

Bij de bestudering van de patiënten van het Arnhemse Gemeente Ziekenhuis vond ROT bij de groep van 22 patiënten bij wie het herstel meer dan 4 maanden (tot 2 jaar) vergde 14 vrouwen en 8 mannen. Slechts 2 patiënten behoorden tot de leeftijdsgroep van 6-20 jaar, 6 tot de groep van 21-30 jaar en 14 waren tussen de 31 en 70 jaar oud. De 9 patiënten bij wie geen volledig herstel bereikt kon worden, hadden een leeftijd tussen de 30 en 70 jaar, terwijl 8 van hen vrouwen waren. De vier overleden patiënten waren allen vrouwen, nl. 1 meisje van 15 jaar en 3 vrouwen tussen de 50 en 60 jaar. Dit alles bevestigt dat de mogelijkheid van een ernstig verloop van de hepatitis het grootst is op latere leeftijd en vooral bij vrouwen.

Het onderzoek van CHALMERS heeft laten zien dat in de — waarschijnlijk lichte — epidemie van Korea bij tevoren gezonde jonge mannen, deze zich een beperkte bewegingsvrijheid konden permitteren, wanneer zij, zoals bij CHALMERS tot hun volledig herstel werden doorbehandeld. Het nader onderzoek heeft aangetoond, dat dit ook geen late gevolgen met zich mee heeft gebracht. Dit bevestigt de klinische ervaring dat het jeugdige individu met hepatitis zich heel wat kan permitteren, zoals een ieder weet, die kinderen met deze ziekte heeft behandeld. Maar ook deze regel is niet zonder — soms dodelijk verloopende — uitzondering. De kans op het ontstaan van chronisch of dodelijk verloopende vormen ligt op oudere leeftijd (beginnend bij ongeveer 24 jaar en bovenal vanaf het 40e jaar) en vooral bij vrouwen, ook onafhankelijk van een graviditeit.

Over het al of niet van betekenis zijn van bedrust voor het voorkómen of therapeutisch beïnvloeden van een ernstig ziektebeloop, geeft het onderzoek van CHALMERS geen uitsluit. De door CHALMERS bestudeerde volwassen patiëntengroep is juist die waarin van nature de geringste kans op een ernstig ziektebeloop bestaat.

*Literatuur:* Referaat (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1593.

Arnhem, 21 augustus 1964

L. SCHALM

#### DE WAARDE VAN FYSISCHE THERAPIE BIJ MENISCECTOMIEËN

Het artikel van E. KOSTER-JONGEJAN en C.F. VREEDE (1964) is gebaseerd op ervaring met slechts 15 resp. 19 patiënten. Het komt mij verder voor, dat de series niet vergelijkbaar zijn, want behalve het al of niet geven van klinische fysieke therapie moet er nog meer veranderd zijn, waardoor de zo lange arbeidsongeschiktheid in de eerste serie kan worden verklaard.

Bij statistische bewerking moet de vraagstelling min of meer objectief meetbaar zijn en het tijdstip van werkhervatting en niet poliklinisch nabehandelen met fysieke therapie zijn dit niet. Het is nu eenmaal zo dat het tijdstip van werkhervatting na een trauma belangrijk kan worden vervroegd indien de behandelende arts én de controlerende geneeskundige én de werkgever hieraan medewerken.

De schrijvers stellen dat de beide series meniscectomieën onder dezelfde leiding en volgens dezelfde operatie-techniek werden uitgevoerd, maar hierbij kan men aantekenen, dat een meniscus-extirpatie soms technisch gemakkelijk is, dan weer moeizaam en dus meer traumatiserend. Ook is er een groot verschil tussen een patiënt met een ingeklemde meniscus en iemand met knieklachten na een distorsie, die ook een meniscuslaesie heeft, terwijl de ernst van eventuele arthrosis niet in getallen is uit te drukken.

Ten slotte zijn laterale en mediale menisci beslist niet vergelijkbaar.

