digheid van de registratie ten goede zal komen.[2] Ook uit dat artikel blijkt overigens dat slechts een derde van de patiënten bij wie de diagnose alleen op klinisch-diagnostische gronden werd gesteld, ook uitsluitend door de huisarts werd gezien. Twee derde was kennelijk op enig moment toch ook in de tweedelijns zorg terechtgekomen.

De eventuele onvolledigheid van de landelijke kankerregistratie zal dus veel lager zijn dan wordt gesuggereerd op grond van het aantal gevallen waarin geen patholoog-anatomische diagnostiek heeft plaatsgevonden. Als bovendien in de beschouwing wordt betrokken dat ook cytologisch onderzoek beschikbaar is voor de landelijke kankerregistratie, dan ligt een percentage van 1 à 2 procent meer in de lijn der verwachting dan 8 à 10 procent.

Mijns inziens dient het Peilstationproject zijn getallen nader te adstrueren, zodat de objectieve lezer de volgende vragen zou kunnen beantwoorden:
- bij hoeveel patiënten bij wie de diagnose maligniteit is gesteld, heeft cytologisch onderzoek plaatsgevonden?
- wat zijn de (waarschijnlijkheids)diagnosen van de groep patiënten die nooit in de tweede lijn zijn terechtgekomen?
- op grond waarvan zijn die diagnosen gesteld?
- wat is het aantal patiënten dat wel in een ziekenhuis is gezien, doch bij wie geen patholoog-anatomisch onderzoek is verricht?

Het lijkt mij dat deze vragen op relatief eenvoudige wijze te beantwoorden zijn. De antwoorden zijn cruciaal voor het nemen van een beslissing over de noodzaak tot participatie van huisartsen als berichtgevers in de kankerregistratie. Vooralsnog ben ik geneigd om 'de klinische indruk' (het gaat om een uiterst gering aantal patiënten) niet op te geven voor een onvoldoende gedocumenteerd percentage van circa 8 procent.

Vanuit de kankerregistratie zelf is inmiddels in twee regionale registraties (IKW en IKMN) een *pilot study* gestart om na te gaan wat de bijdrage van de huisarts als primaire kenbron voor de volledigheid van de kankerregistratie de facto is. De resultaten zullen binnen een jaar bekend zijn.

Literatuur op pag. 396

Ergernis

Ik heb mij altijd ietwat geërgerd aan de betweterige opstelling van de 'NHG-artsen'. In mijn ogen zijn er ook goede huisartsen buiten het NHG-circuit.

Uw houding wat betreft protocollen vind ik zeer gevaarlijk; ze neigen naar het dictatoriale. Uw houding wat de verloskunde door de huisarts betreft is in mijn ogen *beneden ieder peil*. De normale partus is een gezinsgebeurtenis en hoort bij de huisarts. U verkwanselt dit stuk huisartsenkunde aan de vroedvrouw. Is uw verloskunde-standpunt ook het officiële LHV-standpunt? Ik kan dat niet geloven.

Over methodologisch werken e.d., dat u ook propageert, och wat koop ik voor die hobby.

Het leek mij goed dat u ook eens een geluid van de anonieme huisartsen hoorde. U zult begrijpen dat ik echt geen zin heb om lid van het NHG te worden. Het blad *Modern Medicine* bevat in mijn ogen zeer goede artikelen van en over de huisartsgeneeskunde. Het bevat voor mij zoveel informatie dat *Huisarts en Wetenschap* buiten mijn deur blijft.

D. Oosthoek, arts,
Rijssen

Auscultatie

Muris e.a. concluderen in hun artikel 'De waarde van auscultatie bij de diagnostiek van bronchusobstructie in de huisartsenpraktijk', 'dat auscultatie een weinig waardevol diagnosticum is voor het aantonen van bronchusobstructie'. Op grond van jarenlange ervaring ben ik het niet eens met deze conclusie. Ik vind een technisch goed uitgevoerde auscultatie van grote betekenis voor het aantonen van bronchusobstructie.

Ik denk dat de verklaring voor de tegenstelling wordt gevonden in een onjuiste proefopstelling van *Muris e.a.* In hun onderzoek worden alas het ware appels met peren vergeleken: de auscultatie vindt plaats bij een diepe, rustige ademhaling, de bepaling van de expiratiesnelheid (deze term kan beter gebruikt worden dan het verouderde begrip van de Tiffeneau-index) bij een geforceerde uitademing. De verschillen in stroomsnelheid in de luchtwegen tussen rustademhaling en geforceerde ademhaling zijn bijzonder groot, en het is daarom goed begrijpelijk dat bijgeruisen (piepen, brommen, e.d.) uitsluitend aanwezig kunnen zijn bij de geforceerde uitademing.

Ik heb steeds de gewoonte gehad om elke auscultatie van de thorax af te sluiten met het verzoek tot een diepe inademing, gevolgd door een snelle uitademing. Dit levert veel informatie op. Met enige ervaring is het zeer wel mogelijk om die bijgeruisen af te zonderen die door een enkele patiënt met een verkeerde techniek hoog in de luchtwegen worden gemaakt. De verspreid voorkomende piepende en brommende ronchi zijn echter op deze wijze fraai te herkennen.

Het komt niet zo zelden voor dat patiënten net op dat momennt weinig of geen klachten van hun CARA een normale expiratiesnelheid vertonen, terwijl toch bij een snelle expiratie piepende of brommende ronchi worden gehoord. Ik spreek in dit verband niet over de al dan niet verlengde expiratoire fase, omdat ik nogal eens moeite heb gehad om in dit opzicht de grens tussen normaal en abnormaal te leggen.

Ik hoop met mijn pleidooi de stethoscoop in zijn waarde te hebben gesteld.

H.J. Sluiter

[1] Muris JWM, Vaessen MHJ, Sturmans F. De waarde van auscultatie bij de diagnostiek van bronchusobstructie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 272-4.

Naschrift

Sluiter spreekt in zijn ingezonden brief over de diagnostische waarde van piepende en brommende rhonchi bij auscultatie van de longen. Tevens vindt hij dat bevindingen bij een diepe rustige ademhaling niet vergeleken kunnen worden met de Tiffeneau-waarde. Deze Tiffeneau-waarde is echter, zoals uit de in ons artikel aangehaalde literatuur blijkt, een goede maat voor bronchusobstructie. Het enige dat wij geprobeerd hebben aan te tonen, is dat een verlengd expirium geen goede voorspeller is voor het aanwezig zijn van bronchusobstructie. Deze hypothese wordt bevestigd in ons materiaal.