

behandelde gebied voordoet. Tumoren die duidelijk gescheiden hiervan later elders in de blaas ontstaan, moeten als nieuwe tumoren worden beschouwd. Bij de radiumbehandeling ontvangt naast de hoge dosis in het oorspronkelijke tumorgebied, het overig slijmvlies een niet aanzienlijke dosis stralen. Hierdoor kan mogelijk verklaard worden waarom bij onze gevallen het percentage nieuwe tumoren zoveel geringer is dan dat door collega T_{JABBES} aangeduid. Uiteraard komen patiënten met multipole blaascarcinomen slechts in aanmerking voor cystectomie of megavoltbestraling.

Ad III: Met radium behandelde T_{III}-tumoren hebben in het R.R.T.I. een 5-jaarsoverlevingskans van 10 pct, na telekobalttherapie van 5 pct, dus niet 0 pct zoals collega T_{JABBES} vermeldt. Na cystectomie, en dit betreft doorgaans geselecteerde gevallen, d.w.z. relatief jonge patiënten in goede algemene conditie, zijn van auteurs met grote series de resultaten doorgaans slechter.

Ad IV: Er is door mij nergens gesteld, dat patiënten met een T_{IV}-neoplasma niet moeten worden behandeld, getuige ook het grote aantal T_{IV}-tumoren in onze behandelingsreeks. Van de met telekobalt bestraalde patiënten toonden 50 pct duidelijke subjectieve verbetering. Of ureterdeviatie altijd vóór de bestraling moet plaatsvinden is discutabel.

Tegen de opmerking van collega T_{JABBES}, dat het Rotterdamse materiaal geselecteerd is, kan ik tenslotte nog inbrengen, dat in mijn publikatie alle lijders aan blaascarcinoom werden opgenomen, die in Rotterdam door de 5 aldaar gevestigde urologen zijn gezien en die allen in het R.R.T.I. zijn behandeld. Bovendien zijn in deze serie opgenomen van elders verwezen patiënten die veelal in hopeloze conditie verkeerden na het falen van een vroegere therapie.

Uiteraard werd in de samenvatting, zoals ook in het artikel duidelijk te lezen valt, de radiumbehandeling als ideale therapie bedoeld voor dié gevallen waarin hiermede betere resultaten bereikt kunnen worden. Dat is bij onze patiënten ruim 30 pct van alle patiënten met blaascarcinoom die bij de urologen komen.

Voor een juiste waardering mag men niet afgaan op indrukken, doch moet men zorgvuldig de gegevens bewerken van een groot aantal patiënten, nadat de histologische preparaten opnieuw grondig herzien zijn.

Rotterdam, 19 oktober 1964 B. H. P. VAN DER WERF-
MESSING

DE KOOLHYDRAATHUISHOUDING BIJ DEPRESSIE

Het werk van VAN PRAAG en LEIJNSE (1964), dat beoogt nieuwe inzichten te verkrijgen in het ziektebeeld van de depressie, verdient grote waardering. Zij stelden o.a. een positieve correlatie vast tussen de toeneming van de glucosetolerantie en de gunstige invloed van de door hen toegepaste „anti-depressieve hydrazinen” op bepaalde vormen van depressie. Hoewel zij de vraag of hier een causaal verband bestaat, openhouden, gaan zij niet in op de bekende factoren, die de glucosetolerantie beïnvloeden. Reeds geruime tijd is, als één van deze factoren, de invloed van het dieet op de glucosetolerantiecurve bekend. Bij hongeren is de glucosetolerantie verlaagd (honger-diabetes), terwijl ook de samenstelling van het dieet hierop invloed heeft. CONN (1940) gaf hierom het advies, drie dagen vóór een glucosetolerantietest een dieet te geven van tenminste 300 gram koolhydraten en een voldoende aantal calorieën.

Nu worden van de betrokken patiënten o.a. verminderde eetlust en anorexie vermeld als voor de diagnose noodzakelijk aanwezige symptomen (VAN PRAAG 1962). Voorts vermeldt VAN PRAAG in zijn proefschrift dat de glucose-

tolerantie sterker toeneemt bij patiënten die tijdens de behandeling 7 kg of meer zwaarder worden dan bij patiënten die niet of minder in gewicht aankomen. Het lijkt hierom voor de hand liggend te veronderstellen dat de toegenomen voedselopneming mede invloed op de glucosetolerantie heeft gehad, daar het dieet niet was gestandaardiseerd. Steun aan deze opvatting geeft ook, dat de door schrijvers vermelde bloedsuikerwaarden bij de verbeterde patiënten, 60 en 120 minuten na belasting met glucose, zowel na drie weken als na de behandeling, niet significant verschilden, m.a.w. dat in de periode waarin de eetlust toenam en dus meer calorieën werden genoten, de glucosetolerantie gelijk was, en dat deze gunstiger lag dan in de periode met anorexie. Zo ligt de vraag voor de hand of de gewichtscurve niet eveneens een duidelijk positieve correlatie met de verbetering van de depressie te zien geeft.

