

# INGEZONDEN

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

## Het aanzien van de reclame

Het is genoegzaam bekend dat het misbruik in de reclamewereld gemeengoed is. Het is te betreuren dat een firma als ACF te Maarssen haar preparaat Prolixan op de wijze, zoals dat nu gebeurt, meent aan de man te moeten brengen. De schijnbaar onophoudelijke reclame voor Prolixan in het NTVG in deze vorm die met de werking van een antirheumaticum niets van doen heeft zou op zich zelf al een reden moeten zijn om dit preparaat niet voor te schrijven.

Ik vraag mij af hoe ver een reclamecampagne gaan moet om door het NTVG geweigerd te worden.

Zwolle, januari 1982

W. VAN ZWOL

Het is genoegzaam bekend dat het gebruik van het menselijk lichaam in de voorlichting en reclame voor geneesmiddelen niet ongebruikelijk is, dat is iets anders dan het „misbruik van vrouwenlijven”.

Het feit dat bij het markeren van de predilectieplaatsen van weke-delenreuma – als indicatie voor Prolixan – is gekozen voor het menselijk lichaam van de vrouw, mag de geachte schrijver voor problemen stellen, de praktizerende arts zal met dezelfde vrouw als patiënt en dus als (voor)beeld minder moeite hebben. De esthetische waarde van het bloot zijn is een subjectieve en daarom andere discussie dan de vraag of het menselijk lichaam communiceert. Uit de reactie van de apotheker Van Zwol moeten wij afleiden dat de boodschap van de advertentie – de eigenschappen van Prolixan bekend te maken – nauwelijks nog aandacht krijgt.

Maarsen, februari 1982

P. H. LOOS,  
ACF Chemiefarma NV

## Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in de stad Rotterdam, 1e ronde

Met veel belangstelling las ik het artikel van collega VAN DER LEE-BIJLSMA (1981) betreffende de eerste ronde van het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in de stad Rotterdam. Uit de getallen blijkt dat van de vrouwen met positieve cytologische uitslag (Pap-klasse IIIB en hoger) niet minder dan 26 in tegenstelling tot hetgeen de bedoeling is, niet meer kwamen opdagen voor histologisch onderzoek. Gelet op het hoge percentage gevallen waarin een positieve cytologische uitslag histologisch bevestigd wordt (85 à 90%), is het toch wel bijzonder spijtig dat deze 26 vrouwen uit de boot vallen. Uit het artikel begrijp ik dat deze vrouwen gevraagd is zich voor hun uitslag in het bevolkingsonderzoek tot hun huisarts te wenden, terwijl die huisarts de uitslag kreeg toegezonden met – naar ik aanneem – een voorstel voor follow-up. Waar is het misgegaan?

*Literatuur:* LEE-BIJLSMA, A. VAN DER (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2012.

Arnhem, december 1981

C. H. HUISMAN

Uit het artikel blijkt dat van de 371 vrouwen met een positief uitstrijkje (Pap IIIB, IV en V) 345 histologisch zijn onderzocht. Collega Huisman vraagt zich af waarom bij de overige 26 vrouwen geen histologisch onderzoek is uitgevoerd. Follow-up-onderzoek is een langdurig onderzoek en in de tijd dat dit artikel geschreven werd (maart 1981) waren van deze 26 vrouwen nog niet alle gegevens bekend. Thans (januari 1982) weten we het volgende: 4 vrouwen hebben geweigerd zich verder te laten onderzoeken; 1 vrouw is overleden. – 3 vrouwen zouden wel naar een specialist zijn verwezen, maar er zijn geen gegevens te vinden. – 4 vrouwen zijn veranderd van huisarts (verhuizing, praktijkwisseling); hierdoor is geen verdere gegevensverzameling mogelijk. – 2 vrouwen zijn histologisch onderzocht en behandeld (conisatie bij carcinoma in situ, conisatie bij sterke dysplasie). – 1 vrouw: nog geen uitslag vervolgonderzoek bekend.

De overige 11 vrouwen zijn aanvankelijk door de huisarts cytologisch gecontroleerd; in 2 gevallen gebeurde dit op verzoek van het laboratorium. Deze laatstgenoemde vrouwen werden, evenals nog 2 andere vrouwen, daarna als nog verwezen naar de gynaecoloog. Van de 7 overige vrouwen is thans bekend dat 1 vrouw verhuisd is, dat bij 3 vrouwen in het herhalingsuitstrijkje, gemaakt door de huisarts, geen afwijkingen werden gevonden; verder was bij 1 vrouw sprake van een Pap IIIA bij het herhalingsuitstrijkje, en bij 1 vrouw werd in de 2e ronde van het bevolkingsonderzoek een (hogere) positieve Papklasse gevonden. Van 1 vrouw zijn (nog) geen verdere gegevens bekend.

