

Naar aanleiding van het artikel van collega LOPES CARDOZO (1958) moge ik enkele opmerkingen maken.

Het is het onbetwistbare recht van iedere onderzoeker, de resultaten van verschillende werkmethoden kritisch te vergelijken en de uitkomsten ervan te publiceren. Wil een dergelijk vergelijkend onderzoek zin hebben, dan moet men echter als eis stellen, dat het te onderzoeken materiaal bij de twee methoden gelijkwaardig is.

Dat een bepaalde hoeveelheid lymfeklieren of ander materiaal gelijktijdig of nagenoeg gelijktijdig zowel histologisch als cytologisch is onderzocht, blijkt echter niet uit het artikel van LOPES CARDOZO. Een bewijs voor de ongelijkwaardigheid wordt er wel in gegeven. Zo wordt onder de histologisch fout-negatieve gevallen van histologisch onderzoek een geval vermeld waarbij na drie negatieve proefexcisies pas bij het vierde onderzoek de waarschijnlijkheidsdiagnose ziekte van Hodgkin werd afgegeven. Pas toen werd ook een cytologisch onderzoek verricht en een positief oordeel voor klasse V afgegeven. Iedere patholoog-anatoom weet, dat de voor deze ziekte kenmerkende veranderingen er niet opeens zijn en dat de ziekte ook morfologisch een „aanlooperperiode” heeft, waarin het vrijwel onmogelijk is een positieve diagnose te stellen. Het is dan ook niet duidelijk, hoe dit geval de superioriteit van de cytologische methode zou kunnen illustreren.

Vervolgens staat onder de histologisch fout-positieve uitslagen het geval vermeld van een patiënt die thuis overleed; er vond geen sectie plaats, doch voordien waren bij cytologisch onderzoek geen tekenen van de ziekte van Hodgkin gezien. Bovendien zou de patiënt een ziektebeeld hebben getoond, dat in strijd met genoemde diagnose was. Zijn er echter een of meer klinische symptomen te noemen die het bestaan van deze ziekte met zekerheid uitsluiten?

Onder het hoofd „cytologische moeilijkheden” vermeldt LOPES CARDOZO een geval waarin de diagnose „geheel mis” was. Het betrof hier een punctie, waarbij uitsluitend necrotisch materiaal was geaspireerd. Dat hierin geen tuberkelbacillen werden gevonden, behoefde het bestaan van tuberculose geenszins uit te sluiten. LOPES CARDOZO meent dit wel te kunnen, ook op grond van cytologische kenmerken. Voorzover mij echter bekend is, heeft volledig necrotisch materiaal geen cytologische kenmerken meer, en zeker geen voldoende kenmerken om er een bepaalde diagnose mee te kunnen bevestigen of uitsluiten.

Bij verdachte lymfeklierzwellingen gaat het niet alleen om de vraag: ziekte van Hodgkin of niet, maar om de differentiatie van een groot aantal kwaadaardige en niet-kwaadaardige aandoeningen, waarvan de meeste veel beter zijn te herkennen door verschillen in histologische bouw, in architectuur en soms door subtiele, kwantitatieve verhoudingen dan door cytologische verschillen der samenstellende delen. Het tweede geval van de cytologisch fout-positieve uitslagen is hiervan een voorbeeld. LOPES CARDOZO meende „een maligne lymfatische aandoening van lage graad van kwaadaardigheid te mogen aannemen”. Hij kent dus blijkbaar onschreven cytologische verschillen tussen de lymfocyten uit een klier bij de ziekte van Brill-Symmers en die uit een banaal ontstoken lymfeklier; hij ziet onderscheid tussen de gezwollen reticulair elementen uit de klieren bij paragranuloom en die bij de reactieve reticulumhyperplasieën, zoals bij chronische ontstekingsprocessen. De patholoog-anatoom kent deze verschillen nog niet en moet dus — zij het onder voorbehoud — aannemen, dat de hematoloog-cytoloog een voorsprong op hem heeft.

