

bele functiestoornissen, die dan op een beschadiging worden geacht te berusten. De statistiek bevestigt onze inziens toelaatbaarheid van deze praktische verdeling. Het is trouwens de vraag of elke morfologische beschadiging altijd tot blijvende afwijkingen moet leiden. Dit hangt af van vele factoren zoals plaats, uitbreiding en type van de beschadiging, zoals uit de kliniek en uit dierproeven genoegzaam bekend is.

Collega Oosterhuis las verkeerd toen hij meende te vinden dat er tussen de obstetrische variabelen acidose, praematuritas en onderontwikkeling en de neurologische diagnose geen verband bestond. Dit bestaat juist wel ( $p < 0,001$ ). Er is echter geen samenhang meer met de neurologische toestand op 1,  $1/2$  en 4 jaar, hetgeen een pleidooi is voor het incassersvermogen (of compensatievermogen?) van het zich ontwikkelende zenuwstelsel, en leidde tot onze tweede conclusie. Is het neonatale neurologische onderzoek te sensitief en te weinig specifiek? In collega Oosterhuis' optiek wel; in de onze niet, vooral als het gaat om het stellen van de indicatie voor vervolgonderzoek, die vroegtijdige onderkenning van afwijkingen van stoornissen van het zenuwstelsel mogelijk maakt. Hierbij moet vooral ook niet uit het oog worden verloren, dat slechts bij 5% van deze academisch ziekenhuis-populatie neonatale neurologische afwijkingen werden gevonden. Dat het neonatale neurologische onderzoek geen grote voorspellende waarde op lange termijn heeft, ligt gelukkig in de aard van het zenuwstelsel. Zoals geldt voor het onderzoek van ieder orgaanstelsel is de primaire betekenis van het neurologische onderzoek van pasgeborenen het vastleggen van de status praesens, ten einde na te gaan of specifieke behandeling nodig is, variërend van advies voor de behandeling van het kind tot eventueel neurochirurgisch ingrijpen. Als het kind zich goed ontwikkelt, is dit niet aan het onderzoek te wijten. Wat is overigens het verschil tussen het neurologische onderzoek bij pasgeborenen en het specialistische routine-kinderneurologische onderzoek?

Groningen, januari 1984

H.J. HUISJES  
B.C.L. TOUWEN

## *Mediastinale lymfeklieren en de anamnese van het beroep*

Het artikel van collega Lankester heb ik met belangstelling gelezen.<sup>1</sup> Met de inhoud ben ik het volkomen eens, met uitzondering van de opmerking over het artikel van Baris et al.<sup>2</sup> „Baris et al. beschreven explosies van pleuraplaques en mesotheliomen in een Turkse provincie waar oude woningen in asbesthoudende rotsen zijn uitgehouwen. In droge perioden wordt door de gehele bevolking veel van dit stof geaspireerd”.<sup>1</sup> Het originele artikel beschreef o.a. „Asbestos does not occur in the local soil or rock, nor is it handled in the village, but a few fibres were found in the water”.

In 1979 schreven Baris et al. een ander artikel dat asbest als oorzaak van pleuraplaques en maligne mesotheliom in bovenbedoelde provincie hoogst onwaarschijnlijk was.<sup>3</sup> Nader onderzoek leverde erioniet – type zeoliet op als eventuele oorzaak van de explosies.

### LITERATUUR

<sup>1</sup> Lankester J. Mediastinale lymfeklieren en de anamnese van het beroep. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2169-72.

<sup>2</sup> Baris YI, Samin AA, Ozesmi M, et al. An outbreak of pleural mesothelioma and chronic fibrosing pleurisy in the village of Karain/Ürgüp in Anatolia. Thorax 1978; 33: 181-92.

<sup>3</sup> Baris YI, Artvinli M, Sahin AA. Environmental mesothelioma in Turkey. Ann NY Acad Sci 1979; 330: 423-32.

Roermond, december 1983

W.S. KWEE

Collega Kwee heeft gelijk, dat de door Baris et al. beschreven pleuraplaques en mesotheliomen wellicht zijn veroorzaakt door zeoliet. Hoewel zeoliet een bestendige vezelige structuur heeft, behoort het niet tot één van de asbestsoorten. In een voordracht van Elmes in november 1979 te Londen werd dit materiaal door hem ook als eventuele oorzaak van bovengenoemde afwijkingen beschouwd. Tijdens deze voordracht werden echter vooral de dia's getoond van de oude in rotsen uitgehouwen woningen, die nu nog vaak als bergplaatsen worden gebruikt.