Aangezien bij — al of niet vrijwillig — hongerende personen de glucosetolerantie duidelijk verbetert na voldoende dieet, lijkt het niet waarschijnlijk dat de toeneming van de eetlust aan een gewijzigde glucosetolerantie kan worden toegeschreven.

Wellicht loop ik met deze opmerkingen vooruit op nog door de schrijvers te publiceren gegevens, doch ik meen dat de invloed van het dieet op de glucosetolerantie van wezenlijk belang is bij de beoordeling van de koolhydraathuishouding, en dat de vermelding hiervan de waarde van het genoemde artikel zou hebben vergroot.

Literatuur: CONN, J. W. (1940) *Amer. J. med. Sci.* **199**, 555.
— PRAAG, H. M. VAN (1962) Proefschrift Utrecht. — PRAAG, H. M. VAN, en B. LEIJNSE (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1935.

Heiloo, 12 oktober 1964

A. J. M. FABIUS

Het onderzoek waarmee wij ons bezighouden, is gericht op het opsporen van eventuele correlaties tussen depressieve syndromen enerzijds, bepaalde afwijkingen in de stofwisseling anderzijds. Het doel is tweeledig: 1. biochemische criteria te vinden voor het instellen van een bepaalde behandeling en de objectieve registratie van het behandelingsresultaat, en uiteindelijk: 2. meer inzicht te verkrijgen in het materiële substraat dat de ontwikkeling van de genoemde syndromen mogelijk maakt. In ons artikel werd gewag gemaakt van een correlatie tussen een geslaagde behandeling met antidepressieve hydrazinen en een toeneming van zowel de glucose- als de xylosetolerantie. Deze waarnemingen vallen binnen het onder 1 genoemde kader. De gegevens waarover wij destijds beschikten, achtten wij onvoldoende om genoemde waarnemingen zinvol te interpreteren. Een discussie hieromtrent werd dan ook welbewust achterwege gelaten. In dit verband zij er voorts nogmaals met nadruk op gewezen dat wij met betrekking tot de glucosebelastingscurve twee effecten waarnamen: 1. daling van de nuchtere bloedsuikerconcentratie en van de hoogste concentratie die werd bereikt; 2. normalisering van de duur van de hyperglykemische periode. Het tweede verschijnsel, dat o.i. voornamelijk samenhangt met het afnemen van de psychomotorische agitatie (VAN PRAAG en LEIJNSE 1963), werd in het onderhavige artikel opzettelijk buiten beschouwing gelaten.

Collega FABIUS nu acht het waarschijnlijk dat de onder 1 genoemde aspecten van de glucosebelastingscurve voornamelijk bepaald zijn door een toegenomen voedselgebruik. Ook door ons is de mogelijkheid daarvan uiteraard ernstig overwogen. Wij echter menen, dat dit niet zeer waarschijnlijk is en wel op de volgende gronden:

a. Zoals vermeld werd, leverde de voeding bij geen der onderzochte patiënten bijzondere moeilijkheden op. Het gemiddelde lichaamsgewicht in de groep patiënten die zouden

verbeteren (groep A) lag voor de behandeling niet significant lager dan in de groep patiënten resistent tegen de gebruikte pharmaca. Dit maakt het onwaarschijnlijk dat in de eerste groep sprake was van chronische ondervoeding.

b. In groep A deed zich synchroon met het klinische herstel een toeneming voor van de glucosetolerantie. Twee weken na het staken van de medicatie hadden slechts vijf van deze patiënten een duidelijk recidief gekregen. Desondanks lagen, in groep A op dit tijdstip, de nuchtere bloedsuikerwaarden alsmede de maximale waarden bereikt na glucosebelasting weer aanmerkelijk hoger dan tijdens de behandeling. Dit geeft steun aan de veronderstelling dat de tolerantietoename, althans ten dele, gebonden is aan de medicatie.

Een hypoglykemische werking van antidepressieve hydrazinen is inmiddels ook door andere auteurs vastgesteld (LEAK en DORMANDY 1961; COOPER en KEDDIE 1964; zie ook VAN PRAAG en LEIJNSE 1964).

c. In groep A neemt, gelijktijdig met de glucosetolerantie, ook de xylosetolerantie toe. Dit laatste verschijnsel kan zeker niet zonder meer aan een factor de voeding betreffende worden toegeschreven.

d. Sinds begin 1964 gebruiken alle patiënten, betrokken bij het onderzoek naar de koolhydraathuishouding bij lijdende aan depressies, gedurende 3 dagen voorafgaande aan de verschillende belastingsproeven een koolhydraatrijk standaarddieet van 1800 calorieën, waaraan toegevoegd 50 gram koolhydraten in makkelijk verteerbare vorm. Wij verkregen inmiddels de volgende uitkomsten:

A. Onder de genoemde omstandigheden stijgt in groep A, tijdens de behandeling met antidepressieve hydrazinen, eveneens de glucosetolerantie.

