

Dit zijn natuurlijk wel centrale bronchus-tumoren geweest. Verder ben ik het met de strekking van collega KALTHOFEN's publicatie wel eens, gezien onze ervaringen. Niet eens ben ik het met de geest die spreekt uit de Redactionele Kanttekening² die niet, zoals in buitenlandse medische bladen, nog eens een helder overzicht geeft van de in een bepaald artikel gestelde problemen, doch suggesties oproept die deels niet juist zijn en getuigen van onbekendheid met de methoden der sociale geneeskunde en deels denkbeelden verkondigt, die naar wij hoopten eindelijk in de kamferkist waren verdwenen.

Wat het opsporen van onbekende kankerlijders betreft, hetgeen het Bevolkingsonderzoek wordt kwalijk genomen, ben ik het met de Redactie eens, dat men zich moet afvragen, wat men deze mensen te bieden heeft. Het bevolkingsonderzoek biedt hun in ieder geval snellere diagnostiek dan anders mogelijk was, en daardoor grotere kans op behandeling, in ieder geval op palliatieve behandeling. Hoe dit de verhouding van patiënt tot huisarts kan schaden, ontgaat mij.

Overigens geldt de eerder opgeworpen vraag van wat wij de kankerlijders te bieden hebben, niet alleen de patiënten gevonden bij het bevolkingsonderzoek, doch alle kankerlijders, die in het kader van de kankerbestrijding (of research) worden gevonden.

Dat men verder in de Redactionele Kanttekening schrijft over machinale diagnostiek enz. is toch eigenlijk wel heel triest. Alle sociale instellingen krijgen hier maar losjes weg een veeg uit de pan, die zeker niet verdiend is. Machinale diagnostiek bestaat niet. Het enige machinale bij het bevolkingsonderzoek, is het feit, dat de foto's in een vlot tempo door een machine worden gemaakt, doch dat komt naar ik meen meer voor in de medische diagnostiek. Pas bij het na-onderzoek, dat net zo individueel is als op welke polikliniek of consultatiebureau ook, wordt zo mogelijk een diagnose gesteld. Hiervan wordt de huisarts op de hoogte gebracht en iedere verdere behandeling of verwijzing gaat dan ook door zijn handen. Ook dit schaadt de verhouding tussen huisarts en patiënt m.i. niet. Het is jammer dat deze opmerking van de Redactie, losjes uit de pen gevloeid, haar schade alweer heeft gedaan.

Groningen, 18 Januari 1955

R. TER BRUGGE, *longarts*

De Redactionele Kanttekening¹ geeft mij aanleiding het volgende op te merken. Uit KALTHOFEN's bijdrage¹ blijkt, als wij het gunstig nemen, dat 15 van de 76 primaire bronchuscarcinomen voor te verwachten genezing, na operatie, in aanmerking kwamen.

Dat is een hoog percentage, belangrijk hoger dan de genezingsresultaten bij ontdekking van het gezwel langs de „gewone weg” — d.i. via de klachten van de patiënt die hem tenslotte naar de arts brengen. Nog grotere aantallen, langere observatie en de statistiek zullen tenslotte het juiste beeld zo zuiver mogelijk moeten benaderen. De zo negatief gestelde tweede alinea van de Redactionele Kanttekening komt mij daarom praematuur en onjuist voor. Deze regelen ademen een pessimisme en passiviteit die wetenschappelijk en als redactionele uiting allerminst „voorbeeldig” zijn, en het probleem door een visie van te klein formaat te kort doen.

Van de laatste alinea kan hetzelfde worden gezegd. De ervaring heeft mij geleerd dat er bij een goede samenwerking tussen „opsporingsarts” en huisarts alleen maar voordeel van de vroege diagnostiek van het longgezwel is te verwachten, óók bij inoperabele gevallen. De ware huisarts is dankbaar dat hij op de hoogte is en vroegtijdig, juist in hopeloze gevallen, zijn gedrag kan bepalen.

De door de Redactie mogelijk geachte ongewenste inbreuk op de verhouding tussen de patiënt en zijn huisarts is niet zozeer afhankelijk van de „machinale diagnostiek” als wel, indien deze inbreuk zou plaats vinden, van een slechte coördinatie of onvoldoend collegiale samenwerking van de betrokken artsen.

Het is allerminst mijn bedoeling voorbij te gaan aan de door Redactie opgeworpen problematiek. Deze laatste echter behoeft in een representatief blad als ons *Tijdschrift* een geheel ander kritisch niveau — ook in een Kanttekening.

Almelo, 16 Januari 1955

P. G. OP DE COUL, *bedrijfsarts*

De Redactionele Kanttekening² naar aanleiding van het belangwekkende artikel van KALTHOFEN¹ eindigt met het opwerpen van de vraag „of uit de opsporing van een groot aantal lijders aan inoperabele longkanker een geneeskundig bezwaar tegen het Bevolkingsonderzoek is af te leiden”, waarbij de Redactie in lofwaardige zorg voor de maar al te vaak bedreigde verhouding tussen patiënt en huisarts opmerkt, dat men „de machinale diagnostiek van een sociaal-geneeskundige instelling” als een ongewenste inbreuk op deze betrekking kan ondervinden.