Het staat een ieder vrij, een bepaalde diagnostische methode aan te prijzen, doch bij vergelijking van verschillende methodes van onderzoek houde men zich liever aan de

elementaire regels van wetenschappelijke arbeid en beperke men zich tot een statistisch verantwoorde beperking van materiaal, dat voor beide methodes vergelijkbaar en gelijkwaardig is.

Literatuur: LOPES CARDOZO, P. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1406.

Eindhoven, 24 juli 1958

A. E. HENSEN

Prof. DEELMAN discussieert over een ander onderwerp dan ik bespreek. De kwesties, die hij aanroert, heb ik in principe elders kort behandeld. De algemene vraag: „onderzoek voor ons deze klier”, die de cytoloog zoals bekend, gewoonlijk zeer goed kan beantwoorden, behandelde ik niet in dit artikel over de ziekte van Hodgkin. Alvorens deze vraag meer definitief aan de orde komt, moeten de belangrijke onderdelen zijn geanalyseerd; één ervan is morbus Hodgkin.

Overigens geloof ik niet, dat men er met een antithese tussen cytologie en histologie ooit komt. Wanneer de toekomstige generatie van pathologen deze antithese en rivaliteitsgedachten niet meer kent en daarvoor in de plaats zelf eveneens van celdiagnostiek verstand krijgt, bv. door als routine bij de proefexcisies depreparaten met giemsa-kleuring te maken, zal er veel onbehagen verdwijnen en daarvoor in de plaats vooruitgang worden geboekt. Op den duur zouden zij dan ook wellicht niet meer zo aan de zg. superioriteit van coupe vasthouden en gedeeltelijk gaan voelen voor DUDGEONS stelling (al in 1930): „The smear always looks better than the section”, hetgeen overigens ook een „overstatement” zal zijn. Anderzijds, wie, zoals ik, eindelijk veel celbeelden ziet, krijgt steeds meer belangstelling en respect voor het baanbrekende werk van de histologische en histopathologische groten, bij wie wij naast BICHAT, VIRCHOW, ASCHOFF enz. toch ook enige landgenoten mogen noemen.

Trouwens, een principe dat reeds meer dan een eeuw door zovele coryfeeën is uitgebouwd, zal zeker niet verloren gaan, temeer daar dit een overgangsvorm is tussen macro-morfologie en celdiagnostiek; maar tussen ziekbed en microtoom staat tegenwoordig steeds meer als eerste frontlinie van de microscopische morfologie, de cytologie — een ruimer terrein dan alleen de celdiagnostiek — en deze selecteert dan een aantal gevallen voor proefexcisie en ander histologisch materiaal plus depreparaten. Tegen deze achtergronden gezien, is het te billijken, dat ik als begin analyses geef van de resultaten der cytologie (met de giemsa-kleuring) op een bepaald gebied. Dit keer was dit bij morbus Hodgkin (uiteraard alle gevallen zowel cytologisch als histologisch vastgesteld, anders kon ik ze niet in deze studie opnemen) en bij gevallen die histologisch ten onrechte voor morbus Hodgkin werden gehouden, terwijl ik tot nu toe geen gevallen heb, die ik cytologisch ten onrechte voor morbus Hodgkin aanzag.

De opmerkingen van collega HENSEN gaan uit van allerlei onjuiste premisses en onvoldoende informatie over mijn werk in cytologisch, klinisch, psychologisch opzicht en over de cytologie in het algemeen. Een discussie hierover zou tot een onaangename polemiek kunnen leiden. Nochtans zal ik op enkele vragen ingaan, omdat ik achter zijn commentaar toch allereerst de liefde tot zijn vak zie.

Zoals in de cytologische literatuur en in cytologische kringen algemeen bekend is en ook in mijn gevallen hier en daar bleek — nog onlangs weer bij een consult elders — is de cytologische methode om begrijpelijke redenen juist gevoeliger in de „aanlooperperiode” waarvan iedere patholoog-anatoom weet, dat het voor deze ziekte kenmerkende histologische beeld er nog niet is. Daarom (ten minste) dan geen

depreparaten bij de profexcisies gemaakt, want de vroege diagnostiek is bij deze ziekte veel waard en de pathologie kan toch op den duur deel hebben in de cytologie, al zal ze deze tak van wetenschap nooit geheel aan zich kunnen of mogen trekken.

