

Sinds 1948 is het aantal vluchten ongeveer 827 per jaar, dat is 2,27 per dag. Niet meegeteld zijn hierbij de vluchten die werden gemaakt om materiaal, zoals bloed, instrumenten enz. te vervoeren. In totaal heeft de dienst gedurende tien jaar 7.446 patiënten over een afstand van 2.331.500 mijl vervoerd.

Het is begrijpelijk dat de meeste vervoerde patiënten slachtoffers van ongevallen waren. Toen er in 1952 en 1953 veel poliomyelitis in Saskatchewan heerste, was deze aandoening de tweede in de volgorde van frequentie.

Bij het vervoer van patiënten werd in het algemeen laag gevlogen, bijna nooit hoger dan 3000 voet; drukcabines zijn er niet, en waren ook nooit nodig. Wel zorgt men dat iedere hartpatiënt en astma-lijder onderweg extra zuurstof toegediend krijgt. Ten einde gasuitzetting in gesloten holten te vermijden, vliegt men zo laag mogelijk in geval van pneumothorax, borstletsel, ileus, enz. Patiënten in shock worden soms vervoerd terwijl er reeds een infusie is aangelegd, die in het vliegtuig blijft stromen.

Vaak heeft men prematuur geboren kinderen in een couveuse vervoerd.

Infectieziekten zijn eigenlijk nooit een contra-indicatie voor vervoer (poliomyelitis, tuberculose, encephalitis, meningitis). In 1954 was er één geval van lepra.

Driemaal is het gebeurd dat in het vliegtuig een kind werd geboren.

De meeste patiënten zijn angstig: meestal is het hun eerste kennismaking met vliegen, en bovendien begrijpen zij dat er een ernstige reden voor het luchtvervoer moet bestaan. Gewoonlijk dient men hun derhalve vóór het begin van de vlucht morfine of een sedativum toe. Vermoedelijk is er echter geen beter kalmerend middel dan de aanwezigheid van een kalme, beheerste verpleegster.

Van de 7.446 in tien jaar vervoerde patiënten zijn er tien aan boord in de lucht overleden (5 met zeer ernstige verwondingen plus shock, 4 lijders aan bulbair poliomyelitis, 1 kind met mazelenpneumonie, 1 kind met uitgebreide verbranding, 1 vrouw met ernstige bloeding na bevalling, 1 zieke met coronaria-trombose). Dit betekent een sterfte van 1,74 per 1000 vervoerde patiënten. Het is zeer moeilijk hierbij aan te geven in hoeverre het luchtvervoer hierop invloed heeft uitgeoefend. Bij ieder ander vervoer van zulke ernstige patiënten zouden er eveneens onderweg enige zijn gestorven.

Ook in ander opzicht heeft de dienst buitengewoon veilig gevlogen. Er heeft zich nl. in de tien jaar van zijn bestaan in het geheel geen ongeval voorgedaan.

Literatuur: ROEMER, M. I. (1956) *Canad. med. Ass. J.* 75, 529.

M. M. HILFMAN

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid der Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

IMMUNISATIE TEGEN DIFTERIE

Gaarne zou ik enige opmerkingen maken naar aanleiding van het artikel van collega NOORDAM.

Het blijkt nl. wel uit zijn onderzoek, dat er in de vaccinatietoestand van het schoolkind nog maar weinig verbetering is gekomen sinds Prof. Ruys in 1954 wees op de ontstellende achterstand van ons land op dit gebied vergeleken bij landen als Denemarken en Engeland.

Dit werpt de vraag op, of de oorzaak hiervan niet is te zoeken in de verhoudingen op het gebied van de preventie, zoals die in ons land zijn gegroeid. De voornaamste oorzaak van de geringe vorderingen op dit terrein ligt nl. mijns inziens niet aan een tekortschieten van huisarts of consultatiebureaus maar aan de traagheid en het gebrekkige inzicht van vele ouders. Van hun intelligentie hangt het af, of een kind onder controle blijft van huisarts of consultatiebureau.

Zonder nu iets te willen afdoen aan de eigen verantwoordelijkheid der ouders is het toch wel duidelijk dat een actie-ver optreden nodig is om een deel van hen tot beter inzicht te brengen.

De aangewezen man om dit op tactvolle wijze te doen is mijns inziens de huisarts. In zijn handen behoren dan ook de controle en de preventie te liggen van de geboorte af tot aan de schoolleeftijd en, in samenwerking met de schoolarts, ook nog daarna. Speciaal op het gebied van de vaccinatie zou dit de volgende voordelen opleveren:

Ten eerste blijkt uit het onderzoek van collega NOORDAM, dat 30 pct van de kinderen de consultatiebureaus niet bezoeken en van de overige 70 pct een deel zeer ongeregeld. Deze kinderen zouden door activiteit van de huisarts voor het grootste deel wel zijn te bereiken. Een deel van de kinderen uit grote gezinnen komt niet onder controle, omdat de moeder er geen tijd voor heeft; de huisarts zou hen thuis kunnen bezoeken.

