

loont de moeite om bij visusklachten zeer zorgvuldig de oogfuncties na te gaan.

Terughoudendheid bij keuren en afkeuren werd ook bepleit door Vos, ten aanzien van werkers met laserstralen. Uit angst voor de mogelijke gevolgen van netvliesverbranding heeft men vaak een stringent maar betrekkelijk zinloos keuringsprogramma opgezet; men bedenke dat het hoofddoel van de keuring in dat geval het vastleggen van de status is voor het geval van wettelijke aansprakelijkheidsvorderingen.

Veel oogklachten betreffen het lezen. Daarom was de bijdrage van prof. dr. H. BOUMA (Instituut voor Perceptie Onderzoek IPO, Eindhoven) van belang. Hij sprak over leesgedrag, tekstkwaliteit en grafische vormgeving. Als men weet hoe mensen lezen, de blik verspringend van woordgreep naar woordgreep en terugspringend bij elke nieuwe regel, begrijpt men iets meer van de vuistregels die de grafisch ontwerper al lang hanteert. Maar men kan dan ook verstandige dingen zeggen over de grafische eisen voor geheel nieuwe communicatiemediën zoals met name de beeldschermen.

Beeldschermen kwamen ook aan de orde in het betoog van de heer H. J. LEEBEEK (Instituut voor Zintuigfysiologie TNO, Soesterberg) die duidelijk maakte dat beeldschermen verlichtingskundig geen principieel nieuwe voorzie-

ningen vragen. Als de oude regels met betrekking tot glans en verblinding goed zouden worden opgevolgd, zouden schermen niet zoveel problemen geven. Ingaande op de eerder vermelde presbyopieproblemen stelde hij dat de behoefte aan bi- en zeker aan tri-focale brillen vooral wordt gevoeld bij een slecht doordachte plaatsing van beeldschermen. De ergonomie van het ontwerpen en het plaatsen van beeldschermen laat veelal nog zeer veel te wensen over.

De dag werd afgerond met een betoog van dr. G. H. JONKERS (oogarts, Schiedam en voorzitter van de werkgroep Ergofoetalmologie van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap), die zich afvroeg of in de toekomst niet zou moeten worden gewerkt aan een subspecialisatie in de oogheelkunde door een opsplitsing ervan in een ziektekundige, een heelkundige en een ergofoetalmologische lijn. Daarmee haakte hij in op de door prof. CRONE in zijn inleiding gestelde vraag. Het zal niemand verbazen dat tijdens de vergadering geen antwoord werd gevonden. Men zou kunnen stellen: de oogheelkunde zal zeker niet af willen haken, maar hoe ze wil inhaken blijft vooralsnog duister. Deze congresdag in Noordwijkerhout kon slechts een aanzet tot verder denken zijn.

Februari 1980

INGEZONDEN

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

Colon- en rectumcarcinoom: een retrospectief onderzoek

Het is verheugend dat het vrijwel volledige stilzwijgen in de Nederlandse literatuur omtrent de tweede doodsoorzaak aan maligniteit in ons land, het colon- en rectumcarcinoom, wordt verbroken door het zeer lezenswaardige artikel van de collegae VOETS e.a. (1980). Er zijn bij mij een aantal vragen gerezen:

1. „De 5-jaarsoverleving bij patiënten met een tumor behorende tot de groep Dukes-A bedraagt gecorrigeerd 62%, bij de overige patiënten 22%.” Dit is niet in overeenstemming met de schaarse nationale en de rijke internationale literatuur. Tumoren uit de groep Dukes-A hebben een gecorrigeerde 5-jaarsoverleving van omstreeks 90%; Dukes-B omstreeks 70%; Dukes-C omstreeks 20 à 30%. De door de auteurs berekende cijfers voor de genoemde subgroepen komen ook niet overeen met de 5-jaarsoverleving van 43% over de gehele groep. Een aantal verklaringen zijn mogelijk: a. de groepen zijn te klein; b. de histologische typering is onjuist geweest. Het is bekend dat hoe zorgvuldiger men lymfeklieren in het resectiepreparaat bekijkt des te vaker metastasen worden gevonden; c. er is gezondigd tegen oncologische operatieprincipes (wijde resectie, toepassing van de no-touch isolation technique).

2. In de samenvatting staat: „Het percentage recidieven is 20.” Ik neem aan dat bedoeld is het percentage lokale recidieven.

3. „Als aanvulling op een goede klinische follow-up is het wellicht van belang de titer van het CEA regelmatig te controleren.” Bedoeld zal zijn de poliklinische follow-up. Uit de vele publikaties kan de conclusie worden getrokken

dat alleen een zeer frequente bepaling van het CEA, maandelijks, van nut zou kunnen zijn ter bepaling van het tijdstip van een second-look-operatie.

4. Ook in de Nijmeegse regio is het gemiddelde delay zeer hoog. Ik mis een oproep aan de eerste-lijnsgeneeskunde om bij patiënten met vage klachten consequent de faecaliën na te zien op occult bloed.

Literatuur: VOETS, W. A., J. B. J. BOEREMA en W. J. H. SCHMIDT (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 423.

Alkmaar, april 1980

P. DE RUITER

Verwijzen of zelf behandelen?

Het artikel van collega KENTER (1980) snijdt een groot probleem voor alle huisartsen aan. Uit het commentaar vooraf van prof. DOKTER (1980) leid ik af, dat de redactie zich daar wel van bewust is geweest. Toch bevredigt mij de teneur van beide artikelen niet. Men kiest niet duidelijk, men neemt niet voldoende stelling. Ik had liever gezien dat men begon met te erkennen dat het beleid van collega KENTER in principe juist was geweest. Hij handelde zorgvuldig. Hij vervolgde zijn patiënte en verwees, toen zijn voorlopig uitgangspunt niet bevestigd werd door het be- loop, na zelf die onderzoeken te hebben geëntameerd die de meeste kans boden om ernstigere aandoeningen uit te sluiten.

De vraag of de 5 weken interval tussen de eerste presentatie van de klachten en het vervolgonderzoek als een verzuim moet worden aangemerkt, wordt eigenlijk niet