Een beter voorbeeld uit de literatuur is het artikel van Yazicioglu et al., waarin pleuracalcificaties, mesotheliomen en bronchuscarcinomen worden beschreven in het gebied rondom Çermik, eveneens in Zuid-Turkije gelegen.<sup>1</sup> In de aardlagen rondom deze plaats komen asbesthoudende stoffen voor, die worden gebruikt voor het maken van witkalk en pleisterkalk ten behoeve van de huizenbouw. Vooral tremoliet zou daarin voorkomen, een asbestsoort, die wij in Nederland kennen als een verontreiniging van talk. Zelf zag ik kortgeleden een longbiopsie van een Turkse vrouw, die bij binnenkomst in Nederland – zo bleek achteraf – reeds diffuse longafwijkingen had gehad. Zij had nooit ander werk gedaan dan landbouwwerkzaamheden, die echter als zeer stoffig werden beschreven. Het opgeslagen dubbelbrekende materiaal, dat in grote hoeveelheden werd aangetroffen in het interstitium, bleek op mica te berusten. Er blijken dus verscheidene stoffen in de Turkse bodem aanwezig te zijn, die tot long- of pleura-afwijkingen kunnen leiden.

### LITERATUUR

<sup>1</sup> Yazicioglu S, Ilçayto R, Balci R, Sayli BS, Yorulmaz B. Pleural calcification, pleural mesotheliomas, and bronchial cancers caused by tremolite dust. Thorax 1980; 35: 564-9.

Doorwerth, januari 1984

J. LANKESTER

## *Liesexploraties bij kinderen; een medisch-economische beschouwing*

De medisch-economische beschouwingen van Pull ter Gunne en Molenaar spreken mij zeer aan en in het bijzonder hun uitspraak dat bij kinderen operaties in het gebied van de lies poliklinisch zouden kunnen plaatsvinden.<sup>1</sup> Ook Caldame et al. menen, naar aanleiding van hun eigen ervaring, dat ten minste 68% van de orchidopexieën poliklinisch verricht kunnen worden.<sup>2</sup> Kaye et al. pleiten eveneens voor de ambulante correctie van hydro- en spermatokèles onder plaatselijke verdoving bij volwassenen.

Op onze urologische afdeling werden de laatste 60 orchidopexieën (een- of tweezijdig) vrijwel alle poliklinisch verricht. Na de ingreep verblijven de patiënten enkele uren op de afdeling dagverpleging. In toenemende mate vonden de laatste jaren ook andere kleine ingrepen (correctie van hydro- en spermatokèles en van varicokèles) bij kinderen en bij volwassenen poliklinisch plaats. Het geheel

verloopt tot volle tevredenheid van patiënt, ouders en ook van de operateur. Complicaties: één scrotumabces na correctie van een hydrokèle testis (operatie volgens Lord) onder lokale anesthesie.

#### LITERATUUR

- 1 Pull ter Gunne AJ, Molenaar JC. Liesexploraties bij kinderen; een medisch-economische beschouwing. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2321-3.
- 2 Caldamone AA, Rabinowitz R. Outpatient orchidopexie. J Urol 1982; 127: 286-8.
- 3 Kaye KW, Clayman RV, Lange PH. Outpatient hydrocoele and spermatocele repair under local anesthesia. J Urol 1983; 130: 269-71.

Sittard, december 1983

L.H.R.I. CUYPERS

## De jongste en de oudste risicofactor

Meijler beschrijft in zijn artikel de uiterst deficiënte oordeelsvorming van een internist bij een keuring ten behoeve van een levensverzekering. Behalve een aantal ernstige medisch-technische tekortkomingen toont de keuring een absoluut dieptepunt waar het Semitische ras als risicofactor ten tonele wordt gevoerd. Iedere weldenkende arts zal de bezwaren van Meijler onderschrijven. Kennelijk behoort de verzekeringsgeneeskundige die het advies van de internist overneemt niet tot deze categorie.

Als verzekeringsgeneeskundige kan ik echter zelf niet erg ingenomen zijn met de rest van Meijlers betoog. De beschreven keuring wordt in verband gebracht met het aanzien van de verzekeringsgeneeskunde en de positie van verzekeringsgeneeskundigen. Er zijn echter minstens evenveel argumenten om het aanzien van de interne geneeskunde en de positie van internisten in het geding te brengen, tenzij Meijler meent dat men na rapportage van zijn verantwoordelijkheid voor de inhoud daarvan ontheven is. Derhalve een selectieve benadering die doet vermoeden dat verzekeringsgeneeskundigen ook bij de auteur nog strijd te leveren hebben voor een volwaardige positie binnen de geneeskunde. Terecht accentueert Meijler het belang van een deskundige en verantwoorde rapportage op verzoek van verzekeringsgeneeskundigen. Zij zouden ook niets liever willen dan samenwerking met specialisten die hun vak verstaan en bovendien binnen redelijke termijn goed kunnen en willen rapporteren. Met de beide laatstgenoemde voorwaarden is het in ieder geval over het algemeen verre van optimaal gesteld. Rapportage blijkt herhaaldelijk een door artsen zeer onderschatte bezigheid te zijn. Vele rapportages nemen bovendien enkele maanden tijd in beslag; de kosten van de uitkering doen dan de kosten van rapportage volgens LSV-tarieven geheel verbleken. De keuze van een optimaal rapporterende specialist is daarom voor verzekeringsgeneeskundigen verre van eenvoudig.

