

## INGEZONDEN

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

### Granulomatose van Wegener

Het is jammer dat VAN RIJTHOVEN en GOEI THE (1982) in hun publikatie over de ziekte van Wegener bij hun diagnostische overwegingen niet gerept hebben van het syndroom van Caplan (CAPLAN 1958), althans voor wat betreft patiënt C. Het syndroom van Caplan komt weinig voor en wordt uitsluitend gezien bij lijders aan silicose. De foto van patiënt C is zeer verdacht voor dit syndroom, dat in Duitsland met de naam van „Rundherde” wordt betiteld en ten onzent met de naam van silicoreuma. De proef van Rose pleegt positief te zijn. Bij pathologisch-anatomisch onderzoek vindt men silicotische fibrosehaarden met fibrinoïde neerslagen en een zoom van lymfocyten, maar nimmer vasculitis en ook geen epitheloïde cellen in palissadestand, gelijk zulks bij reuma het geval pleegt te zijn. Wij hebben in het verleden enige tientallen gevallen gezien en er met SNOEK en RAAB (1965) over geschreven. Indien ik gelijk mocht hebben, dan behoren de auteurs vermoedelijk tot de zeer weinigen die een combinatie van het syndroom van Caplan en de ziekte van Wegener hebben gezien. Als de thoraxfoto van patiënt C stationair blijft, pleit dit voor Caplanhaarden. De etiologie van beide ziekten wordt er, althans voor mij, niet duidelijker op. Caplanhaarden gaan doorgaans, maar niet altijd, gepaard met reuma.

*Literatuur:* CAPLAN, A. (1958) *Trans. Ass. industr. med. Offrs* 8, 6. – RIJTHOVEN, A. VAN en H. GOEI THE (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1720. – SNOEK, W., TH. RAAB en A. APPELMAN (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 11.

Heerlen, september 1982

A.C. APPELMAN

Collega Appelman noemt terecht het syndroom van Caplan. In eerste instantie hebben wij bij patiënt C deze diagnose ook overwogen. Het komt namelijk bij mijnwerkers voor dat van het syndroom van Caplan eerst de typische nodulaire longafwijkingen aantoonbaar zijn en pas later de gewrichtsverschijnselen. De reumafactoren in het serum waren bij herhaling negatief en evenmin was er sprake van een bij het syndroom van Caplan voorkomende reumatoïde (poly-)arthritis. De gewrichtsverschijnselen bij deze patiënt bestonden uit vluchtige verspringende synovitiden met artralgieën kenmerkend voor een vasculitisyndroom. Bovendien bleef het beeld op de thoraxfoto niet stationair. Na behandeling verdwenen de nodulaire holtevormende longinfiltraten evenals de gewrichtsverschijnselen.

Eindhoven,  
Heerlen, september 1982

A.W.A.M. VAN RIJTHOVEN  
H.S. GOEI THE

### Tuberculose van de larynx in Tanzania

MANNI (1982) beschrijft het voorkomen van larynxtuberculose in Tanzania. In het artikel zitten een paar onduidelijkheden en een overdreven aanbeveling aan de WHO.

I. Manni schat het voorkomen van laryngitis tuberculosa in Tanzania. Hij baseert zijn cijfers op de gegevens van Muhimbili Centre te Dar es Salaam. Zijn deze cijfers niet

sterk vertekend: waarom werden deze patiënten opgenomen? Ernstig ziek? Te ver weg wonend voor poliklinische behandeling? Of worden alle nieuwe patiënten klinisch ingesteld? Telt hier ook niet de aanwezigheid van specialisten en de functie van het Medical Centre als „referral hospital”? Laryngitis tuberculosa komt inderdaad regelmatig voor, maar een schatting van 35% lijkt te hoog als deze gebaseerd wordt op de cijfers van dit bijzondere ziekenhuis.

2. De auteur stelt, dat in zijn materiaal, in tegenstelling tot de klassieke beschrijving, meer vrouwen dan mannen aan de ziekte lijden. Dit is niet in overeenstemming met fig. 2 (M=33, F=26). In zijn artikel over hetzelfde onderwerp in *Trop. geogr. Med.* (1982) stelt hij terecht: „in the present study an equal sexdistribution was recorded”.

3. De verklaring dat de regio interarytenoïdea bij vrouwen vaker is aangetast doordat deze zo laat arriveren dat zij algeheel verzwakt en bedlegerig zijn, is in strijd met zijn uitgangspunt dat alleen ambulante patiënten in het onderzoek waren betrokken.

