

moeten een plaats vinden bij bepalingen die gelden voor alle besmettelijke ziekten; het is onjuist, in het bijzonder voor lepra bestemde wettelijke bepalingen te maken. Het is echter wel van belang dat de aangifte van lepra verplichtend wordt gesteld, waarbij het medisch beroepsgeheim niet geschaad mag worden.

Gedwongen isolatie is volkomen uit de tijd en mag niet meer worden toegepast. Natuurlijk kan men wel tijdelijke isolatie overwegen bij besmettelijke patiënten zoals dat ook bij andere infectieziekten kan gebeuren. De enige dwangmaatregel die men thans nog mag tolereren, is dat de patiënt, van wie men vermoedt dat hij lijdt aan een besmettelijke ziekte — en hiertoe behoort ook lepra — verplicht wordt, zich te laten onderzoeken.

Van belang is ook het rapport, uitgebracht door de commissie inzake *opvoeding en algemene sociale aspecten*. Door de vooruitgang die op therapeutisch gebied werd bereikt, zijn de medisch-hygiënische aspecten van het lepra-vraagstuk sterk op de voorgrond getreden, maar men zou er verkeerd aan doen, als men de betekenis van de opvoedkundige en sociale facetten zou onderschatten.

Daar er een duidelijk verband bestaat tussen de frequentie van lepra en de voedingstoestand, het klimaat en de sociale gebruiken, moet hulp worden geboden om een op te laag niveau liggende economische status en ongewenste hygiënische toestanden te verbeteren. Terwijl wij dus enerzijds zo veel mogelijk moeite moeten doen om de leprapatiënten op te sporen en onder behandeling te brengen, zullen wij anderzijds moeten trachten, in de endemische gebieden de levensstandaard te verbeteren.

Bij de bespreking van de voorlichting wees ik er al op dat nog in vele gebieden een vooroordeel tegen lepra en een discriminatie van de leprapatiënten bestaan. De patiënt houdt derhalve zijn ziekte zo lang mogelijk verborgen. Omgekeerd wordt het lepra-probleem soms in zijn ontwikkeling geremd, door een bij de bevolking bestaande volkomen onverschillige houding ten opzichte van deze aandoening.

De pers kan een gunstige invloed uitoefenen, althans indien deze bereid is zich van iedere sensationele berichtgeving te onthouden en zich door deskundigen laat onderrichten over de beste wijze van voorlichting aan het volk. Sensationele verhalen over lepra in boeken en tijdschriften en in films doen kwaad. Het is goed, het publiek erop te wijzen dat het besmettingsgevaar — mits men de voorzorgen neemt, die men bij iedere door micro-organismen veroorzaakte ziekte behoort te nemen — uitermate gering is, beslist niet groter dan bij tal van andere infectieziekten, waarvoor geen buitensporige vrees of angst valt te constateren.

Ook deze werkgroep ziet geen enkele aanleiding om ten opzichte van lepra speciale wettelijke bepalingen te maken. Alle op lepra betrekking hebbende bepalingen moeten een onderdeel vormen van voor de algemene gezondheidstoestand gegeven voorschriften. Daar waar dit nog niet is geschied, moeten de regeringen er zo spoedig mogelijk toe overgaan, en ook moeten alle maatregelen, die gedwongen isolatie ten doel hebben, geheel en al worden afgeschaft.

Tijdens de in Addis Abeba gehouden lepraconferentie (1953) werd erop gewezen dat bij wettelijke bepalingen inzake lepra de woorden „gevaarlijk” en „besmettelijk” zoveel mogelijk moeten worden vermeden. Men was het daar trouwens erover eens, dat lepra een van de het minst door besmetting gevaar opleverende infectieziekten is.