Januari 1982

A. VAN DER LEE-BIJLSMA

## Brittle diabetes

TERPSTRA (1981) legt in haar artikel terecht de nadruk op de grote invloed van emotionele factoren op de regulatie van de diabetes, evenals de invloed van overdosering van insuline en die van toedieningsfouten. Wij willen hier echter nog één aanvulling geven op het artikel. Mw. Terpstra maakt hierin onderscheid tussen glucose- en zetmeelbelasting. Uit onderzoek van GRAY e.a. (1966), PLOOIJ e.a. (1967) en LÜTJENS e.a. (1975) is gebleken dat de splitsingssnelheid van geraffineerde koolhydraten (zetmeel, disacchariden enz.) bijzonder groot is t.o.v. de opnamesnelheid. Het maakt derhalve geen verschil in welke vorm deze koolhydraten worden gegeven. Maakt men daarentegen gebruik van ongeraffineerde koolhydraten (bruine rijst, bruin brood, appels enz.) dan blijkt de splitsingssnelheid van de koolhydraten, waarschijnlijk t.g.v. de slechtere bereikbaarheid voor splitsende enzymen, lager te zijn dan de opnamesnelheid en zien we wél een verschil t.o.v. glucose (LÜTJENS e.a. 1981). Het is derhalve niet van belang of de koolhydraten in enkelvoudige dan wel polymere vorm worden gegeven, maar of ze in geraffineerde dan wel ongeraffineerde vorm worden toegediend.

*Literatuur:* GRAY, G. M. EN F. J. INGELFINGER (1966) *J. clin. Invest.* 45, 388 – LÜTJENS, A., M. PLOOIJ EN C. RUSTEMEIJER e.a. (1981) *Voeding* 42, 370. – LÜTJENS, A., H. VERLEUR EN M. PLOOIJ (1975) *Clin. chim. Acta* 62, 239. – PLOOIJ,

M., H. VERLEUR en D. MEIJER (1967) *Ned. T. Geneesk.* 111, 2209. — TERPSTRA, J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1924.

Amsterdam, december 1981

A. LÜTJENS  
M. PLOOIJ  
C. RUSTEMEIJER  
H. VERLEUR

Lütjens e.a. zeggen in hun brief, dat het van geen belang is of koolhydraten in enkelvoudige dan wel polymere vorm worden gegeven, doch wél of ze in geraffineerde dan wel ongeraffineerde vorm worden toegediend. Het maakt echter wel degelijk verschil uit, zowel wat betreft de stijging van de glucose- als die van de insulinespiegel in het bloed, of koolhydraten in enkelvoudige of polymere vorm worden genuttigd. CRAPO e.a. (1976) concluderen, dat complexe koolhydraten in geraffineerde vorm (50 g zetmeel in waterige oplossing) en geringere stijging van glucose- en insuline-waarden in het bloed veroorzaken dan equivalente hoeveelheden glucose in de vorm van mono- of disacchariden (50 g glucose resp. 100 g sucrose in waterige oplossing) bij normale proefpersonen.

Kortgeleden berichtten HASSINGER e.a. (1981) over een onderzoek bij type I-diabetici, die een normaal ontbijt gebruikten, waarin een deel van de niet-geraffineerde koolhydraten („ryebread”) werd vervangen door o.a. een isocalorische hoeveelheid sucrose. Met behulp van een kunstmatige pancreas konden zij aantonen dat, ondanks de door het apparaat teweeggebrachte contraregulatie, het ontbijt met sucrose een sterkere stijging van het glucosegehalte in het bloed veroorzaakte dan de geen sucrose bevattende variant. Bovendien was de door de kunstmatige pancreas geïnfundeerde hoeveelheid insuline bij het gebruik van het sucrose bevattende ontbijt significant groter dan bij de alleen „ryebread” bevattende maaltijd.

Het is dus niet goed voor diabetici om ter vervanging van al of niet geraffineerde polymere koolhydraten glucose of sucrose te gebruiken.

