

van wie 11 mét en 3 zonder verschijnselen van proctitis. Vier van hen hadden bovendien een andere infectie: *Campylobacter* (2 maal) resp. gonokokken en *Entamoeba histolytica*. Bij drie patiënten betrof de Chlamydia-infectie een L-type; hun rectumslijmvlies was uiterst kwetsbaar, diffuus hemorragisch ontstoken met cryptabcessen, granulomen en reuscellen, een beeld dat vrijwel niet was te onderscheiden van enteritis regionalis. De overigen hadden niet-LGV-typen. Rectoscopisch vond men hier plaatselijk kwetsbaar of erythemateus slijmvlies en bij één patiënt kleine ulcera; in biopten vormden verspreide granulocyten in de lamina propria de enige afwijking.

Serologisch onderzoek bleek weinig te kunnen bijdragen aan de diagnose in de acute fase. Alleen patiënten geïnfec-teerd met een L-type hadden van meet af aan een antistof-titer van 1:2048. Bij de anderen waren de titers te laag om diagnostische betekenis te hebben. Wel volgde er meestal na 3 weken tot 3 maanden een ten minste viervoudige titerstij-ging.

De patiënten werden allen behandeld met tetracycline, 2 g per etmaal gedurende twee tot drie weken, waarop de sub-jectieve en objectieve verschijnselen bij iedereen verdwe-nen. De schrijvers komen tot de slotsom dat proctitis ten

gevolge van infectie met Chlamydia, ook van het niet-LGV-type, nogal eens voorkomt en dat behandeling met tetracycline doeltreffend is. Zij menen voorts dat de rol van Chlamydia bij andere ontstekingsachtige darmziekten (zoals enteritis regionalis) verder onderzoek verdient.

Intussen blijkt wisselend anaal geslachtsverkeer nog an-dere darminfecties te kunnen veroorzaken. Zo vonden PHILLIPS en medewerkers (1981) bij sommigen van 99 ho-mo- of biseksuele mannen infecties met één of meer van de volgende parasieten: *Entamoeba histolytica* (16), *Giardia lamblia* (4) en wormen (3 maal *Strongyloides*, 1 maal *Tri-chiura*). Met uitzondering van één worminfectie werden dergelijke parasieten niet gevonden bij 64 heteroseksuele mannen. Behalve dat degenen met *E. histolytica* soms bloed of slijm bij de ontlasting hadden waren er geen symptomen die aan de infecties konden worden toegeschreven.

*Literatuur:* PHILLIPS, S. C., D. MILDVAN, D. C. WILLIAM e.a. (1981) *New Engl. J. Med.* 305, 603. – QUINN, T. C., S. E. GOODELL, E. MKRTICHIAN e.a. (1981) *New Engl. J. Med.* 305, 195.

J. GEERLING

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Subsidie van de Dr. Saal van Zwanen-bergstichting*

De Dr. Saal van Zwanenbergstichting brengt ter kennis van belanghebbenden dat tot 10 maart 1982 gelegenheid bestaat aanvragen in te dienen voor subsidies ten behoeve van activiteiten die op enigerlei wijze bijdragen tot de ont-wikkeling van nieuwe geneesmiddelen of nieuwe vormen van farmacotherapie. De aanvragen kunnen betreffen: Een eenmalige bijdrage in de kosten van onderzoeken die van waarde zijn voor de farmacotherapie bij mens of dier; de voorkeur gaat hierbij uit naar klinische of veterinaire-klinische onderzoeken, maar ook aan andere projecten zal door de jury aandacht worden besteed. – Het subsidiëren van jonge onderzoekers (tot 35 jaar) ten behoeve van een verblijf in een ander instituut. – Het subsidiëren van om-schreven kosten (bijv. reis- en verblijfkosten van promi-nente sprekers) ten behoeve van hier te lande te houden congressen, conferenties en workshops.

Financiering van personeel en van congresbezoek komt

in het algemeen niet voor subsidiëring in aanmerking. Aanvragen voor apparatuur zullen niet in behandeling worden genomen, tenzij de voorgenomen toepassing dui-delijk binnen de doelstellingen van de Stichting valt.