Tijdens het Congres te Rio deelde M. C. J. CROWTHER, president van the Leonard Wood Memorial for the Eradication of Leprosy, mede dat er een James A. Doll-award was ingesteld. De stichters, die anoniem wensen te blijven,

willen op die wijze wetenschappelijk onderzoek stimuleren inzake het kweken van *Mycobact. leprae* en *Microbact. muris*. Zij wijzen erop dat de tot dusverre bestaande onmogelijkheid de leprabacil te kweken, een rem betekent voor de verdere ontwikkeling van onze kennis over lepra.

Uit den aard der zaak zou er veel meer over dit lepracongres te vertellen zijn, maar ik wil bewust vermijden, te veel in details af te dalen. Al heeft het congres in Rio de Janeiro niet veel spectaculaire nieuwigheden gebracht, het vormt toch een voortreffelijke aanleiding om het zo uitermate moeilijke en gecompliceerde, maar ook zo uitermate belangrijke lepra-probleem weer eens te belichten en onder de aandacht van alle artsen te brengen.

In een voordracht over lepra in Nederland, beschreef ik hoe in ons land de stroom van lepralijders, uit Indonesië naar Nederland gekomen, verwerkt was op zodanige manier, dat aan deze geïmmigreerde patiënten goede sociale en medische hulp werd verleend en er ook geen nadeel voor de Nederlandse bevolking ontstond. Deze nieuwe situatie, die is ontstaan na de koloniale periode, moet ons ertoe brengen nader te bestuderen in hoeverre er in West-Europa van een „lepra-probleem” mag worden gesproken en in hoeverre het zin heeft daarbij in bepaald opzicht stelling te nemen. Daarbij werd niet alleen gedacht aan de kans op toeneming van het aantal lepralijders door emigratie, immigratie, tewerkstellen van vreemde arbeiders en het toenemend wereldverkeer; er kwamen nog andere punten naar voren, zoals de vraag of mét het afnemen van de tuberculose de kans op besmetting met lepra toeneemt.

Als resultaat van contacten met leprologen uit een aantal Westeuropese landen (Spanje, Italië, Zwitserland, Duitsland, België, Frankrijk, Engeland en Denemarken) is er te Rotterdam een conferentie van Westeuropese leprologen gehouden.

Rotterdam, juni 1964

E. H. HERMANS

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### BUITENLANDSE ARBEIDERS EN TUBERCULOSE-BESTRIJDING

In het *Algemeen Handelsblad* van 7 augustus jl. kon men lezen dat in Amsterdam 6.000 buitenlandse arbeiderskrachten werken. De meesten van hen zijn Spanjaarden en Italianen (er zijn ook Grieken, Turken, Marokkanen enz.).

In Nederland is de tuberculose vrij aanzienlijk teruggedrongen, en wel met een snelheid die veel groter is dan in andere Europese landen. De nieuw-geregistreerde gevallen dalen in Nederland met gemiddeld 10 pct per jaar en de besmettingskansen nemen hierdoor naar rato af. Dit komt o.a. tot uiting door het dalen van de „tuberculine-index”, d.i. het percentage tuberculinegevoeligen op een bepaalde leeftijd. Zo daalde deze index bij de Nederlandse rekruten in een achttal jaren van ruim 20 tot 9 pct.

Deze snelle daling werd bereikt door de samenwerking van de Nederlandse artsen met de georganiseerde tuberculosebestrijding. Dat ook het beschikbaar komen van betere therapeutica hierbij een betekenis heeft, behoeft geen betoog. Het gevolg is dat het Nederlandse volk in dit opzicht geleidelijk aan een „maagdelijk” volk gaat worden; de besmettings-index onder onze jeugd is reeds nu zeer klein.

De frequentie waarin tuberculose voorkomt in landen die ons thans buitenlandse werkkrachten leveren, is vele malen (tien, twintig en meer) hoger dan in Nederland. Van de arbeiders die uit deze landen bij ons binnenkomen, is een veel

groter percentage met tuberkelbacteriën besmet dan bij vergelijkbare groepen Nederlanders. Aangezien de met tuberkelbacteriën besmette mens een potentiële kandidaat voor klinische tuberculose is, is de kans op manifeste tuberculose bij deze buitenlandse arbeiders groter. Daarbij komt dat hun lichamelijke en geestelijke spanningen waarschijnlijk veel groter zijn, omdat zij in den vreemde verkeren.

De Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid en het Rijks Arbeidsbureau doen zeer veel om binnenkomende arbeiders op longtuberculose te doen keuren, alsmede om de bedrijven waar deze arbeiders werken, voor te lichten.

*Men zou echter alle buitenlandse arbeidskrachten drie- of viermaal per jaar op onze consultatiebureaus moeten laten onderzoeken.* Wij zijn dit aan onze Nederlandse bevolking verplicht. Bovendien zou deze maatregel aan de buitenlandse arbeiders zelf ten goede komen, omdat hun hier te lande gratis behandeling (ook in de sanatoria) wordt geboden.

Door deze ingezonden mededeling wil ik een beroep doen op alle Nederlandse artsen en alle bedrijven en hun verzoeken, mede te werken om deze reële bedreiging met tuberculose van ons volk af te wenden.

Amsterdam, 13 augustus 1964

B. VAN VLIET  
directeur Amsterdamse  
Vereniging tot Bestrijding  
der Tuberculose

### ROKEN, LONGKANKER EN STERFTEKANS- CONCURRENTIE

De collegae BIERSTEKER (1964) en MEINSMA (1964) zou ik willen antwoorden dat zij beiden toch op de hoogte zijn van het feit dat verhoogde sterftekans voor bepaalde diagnosen, ingedeeld naar leeftijdsgroepen, volstrekt onvoldoende uitsluitsel geven. De gemiddelde overlijdensleeftijd van rokers en niet-rokers, zelfs afgezien van de diagnose waaraan men overlijdt, zal echter wel klaarheid kunnen verschaffen. En juist deze gemiddelde overlijdensleeftijd ontbreekt in de artikelen betreffende de relatie roken-ziekte, die ik heb geraadpleegd. Indien ik uit de publikaties had kunnen lezen dat de roker korter leefde dan de niet-roker, dan was mijn artikel ongeschreven gebleven.

Evenals collega MEINSMA hecht ik zeer veel waarde aan retro- en prospectieve onderzoeken, mits met alle statistische addertjes onder het gras wordt rekening gehouden. Een van deze addertjes zou de sterftekansconcurrentie kunnen zijn.

Mijn veronderstelling dat niet-rokers gemiddeld korter leven dan rokers wordt inderdaad niet door feitelijkheden ondersteund. Maar mijn artikel beoogt alleen de opstelling van een nieuwe theorie, een theorie waarvan collega MEINSMA (1963) in zijn boek zelfs nadrukkelijk zegt, dat deze nog niet is gevonden. Maar iedere theorie vraagt onderzoek ter bevestiging of ontkenning. Uit dit onderzoek zal dan moeten blijken of de niet-roker gemiddeld zwaarder is dan de roker en of de niet-roker gemiddeld een korter leven heeft dan de roker. Mocht dit zo zijn, dan is nog niet bewezen dat mijn nieuwe theorie de enig juiste oplossing van het probleem roken-ziekte heeft gegeven, maar wordt de mogelijkheid dat dit zo is, wel aanzienlijk groter. Mocht de roker gemiddeld korter leven dan de niet-roker dan heb ik echter zeker ongelijk en is mijn artikel voor niets geschreven.

In zijn laatste alinea veronderstelt collega MEINSMA de causaliteit van de relatie roken-ziekte volstrekt bewezen, want anders zou de longkankerpreventie niet gediend zijn met het staken van het roken. Ik acht echter deze causaliteit nog niet bewezen. Daarom werd mijn artikel geschreven en niet om een anti-rokenactie te ondermijnen.

