

scher wordende vestigingsalternatieven, hem medische tijdschriften op te sturen, enz. Er is vrijwel géén brief zonder zo'n verzoek. Hij valt hem lastig met zijn hartverscheurende eeuwige ambivalentie, zijn slechte gezondheid, zijn penibele financiële situatie, zijn verongelijkheid, zonder daar, in de brieven althans, veel tegenover te stellen. Het is alles van een loden grauwhed. Aan zelfinzicht ontbreekt het hem niet: „Ik reken het mijzelf niet als verdienste aan dat ik er buiten ben gebleven – want, ik heb het niet steeds versmaad ik heb het niet gekund” (brief nr. III; juni 1936).

Hun beider afkeer van Hollandse medici komt enige malen ter sprake. Zo ook het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: „... zie s.v.p. ook eens voor mij na het Ned. T. v. Geneesk. laatste no's of daar niet iets in staat (Ik houd dit niet meer; bezuiniging en ook is 9/10 overbodig)” en „Lees jij 't Tijdschr. v. Gen.? 't Is zonde. Ik zou wel wat poetsers voor je te lezen hebben, maar daar heb je nu toch geen zin aan-” (brief nr. 60; februari 1931).

Hoewel deze brieven, evenmin als Slauerhoffs overige correspondentie, geen lectuur vormen voor op het nachtkastje of in de binnenzak (in tegenstelling tot bijv. de brieven van Flaubert), completeren ze in belangrijke mate het beeld dat we van hem hebben. In weerwil van al hun banaliteit vormen ze een eenheid met het Werk en doen ze ons ten volle beseffen dat zijn Verterend Verlangen géén koketterie was. De laatste brief (29 september 1936, Slauerhoff overlijdt 6 dagen later) eindigt als volgt: „Daarbij komt dat ik ziek zijnde altijd wat dicodid ad nam en nu er ontzettende behoefte aan heb. Ik moet er af komen maar niet nu! Stuur iets als je monsters hebt en anders koop het 200 mgr. à 100 tabl. Ik ben te moe om verder te komen. Ik kan niet meer kuren. Help Mij. Jan.”

Slauerhoff „leidde recht en slecht/Een onverdraagzaam leven”.

Oktober 1984

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Winklermedaille 1985*

In 1985 zal het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie op de laatste vergadering van het jaar de Winklermedaille kunnen uitreiken. Overeenkomstig de statuten van de Winklermedaille komen voor deze medaille uitsluitend in aanmerking werken van Nederlanders op het gebied van de neurologische wetenschap, en wel voor zover deze verschenen zijn na 1 september 1980. Werken op het gebied van de normale anatomie, van de fysiologie of van de pathologie kunnen alleen in aanmerking komen indien zij in nauw verband staan met de neurologische kliniek.

De commissie voor de Winklermedaille, bestaande uit prof.dr. H. van Crevel, dr. L.J. Endtz, prof.dr. F.J.M. Gabreëls, A.E.J. de Jager, prof.dr. C.A.F. Tulleken en prof.dr. P.J.M. van der Lugt (reservelid), zal het op prijs stellen aanwijzingen te ontvangen omtrent geschriften die geacht worden in aanmerking te komen voor beoordeling. Deze aanwijzingen en eventueel de desbetreffende publikaties dienen vóór 1 juli 1985 de commissie te hebben bereikt.

Het adres van de commissie is: Nederlandse Vereniging voor Neurologie, Postbus 20050, 3502 LB Utrecht.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)*

### *Registratie van carcinoma in situ en plaveiselcelcarcinoom van de cervix uteri in de proefregio Nijmegen in de periode 1 januari 1970 t.m. 31 juli 1982*

Ten aanzien van de ondergrens van de leeftijd, waarop via een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom gescreend zou moeten worden, komen Klinkhamer et al. tot de conclusie, dat voor zo een verlaging onvoldoende argumenten aanwezig zijn (1984, bl. 1979). Toch stellen zij een blijvende stijging vast van het detectiecijfer voor carcinoma in situ in de jeugdige leeftijdsgroep. Zij willen dit toeschrijven aan een intensievere screening in die groep, maar gegevens daarover ontbreken. Ook wordt een lichte stijging van cervixcarcinoom in die groep gevonden, terwijl bij ouderen dit cijfer juist daalde.

