

duur van de meeste carcinomen vóór dat ze gediagnostiseerd worden, stellen dat er een tijdsruimte van enkele jaren moet verlopen tussen het ontdekken van de als precarcinoom beschouwde afwijkingen en het vinden van het carcinoom.

Met deze punten voor ogen mag dus gezegd worden, dat het als feit gestelde in de eerste alinea van de vraag niet als een feit beschouwd mag worden. Het is niet goed mogelijk, de vraag te beantwoorden of een patiënte met „adenofibrosis cystica generalisata” een grotere kans heeft op het krijgen van een mammacarcinoom, omdat deze groep een zo groot aantal verschillende afwijkingen omvat, waarvan er één, numeriek klein, misschien iets van een precarcinoom heeft. In ieder geval zijn er voor het vaststellen van een gedragslijn in de praktijk onvoldoende gegevens bekend. Waarom de toevoeging „generalisata” nodig is, is niet duidelijk.

Fibrotische schijven, die gevoeld worden door de onderzoekende arts, zijn onmogelijk nader te differentiëren. Hoewel de mammografie en de bepaling van de warmtestraling van het oppervlak van de mamma misschien enige verbetering brengen in de diagnostiek van de nog kleine mammacarcinomen is de klinische proefexcisie onder narcose met snel vriescoupe-onderzoek van een afwijking over de aard waarvan twijfel bestaat, de enige veilige weg.

Het verwijzen naar een specialist is zeker nuttig, vooral als deze bereid is, de patiënten regelmatig te controleren en een proefexcisie te doen uit afwijkende gedeelten, die niet na korte controle op verschillende tijden van de menstruatiecycclus verdwijnen. Hoewel proefexcisies niet steeds representatief zijn voor de afwijkingen in de mamma kan het pathologisch-anatomisch onderzoek toch vaak de gedragslijn bepalen bij afwijkingen die grote gebieden („generalisatie”) van de mamma innemen. Ook al is de uitslag geruststellend, is het aan te raden de patiënten ook na de proefexcisie onder controle te houden, gedurende een periode die voldoende is om te beoordelen of de veranderingen progressief zijn. Vermoedelijk is het van belang bij vrouwen vóór de menopauze een tweede proefexcisie, als deze nodig geacht wordt, in dezelfde fase van de cyclus te verrichten als de eerste. Wordt er bij de proefexcisie een hyperplasie van melkgangepitheel gevonden, dan is het zeker te verdedigen een ruime segmentexcisie te verrichten en het preparaat bijzonder nauwkeurig te onderzoeken. Vaak zal blijken, dat men bij de „onrustige mastopathie” toch met een intraductaal groeiend carcinoom te maken heeft. De verdere behandeling spreekt dan vanzelf.

Nog een andere moeilijkheid is, dat bij de enkele gevallen waarin een melkgangepitheel-hyperplasie wordt gevonden, die mogelijk iets met het ontstaan van carcinoom te maken heeft, het topografisch ver-

band tussen hyperplasie en carcinoom niet is aange-toond. Het kan best zijn, dat in deze borstklieren de beide afwijkingen naast elkaar ontstaan, op de basis van een zelfde „neiging”.

## INGEZONDEN

### VERKORTING VAN ÉEN BEEN

Vraag No. 20 (1964) en het antwoord daarop hebben ons te denken gegeven. O.i. wordt het probleem door het antwoord gebagatelliseerd, terwijl het toch immers juist de bedoeling moet zijn door het antwoord het inzicht der lezers te verdiepen, vooral omdat uit de vraag blijkt, dat er een leemte bestaat in het inzicht in orthopedische problemen:

Allereerst is nauwkeurige meting van een eventueel lengteverschil niet eenvoudig, en het zoeken naar een mogelijke oorzaak (enkelzijdige cox valga of vara, klompvoet, vroegere fractuur of ontsteking, arterioveneuze fistel, hemihypertrophia corporis enz.) mag niet achterwege blijven. Zelfs een (in de jeugd bestaand) klein lengteverschil tussen de benen kan een belangrijke afwijking worden, door de mogelijkheid van progressie in de groeiperiode, o.a. omdat keuze van, en keuring voor een beroep moeilijkheden kunnen geven, omdat men voor verzekeringen uitgesloten kan worden enz. BLOUNT acht dit belangrijk genoeg om bij de beenfractuurbehandeling bij kinderen een verkorting te laten bestaan, met het oog op toekomstige versterkte lengtegroei van het gebroken been.

Juist om latere narigheden te voorkómen, dient gewezen te worden op andere therapeutische mogelijkheden zoals het operatief ingrijpen in de lengtegroei (TRUETA, BLOUNT), vooral omdat het verhogen van één schoen gedurende jaren, mogelijk zelfs permanent, velerlei bezwaren met zich meebrengt en door leken onlogisch wordt gevonden als niet tevens het lopen zónder zulk een verhoging wordt verboden. Door voorlichting over de juiste wijze van schoenverhogen — indien dat de beste oplossing is — behoeft de huisarts in dit opzicht niet weerloos overgeleverd te zijn aan de schoenverkopers.

Wij begrijpen dat hiermee het antwoord op de gestelde vraag veel uitgebreider zou zijn geworden, maar menen dat ouders, die zich bezorgd maken over een dergelijke afwijking, recht hebben op een serieuze en deskundige voorlichting.

*Literatuur:* Vraag No. 20 (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 662.

Amsterdam, 20 april 1964

J. E. ENKLAAR,  
J. J. DE LANGE

Volkomen terecht wijzen de inzenders op de mogelijkheid om een beenverkorting niet als zodanig te aanvaarden, doch naar chirurgische correctie hiervan te streven, hetzij door regeling van de groei, hetzij door verlengen van het te korte of verkorten van het te lange been. Het zou inderdaad juist zijn geweest, indien wij in het antwoord op vraag No. 20 deze mogelijkheden hadden genoemd. Een uitvoeriger voorlichting, zoals de inzenders zich deze blijkbaar voorstellen, zou echter al spoedig de omvang krijgen van een hoofdstuk in een handboek voor orthopedie, en daardoor geheel buiten het kader van de rubriek Vraag en Antwoord vallen.

Amsterdam, mei 1964

REDACTIE