*Literatuur:* BIERSTEKER, K. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1729. — MEINSMA, L. (1963) *Roken.* Amsterdam. — MEINSMA, L. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1782.  
Amsterdam, 2 september 1964 V. M. OPPERS

### DE BEHANDELING VAN CONGENITALE PANCREASFIBROSE

Naar aanleiding van het caput selectum over de behandeling van congenitale pancreasfibrose van de hand van collega STOPPELMAN (1964) moge ik enkele opmerkingen maken.

Het verwondert mij, dat niet de benaming „cystic fibrosis” wordt gebezigd, een naam, die reeds jaren ingang heeft gevonden, vooral in de Verenigde Staten, waar zelfs een „national cystic fibrosis foundation” (Walnutstreet 1616 Philadelphia 3, P.A.) is opgericht en waar de ouders van patiëntjes zijn verenigd in „cystic fibrosis groups”, te vergelijken met onze verenigingen voor ouders van spastische kinderen.

De benaming „cystic fibrosis” heeft het voordeel, dat ze een afspiegeling is van de meest typische afwijking, die bij microscopisch onderzoek wordt gevonden in alle aangetaste organen; tevens vervalt daarmee de toch foutieve naam, die, zoals collega STOPPELMAN zegt, het pancreas te veel in het middelpunt plaatst.

Het voorkomen van neuspoliepen is inderdaad zeer frequent; zelfs is de inhoud van de sinus maxillaris, waar deze poliepen veelal hun basis vinden, dikwijls zo typisch, dat de keel-neus-oorarts hierop de diagnose kan vermoeden. De sinus maxillaris is bij patiënten met kystische fibrose dan ook bijna altijd gesluierd bij röntgendoorlichting.

Ik geloof dat het bepalen van de elektrolyten in het zweet vooropgesteld moet worden bij het stellen van de diagnose en niet het aantonen van een onvoldoende excretie van pancreasenzymen. Het eerste is nl. een gemakkelijke, voor de patiënt niet onaangename proef, wanneer hiervoor de iontoforese-methode wordt gebruikt. De duodenum-sondage daarentegen is, zeker bij de dikwijls benauwde patiënten, een zeer onaangename en lastige ingreep, die bovendien niet noodzakelijk is. Het tekort aan vetsplitsend enzym komt nl. tot uiting in de vetbalans, die bij iedere patiënt met de ziekte steeds zal worden verricht. Het tekort aan trypsine en amylase kan worden aangetoond met de caseïne-proline resp. met de zetmeelbelastingsproef.

Wat de werking van pancreas-substitutiepreparaten betreft, werd in een uitgebreid onderzoek in de Utrechtse Kinderkliniek (VAN BENTHEM 1959) aangetoond, dat praktisch steeds 2½ gram pancreatine (Organon) per dag, verdeeld over de maaltijden, nodig en tevens voldoende is om de vertering zo optimaal mogelijk te maken. Het lijkt op grond van deze uitkomsten verstandig, bij het instellen van de patiënten uit te gaan van deze hoeveelheid, wanneer men, zoals collega STOPPELMAN aanbeveelt, alleen afgaat op de frequentie van de defaecatie, de hoeveelheid, kleur en consistentie van de ontlasting. Hiermede zal ongetwijfeld het langdurige verblijf in het ziekenhuis en de belasting van het laboratoriumpersoneel worden verkleind.

Zoals collega STOPPELMAN aanbeveelt, is het zeker aan te raden, een pancreasenzympreparaat te gebruiken, dat een bekende hoeveelheid enzymen bevat.

Over het gebruik van zg. „enteric coated” tabletten zijn de meningen verdeeld. DICKE (1956) veronderstelde slechts, dat deze tabletten door het ontbreken van trypsine in de darm van deze patiënten, onwerkzaam waren. Dat hij van „enteric coating” geen resultaat meende te zien, is mogelijk te wijten geweest aan het feit dat de samenstelling van het poeder en van de gedrageerde tabletten niet dezelfde was,