

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

beantwoord. Het veralgemeniseren van die vraag naar: „Moet de huisarts elke oudere patiënt met vage buikklachten direct doorverwijzen?” ontwijkt de vraag van KENTER: „Was het niet wenselijk geweest (*deze*) patiënte direct na haar eerste bezoek aan de huisarts door te verwijzen naar de chirurg?”. Daarop geeft DOKTER maar zijdelings antwoord: „Het enige wat men zich af kan vragen, is in hoeverre de patiënte . . . al eerder zulke klachten had.” M.a.w. of het een voor haar ongewoon verschijnsel was (cursivering van mij).

Het raakt een essentieel punt van de huisartsgeneeskunde. De klachten van de patiënt vormen het belangrijkste element in de probleemanalyse, ook bij (en niet: alléén bij) negatieve bevindingen tijdens het verzamelen van ondersteunende gegevens. Daarbij is het vergelijken van het zich voelen *nu* met het zich voelen *daarvoor*, waarbij juist de huisarts in het voordeel is, uiterst belangrijk. Een plotselinge en (of) onverklaarbare verandering moet alarmerend zijn. De mate van alarm bepaalt in welk tempo en op welk moment men uitbreiding aan zijn onderzoek zal geven. Hierover zijn geen gegevens beschikbaar. Of de op zichzelf juiste gedragslijn van KENTER in dit geval anders zou hebben moeten zijn, onttrekt zich daarom aan de beoordeling. Daardoor komt ook de uitspraak: „Deze beleidslijn dient in het algemeen gevolgd te worden”, in gevaar. Ik betreur dat. Dit nog te meer omdat de consequenties van het onmiddellijk verwijzen niet zonder meer een tijdswinst van 5 weken opleveren. De praktijk leert dat ook daarna aanzienlijke vertragingen in de probleemoplossing kunnen optreden.

Waar het om gaat is of de in het algemeen als juist te beschouwen gedragslijn in dit bijzondere geval getoond heeft te falen. Zelfs dat staat m.i. te bezien. Daarvoor zou moeten worden aangetoond dat inderdaad 5 weken zouden zijn bespaard bij verwijzing, maar óók dat patiënte in die 5 weken voor metastasering zou zijn behoed door het handelend ingrijpen van de chirurg. Is de prijs voor 5 weken afwachten en observeren werkelijk het verschil tussen leven en dood geweest? Wie dat denkt of kan aantonen, moet voortaan grote groepen functionele lijders onderwerpen aan onnodig belastend en voor sommigen psychisch invaliderend onderzoek, want dát is de consequentie van het prijsgeven van een beleid van kritisch begeleiden, zoals hier kennelijk is gevolgd!

Literatuur: DOKTER, H. J. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 464. – KENTER, E. G. H. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 465.

Haarlem, april 1980

W. W. OOSTERHUIS

De noodzaak van medisch-wetenschappelijk onderwijs

Het hoofdartikel van prof. JONGKEES (1980) is mij recht uit het hart gegrepen. Werkzaam als wetenschappelijk medewerker in een universiteitskliniek valt het mij steeds meer op, hoe laag de prioriteit is, die gegeven wordt aan wetenschappelijk onderzoek door de verschillende overheden. Men stelt wel regelmatig, dat er meer wetenschappelijk onderzoek gedaan moet worden in de universitaire klinieken, maar dit mag niet ten koste gaan van de gezondheidszorg op korte termijn. Lange-termijnplanning speelt hier kennelijk geen rol. Als gevolg van dit beleid is er binnen de 60+-urige werkweek, die wetenschappelijke medewerkers in een universitaire kliniek maken, slechts incidenteel tijd voor wetenschappelijk onderzoek. Men vindt, dat wetenschappelijk onderzoek een hobby dient te zijn, die voor het grootste deel in de vrije tijd uitgeoefend dient te worden. „Als wetenschapsman werk je desnoods de hele nacht door.” 's Ochtends om 8 uur begint dan weer een 10-urige werkdag, diensten buiten beschouwing gelaten.

Van dit beleid dreigt de patiënt inderdaad de dupe te worden, zoals prof. JONGKEES terecht opmerkt. Een ander punt is echter minstens even bedenkelijk: Het feit, dat wetenschappelijke medewerkers zich in universitaire klinieken vestigen met de verwachting, dat ze dáár de kans krijgen in alle rust wetenschappelijk werk te verrichten. Door het gevoerde beleid dreigt deze verwachting steeds meer gefrustreerd te worden. Hoe meer dit het geval is, hoe minder potentiële wetenschapsbeoefenaars er in onze universitaire klinieken over zullen blijven om de gezondheidszorg op een aanvaardbaar niveau te houden. Een zorgwekkende ontwikkeling!

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 809.

Oegstgeest, mei 1980

J. H. NAUTA

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Cariesprofylaxe door inenting met een gezuiverd antigeen van Streptococcus mutans bij rhesus-apen. – Uit proeven op ratten en apen is gebleken dat inenting met een vaccin van *Streptococcus mutans* bescherming biedt tegen het ontstaan van gebitscaries. Het bacteriële vaccin bevat echter meer dan 40 antigenen waarvan er waarschijnlijk maar enkele nodig zijn voor de opwekking van de beoogde immuniteit. T. LEHNER e.a hebben uit de bacterie een proteïne geïsoleerd waarmee bij inenting bij rhesus-apen dezelfde cariesvermindering kan worden bereikt als met het bacteriële vaccin. Deze antistoffen bereiken via de tandzakjes de tandoppervlakte en bewerken daar de fagocytose van de streptokokken door de langs dezelfde weg daar geraakte

leukocyten. Waarschijnlijk wordt door de antistoffen ook de hechting van de *Streptococcus mutans* aan het tandoppervlak tegengegaan. De reductie van de tandcaries bij de geïmmuniseerde apen, vergeleken met een controlegroep, bedroeg 70%. De bouw van de tand van de rhesus-aap toont sterke gelijkenis met die van de mensentand. Men acht de resultaten van de proeven dan ook van betekenis voor de cariesprofylaxe bij de mens. (*Lancet* (1980) I, 995.)

ZWEDEN

De eerste grote epidemie van de legionairsziekte buiten de Verenigde Staten. – In de periode van 28 augustus tot 21 september 1979 heerste in de in midden-Zweden gelegen stad Västerås een epidemie van de legionairsziekte. Van de 100.000 inwoners werden 66 personen in de leeftijdsgroep van 26-91 jaar ziek met longontsteking, waarbij vaak intes-