Nu mag het grote aantal inoperabele kankers verontrustend zijn, des te groter is echter onze dankbaarheid voor het vinden van de wel operabele gevallen, en geen geneeskundig bezwaar zal daar gemakkelijk tegen kunnen opwegen. Bovendien deelt KALTHOFEN mee, dat er behalve 7 tot nu toe met goed gevolg geopereerden nog 8 waren, die waarschijnlijk nog geneeslijk waren, doch operatie weigerden; voorts is naar zijn mening ook een te grote tijdsduur tussen opsporing en operatie ten dele oorzaak van het hoge aantal inoperabele gevallen. Het is niet tegen het bevolkingsonderzoek dat men, dit lezende, geneeskundig bezwaar voelt opkomen.

Wat de „machinale diagnostiek” betreft: als wij een voor tumor verdachte afwijking vinden, wordt zulks natuurlijk niet aan de patiënt meegedeeld, maar aan de huisarts, meestal met het advies, de patiënt in een longcentrum te doen opnemen. De patiënt wendt zich dan tot zijn huisarts en deze handelt naar goeddunken.

Ik meen dat de verhouding patiënt-huisarts hierdoor niet kan worden geschaad.

Enschede, 17 Januari 1955

P. VEEZE, *longarts*

Naar aanleiding van de laatste zin van de Redactionele Kanttekening bij het artikel van collega KALTHOFEN zou ik gaarne het volgende naar voren willen brengen.

Ten eerste dient te worden opgemerkt dat „machinale diagnostiek van een sociaal-geneeskundige instelling” niet bestaat. Een sociaal-geneeskundige instelling zoals het bevolkingsonderzoek stelt geen diagnose, doch constateert slechts het al dan niet bestaan van een afwijking van het normale beeld. Als men een afwijking vindt, wordt de desbetreffende persoon door een erkende longarts op het consultatiebureau nader onderzocht, zoals iemand bij wie men een maagkwaal of hartaandoening vermoedt, naar een internist wordt verwezen. Met even veel of even weinig recht zou men in het laatste geval van machinale diagnostiek kunnen spreken.

Verder zou ik willen opmerken, dat de laatste zinsnede in de Redactionele Kanttekening suggereert, dat het einddoel van de geneeskunde een goede verhouding tussen patiënt en huisarts is, waarbij mijns inziens doel en middel worden verward. Het enige doel van de geneeskunde mag slechts zijn het belang van de patiënt (tenzij dit in ernstige mate in botsing komt met het belang der gemeenschap) en de verhouding huisarts-patiënt is hierbij slechts een — zij het belangrijk — middel. Wordt bv. door middel van het bevolkingsonderzoek bij een patiënt caverneuze longtuberculose gevonden, dan is dit in het belang van de patiënt, ook als hierdoor de verhouding tussen huisarts en patiënt wordt geschaad doordat bv. de huisarts de aandoening niet heeft herkend en de patiënt al maanden lang voor zijn hoest met hoestdrankjes heeft behandeld. Ik zou het probleem dat de Redactie in haar Kanttekening naar voren brengt, dan ook anders willen stellen, en wel of het steeds in het belang van de individuele lijder aan kanker is, dat het bestaan van de aandoening bekend wordt. Voor tuberculose waarvoor tegenwoordig een doelmatige behandeling mogelijk is, eist het belang van de patiënt, dat de aandoening vroegtijdig wordt ontdekt, ongeacht de betrekking huisarts-patiënt, al zal uiteraard het belang van de patiënt meebrengen en al dient een ieder er naar te streven, dat deze verhouding zo min mogelijk wordt geschaad. Een goede en voortdurende samenwerking tussen de huisartsen en de desbetreffende sociaal-geneeskundige instelling zal hierbij veel moeilijkheden kunnen voorkomen.

Groningen, 16 Januari 1955

R. DRION, *longarts*

Naar aanleiding van het onthullende artikel van collega KALTHOFEN¹ over de bij massa-onderzoek op tuberculose opgedane ervaringen aangaande longkanker, wordt in een Redactionele Kanttekening¹ terecht de vraag geopperd, in hoeverre uit de opsporing van een groot aantal lijdens aan inoperabele longkanker een geneeskundig bezwaar tegen het bevolkingsonderzoek zou zijn af te leiden. Maar, zelfs indien men dit bezwaar niet groot zou achten, dan nog vraag ik mij bezorgd af, in hoeverre het nut dat uit dit onderzoek voor een gering aantal lijdens voortvloeit, wel opweegt tegen de schade die daardoor aan de maatschappij, en in het bijzonder aan de gezamenlijke andere niet meer te genezen lijdens aan longkanker wordt toegebracht. Tot deze schade reken ik: 1e. de vergroting van de kankervrees, 2e. de verre van denkbeeldige kans dat soms na de operatie zou blijken dat het gezwel niet kwaadaardig was, maar vooral 3e. de zekerheid dat door dit onderzoek, vroeger dan anders, talrijke toch niet meer te genezen personen die zich tot op dat ogenblik gezond waanden, tot ernstig zieken worden gestempeld, en dat een aantal hunner bovendien door de operatie, vroeger dan anders, meer of minder invalide wordt gemaakt³.