Het tweede geval is inderdaad volgens alle overige partijen (ook nog weer de huisarts, die later veel zorg erover had toen patiënt stierf) geen morbus Hodgkin geweest. Wij kunnen deze ziekte inderdaad in bepaalde gevallen klinisch wel uitsluiten op symptomen en verschijnselen, andere objectieve gegevens en ziektebeloop.

Wij willen als medici liever (nog) geen diagnose hebben dan op grond van een voor ons moeilijk controleerbare uitspraak een tijd lang met een verkeerde diagnose en alle consequenties daarvan werken.

Iedere cytoloog weet, dat „necrosebeelden” cytologisch onderling verschillen. Soms vindt men hier en daar wel een eilandje tumorcellen of een reuzencel van Langerhans, epithelioïde cellen of tuberkelbacillen (een giemsaparaat ontkleuren en opnieuw met een tuberkelbacillkleuring analyseren). Een ander deel van zijn vragen vindt collega HENSEN enigszins terug in mijn antwoord aan Prof. DEELMAN.

Leiden, 14 augustus 1958

P. LOPES CARDOZO

BERICHTEN

BUITENLAND

AZIË. — **CHOLERACIJFERS.** Het aantal bekend geworden cholera-gevallen (tussen haakjes staat het aantal sterfgevallen) bedroeg dit jaar tot 31 juli, in India 29.372 (12.851), in Oost-Pakistan 10.386 (6.644) en in Thailand 8.964 (1.190). Ook uit Nepal, Burma en Cambodja zijn gevallen gemeld (*WHO Press*, 31 juli 1958).

CANADA. — **CHRISTIAN SCIENCE EN VERZEKERING.** In Manitoba, waar een verplichte ziekenhuisverzekering in werking trad, verzochten leden van de Christian Science Kerk van premiebetaling te worden vrijgesteld „in consideration of the rights of the individual to rely on prayer and spiritual means”. Wel bleken zij bereid zich te verzekeren tegen de ziekenhuiskosten van verloskundige hulp en van behandeling na ongeval. Maar de minister beschikte afwijzend: te omslachtige administratie (*J. Amer. med. Ass.*, 12 juli 1958, bl. 1421).

ENGLAND. — **LONDON MEDICAL EXHIBITION.** De 42e tentoonstelling van geneesmiddelen, geneeskundige toestellen en instrumenten, ziekenhuismeubels, laboratoriuminstallaties, enz. zal van 10 tot 14 november in de Royal Horticultural Hall, Westminster, worden gehouden. Adres der organisatoren: 194-200 Bishopsgate, Londen E.C. 2.

— **DE DOODSOORZAKEN VAN BRITSE RADIOLOGEN.** Twee onderzoekers gingen de doodsoorzaken na van 1377 mannelijke Britse radiologen, overleden gedurende het tijdperk 1897-1957. Dat de levensverwachting van deze specialisten geringer was (alle doodsoorzaken in aanmerking genomen) dan die der overige bevolking, bleek uit het onderzoek niet. In het jaar 1921 begon het eerste adviescomité inzake bescherming tegen stralen zijn werkzaamheden. Bij hen die vóór dat jaar reeds de radiologische praktijk uitoefenden, waren de cijfers voor kanker van huid en pancreas, en misschien ook voor leukemie, hoger dan bij de overige bevolking. Een dergelijke verhoogde kankersterfte werd niet vastgesteld bij de radiologen die ná 1920 de praktijk aanvaardden; maar het is nog te vroeg om er zeker van te zijn dat alle extra kans op kanker is uitgesloten. De uitkomsten zijn dus niet in overeenstemming met die van het Amerikaanse onderzoek. Kritiek op dit onderzoek werd enige tijd geleden in deze rubriek (bl. 1113) vermeld (*Brit. med. J.*, 26 juli 1958, bl. 187).

