

rhonchi. Droge rhonchi zijn in het Engels veelal synoniem met „wheezes”, een term die bij ons meer wordt gereserveerd voor een fluitend geluid op één bepaalde plek, door JORDAN (1976) zelfs stenosegeruis genoemd. Vochtige rhonchi worden door de Engelsen ook wel crackles genoemd en door sommigen (BOUCHIER en MORRIS 1976) gelijkgesteld met crepitations.

Het wordt allemaal pas echt verwarrend als men bedenkt, dat droge rhonchi door zoiets vochtigs als slijm in de grotere luchtwegen kunnen worden veroorzaakt, vochtige rhonchi door zoiets droogs als longfibrose en dat droge crepitations veelal tot de vochtige rhonchi worden gerekend. Een bezwaar is dat enerzijds de adjectieven droog en vochtig gebruikt worden om een akoestische gewaarwording associatief weer te geven en dat ze anderzijds ook letterlijk kunnen worden geïnterpreteerd en aldus verwijzen naar de wijze van ontstaan van de bijgeluiden. Zolang men het niet eens is over het ontstaan van deze longgeluiden (tabel 1) maken veel schrijvers nog hun eigen indeling (tabel 2). Volgens FORGACS (1978) is er maar één manier om uit de impasse te geraken en wel terugkeren tot de terminologie van Laennec. Men kan echter moeilijk woorden hun oorspronkelijke betekenis teruggeven als ze thans in een andere betekenis worden gebruikt.

„La caque sent toujours le hareng”, de ton zal steeds naar haring blijven stinken en daarom hebben ROBERTSON en COOPE (1957) een nieuwe indeling voorgesteld in „continuous sounds” (wheezes) en „interrupted sounds” (crackles). Deze hebben in de Engelstalige literatuur nu vrij algemeen ingang gevonden. Ruim twee eeuwen voor Laennec schreef Montaigne reeds: „La langue est la partie par laquelle les medecins connaissent les maladies du corps”,

INGEZONDEN

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

Bevolkingsonderzoek op mammacarcinoom

Het is verheugend dat de discussie over vroege opsporing van mammacarcinoom wordt voortgezet door een autoriteit als ZWAVELING. Gaarne reageer ik op zijn commentaar in het tijdschrift (1982).

In de eerste plaats natuurlijk, waar Zwaveling stelt dat ik een „onjuiste voorstelling van zaken” geef omdat ik „volledig voorbij ga aan de zg. interval-kankers” en dat het onjuist is als ik schrijf „daarentegen (zijn) borstkankers die kleiner zijn dan 1 cm in 90% van de gevallen nog niet uitgezaaid: zij kunnen volledig worden genezen”. Het artikel in *NRC-Handelsblad* was bestemd voor de Nederlandse vrouwen en niet voor de medici. In mijn oorspronkelijke manuscript stond o.m.: „De gemiddelde latente periode wordt geschat op 18 jaar. En er is een kleine minderheid (ongeveer 10%) die zo snel groeit dat ze bij periodiek onderzoek niet kan worden ontdekt.” De redactie vond dit gedeelte niet essentieel en heeft het geschrapt. Ikzelf vind het ook niet een essentieel onderdeel van mijn betoog dat luidt: 90% van de tumoren zijn in een vroeg stadium met mammografie op te sporen en in dat vroeg stadium zijn ze beter te behandelen dan in een later stadium.

Wat mijn tweede onjuistheid betreft: het onderzoek van Bedwani, waaraan Zwaveling uitvoerig refereert, is een retrospectief onderzoek met telkens 50 achtereenvolgende

waarbij hij de tong niet zozeer beschouwde als een smaakorgaan (de fijnproeverij van de diabetische urine was in zijn tijd nog niet bekend), maar veeleer als spraakorgaan. Ik hoop, dat deze slagvaardige Franse frase niet hol klinkt in de oren van onze leermeesters in de fysische diagnostiek en dat de kopstukken de koppen bij elkaar zullen steken om ook in ons land tot een eensluidende beschrijvende en niet-interpretierende nomenclatuur te komen van bijgeruis van de ademhaling.

LITERATUUR

BOUCHIER, I.A.D. en J.S. MORRIS (1976) *Clinical skills*. Saunders, Londen.

FORGACS, P. (1967) *Lancet II*, 203; (1978) *Lungsounds*. Baillière, Tindall & Cox, Londen. (Nederlandse vertaling (1980) *Ademgeluiden*. De Tijdstroom, Lochem.)

FORMIJNE, P. en E. MANDEMA (1979) *Leerboek der anamnese en der fysische diagnostiek*. 9e druk. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.

