldoende hoge en frequente dosering meestal tot het gewenste resultaat leidt. Bovendien geven bij botmeta-stasen ook steroïden een goed pijnstillend effect.

Al met al zou deze klinische les ten onrechte de indruk achter kunnen laten dat er in feite voor patiënten met wervelmeta-stasen niet veel meer te doen is dan het stellen van de juiste diagnose.

Literatuur: BLACK, P. (1979) *Neurosurgery* 5, 726. – GILBERT, R. W. (1978) *Ann. Neurol.* 3, 40 – MULLER, J. W. TH. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1857.

Oegstgeest, november 1980

CH. J. VECHT

„Rugpijn“ is de titel van de klinische les van collega MULLER (1980), en ook van een boek onder redactie van KINGMA, VERJAAL en WEYEL (1979). In dat boek wordt de veelzijdigheid van de problematiek van patiënt met rugpijn aangegeven; de röntgenoloog ontbreekt echter als auteur. Misschien is dat jammer, want er zijn erg veel artsen afhankelijk van de beoordeling door röntgenologen van röntgenfoto's van het skelet.

Het was beter geweest voor de klinische les van Muller een titel te kiezen in overeenstemming met het gebodene, dat is: „Welke hulp kan de röntgenoloog bieden bij de diagnostiek van patiënten met verdenking op een gemeta-staseerde

Grawitztumor". Rugpijn is immers een veel voorkomende klacht, waarvan de oorzaak meestal niet wordt gevonden ondanks nauwkeurig onderzoek. Beschadiging van het myelum is daarbij zeker mogelijk!

Literatuur: KINGMA, M. J., A. VERJAAL en J. A. WEIJEL (1973) *Rugpijn*. Bohn, Amsterdam. — MULLER, J. W. TH. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1857.

Rotterdam, november 1980

G. M. POOL

Ik ben het met collega POOL eens dat zijn suggestie voor de titel van de klinische les meer in overeenstemming is met het gebodene, hoewel deze titel wel erg lang zou zijn. Bovendien omdat rugpijn zo'n veel voorkomende klacht is, heb ik door het aangeven van deze korte generaliserende titel willen duiden dat zich juist wel eens een ernstige ziekte kan verschuilen achter „gewone” rugpijn.

De suggestie om een röntgenoloog als auteur op te nemen, in het boek van Kingma, Verjaal en Weijel is nuttig en misschien een idee voor een volgende druk.

Collega VECHT ben ik erkentelijk voor zijn aanvullingen op mijn klinische les. Het is echter voornamelijk mijn bedoeling geweest de diagnostische problemen bij deze patiënten te bespreken en niet de therapeutische.

Zoals collega VECHT al aanduidt zijn niet alle toegepaste therapeutische methoden altijd succesvol. Ik heb echter willen aangeven dat ook een nog niet algemeen bekende methode (ook collega VECHT is daarvan kennelijk niet op de hoogte, gezien het uitgebreide overzicht in zijn brief) toegepast wordt. Van het emboliseren wordt beschreven dat dit bij *sommige* patiënten succes heeft in de bestrijding van de pijn. Ook zou regressie van metastasen gezien worden. Bij het emboliseren van Grawitztumoren moest echter om duidelijke redenen de röntgendiagnostiek worden ingeschakeld. Het is echter beslist niet mijn bedoeling geweest de indruk te wekken dat er bij deze patiënten verder geen behandelingsmogelijkheden meer zijn.

Utrecht, januari 1981

J. W. TH. MULLER

De stoelendans der klinische farmacologie

De beschouwingen van collega OFFERHAUS (1980) over de stagnatie in de ontwikkeling van deze discipline getuigen van een intense bezorgdheid, die stellig wel door sommigen gedeeld zal worden. Of dit alles nu zo uitzonderlijk ernstig is in vergelijking met wat het spook der verschraling in de bestaande disciplines aanricht, waag ik te betwijfelen. Het is mij overigens ontgaan in hoeverre mijn „armeluis”-visie van destijds (1976) mij een stuk verantwoordelijkheid zou verschaffen voor de heersende armoede.