— **TOEKOMSTCIJFERS.** Ter gelegenheid van een bespreking in de Royal Society of Medicine over de moderne verplichtingen van de arts gaf een der inleiders terloops enkele toekomstcijfers. Hij wees op het gevaar van overbevolking, op de verlenging van de gemiddelde levensduur en op het zich wijzigende kwantitatieve evenwicht der geslachten. In het jaar 2000 zal in Engeland het aantal huwbare mannen dat der huwbare vrouwen met 350.000 overtreffen, daar het jongensoverschot bij de geboorte, dank zij de vooruitgang der geneeskunde, niet meer door een hogere sterfte van de jongens zal worden genivelleerd. Later, door de langere leeftijd van de vrouw, komt er een nieuwe tegenstelling: in het jaar 2000 zal bij de 60-jarigen en ouderen een overschot zijn van 200.000 vrouwen. Er komt dus een dag waarop „there might be an army of compulsory bachelors being looked after by a band of widowed mothers”.

Dezelfde spreker wees ook op de dreigende overbevolking in gebieden waar men met groot succes besmettelijke ziekten bestrijdt. „The conquest of malaria is a medical triumph, but medicine can not advance farther than the food supply” (Brief uit Londen in de *New Engl. J. Med.*, 1958, bl. 1304).

— **GEEN FLUOR MEER IN ANDOVER.** In 1955 besloot de gemeenteraad van Andover, dat de stad een der vier gebieden zou zijn voor een proef met fluor, van het ministerie van gezondheid. Er ontwikkelde zich een tegenactie van de bevolking met het gevolg, dat bij de jongste gemeenteraadsverkiezing geen der leden die voor het experiment hadden gestemd, werd herkozen. Dientengevolge besloot de nieuwe raad op 1 juli met ingang van 2 juli de fluorering van het stedelijke drinkwater te beëindigen (*Lancet*, 26 juli 1958, bl. 204).

— **HET VOORKÓMEN VAN CARIES.** Volgens een pas verschenen rapport van de Medical Research Council hebben tal van uit vruchten bereide dranken, zuurtjes, „lollies” en „lollipops”, en zelfs het vanwege het ministerie van gezondheid verstrekte sinaasappelsap, een zodanige zuurgraad, dat ze het oppervlak van de tanden aantasten. Deze erosie opent de toegang tot caries. Bij haar beschouwing van het rapport herinnert de redactie van de *British medical Journal* (2 aug. 1958, bl. 293) aan een meervoudige raad op het jongste congres van de Royal Society of Health gegeven: niet eten of drinken tussen de maaltijden; chocolade en andere zoetigheid beperken tot de maaltijden; de maaltijd besluiten met rauwe appel of wortel en met een mondspoeling (de kinderen wordt gezegd het water door te slikken); tandenborstelen voor het naar bed gaan.

— **VEROUDERDE BEHANDELING VAN GEESTESZIEKEN.** De redactie van de *British medical Journal* (2 aug. 1958, bl. 295) oefent kritiek uit op de uitkomsten van een onderzoek dat het departement van sociale geneeskunde van de universiteit van Birmingham in de ziekenhuizen voor geesteszieken der stad heeft ingesteld. Van meer dan 30 pct der patiënten wordt gezegd, dat zij „incapable of any work” zijn, „not even light work on the ward” kunnen doen; meer dan 40 pct behoeven „supervision in closed blocks”. „These figures will surprise those who work in hospitals which have long adopted an „open door” policy and an active programme for the rehabilitation of chronic patients”. Ook verbaast de redactie zich over de mededeling, dat voor 45 pct van de patiënten „a regular visit from a doctor” overbodig is. De Birminghamse psychiaters verschillen dus in opvatting wel sterk van de voorstanders van een „therapeutic community”.

In de *Lancet* van dezelfde datum (bl. 253) vindt men een artikel getiteld „Breaking up the mental hospital” dat de redactie van de *British medical Journal* genoegen zal doen: een „interpretation of the new outlook on the duties and