GROEN, A.S. en M.C.P. BRAAT (1978) In: G.J.H. HOLLANDER, *Interne geneeskunde*. 5e druk. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.

JORDAN, F.L.J. (1976) *Algemeen lichamelijk onderzoek*. 7e druk. Bijleveld, Utrecht.

LAENNEC, R.T.H. (1889) *De l'auscultation médiate*. Brosson et Claudé, Parijs.

LOPES CARDOZO, E. en J.A. DE FOCKERT (1979) *Fysische diagnostiek*. Spruyt, Van Mantgem en De Does, Leiden.

ROBERTSON, A.J. en R. COOPE (1957) *Lancet II*, 417.

Juli 1982

ziektegeschiedenissen uit 742 verschillende ziekenhuizen, terugwerkend vanaf 31 december 1972. De beperkingen van een dergelijke verzameling van gegevens uit „abstracts of medical records” en „registry data” worden door de auteurs zelf erkend. Er is bijv. geen evaluatie van de kwaliteit van de gegevens mogelijk (de opgegeven tumorgrootte suggereert een behoorlijke graad van onnauwkeurigheid), de overlevingspercentages zijn minder betrouwbaar door een wisselend percentage van patiënten, die verloren gingen in de verschillende subgroepen en er is twijfel aan de uniformiteit van de staging. Indien de resultaten van dit onderzoek al maatgevend zijn, dan is dit uitsluitend voor de middelmaat en dat is altijd minder dan hetgeen haalbaar is. Tenslotte gaat het in deze studie over alle patiënten die in een bepaalde tijd werden geregistreerd en wij mogen aannemen, dat een belangrijk deel daarvan zich presenteerde met klinische symptomen. Mijn betoog gaat over a-symptomatische vrouwen en ik verwijs naar de gegevens van screeningsprogramma's (bijv. LETTON e.a. 1981, 93% ziekte-vrije overleving na 5 jaar, geen patiënten verloren in follow-up).

Zwaveling: „Wij weten helaas nog niet of vroege opsporing inderdaad leidt tot meer kans op genezing voor de vrouw met borstkanker dat systematische landelijke screening zinvol is.” Er zijn meer dan voldoende gegevens die laten zien dat de prognose beter is naarmate de tumor

kleiner is ten tijde van de behandeling (FISHER e.a. 1969; SAY e.a. 1974) en dat geldt niet alleen voor mammacarcinoom. Het HIP-programma toonde aan, dat de sterfte aan mammacarcinoom na 5 jaar 30% lager was in de gescreende groep dan in de controlegroep. Is dat niet genoeg? Daar laat de commissie van de Gezondheidsraad zich niet over uit. Wel meent deze commissie, dat de lopende Nederlandse projecten zullen moeten uitwijzen of de Amerikaanse bevindingen in Nederland kunnen worden bevestigd, maar ook de buitenlandse deskundigen in Wolfheze bijeen, wezen erop, dat de lopende Nederlandse situaties niet zijn opgezet om die vraag te beantwoorden en hoogstwaarschijnlijk wachten wij dus op iets dat niet komen gaat.

Evenmin ben ik het eens met de stelling, dat zinvol alleen in termen van overlevingspercentages moet worden afgemeten. De meest storende inconsequentie is, dat alle bezwaren, die tegen vroeg detectie d.m.v. mammografie worden aangevoerd, ook tegen zelfonderzoek (een veel minder effectieve methode dan mammografie) zijn in te brengen, maar zelfonderzoek wordt in Nederland wel door alle instanties en deskundigen gepropageerd. Misschien omdat het goedkoper is? Ook dat is nooit aangetoond. Er bestaat over zelfonderzoek evenmin een betrouwbare kostenbatenanalyse. Ik blijf dus onverminderd aan mijn standpunt vasthouden: „De afwachtende houding van de Gezondheidsraad (commissie) is niet in het belang van de Nederlandse vrouwen – hij laat een aantal belangrijke vorderingen van de kankerbestrijding onbenut.”

Literatuur: FISHER, B. e.a. (1969) *Cancer* 24, 1071. – LETTON, A.H. e.a. (1981) *Cancer* 48, 404. – SAY, C.C. e.a. (1974) *Cancer* 34, 468. – ZWAVELING, A. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1191.

Rijswijk, juli 1982

D.W. VAN BEKKUM

Natuurlijk waren de resultaten van het H.I.P.-programma aan de commissie van de Gezondheidsraad bekend, maar terecht heeft deze zich niet uitsluitend op de gunstige effecten, verkregen bij patiënten boven de 50 jaar, willen verlaten. Deze opvatting verschilt niet van die van de genoemde conferentie: „The evidence available so far indicates the value of screening asymptomatic women aged 50 and over by the combination of mammography and physical examination of the breasts. Answers to some outstanding questions are required, however, before any decision as to desirability of introducing mass screening programmes for breast cancer may be made. The studies presently in progress should, within the next decade, provide the necessary data. It should be noted that results from experimental studies cannot necessarily be directly translated into practice.”