Tenslotte vraag ik mij af of gerechtvaardigde verontwaardiging ertoe mag leiden dat men de laakbare handelingen van één lid van een groep beroepsbeoefenaren in verband brengt met positie en aanzien van de gehele discipline. Ligt dergelijk denken nu juist niet ten grondslag aan het kwaad dat Meijler zo terecht aan de kaak wil stellen?

#### LITERATUUR

Meijler FL. De jongste en de oudste risicofactor. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2353-4.

Rijswijk (ZH), januari 1984

S. KNEPPER

Collega Knepper heeft gelijk als hij zich afvraagt of men de laakbare handelingen van één lid van een groep beroepsbeoefenaren in verband mag brengen met positie en aanzien van de gehele discipline. Er is echter een verschil tussen het uiten van kritiek op prestaties en het (ver)oordelen op basis van ras of afkomst. Dit laatste is van een andere orde en heeft bijgedragen tot wat ik de oudste risicofactor heb genoemd. Dit is overigens niet het enige en eerste geval, waarbij ik me genoodzaakt zag over een schrijvende verzekeringsgeneeskundige situatie in ons Tijdschrift te rapporteren.<sup>1</sup> Inderdaad gaat in het nu door mij beschreven geval de internist niet vrijuit, maar hij fungeerde als instrument van de verzekeringsgeneeskunde.

Het door collega Knepper beleden verlangen samen te werken met specialisten die hun vak verstaan en nog snel en goed rapporteren ook, blijkt niet uit de wijze waarop in vele gevallen de verzekeringsgeneeskundigen mij, althans, benaderen met het verzoek tot het verrichten van een keuring. Wederom als voorbeeld geef ik de letterlijke tekst weer van een brief van 13 december 1983, gericht aan De Weledelzeergeleerde Heer F.L. Meijler, cardioloog te Utrecht: „Voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering werd de in hoofde genoemde kandidaat gekeurd. Naar aanleiding hiervan acht ik een nader onderzoek gewenst. Ik verzoek u dan ook te willen zorgdragen voor een rapport gebaseerd op uw vakgebied, dit in verband met het inschatten van het arbeidsongeschiktheidsrisico. Kandidaat is verzocht zich met u in verbinding te stellen. Het door u uit te brengen rapport zie ik, met bijvoeging van uw declaratie en onder vermelding van ons kenmerk, met belangstelling tegemoet.” Ik heb er moeite mee aan een op deze wijze gesteld en grotendeels gestencild verzoek te voldoen. Het vermoeden van collega Knepper is dus, vrees ik, niet geheel ongegrond. Ook deze auteur moet nog overtuigd worden van een volwaardige positie van de verzekeringsgeneeskunde.

#### LITERATUUR

- 1 Meijler FL. „Catch 22” of een geval van hedendaagse verzekeringsgeneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1974; 118: 1157-61.

Utrecht, januari 1984

F.L. MEIJLER

## Wiegedood

Collegae Van Vught en Huber pleiten voor postmortaal onderzoek in alle gevallen van wiegedood.<sup>1</sup> Geudeke vindt dat de huisarts contact dient op te nemen met de kinderarts.<sup>2</sup> „De uiterst onbevredigende situatie, waarin obductie slechts wordt verricht bij minder dan de helft van de plotseling overleden kinderen, vergt op korte termijn verbetering.” Tot mijn spijt wordt de grootste rem hierop niet besproken, nl. het feit dat dit niet betaald wordt door de verzekering.

Vraag 53 gaat over wiegedood; bij twijfel geen verklaring van natuurlijke doodsoorzaak afgeven.<sup>3</sup> Niet genoemd hierbij, maar wel te overwegen is de mogelijkheid hiermee wel een financiële regeling voor obductie te hebben. Overleg over deze zaken valt m.i. onder de begeleiding van de huisarts.

#### LITERATUUR

- 1 Vught AJ van, Huber J. Wiegedood, een niet aflatende diagnostische uitdaging. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2033-7.