4. De aanbeveling aan het WHO-committee om tuberculose om indirecte laryngoscopie aan routine-onderzoek naar tuberculose toe te voegen is overdreven. De prioriteit moet liggen bij het vinden van besmettelijke patiënten, en die moeten worden opgespoord via onderzoek van sputum, verzameld en onderzocht door medical auxiliaries. De diagnose kan worden gesteld en behandeling kan worden geadviseerd zonder dat de patiënt door een arts wordt gezien. De kans dat hierdoor een larynxcarcinoom, of nog zeldzamer, een combinatie van larynxcarcinoom en tuberculose wordt gemist is op bijv. de geschatte 15.000 tuberculosepatiënten in Tanzania van geen belang.

De geïnteresseerde arts doet er beter aan zijn energie te steken in het moeilijke probleem van „case holding”. Het vinden van patiënten is relatief eenvoudig, de behandeling tot een goed einde brengen is vaak zeer moeizaam (Varkenvisser, ongepubliceerde mededeling).

5. De auteur stelt voor dat uit preventieve overwegingen klinische behandeling kan worden ingesteld. Dit is onjuist. Het opnemen van patiënten in sanatoria of „tb wards” heeft stigmatiserend gewerkt in de westerse wereld en doet dit thans nog in ontwikkelingslanden. Het sociale stigma moet worden beschouwd als een belangrijke hinderpaal bij een tuberculose-bestrijdingscampagne. Poliklinische behandeling zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de patiënt via „village health workers” dient absolute prioriteit te hebben.

*Literatuur:* MANNI, J.J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1583; (1982) *Trop. geogr. Med.* 34, 159.

Tynaarlo, september 1982

J. VEEN

ral hospitals" in Dar es Salaam worden gebouwd, hetgeen de specifieke functie van M.M.C. binnen de curatieve gezondheidszorg van Tanzania ten goede zal komen.

Een betere organisatie van de polikliniek van M.M.C. zou de klinische observatie van een grote groep nieuwe patiënten uit ons materiaal m.i. overbodig hebben gemaakt. De opname betekende wél dat de diagnose eerder werd gesteld en de behandeling eerder werd begonnen. Het merendeel van de nieuwe patiënten werd kort na het stellen van de diagnose ontslagen, via de longtuberculose-afdeling. Deze patiënten werden verwezen naar de tuberculoseklinieken in de regio Dar es Salaam, in de hoop dat de behandeling daar werd voortgezet. Het is niet onwaarschijnlijk dat in het M.M.C. longtuberculose eerder en dus in een vroeger stadium werd ontdekt dank zij een beter uitgerust laboratorium, betere röntgenafdeling en röntgenologen, hetgeen een negatieve selectie t.a.v. complicerende aandoeningen zoals tuberculose van de larynx inhoudt. Hiermee hoop ik verduidelijkt te hebben dat het patiëntenmateriaal niet specifiek is voor M.M.C. en dat het dus juist is hierop het percentage voor tuberculose van de larynx in Tanzania te baseren.

2. Collega Veen heeft gelijk met de constatering dat de formulering in het Nederlands in de „beschouwing" een andere uitkomst suggereert. In feite werd bedoeld aan te geven dat de vrouwen in ons onderzoek, vergeleken met de vrouwen uit de klassieke beschrijving, in de meerderheid waren. Uit de figuur 2 blijkt de gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen, zoals ook in de derde regel van het onderdeel „resultaten" ondubbelzinnig is beschreven.

3. „Ambulante patiënten" zijn in dit onderzoek patiënten die in staat waren het routine-onderzoek van neus, keel en oren zonder hulp te ondergaan in de daarvoor ingerichte onderzoekkamer. Het houdt geen informatie in over het aantal uren van de dag dat in liggende houding werd doorgebracht. Dit is afhankelijk van de algemene conditie, die in ons materiaal bij vrouwen slechter was dan bij mannen.

4. Collega Veen verzuimt aan te geven waarom de aanbeveling aan het WHO-committee on tuberculosis overdreven is. De resterende opmerkingen zijn variaties op een bekend thema waaraan in het artikel nergens geweld wordt gedaan.