Natuurlijk is het waar, dat het vinden van carcinoma in situ afhangt van de intensiteit van de screening daarop. Dit is echter niet meer dan een mogelijkheid. Even reëel is de

mogelijkheid dat er wel degelijk een toename van de afwijking bij jeugdigen voorkomt. Zo'n reële stijging is elders in Nederland gevonden,<sup>1</sup> evenals in het buitenland. Een eventuele werkelijke toename van het voorkomen van carcinoma in situ in de jeugdige leeftijdsgroep kan afhangen van bepaalde carcinoom-initiërende agentia, waarbij tegenwoordig aan virus gedacht wordt. Als deze omstandigheid inderdaad de werkelijkheid weerspiegelt, zal binnenkort een toename van de incidentie van cervixcarcinoom kunnen worden verwacht, ook al bij jeugdigen. Deze carcinomen zullen, als er niet gescreend wordt, in een relatief verder gevorderd stadium zijn, zoals ook blijkt uit de gegevens van de auteurs zelf.

Twee andere gronden, waarop de auteurs een verandering van beleid afwijzen, nl. de kosten en „ongunstige neveneffecten” worden in het artikel in het geheel niet toegelicht, zodat ze niet op hun juistheid kunnen worden beoordeeld. Tot afwijzing van een eventuele verlaging van de leeftijdsgrens voor screening op cervixcarcinoom levert het artikel, naar mijn mening, geen enkele bijdrage; eerder is het omgekeerde het geval!

<sup>1</sup> Boon ME, Rietveld WJ, Kirk RS. Investigation of possible changes in the detection of cervical carcinoma in patients of Dutch general practitioners. *Tumori* 1982; 68: 299-305.

Tilburg, november 1984

P.J.H. VAN VUGT

Collega van Vugt heeft gelijk indien hij stelt, dat de door ons gepubliceerde detectiecijfers voor het carcinoma in situ van de cervix uteri op jongere leeftijd (35 jaar) een reële stijging van de incidentie op deze leeftijden geenszins uitsluiten. Dat hierin echter een groot effect van de toegenomen screeningsintensiteit meespeelt, lijkt echter meer dan een mogelijkheid. De toegenomen screeningsactiviteit blijkt onder meer uit de registratie „Peilstation Nederland”,<sup>1</sup> en nog niet gepubliceerde gegevens uit onze eigen registratie van cervixcytologie in Nijmegen. Onze inbreng heeft niet de intentie om verlaging van screeningsleeftijd voor altijd uit te sluiten, echter meer om hierbij een sterke terughoudendheid te betrachten, zolang over de aard van dit ziekteproces m.n. op jonge leeftijd nog zoveel onduidelijkheid bestaat. In het bijzonder willen wij er nogmaals op wijzen, dat de stijging van het aantal gevonden invasieve processen op een leeftijd jonger dan 35 jaar niet significant is, en derhalve niet als argument mag worden ingebracht. In het door Van Vugt aangehaalde artikel wordt onzes inziens geen relatieve stijging van incidentie van invasieve en pre-invasieve processen op jonge leeftijd gevonden. Overigens is dit onderzoek, zoals de auteurs zelf reeds terecht aangeven, niet gebaseerd op een omschreven populatie, en voorts niet geselecteerd op indicatie tot het maken van de uitstrijk. Op grond van dat materiaal kan een reële stijging in incidentie van carcinoma in situ en invasief plaveiselcelcarcinoom dus niet worden bewezen. De auteurs pleiten derhalve zelf ook vooralsnog tegen verlaging van de huidige leeftijdsgrens voor bevolkingsonderzoek. De bij ons bekende artikelen hierover in de buitenlandse literatuur zijn op z'n minst tegenstrijdig en veelal eveneens niet gebaseerd op een omschreven populatie. Helaas ontbreken literatuurverwijzingen waarop Van Vugt zich bij deze uitspraak baseert.

## LITERATUUR

<sup>1</sup> Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations in Nederland. Utrecht: de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Geneeskundige Hoofdingspectie.