Ten tweede houdt de controle van de huisarts niet op bij het einde van de zuigelingenleeftijd, maar blijft, hoewel minder frequent, bestaan, zodat de periode tussen zuigeling en schoolkind tevens wordt overbrugd.

Ten derde komt, naar ik meen, de vaccinatie van het schoolkind feitelijk te laat. Velen lopen juist in de eerste maanden van het schoolgaan het meeste gevaar, difterie of kinkhoest te krijgen en brengen de ziekte weer over op jongere broertjes en zusjes, waaronder ook ongevaccineerde. Mijns inziens moest het zo zijn, dat op de kleuterschool geen kind werd toegelaten, dat niet tegen difterie en kinkhoest is gevaccineerd of gerevaccineerd. Weliswaar is voor kinkhoest dan de gevaarlijke leeftijd al voorbij, maar de kans op besmetting van zuigelingen wordt er sterk door vergroot. De huisarts alweer zou ervoor kunnen zorgen, dat de vaccinatie of revaccinatie vóór het naar school gaan plaats vindt.

In deze gedachtengang wordt dus de huisarts in eerste instantie verantwoordelijk voor de preventieve geneeskunde bij het jonge kind. Hij zal het als een persoonlijke eer moeten beschouwen al zijn patiënten in die preventieve zorg te betrekken. Hij zal hier echter m.i. pas de ware lust toe vinden als deze taak hem ook organisatorisch zeer bepaald wordt toegewezen. Natuurlijk zal hij de steun van consultatiebureau en specialist op dit gebied niet

kunnen missen. Als er echter ergens sprake kan zijn van een specifieke taak voor de huisarts, is het wel op dit terrein.

Nu de huisartsen zelf zich weer bewust worden van hun eigen plaats in het geheel van de gezondheidszorg (Nederlands Huisartsen Genootschap) is het te wensen, dat er wegen zullen worden gevonden om hen ook weer volledig in te schakelen. Temeer waar zo duidelijk blijkt, dat de bestaande toestand beslist niet de ideale staat van zaken is.

Literatuur: NOORDAM, A. L. en A. M. SCHRICKX (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 141.

Amsterdam, 22 januari 1957

S. REEDE

SIGARETTEN EN LONGKANKER

In principe houd ik niet van ingezonden stukken, nog minder van ingezonden stukken met onmiddellijk commentaar. De reactie van de Redactie op mijn ingezonden stuk is een staaltje van medische journalistiek dat ik jammer genoeg niet onweersproken kan laten.

In de eerste plaats heeft de redactie — wellicht op grond van haar uitdrukkelijk voorbehouden recht deze stukken te bekorten — een gehele alinea weggelaten die de essentie van mijn betoog direct raakt, zo niet in een ander daglicht stelt (laatste stuk van punt 1).

In de tweede plaats wordt mij slordig lezen verweten, een verwijt dat ik met meer recht kan retourneren: De redactie heeft het door mij geschrevene bij de correctie zo slordig gelezen, dat door drukfouten één zin geheel onzin is geworden (vierde regel van punt 3: *zolang* moet *zoals* zijn); een andere zin werd daardoor vrijwel onbegrijpelijk (in regel 12 van punt 3 moet niet staan: vreemde regel, maar: vermeeende regel).

Behalve drukfouten zijn er zelfs veranderingen te signaleren: Wanneer in mijn kopij in punt 1 staat: gemiddeld een veertig gevallen per jaar is dat iets anders dan: veertig per jaar, wat de redactie er van maakte. Zo ook is „een 80 gevallen” iets anders dan 80 gevallen. Het eerste duidt een *orde* van grootte aan, het tweede is een exact getal.

Het merkwaardige feit doet zich voor dat MYERSON — zo staat het in mijn kopij — in mijn ingezonden stuk tweemaal compareert als MEYERSON, waar de redactie hem in haar eigen repliek wel corrigeert tot MYERSON, hetgeen de indruk maakt dat de schrijver minder goed op de hoogte is dan de redactie. Zo ook staat in de literaturopgave „Larijnge” nogal dom.

Het is zelfs wat onaangenaam te constateren dat waar het ingezonden stuk wemelt van de drukfouten, het redactionele antwoord van deze smetten volledig vrij is.

Ook wat de inhoud van het antwoord van de redactie betreft, moet ik bezwaren maken. Dit toch ademt een geest van mislezen van wat ik bedoel (bv. ad 2) die aan het bewuste grenst, nog afgezien van een aantal afdelingsmanoeuvres van bepaald niet hoog gehalte.

