

1. een album waarin zegels met de beeltenis van een arts zijn opgenomen. Bij de samenstelling hiervan heb ik waardevolle hulp gekregen van collega C. J. SCHMEINK te Amsterdam;

2. een album waarin postzegels van het Rode Kruis;

3. een album waarin alle andere zegels een plaats hebben gekregen: zegels, uitgegeven voor de kankerbestrijding, voor de tuberculosebestrijding, voor ziekenhuizen, voor medische congressen, voor geneeskundige ingrepen (bloedtransfusie, vaccinatie) enz.

Voorlopig zal getracht worden de verzameling „artsen op postzegels” zoveel mogelijk volledig te maken. Een aantal postzegelhandelaars heeft ontbrekende zegels kunnen leveren, maar er zijn nog vele manco's. Ongetwijfeld zijn er onder de lezers van het *Tijdschrift* filatelisten die belang stellen in deze verzameling en willen helpen haar te completeren. Hier volgt de mancolijst, waarin de zegels genummerd zijn volgens de catalogus van Yvert.

Afghanistan: 382/383
 Angola: 512
 Argentinië: 598/600, 730, 789, 840
 Australië: 316
 Brazilië: 486, 748, 770, 917
 Bulgarije: 839, 895, 917
 China: 2 zegels van de volgende series: 259/72, 334/49, 405/08, 409/17, 418/22, 423/28, 464/71, 529/35, 536/39, 563/66, 584/91A, 724/35, 736/43, 802/10 en verder 1324, 1426
 Columbia: 205, 209, 249
 Columbia-Bolivar: 59/62
 Congo Brazaville: luchtpost 84
 Costa Rica: 49, 63, 72, 111/15, luchtpost 327/30
 Cuba: 215, 219/20, 264/65, 303, 360, 444, 475, 484/87, 980, expr. 3
 Dahomey: 30/32
 Dominicaanse Republiek: 87
 Ecuador: 120/21, 130/31, 163, 393, luchtpost 452
 Formosa: 1 zegel van de volgende series 35/37, 38/44, 50/65, 66/85, 86/93, 110/12, 113/18, 151A/151D en verder 529, 699
 Frans Guinee: 45/47
 Frans West-Afrika: 50
 Gabon: luchtpost 41
 Griekenland: 563
 Haïti: 392/99, 556/59, luchtpost 136/42
 Honduras 182/85, 206/07, 228
 Iran: 806, 1094/95
 Italië-Fiume: 69
 Ivoorkust: 33/35
 Japan: 478
 Joegoslavië: 303, 663
 Koeweit: 434/35
 Libanon: 43/44
 Litauen: 323/26
 Mauretanië: 14/16
 Mexico: 396/97, 695, 709
 Nicaragua: luchtpost 297/309
 Opper Senegal Niger: 15/17
 Pakistan: 225
 Panama: 168, 221/22, 272, 290, luchtpost 85
 Paraguay: 804, luchtpost 488/90
 Philippijnen: 247, 266/68, 272, 318/19, 347, 540A, 620/22
 Philippijnen-Japanse bezetting: 38
 Polen: 268, 336/38, 1098, 1775/77
 Portugees Indië: 400
 Roemenië: 1257, 1352, 1573

Salvador: 376, 516, 520, block 14, block 15

Senegal: 45, 46

Spanje: 528, 546, 833

Tsjaad: luchtpost 54

Tsjechslowakije: 330

Turkije: 1756

Venezuela: 696, luchtpost 889, 890, fisc. 108

Yemen: 164/66, 193, luchtpost 69/71

Ongebruikte of licht gestempelde zegels hebben de voorkeur. Zij die deze zegels willen afstaan, worden verzocht ze aan de redactie van het *Tijdschrift* te zenden met opgave van de kosten.

Utrecht, 5 juli 1970

W. P. PLATE

RESORPTIE OF ABSORPTIE?

Voor het intestinale proces, waarbij voedselbestanddelen na de enzymatische inwerking van de spijsverteringssappen worden opgenomen via de darmwand, wordt in de Nederlandse taal het woord „resorptie” gebruikt (vermoedelijk naar analogie van de Duitse term „Resorption”). In de Engelstalige literatuur (en ook in de Franse) wordt dit zelfde proces aangeduid met het woord „absorption”.

In het klassieke Latijn hebben de werkwoorden „sorbere” en „absorbere” nagenoeg dezelfde betekenis, nl. „opsorpen”, terwijl „resorbere” aanduidt „weer opsorpen”.

De term „resorptie” vindt dan ook terecht toepassing als er sprake is van het wederopsorpen van vooraf door het lichaam afgescheiden of opgehoopte (vloei)stoffen, bv. resorptie van een pleuritisches exsudaat, calciumresorptie bij osteoporose enz.