Alle chirurgen zijn wel overtuigd van het nut van quadriceps-training na knie-operaties, maar de gepubliceerde

ervaringen bevatten geen argumenten om de Rotterdamse gewoonte na te volgen, de patiënten pas de 3e week onbelast te laten lopen en hen pas na 3 weken te ontslaan. Volgens mijn ervaring bereikt men dezelfde resultaten indien men de patiënt de dag na de operatie laat rondlopen met een achter-spalk (dus volledig belast) en hem zelf quadriceps-oefeningen laat doen. Hij kan dan na 12-14 dagen worden ontslagen, en slechts enkele patiënten moeten na ontslag naar een heilgymnast-masseur worden gestuurd.

Hoewel vermeld wordt dat de verschillen tussen de gepubliceerde groepen gedeeltelijk niet significant zijn, lijkt het mij onverstandig dat T.N.O. bij een dergelijk klein en niet homogeen materiaal zelfs een poging tot statistische bewerking heeft gedaan.

*Literatuur:* KOSTER-JONGEJAN, E., en C. F. VREEDE (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1624.

Assen, 22 augustus 1964

H. VAN DER HOUWEN

#### ROKEN, LONGKANKER EN STERFTEKANS-CONCURRENTIE

Het onderzoek van collega OPPERS (1964) is mij reeds langere tijd bekend, en ook nu trof mij, hoe weinig waarde gehecht wordt aan de bevindingen van retro- en prospectieve onderzoeken met betrekking tot de relatie roken-longkanker. Iets hiervan komt tot uitdrukking, als collega OPPERS de huidige „maatregelen van overheidsinstanties” omschrijft als „maatregelen tegen het ontstaan van (iedere) verslaving”.

Bij de bestudering van het Amerikaanse rapport Smoking and Health (1964) heeft collega OPPERS bovendien, in duidelijke tegenspraak met zijn eigen „enige voorwaarde”, ongetwijfeld gevonden, dat de sterftekans voor (bijvoorbeeld) sigarettenrokers ongeveer 70 pct hoger ligt dan bij niet-rokers, en wanneer het aantal sigaretten dat dagelijks gerookt wordt in die sterftekans betrokken wordt, blijkt dat bij minder dan 10, 10-19, 20-39 en 40 sigaretten of meer, die sterftekans resp. 40, 70, 90 en 120 pct hoger ligt dan bij niet-rokers.

Behalve de speculatieve beschouwingen, waartoe collega OPPERS zich nu beperkt, had ik op zijn minst verwacht, enige feitelijke achtergronden te vernemen voor zijn voorwaarde, nl. dat de sterftekans aan alle andere ziekten (behalve longkanker) voor niet-rokers tweemaal zo hoog, althans hoger, is als voor rokers. Zonder die feiten is de voorwaarde van collega OPPERS voor mij nog steeds onaanvaardbaar. Dit is des te meer het geval, omdat in tabel IV van zijn artikel andere met roken samenhangende doodsoorzaken wel worden vermeld, maar niet in de omschrijving van de voorwaarde worden opgenomen. Bovendien kan men denken aan de sterftekans in verband met de langere levensduur van (meer niet-rokende) vrouwen t.o.v. (meer rokende) mannen.

Er zijn andere bezwaren aan te voeren tegen het betoog van collega OPPERS, bv. tegen zijn verklaring voor de snelle frequentie-stijging van longkanker, maar die bezwaren zijn onbelangrijk zolang het uitgangspunt (voorwaarde) niet aannemelijk gemaakt wordt.

Een bepsrekening van „Berkson's fallacy” aan de hand van longkankersterfte, zoals collega OPPERS dit nu heeft gedaan, heeft echter een algemener bezwaar. Het is namelijk zeker niet denkbeeldig, en de Redactie wijst daarop in de Redactionele Kanttekening terecht, dat vele lezers toch door de overtuigende betoogtrant, in het artikel gebruikt, deze (m.i. onjuiste) argumentatie zullen aangrijpen, om eigen rookgewoonten te rechtvaardigen.

De preventie van longkanker wordt aldus niet gediend.