Nijmegen, november 1984

P.J.J.M. KLINKHAMER  
Y. VAN DER GRAAF  
G.P. VOOIJS

### *De behandeling van trigeminusneuralgie en hemifacialisspasme: een ander gezicht*

Het artikel van C.H. Polman en C.J. Gijsbers hebben wij met belangstelling gelezen (1984, bl. 2025). In de laatste alinea stellen de auteurs dat de diagnose hemifacialisspasme op grond van het klinische beeld wordt gesteld. Bij de diagnostiek van dit ziektebeeld kan echter elektromyografie (EMG) een belangrijke rol spelen, vooral indien het klinische beeld niet duidelijk is. Hemifacialisspasme is namelijk soms moeilijk af te bakenen van andere aandoeningen met spiercontracties, zoals faciale myokymieën, synkinesieën na een paralyse van Bell, syndroom van Meige, focale epilepsie, tardieve dyskinesie en tics. Het EMG van de aangetaste gelaatsspieren bij hemifacialisspas-

me toont clonische contracties, gevolgd door tonische contracties, zichtbaar als een interferentiepatroon. Stimulatie van de N. supraorbitalis aan de aangetaste zijde geeft bij gelijktijdige registratie in de M. orbicularis oculi en in de M. orbicularis oris een R1- en (of) een R2-respons in beide spieren, waarbij de R1- en (of) de R2-respons in de M. orbicularis oris een wisselende latentie hebben en wisselend afwezig kunnen zijn. Bij synkinesieën na een paralyse van Bell zijn de R1- en R2-responsies in de M. orbicularis oris constant aanwezig en met een constante latentietijd. Bij gezonde personen en bij de andere bovengenoemde aandoeningen treedt na stimulatie van de N. supraorbitalis geen respons op in de M. orbicularis oris.

Wij bevelen dan ook aan om bij vermoeden van hemifacialisspasme eerst elektromyografie te verrichten ter verbetering van de diagnostiek, zeker als de therapie van deze aandoening uit een craniotomie zal bestaan.

's-Gravenhage, november 1984

H. FRANSSEN  
H.H.E. MORRÉ

Wij danken de collegae Franssen en Morr  voor hun aanvullende opmerkingen. Hoewel wij van mening zijn dat in de meeste gevallen met behulp van anamnese en neurologisch onderzoek met zekerheid kan worden onderscheiden tussen hemifacialisspasme en de door hen genoemde ziektebeelden, zijn wij het geheel met hen eens dat in twijfelgevallen elektromyografie belangrijke aanvullende informatie kan geven.

Amsterdam, november 1984

C.H. POLMAN  
C.J. GIJSBERS

### *Hoe kunnen door eenvoudig onderzoek aspecifieke mechanische lage-rugpijn en psychogeen bepaalde rugklachten worden onderscheiden?*

In het artikel van de collegae Lankhorst en Van der Korst in dit tijdschrift (1984; 2101-3) staan een aantal onduidelijkheden die wellicht tot misverstanden kunnen leiden. Zo wordt in de eerste zin vermeld dat aan niet-traumatische rugpijn zowel specifieke als aspecifieke lichamelijke factoren ten grondslag kunnen liggen. Wanneer op de begrippen specifiek en aspecifiek niet verder wordt ingegaan, doet zo'n indeling wat simplistisch aan. Iets verderop wordt gezegd dat de combinatie van aspecifieke mechanische en psychogene oorzaken waarschijnlijk vaak voorkomt. Gesteld wordt dat geen van beide aanleiding geeft tot het zoeken van hulp, maar dat de combinatie een drempel te boven gaat en de patiënt bij de arts brengt met een lichamelijke klacht. Dit lijkt me wel een bijzonder boude bewering. Wie zijn wij dat we precies weten waarom een patiënt zijn arts consulteert. Op zijn minst zal daarbij een complex van factoren een rol spelen. Vaak zal de patiënt met rugklachten zich ook al een eigen mening hebben gevormd over zijn rugpijn.<sup>1</sup>

Een groot bezwaar van het artikel vind ik dat het belang van de anamnese bij de diagnostiek van de rugaandoening niet uit de verf komt. Gesteld wordt dat met behulp van een aantal tests, waarvan elke arts - huisarts en specialist - er ongetwijfeld veel meer in zijn bezit zal hebben - een verdere differentiëring tussen psychische en somatische oorzaken tot de mogelijkheden behoort. Uiteraard kunnen zulke tests hun nut hebben, maar niet eerder dan dat de anamnese en de eerste indruk bij het binnenkomen in de spreekkamer