Voor de passage van voedselbestanddelen door de darmwand is uit taalkundig oogpunt de term „resorptie” onjuist, terwijl de Engels-Franse term „absorption” correct is.

Men kan tegenwerpen dat te zamen met de voedselbestanddelen heropname (=resorptie) plaatsvindt van een aanzienlijke hoeveelheid spijsverteringssappen, doch dit dient als een toekomstig proces te worden beschouwd. Essentieel is de toevoer van buitenaf van al die stoffen die voor het organisme onmisbaar zijn, waarbij het woord „absorptie” de voorkeur verdient boven „resorptie.”

In de natuurwetenschappen wordt „absorptie” terecht ook gebruikt voor het binden van gassen in vloeistoffen, voor het tegenhouden van stralen van bepaalde golflengte enz. Hier bestaat internationaal geen verschil in terminologie.

De term „adsorptie” valt buiten het kader van het hier besprokene. Dit is een neo-latinisme, waaraan internationaal bij afspraak een scherp omschreven betekenis is toegekend.

Daar het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* geacht kan worden toonaangevend te zijn voor de Nederlandse medische literatuur, zou ik het zeer toejuichen als de redactie de terminologische kwestie resorptie/absorptie voor het bovenaangeduide intestinale proces in dit tijdschrift ter discussie zou willen stellen.

Amsterdam, juli 1970

H. J. KLEIN OBBINK

PREVENTIEF ONDERZOEK VAN DE CERVIX UTERI TER VOORKOMING VAN STERFTE AAN CERVIXCARCINOOM

Het zij ons vergund enkele kanttekeningen te maken naar aanleiding van het artikel van collega SINDRAM (1970). Hoewel wij het geheel eens zijn met inhoud en strekking van het artikel, zijn wij van mening dat de weergave van de rubri-

cing van afwijkingen, gevonden in de vaginale uitstrijk, volgens SINDRAM overeenkomend met die van PAPANICOLAOU, niet geheel juist is. Bij SINDRAM is de betekenis van Pap. III nagenoeg gelijk aan groep II bij PAPANICOLAOU (1954) zelf. Wij laten hier een zo goed mogelijke vertaling van de indeling volgens Papanicolaou volgen:

Klasse I: Afwezigheid van atypische of abnormale cellen.

Klasse II: Aanwezigheid van atypische cellen, doch geen tekenen van maligniteit.

Klasse III: Aanwezigheid van cellen die maligniteit doen vermoeden.

Klasse IV: Een cytologisch beeld dat vrij sterke verdenking oproept van maligniteit.

Klasse V: Een cytologisch beeld dat bewijzend is voor maligniteit.

Toepassing van deze classificatie leidde in „The Papanicolaou Cytology Laboratory” in Cornell Medical Centre tot de volgende bevinding (persoonlijke mededeling van SEYBOLT aan MANSSENS): In 50% van de uitstrijkpreparaten, gerubriceerd als klasse III, werd de diagnose maligniteit histologisch bevestigd; voor klasse IV was dit getal 75% en voor klasse V ongeveer 100%.

SINDRAM maakt in zijn artikel niet duidelijk waarom hij van deze indeling is afgeweken. Tevens wordt zijn onderverdeling in klasse I en II niet uitgewerkt en toegelicht. Het is zeker te verdedigen, een indeling te maken met in totaal 4 klassen. Het is dan echter niet juist de naam van PAPANICOLAOU daaraan te verbinden.

Afgezien van alles ware het wenselijk voor een land zo klein als Nederland, één indeling te gebruiken, zodat op nationaal niveau artsen elkaar zonder veel omhaal van woorden kunnen begrijpen.

Literatuur: PAPANICOLAOU, G. N. (1954) *Atlas of exfoliative cytology*. — SINDRAM, I. S. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 916.

Arnhem, juni 1970

H. J. FURSTNER

B. J. MANSSENS

M. B. VAN DER PLAS-CATS

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van de collegae FURSTNER, MANSSENS en VAN DER PLAS-CATS zou ik graag het volgende willen opmerken.

Het was allerminst mijn bedoeling een cytologische indeling te geven die afwijkt van de oorspronkelijke indeling van Papanicolaou. Mijn betoog richtte zich echter niet tot de patholoog-anatomen, want dan zou ik geweest hebben op de wel zeer vage grens tussen klasse III (vermoeden op maligniteit) en klasse IV (vrij sterke verdenking op maligniteit) en het subjectieve element dat daardoor gemakkelijk kan insluipen, vooral als men bedenkt dat zelfs over de histologische diagnose carcinoma in situ de meningen vaak sterk uiteenlopen.