Wat het zelfonderzoek betreft, lijkt mij de vraag van Van Bekkum of dit zoveel goedkoper is dan, ja dan wat, enigszins overtrokken. Het bijbehorende Editorial (1982) in *The Lancet* heeft daar toch wel een andere mening over. Wanneer men ervan uitgaat, zoals Van Bekkum doet, dat de grootte van de tumor direct gelieerd is aan de prognose, dan lijkt het toch wel zinvol te zijn om een tumor – ook al is dat op microscopisch niveau – in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken. Ik geef overigens toe, dat over de waarde van zelfonderzoek vrijwel geen literatuur voorhanden is.

Uitgemaakt dient nog te worden, in hoeverre de opsporing op microscopisch niveau van kankers in situ werkelijk de prognose verbetert. Wij weten niet, welk gedeelte daarvan inderdaad zal uitgroeien tijdens het leven tot infiltratief carcinoom, maar wel is zeker, dat behandeling

van al deze „tumoren” de kosten van de volksgezondheid doet toenemen. Verder onderzoek hiernaar en unificatie van pathologisch-anatomische diagnoses zijn noodzakelijk. De kosten van massascreening moeten niet onderschat worden, waarop het genoemde Editorial eveneens wijst. Het is onwaarschijnlijk dat deze terugverdiend worden door besparingen ten gevolge van de vroege opsporing.

Literatuur: Editorial (1982) *Lancet* I, 1103. – MILLER, A.B. en R.D. BULBROOK (1982) *Lancet* I, 1109.

Leiden, augustus 1982

A. ZWAVELING

De opmars van Chlamydia trachomatis

In het artikel van LAMBERS c.s. (1982) mis ik als medicus practicus het volgende:

Wat vindt men bij deze aandoening in het eenvoudige urine-onderzoek? Wat vindt men in het sediment? Is de nitriettest positief?

Literatuur: LAMBERS, J.C.C.A., H.A.M. NEUMANN, R.E. BOELEN en P.J.M. BERRETTY (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1080.

Wassenaar, juni 1982

J. HULS

Collega Huls heeft in ons artikel tevergeefs gezocht naar een eenvoudige binnen de huisartsenpraktijk toepasbare methode voor het aantonen van *Chlamydia trachomatis* (CT). Ook bij het doornemen van verdere literatuur betreffende dit micro-organisme zal hij op dit punt teleurgesteld worden. Het opsporen van CT hoort thuis in daartoe gespecialiseerde laboratoria waarvan er in ons land helaas nog te weinig zijn. Op het ogenblik maakt men voornamelijk gebruik van weefselkweektechnieken, al zal binnen korte tijd waarschijnlijk ruim plaats worden gemaakt voor immunofluorescentiemethoden.

In principe kan een enthousiast medicus practicus in zijn eigen laboratorium CT trachten aan te tonen door geschikt materiaal d.m.v. Giemsa te kleuren en het daarna onder de donkerveld-microscoop te onderzoeken: de *Chlamydia*-inluitsellichaampjes manifesteren zich dan als citroengele bolletjes tegen een donkere achtergrond. Dit onderzoek is echter tijdrovend en geeft bovendien, zelfs bij gebruik van optimaal gekozen materiaal, een hoog aantal fout-negatieve uitslagen (SCHACHTER e.a. 1970). Bij het vermoeden op een *Chlamydia*-urethritis is het gebruik van urine of urinesediment als onderzoekmateriaal evenwel ongeschikt (SMITH en WEED 1975). De obligaate intracellulaire micro-organismen zullen in deze monsters nauwelijks vertegenwoordigd zijn aangezien ze zich in het overgangsepitheel van de meer proximale urinewegen niet kunnen handhaven. In theorie zou men voor Giemsa- of kweekonderzoek gebruik kunnen maken van een gesedimenteerde eerste urineportie. De praktijk heeft echter geleerd dat zelfs monsters van ecoulement voor kweektechnieken als inferieur moeten worden beschouwd. De beste onderzoekresultaten worden gezien bij het gebruik van materiaal verkregen met behulp van een intra-uretrale wattenstok. In de literatuur zijn we nergens mededelingen tegengekomen over uitkomsten van de nitriettest bij een *Chlamydia*-urethritis. Van de gastheercel geïsoleerd geraakte micro-organismen bezitten echter nauwelijks enige metabole activiteit. Op grond hiervan mag