5. Uit het oogpunt van preventie is het volstrekt juist besmettelijke patiënten klinisch te behandelen om het overbrengen van de ziekte te beperken. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met tuberculose van de larynx, omdat dit de meest besmettelijke vorm van tuberculose is. In de beschouwing werden psychosociale aspecten niet betrokken. De door collega Veen voorgestelde poliklinische behandeling van patiënten met longtuberculose door „village health workers" is in vele ontwikkelingslanden niet mogelijk of functioneert slecht. Een selectief opnamebeleid lijkt in de gegeven omstandigheden zin te hebben.

Nijmegen, september 1982

J.J. MANNI

## Droge ogen

Door POLAK en HENKES (1982) worden voor de symptomatische behandeling van droge ogen o.a. genoemd de FNA-preparaten solutio viscosa cum benzalkonii chlorido en solutio viscosa cum phenylhydrargyri borate et phenylethanolii. Hierbij vestig ik er de aandacht op dat deze preparaten niet zijn bedoeld voor deze toepassing: het zijn

basisoplossingen die in de apotheek soms, samen met andere hulpstoffen, worden gebruikt voor de bereiding van oogdruppels. Het laatstgenoemde preparaat bevat bovendien geen fenylethanol meer wegens gesignaleerde irritatie (BOER 1981). De genoemde preparaten zijn als zodanig ook minder geschikt voor toepassing als oogdruppels: de oplossingen zijn niet isotoon, de zuurgraad is niet optimaal en de viscositeit is aan de hoge kant. In de apotheek is sinds februari 1982 een voorschrift beschikbaar voor het preparaat Hypromellose-oogdruppels 0,3% FNA, dat in deze opzichten wel voldoet; indicatie: te weinig traanvocht. Een toelichting met betrekking tot farmacotherapeutische aspecten, waarschuwingen en voorzorgen, en bereiding is gepubliceerd in het *Pharmaceutisch Weekblad* (BOER 1982). Summiere informatie is te vinden in het *Farmacotherapeutisch Kompas* (1982).

*Literatuur:* BOER, Y. (1981) *Pharm. Weekblad* 116, 826; (1982) *Pharm. Weekblad* 117, 939. – *Farmacotherapeutisch Kompas* (1982) bl. 445. – POLAK, B.C.P. en H.E. HENKES (1981) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1025.

's-Gravenhage, september 1982

H.L.M. Cox,  
Laboratorium der  
Nederlandse Apothekers

De heer Cox zijn wij zeer erkentelijk voor zijn opmerkingen ten aanzien van de therapeutische suggesties aan het slot van onze klinische les. Eén van ons kreeg destijds van de medisch adviseur van een ziekenfonds het advies de viskeuze benzalkoniumchloride-oplossing FNA voor te schrijven in plaats van de (duurdere!) Tears Naturale. Deze oplossing wordt, evenals de viskeuze fenylmercuriboraat-fenylethanolol-oplossing FNA, genoemd in het *Farmacotherapeutisch Kompas* 1982 en werd door ons dan ook niet als ongeschikte oogdruppel beoordeeld!

Ten tijde van de voltooiing van ons manuscript waren de Hypromellose-oogdruppels nog niet beschikbaar, maar inmiddels maken wij dankbaar gebruik van zowel de Hypromellose 0,3% als ook de Hypromellose 1% oogdruppels bij de behandeling van patiënten met droge ogen.

Rotterdam, september 1982

B.C.P. POLAK  
H.E. HENKES

## Dalende sterfte aan acuut hartinfarct en aan andere ischemische hartziekten

In de rubriek Mededelingen Stichting Medische Registratie beschrijft HOOGENDOORN (1982) de dalende landelijke sterfte aan acuut hartinfarct en aan andere ischemische hartziekten. Deze publikatie heeft in de landelijke en regionale pers grote aandacht gekregen. De pers concludeert er uit dat de landelijke sterfte aan hartziekten daalt. Het lijkt mij derhalve op zijn plaats om bij het artikel van Hoogendoorn enige kritische opmerkingen te maken.

Uitgegaan wordt van de aantallen geregistreerde sterfgevallen van het CBS 1950-1980. Het CBS registreert de diagnosen wat sterfgevallen betreft op grond van doodsoorzaakverklaringen (gele formulier B van het staatstoezicht op de Volksgezondheid) afgegeven door de geneeskundige in de functie van behandelende geneeskundige, gemeentelijke lijkschouwer of geneeskundige aangewezen door de officier van justitie. Nu weet iedere medicus practicus dat de waarde van dit formulier zeer discutabel is. Men moet aangeven