In de paragraaf „Wat te doen als het onderzoek *niet* negatief is” meende ik slechts een praktisch antwoord op deze gestelde vraag te moeten geven. Daarom konden de klassen I en II, die *wel* negatief zijn, buiten beschouwing blijven. Dat in de klassen IV en V een verdere diagnostische activiteit noodzakelijk is, lijkt algemeen aanvaard. In klasse III echter is de onzekerheid te groot om ingrepen zoals conisatie (of meer) te rechtvaardigen. De ervaring heeft geleerd dat het invoeren van de cytodiagnostiek gemakkelijk leidt tot te grote operatieve activiteit.

Als ik adviseer, in klasse III af te wachten, is dat advies niet gebaseerd op een wijziging in de cytologische beoordeling van deze groep. Dit advies heeft slechts tot doel, minstens de helft van de patiënten *onnodig* onderzoek te besparen, zon-

der dat het uitstel de andere helft van de patiënten aantoonbaar schade berokkent, aannemende, dat alle patiënten goed onder controle blijven. Om deze terughoudendheid te rechtvaardigen legde ik er met opzet de nadruk op, dat in klasse III de atypische cellen (nog) niet als cacinoomcellen te herkennen zijn. Ik begrijp niet goed waarom collega FURSTNER e.a. dit bestrijden. Immers, als zij in een uitstrijk cellen vinden die wel de kenmerken van carcinoomcellen hebben, zullen zij deze uitstrijk toch rubriceren in de klasse IV of V. Valt de cytologie nog in de klasse III van Papanicolaou, dan heeft naar mijn mening de patiënt recht op „the benefit of the doubt” en moet men afwachten hoe het cytologische beeld zich verder ontwikkelt.

Amsterdam, 10 juli 1970

I. S. SINDRAM

AMNIOSCOPIE EN MICROBLOEDONDERZOEK

Amnioscopie en microbloedonderzoek zijn sinds kort populair in de verloskunde. In hun artikel hebben GEVERS en RHEMREV (1970) luidens de titel getracht het resultaat van de toepassing van deze onderzoeksmethoden na te gaan. Het zwaartepunt van hun onderzoek ligt in de groep „serotiniteit”.

Bij 87 zwangeren die amnioscopisch werden gevolgd, werd 80 maal „terecht” afgewacht of ingeleid. Onder „terecht” wordt kennelijk verstaan dat het doen en laten van de obstetricus in overeenstemming was met de tevoren door hem opgestelde richtlijnen. Deze hielden hier in, dat amnioscopie werd verricht van de tiende dag na de à-terme-datum af (soms van de 11e tot 14e dag af) en dat de baring werd ingeleid wanneer groen of zeer weinig vruchtwater werd gezien. Bij de richtlijnen hoorde ook het verrichten van microbloedonderzoek onder bepaalde omstandigheden.

In deze serie van 80 „terecht” ingeleide of niet ingeleide patiënten werden vier kinderen met een lage Apgarscore geboren. Bij drie van deze werd echter geen microbloedonderzoek verricht, ondanks de aanwezige indicaties, zodat naar onze smaak de aanduiding „terecht” hier verwarrend werkt.

Bij zes patiënten werd niet volgens de richtlijnen gehandeld. In deze groep werden twee kinderen met een lage Apgarscore geboren.

Eén patiënte werd buiten beschouwing gelaten, daar per ongeluk de vliezen braken.

In feite werd dus bij 77 patiënten volgens de richtlijnen gehandeld en bij negen niet volgens de richtlijnen. Het aantal kinderen met lage Apgarscore bedroeg resp. 1 en 5. Op het eerste gezicht dus een zeer gunstig resultaat.

Het is ons inziens echter niet mogelijk, de vraagstelling: „hebben amnioscopie en microbloedonderzoek een gunstig effect op de neonatale morbiditeit?”, op deze wijze te beantwoorden.

Ten eerste zijn de beide basisgegevens waarmee in dit deel van het verslag gewerkt wordt, vrij vaag. Dit moge ten dele onvermijdelijk zijn, de wijze waarop men tot de diagnose resp. de score kwam, is nauwelijks omschreven.

Ten tweede: bij vier van de kinderen met een lage Apgarscore (nl. 1.1.1.2.b, c en d, en 1.1.2.a) is niet aangetoond en ook niet waarschijnlijk dat bij een juiste behandeling de Apgarscore niet even laag zou zijn geweest. Deze vier gevallen figureren in de — naar onze maatstaven — niet volgens de richtlijnen behandelde groep, zodat in beide groepen één kind met lage Apgarscore (eenmaal = 0) overblijft.

Ten derde: een controlegroep ontbreekt, tenzij men de negen patiënten die om de één of andere reden niet volgens de richtlijnen behandeld werden, als zodanig wil beschouwen — maar dat lijkt ons ontoelaatbaar.