Bijvoorbeeld: Wat verandert in ad 3 de door U gemaakte cursivering aan de essentie van mijn opmerking op dat punt: *Niets!* Wat zou de redactie ervan zeggen wanneer ik haar aanviel over het feit dat dit in het origineel van DOLL en HILL niet gecursiveerd staat? Datzelfde zou ik op uw aanmerking daarop te mijnen aanzien willen zeggen.

Door de zinsnede van de Redactionele Kanttekening letterlijk aan te halen en daaraan mijn opmerkingen toe te voegen meen ik op zuivere gronden te hebben aange-toond dat de redactie verder gaat dan DOLL en HILL: *vaststaan* en *is* is iets anders dan (het bewijs leveren?): *neen* en *aanduiden!!* Ik tijd dus niet aan, ik bewijs. Hoe kan de redactie dit stellen als aantijgen (volgens het woordenboek:

kwaadaardig ten laste leggen) en daar vervolgens bezwaar tegen maken? Ik zou U nogmaals willen verzoeken „Het staat thans wel vast dat het gedurende jaren achtereen roken van vele sigaretten per dag een belangrijke etiologische factor is voor het ontstaan van longkanker”, wat U schreef en „Wij zijn van mening dat de gegevens die ons op dit ogenblik ten dienste staan, het bestaan van een causaal verband aanduiden”, wat DOLL en HILL schreven, eens nauwkeurig te willen vergelijken in verband met de door mij gemaakte opmerkingen. Een etiologische factor is een causale factor. Het Griekse *aitia* betekent zelfs oorzaak. Dit maakt beide zinsneden voor een directe vergelijking toegankelijk. De redactie zegt dat het vaststaat dat lange jaren veel sigarettenroken een oorzaak van longkanker is; DOLL en HILL verklaarden desgevraagd dat door hun gegevens een oorzakelijk verband wordt aangeduid. Zij willen uitdrukkelijk niet zeggen dat het vaststaat.

U zegt elders in uw antwoord: „Vraag 6 gaat over de kwestie of het bewijs geleverd is dat het roken van sigaretten de directe oorzaak van longkanker is. Dit wordt in de redactionele commentaar niet gesteld.” Wilt U zo vriendelijk zijn mij te zeggen waar ik beweer dat U dat doet? Ook moge ik opmerken dat ik de redactie nergens beticht het artikel van DOLL en HILL te hebben bewerkt, wel dat U in uw kanttekening er een schepje oplegde en dat houd ik op goede gronden vol.

Wanneer U schrijft: „Het staat thans wel vast etc. . . . een belangrijke etiologische factor is voor het ontstaan van longkanker”, is dat een *conclusie*. De daarop volgende nevensgeschikte zin bevat andermaal een *conclusie*. Zij zijn door de redactie en niemand anders geschreven en op grond van mij ter beschikking staand materiaal vind ik deze nogal verstrekkend. Dan schrijf ik toch niet teveel wanneer ik zeg dat het te vroeg lijkt om tot zo verstrekkende conclusies te komen als de redactie van het *Tijdschrift* deed?

Termen als: Ook hier heeft de schrijver slordig gelezen of onjuist geciteerd (hetgeen suggereert dat de schrijver daarvan een gewoonte maakt of althans dit eerder heeft gedaan: Waar?) resp.: *ernstige* onderzoekers (hetgeen hier gedachten aan een tegenstelling oproept) zijn methoden van antwoord, die een zekere fijnheid van geest die de redactie van een goed geredigeerd tijdschrift behoorde te kenmerken, missen.

Ik kan van dit alles alleen maar zeggen, dat ik het jammer vind. Het meest jammer van *ons* goede oude *Tijdschrift voor Geneeskunde*. De vraag die in deze essentieel is, is namelijk, of *ons* hier een afdeling is van *wij*, Nederlandse artsen, of alleen van *wij*, redactie.

Misschien kan de redactie mij eens uitleggen, wie hier „wij” is.

Groningen, 21 januari 1957

B. K. S. DIJKSTRA

Het artikel van BRADFORD HILL en DOLL geeft een zo voortreffelijk overzicht van de stand van onze kennis betreffende roken en longkanker, dat wij de toestemming tot overnemen uit de *British medical Journal* zeer op prijs hebben gesteld. Naar onze mening is het onderwerp van zoveel belang dat wij gaarne de niet gemakkelijke vertaling op ons hebben genomen en door een „Redactionele kanttekening” de aandacht op het verschijnen hebben gevestigd.

Collega DIJKSTRA bekritiseerde in zijn eerste „Ingezonden stuk” enkele onderdelen van het artikel en deelde mede, nog meer bezwaren daartegen te hebben, maar vooral richtte hij zich tegen de Redactie die te vroeg tot verstrekkende conclusies gekomen zou zijn. Wij antwoordden op deze kritiek in een naschrift.