## BERICHTEN

### Buitenland

#### ZWITSERLAND

*High density lipoproteins onbelangrijk voor de preventie van coronaire hartziekten?* — Nauwelijks is men vertrouwd geraakt met de afkortingen HDL en LDL en de mening dat de high density lipoproteins van de goede en de low density lipoproteins van de kwade soort zijn of er verschijnen berichten over twijfel aan de waarde van een hoog HDL-gehalte van het bloed als bescherming tegen coronaire hartaandoeningen. Tijdens een internationaal congres over lipoproteïnen en coronaire atherosclerose in Lugano vermeldt Miettinen van de Universiteit van Helsinki een onderzoek naar het effect van probucol bij een groep van 184 personen met een verhoogd risico voor coronaire hartziekten (CHZ). Bij de groep die deze stof innam daalde het cholesterolgehalte van het bloed met 12% tegen 3% in een groep die hetzelfde dieet hield en dezelfde leefregels volgde. Met enige schrik stelde men vast dat ook het HDL-gehalte daalde en zowel absoluut als in relatie tot het totale cholesterolgehalte, sterker dan in de andere onderzochte groepen. Maar het bleek dat plotselinge hartdood en al of niet dodelijk hartinfarct in deze groep slechts de helft van de verwachte sterfte bedroeg, terwijl de incidentie in de groep die

*Literatuur:* CRAPO, P. A., G. REAVEN en J. OLEFSKY (1976) *Diabetes* 25, 741. — HASSINGER, W., G. SAUER, V. CORDES e.a. (1981) *Diabetologica* 21, 37.

Leiden, januari 1982

J. TERPSTRA

### Reflectoire anurie

Ere wie ere toekomt! De collegae BRAAM en SCHREINEMACHERS (1982) schrijven dat de eerste Nederlandse observatie van reflectoire anurie waarschijnlijk afkomstig is van Johan van Beverwijck. Een eeuw eerder echter heeft Pieter van Foreest, „de Hollandse Hippocrates” en arts van Willem van Oranje, dit verschijnsel beschreven in zijn *Observationes*, XXIV, 26/29: Henricus Henrici, voornaam koopman te Delft, wonende in het huis met het uithangbord van Bethlehem, kreeg vijf maal een reflectoire anurie tijdens een niersteenkoliek. Van Foreest nam aan dat de tweede nier, hoewel gezond en vrij van steen, door „medegevoel” zo zwak geworden was dat zij geen urine meer afscheidde.

*Literatuur:* BAUMANN, E. D. (1949) *Uit drie eeuwen Nederlandse geneeskunde*. Meulenhoff, Amsterdam — BRAAM, P. F. C. M. en L. M. H. SCHREINEMACHERS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 141.

Laren (NH), januari 1982

W. A. BOEKELMAN

De observatie van Pieter van Foreest was ons niet bekend en wij danken collega Boekelman dan ook voor zijn attente aanvulling.

Eindhoven, februari 1982

P. F. C. M. BRAAM  
L.M.H. SCHREINEMACHERS

alléén dieet hield weinig afweek van het berekende risico voor een niet-behandelde groep. Miettinen spreekt dan ook zijn twijfel uit over de preventieve betekenis van hoge HDL-waarden. Hij acht het mogelijk dat het samengaan van hoge HDL-gehalten en een geringer risico voor CHZ een zelfde genetische basis heeft.

In een andere bijdrage uit ook Keys van de Universiteit van Minneapolis zijn twijfel over het gunstige effect van hoge HDL-waarden. Een in 1953 begonnen onderzoek bij 260 personen bracht geen verschil aan het licht in het HDL-cholesterolgehalte bij de 153 intussen overledenen en de overigen. Ook bestond er geen verschil tussen de groep die aan hartziekten leed en een groep van 60 personen die daaraan waren gestorven (gemiddelde waarde resp. 46 mg/100 ml en 43,4 mg/100 ml).

Tenslotte merkte Oster van de Universiteit van Heidelberg op dat uit de epidemiologische onderzoekingen blijkt dat het HDL-gehalte van de groepen met CHZ maar weinig verschilt van dat van de controlegroepen (resp. 38,5 mg/100 ml en 41,5 mg/100 ml). Hij tekent daarbij aan dat de meetfout van de laboratoria ongeveer 5 mg/100 ml bedraagt. (JOHN HENAHAN (1981) *J. Amer. med. Ass.* 246, 2311.)

A. L. NOORDAM