

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

welke ziekte rechtstreeks de dood ten gevolge had, welke ziekte(n) hebben geleid tot de doodsoorzaak en welke bijkomstige ziekte(n) en bijzonderheden tot de dood hebben bijgedragen. Dit onderscheid kan men echter meestal niet maken, zeker niet in de huisartsenpraktijk wanneer men geconfronteerd wordt met een onverwacht overleden patiënt. Velen zullen in een dergelijk geval in het verleden hartinfarct als doodsoorzaak hebben opgegeven (zie SCHADÉ 1981). Uit een enquête, die de omroep Veronica in samenwerking met de Landelijke Huisartsenvereniging in 1981 gehouden heeft (*De Gelderlander* 23-4-1981) blijkt dat vaak slechts op basis van een vermoeden hartinfarct als doodsoorzaak wordt ingevuld. Ook in de kliniek is het vaak onmogelijk om de juiste diagnose te stellen en wanneer men meent deze met zekerheid te kunnen stellen, blijkt bij obductie vaak dat de klinische diagnose niet juist is. Zo vond DREXLER (1979) in een reeks van 1.096 obducties 159 maal histologische afwijkingen passend bij hartinfarct: in 27,8% van de gevallen was deze diagnose klinisch niet gesteld en voorts kon 26% van de klinisch gediagnostiseerde hartinfarcten door de patholoog-anatoom niet bevestigd worden.

De diagnosen hartinfarct van het CBS zijn slechts in een zeer klein percentage van de gevallen bevestigd door middel van obductie (in Nederland overlijdt de meerderheid van de mensen buiten het ziekenhuis en van de in het ziekenhuis overledenen wordt slechts ongeveer 30% geobduceerd). Publiceren over en conclusies trekken uit cijfers die zo onbetrouwbaar zijn als die van het CBS lijkt mij onjuist en misleidend.

Literatuur: DREXLER, H. e.a. (1979) *Med. Welt*. 30, 1177. – HOOGENDOORN, D. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1691. – SCHADÉ, E. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1414.

Roermond, september 1982

R. ESTOURGIE

De sterftestatistiek naar oorzaak van de dood is een statistiek zowel van vaststaande als van vermoede doodsoorzaken. Een kritische benadering van dit cijfermateriaal is nodig.

Toen de sterfte aan *longkanker* begon te stijgen, was dit uit de sterftestatistieken eerder afleesbaar dan uit de aantekeningen van de individuele artsen. Sommigen hebben jaren lang hun twijfel gehad over deze stijging, totdat het verschijnsel in elke kliniek en praktijk duidelijk werd. Ook van de sterke stijging van de frequentie van het *hartinfarct* raakte op de duur vrijwel ieder overtuigd. Thans lijkt de tijd gekomen om te discussiëren over de vraag of de *daling* reëel is. Voor dit laatste bestaan m.i. enkele sterke argumenten.

1. De *daling* is internationaal en lijkt van west naar oost voort te schrijden. Zij blijkt in de Verenigde Staten reeds in

het midden van de jaren 60 te zijn begonnen. Enkele jaren later volgden verschillende Westeuropese landen. Voor zover gegevens van achter het ijzeren gordijn bekend zijn, krijgt men de indruk dat daar, althans tot 1977, de sterfte nog steeg. Dit geldt voor Hongarije, Polen, Roemenië en Joegoslavië (WHO, 1975-1981).

2. De Mayo Clinics hebben samen met de „Olmsted medical and surgical group” sinds decennia de medische behandeling van vrijwel de gehele bevolking van de stad Rochester verzorgd. Bestudering van de ziektegeschiedenissen uit de jaren na 1950 heeft aangetoond, dat in de jaren 60 de frequentie van nieuwe gevallen afnam en dat tevens de sterfte aan zowel ischemische hartziekten als „sudden unexpected death” daalde (CONNOLLY e.a. 1981; ELVEBACK e.a. 1981).

3. Terecht wijst collega Estourgie er op, dat bij acute dood de omschrijving van de doodsoorzaak uiterst moeilijk kan zijn. In het artikel is hiermee rekening gehouden door in figuur 3 de acute hartdood (code 428.9) mede in de berekening te betrekken. Het beeld veranderde er niet door. In niet gepubliceerde berekeningen is tevens code 798 opgenomen: „acute dood door onbekende oorzaak”. Ook dat bracht geen noemenswaardige verandering in de uitkomsten. Dit laatste is niet gepubliceerd omdat dit code-nummer een niet gering aantal sterfgevallen omvat, die stellig niet tot de groep ischemische hartziekten behoren (bijv. „sudden infant death syndrome”).

4. Tijdens de oorlog in Korea verbaasden ENOS e.a. (1953) zich over de ernstige afwijkingen aan de kransslagaderen, die zij vonden bij obductie van jeugdige gesneuvelde Amerikaanse soldaten. Twintig jaar later, tijdens de oorlog van Vietnam, vond men belangrijk minder afwijkingen (McNAMARA e.a. 1971).

Het lijkt onmiskenbaar, dat zich veranderingen voltrekken, ditmaal in gunstige zin.

De cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek kunnen niet exact zijn. In de regel echter zal men geneigd zijn waarde toe te kennen aan duidelijke trends, die in deze statistiek te zien zijn. M.i. moeten er aanwijsbare redenen zijn als men een duidelijke trend ernstig in twijfel wil trekken. Dergelijke redenen zie ik niet.

Literatuur: CONNOLLY, D.C., H.A. OXMAN, F.T. NOBREGA e.a. (1981) *Proc. Mayo Clin.* 56, 661. – ELVEBACK, L.R., D.C. CONNOLLY en L.T. KURLAND (1981) *Proc. Mayo Clin.* 56, 665. – ENOS, W.F., R.H. HOLMES en J. BEYER (1953) *J. Amer. med. Ass.* 152, 1090. – McNAMARA, J.J., M.A. MOLET, J.F. STEMPLE en R.T. CUTTING (1971) *J. Amer. med. Ass.* 216, 1185. – WHO (1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1981) *World Health statistical annual*, vol. I. World Health Organization, Genève.

Wijhe (Ov.), oktober 1982

D. HOOGENDOORN

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Immunodeficiëntie bij gezonde homoseksuele mannen. – Sarcoom van Kaposi en ernstige commensale infecties bij jeugdige homoseksuelen zouden het gevolg zijn van een verworven immunodeficiëntie. Ervan uitgaande dat een

dergelijke immunodeficiëntie dan ook reeds bij „gezonde” homoseksuelen moet voorkomen, hebben Kornfeld e.a. van het St. Luke's Roosevelt Hospital Center in New York 81 homoseksuele mannen van ca. 35 jaar onderzocht, vrijwilligers die per advertentie waren geworven. Van de 81 bleken er 31 in het afgelopen jaar ziekteverschijnselen te hebben gehad die ook in de anamnese van patiënten met het