Voor het verkrijgen van een subsidie dient men een schriftelijk verzoek, mede ondertekend door het hoofd van de afdeling waar gegadigde werkzaam is, te richten aan de voorzitter van de jury, prof. dr. E. L. Noach, Farmacolo-gisch Laboratorium, Sylviuslaboratoria, Wassenaarseweg 72, 2333 AL Leiden, onder vermelding van voor de beoor-deling noodzakelijke gegevens, zoals: (a) persoonlijke ge-gevens; (b) een omschrijving van het te subsidiëren onder-zoek en de daarbij toe te passen methoden, alsmede de benodigde financiële middelen; (c) het doel van een ver-blijf aan een ander instituut; (d) het programma van de wetenschappelijke bijeenkomst waarvoor een bijdrage wordt gevraagd; (e) argumenten op grond waarvan wordt verwacht dat de subsidie zal kunnen bijdragen tot de ont-wikkeling van nieuwe geneesmiddelen of nieuwe vormen van farmacotherapie.

## INGEZONDEN

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

### *Cervixcarcinoom en carcinoma in situ in de regio Haarlem in de periode 1965-1979*

Met bijzonder veel belangstelling hebben wij het oor-spronkelijke stuk van collega OEBERIUS KAPTEYN (1981) bestudeerd. Het artikel kan een belangrijke poging ge-noemd worden om d.m.v. retrospectief onderzoek cijfers te verstrekken over de incidentie van het cervixcarcinoom en carcinoma in situ. Wij betreuren het echter, dat de cijfers

zonder meer als niet geheel betrouwbaar aangemerkt moeten worden. Patiënten uit genoemde regio, die lijden aan een cervixcarcinoom, carcinoma in situ of ernstige dys-plasie zullen zeker niet alleen voor diagnostiek en behan-deling komen via het kanaal waardoor de gegevens de schrijver bereikt hebben. Het is zonder meer duidelijk dat een niet onaanzienlijk aantal patiënten uit deze regio o.a. ook behandeld zal zijn in het Academisch Ziekenhuis te Leiden, in het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Uni-versiteit, in het Wilhelmina Gasthuis, in het Antoni van

Leeuwenhoekziekenhuis en in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (de laatste 4 in Amsterdam).

Voor onze eigen kliniek gaat het in genoemde periode over 8 patiënten met een cervixcarcinoom en een veelvoud van dit aantal patiënten dat behandeld werd i.v.m. een ernstige dysplasie of een carcinoma in situ. Het is zeer aannemelijk dat vergelijkbare getallen ook in de andere genoemde klinieken gevonden worden.

Het is jammer dat vóór de bewerking van het materiaal geen contact met deze klinieken is opgenomen, ten einde bij dit onderzoek ook tot werkelijk betrouwbare gegevens te komen. Uiteraard zijn wij ten allen tijde bereid om met collega Oeberius Kapteyn in overleg te treden om d.m.v. een bewerking van ons materiaal zijn gegevens betrouwbaar te maken.

*Literatuur:* OEBERIUS KAPTEYN, J. L. TH. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1865.

Amsterdam, november 1981

G. H. DIJKHUIZEN  
J. J. VAN DER HARTEN  
J. I. PUYENBROEK

De problemen, waarop de collegae Dijkhuizen, Van der Harten en Puyenbroek gewezen hebben met betrekking tot de nauwkeurigheid der cijfers zijn door mij bij de aanvang van het onderzoek onderzocht. In de kleine letters van het artikel heb ik vermeld dat slechts weinig „lekkage” plaatsvindt naar andere pathologisch-anatomische laboratoria. Men moet namelijk rekening houden met het feit dat weliswaar behandelingen in ziekenhuizen buiten de regio plaatsvinden, maar meestal pas nadat de afwijking door middel van een proefexcisie in ons archief terechtgekomen is. Ik ben me ervan bewust dat de cijfers, die door decimale achter de komma misschien grote nauwkeurigheid suggereren, op deze exactheid geen aanspraak kunnen maken. Het zijn praktische bezwaren die mij ervan hebben weerhouden om de archieven van ziekenhuizen buiten de regio in mijn onderzoek te betrekken. Tenslotte ben ik ervan uitgegaan dat de onnauwkeurigheden gedurende de periode 1965-1979 ongeveer in dezelfde mate elk jaar in de getallen tot uiting zouden komen, zodat onderlinge vergelijking van deze getallen verantwoord leek.