De malaise rond de klinische farmacologie is zo moeilijk te duiden, dat men haast geneigd zou zijn een diagnose ex juvantibus na te streven: bezien in hoeverre na het aanstellen van een x-tal klinische farmacologen het leed geleden zal zijn. Dit neerschrijvende realiseer ik mij, dat „het stellen van een diagnose ex juvantibus” in letterlijke zin buiten de competentie van de klinische farmacoloog zou vallen. Misschien is dit nu juist het punt waar de schoen wringt: in de praktijk zijn diagnostisch en therapeutisch handelen zo nauw verweven, dat er soms nauwelijks een faseverschil aantoonbaar is. Zonder „ingebod” te zijn in een diagnostische unit kan de klinische farmacoloog het vak niet naar behoren bedrijven, omdat hij zijn maatstaven overwegend uit het diagnostische arsenaal moet betrekken. (Wij schij-

nen het er over eens te zijn, dat de bloedspiegelbepalingen aan glamour hebben ingeboet.)

Dat de vakbroeders in de Angelsaksische landen zo goed functioneren, berust m.i. op een recept, waarvan ik het geheim met genoegen wil verklappen: de besten onder hen zijn in hun hart klinisch fysioloog. Het vage begrip „materia medica” is voor hen een vrijbrief om hun klinische activiteiten tot in de puntjes naar eigen goeddunken te arrangeren, een mengvorm tussen pragmatische interne geneeskunde en clinical investigation te beoefenen, en tussen de bedrijven door de pharmaca vooral te hanteren als een instrumentarium voor het verkrijgen van biologische informatie. Hun meest geavanceerde werk handelt niet over pharmaca, maar over fysiologisch-biochemische variabelen.

Misschien ben ik nu aan het generaliseren, gevoed door eigen voorkeuren, en ik ben dus ook gaarne bereid met collega OFFERHAUS verder te discussiëren. Mijn advies zou echter zijn te wachten tot het rapport van de Gezondheidsraad verschenen is. De lange incubatietijd van dat rapport doet in ieder geval vermoeden dat er naarstig en wie weet zowel ideologisch als pragmatisch over deze materie is nagedacht.

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 925. — OFFERHAUS, L. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2097.

Rotterdam, december 1980

W. H. BIRKENHÄGER

Het verheugt mij bijzonder dat collega BIRKENHÄGER, die eveneens al jaren nauwe contacten heeft met bepaalde sectoren van de Britse klinische farmacologie, op mijn artikel gereageerd heeft. Toch meen ik collega BIRKENHÄGER, die in de jaren zestig de directe aanstichter van mijn persoonlijke warme belangstelling voor de klinische farmacologie was, een stuk verantwoordelijkheid in de schoenen te moeten schuiven. Door zijn defaitistische visie (BIRKENHÄGER 1976) heeft hij in niet onbelangrijke mate een toen bestaande negatieve oordeelsvorming versterkt, en hij heeft bij het schrijven van zijn artikel waarschijnlijk in onvoldoende mate beseft hoe zwaar het woord weegt van een te goeder naam en faam bekend staand clinicus met een grote staat van dienst op researchgebied, gepubliceerd in een breed verbreid gezaghebbend tijdschrift. Voor het overige ben ik het in grote trekken met hem eens. Naast mijn analyse van de redenen waarom het in Nederland niet goed lukt, stelt hij een analyse van de redenen waarom het aan de overzijde van het Kanaal wél gelukt is. Hoewel één van de redenen van het succes van de voortrekkers van de Britse klinische farmacologie inderdaad is dat zij voortkwamen uit de klinisch-fysiologische school van grote medici als Pickering, McMichael en Peart, en dit het facet is dat BIRKENHÄGER het meest vertrouwd is, zijn er ook vele andere facetten die de opkomst en bloei van de klinische farmacologie in Engeland vergemakkelijkt hebben. Zo bestond in Noord-Engeland en Schotland al meer dan honderd jaar het instituut van de „Materia medica and therapeutics” — een vorm van interne geneeskunde met overwegende nadruk op de farmacotherapie — die hier te lande minder bekende, grote voortrekkers heeft voortgebracht als McGregor en Dunlop. Deze hebben de basis gelegd voor het eerste Europese geneesmiddelenregistratiesysteem.

Een ander, in mijn antwoord aan Glerum e.a. (1981) vermeld facet is de relatieve zwakte van de Britse apothekersopleiding. Tenslotte is het niet verwonderlijk dat de klinische farmacologie juist in twee Europese landen met een gesocialiseerde geneeskunde op de krachtigste over-