Haarlem, december 1981 J. L. TH. OEBERIUS KAPTEYN

### *De anamnese van urine-incontinentie bij de vrouw*

Na het lezen van het artikel van de collegae DE LAAT en MEUWISSEN (1981) zou ik een aanvulling willen geven. In het vragenlijstje mis ik de mijns inziens belangrijke vraag: „Heeft u vaak last van blaasontsteking?”

Van een cystitis is het bekend dat deze incontinentia urinae kan veroorzaken. Maar tevens wordt urine-incontinentie, alsmede ook een verhoogde mictiefrequentie en urge gevonden bij vrouwen, die lijden aan een chronische ontsteking van de blaasbodem en urethra, of te wel trigonitis-urethritis. Deze ontsteking veroorzaakt door lokaal oedeem een insufficiënt afsluitmechanisme van de blaas. Daarnaast zijn er nog andere urethra- en blaasaandoeningen, waarbij men regelmatig incontinentia urinae vindt. Ik denk aan interstitiële cystitis, blaasstenen en blaastumoren.

Gezamenlijke diagnostiek van elke incontinente patiënte door gynaecoloog en uroloog zal in de regel een betere

indruk geven over de genese van de incontinentie dan gynaecologisch onderzoek alleen. TURNER-WARWICK en WHITESIDE (1977) stellen terecht dat geen anamnese zo onbetrouwbaar is als de incontinentie-anamnese.

Het urodynamische onderzoek stelt ons in staat subjectieve klachten te objectiveren. Op deze manier kunnen wij ons informeren of wij te maken hebben met een detrusordan wel een sphinctercontinentie of met een mengvorm. Helaas gebeurt het in verschillende klinieken tegenwoordig maar al te vaak dat patiënte eerst een mislukte anti-incontinentie-operatie moet ondergaan alvorens zij naar de uroloog wordt verwezen voor urologisch-urodynamische diagnostiek.

*Literatuur:* LAAT, W. N. G. M. DE en J. H. J. M. MEUWISSEN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1890. — TURNER-WARWICK, R. en C. G. WHITESIDE (1977) *Urologic clinics of North America*. Saunders, Philadelphia

Heerenveen, december 1981

J. W. VAN CAPELLE

Gaarne willen wij collega Van Capelle danken voor zijn belangstelling en zijn opmerkingen. Uiteraard is het zo dat het symptoom incontinentie ons altijd zal moeten doen denken aan een blaasontsteking. Naast een gerichte anamnese mag het onderzoek van de urine hierbij dan ook niet ontbreken.

Graag willen wij er nogmaals op wijzen dat onze vragenlijst was bedoeld als eerste oriëntatie over het bestaan, de ernst en de vorm van incontinentie. Anderzijds is het ons gebleken dat wanneer de antwoorden zonder uitzondering en reproduceerbaar in het door ons gestelde kader vallen en in overeenstemming zijn met de bevindingen bij klinisch onderzoek, men er bijna van overtuigd mag zijn met zuiwere stress-incontinentie te maken te hebben.

Wij zijn het tenslotte geheel met collega Van Capelle eens dat goede gynaecologische én urologische diagnostiek iedere vorm van therapie vooraf dienen te gaan.

Eindhoven, december 1981

W. N. DE LAAT  
J. H. J. M. MEUWISSEN

### *De patiënt wikt, de dokter beschikt?*

De klinische les van collega Bos (1981) heeft mij zeer aangesproken. Inderdaad hebben wij soms moeite met patiënten die niet bereid zijn een op het eerste gezicht verantwoord medisch advies op te volgen. Behalve de juiste opmerking dat wij altijd naast de patiënt moeten staan, is een opmerking van NEUHAUSER en LEWICKI (1975) van belang ten aanzien van de begripsverwarring over (5-jaars-) overleving en verlenging van de levensduur. De overlevingsduur wordt in het algemeen berekend vanaf het moment van de (meestal operatieve) ingreep. Verlenging van de overlevingsduur zou echter moeten worden berekend uit het verschil tussen de feitelijke overlevingsduur en de overlevingsduur zonder medisch ingrijpen. Dit verschil is, behalve in acuut levenbedreigende situaties, kleiner dan de werkelijke overlevingsduur. Niet zelden wordt het leven als gevolg van medisch ingrijpen zelfs bekort.

*Literatuur:* BOS, B. H. M. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1593. — NEUHAUSER, D. en A. M. LEWICKI (1975) *New Engl. J. Med.* 293, 226.

Zoetermeer, oktober 1981

A. N. DE WOLF