B. Vóór de behandeling blijkt in groep A, na orale glucosebelasting, het arterio-veneuze verschil in bloedsuikerconcentratie (Δ glucose), gemeten in één arm, abnormaal laag te zijn. Gezien de ruime toevoer van koolhydraten in de voorafgaande dagen houdt de subnormale opname van glucose vermoedelijk geen verband met „hongerdiabetes”. Wij achten het denkbaar dat deze stoornis gekoppeld is aan het vitaal-gedeprimeerd-zijn als zodanig.

Synchroon met het klinische herstel neemt de Δ glucose sterk toe en deze handhaaft zich ook na het staken van de medicatie op normaal niveau. De veronderstelling ligt voor de hand, dat de vergroting van de perifere glucose-opneming betekenis heeft ten aanzien van de toeneming van de glucosetolerantie die in groep A werd geconstateerd. Aangezien de Δ glucose toeneemt bij gelijk gebleven toevoer van koolhydraten, houdt dit verschijnsel vermoedelijk geen verband met de voeding. Wij achten het wederom mogelijk dat het samenhangt met de stemmingsverbetering als zodanig.

De onder d genoemde gegevens zullen t.z.t. uitvoerig worden gepubliceerd.

Literatuur: COOPER, A. J. en K. KEDDIE (1964) *Lancet* I, 1133. — LEAK, D. en T. L. DORMANDY (1961) *Proc. Soc. exp. Biol. N.Y.* **108**, 597. — PRAAG, H. M. VAN en B. LEIJNSE (1963) *Clin. chim. Acta* **8**, 466. — PRAAG, H. M. VAN en B. LEIJNSE (1964) *Lancet* II, 103.

Rotterdam, 17 oktober 1964

H. M. VAN PRAAG
B. LEIJNSE

7 NOVEMBER 1964 NED. T. GENEESK. 108. II. 45
BUITENLANDSE ARBEIDERS EN BESMETTELIJKE-
ZIEKTENBESTRIJDING

Met belangstelling las ik de ingezonden stukken inzake de in ons land te werk gestelde vreemde arbeiders en de tuberculosebestrijding. Ik zou de betekenis van goede geneeskundige controle van deze volksverhuizing van Zuid-Europa en Noord-Afrika naar Noord-West-Europa nog willen onderstrepen door te wijzen op twee andere, naast de besmetting met tuberculose, bestaande gevaren.

In de eerste plaats noem ik dan de geslachtsziekten, die in sommige gebieden, waaruit deze lieden afkomstig zijn, nog maar al te welig tieren. Maar ook al komen zij in dit opzicht onbesmet in ons land binnen, dan speelt de blijkbaar van deze zuidelijk georiënteerde, meer donkerhuidige, buitenlandse werkers uitgaande charme een belangrijke rol bij het geslachtsverkeer, dat deze hier zonder vrouw levende, warmbloedige mannen uit den aard der zaak zullen zoeken. Het kost hun in den regel weinig moeite een herhaaldelijk wisselend geslachtsverkeer uit te oefenen en uit den aard der zaak verhoogt dit, zodra in dergelijke kringen treponema's of gonokokken worden ingevoerd, de kans op hardsgewijze verbreiding van de geslachtsziekten zeer snel. Ik wijs op het Engelse voorbeeld, waarbij blijkt, dat het vooral de uit Centraal-Amerika naar Engeland geïmmigreerde kleurlingen zijn, die samen met een aantal blanke tot promiscuïteit neigende vrouwen ervoor zorgen, dat er een sterke toeneming van het aantal geslachtsziekten valt waar te nemen. Zonder twijfel zal bij in onnatuurlijke staat levende groepen jonge vreemde arbeiders ook de homoseksualiteit een betekenis krijgen met alle daaraan verbonden gevaren.

Daarnaast dient de lepra te worden genoemd, die in Zuid-Europa en Noord-Afrika endemisch te vinden is. Keuringen aan de grens betekenen hier niet veel, gezien de zeer lange incubatietijd, die bij deze ziekte regel is. Vooral onder de illegaal binnenkomende arbeiders blijkt de kans op import van leprapatiënten niet illusoor te zijn. Bij een bijeenkomst van West-Europese leprologen, die voor kort in Rotterdam werd gehouden, toonde Prof. MERKLEN uit Parijs ons een fotocopie van een persoonsbewijs van een Algerijn, waarop als bijzonder kenteken vermeld stond: lepralijder! Ook in andere Westeuropese landen zijn gevallen van lepra bij buitenlandse arbeiders geconstateerd. Op import van buitenaf in West-Europa — zij het dan niet van buitenlandse arbeiders — berust het feit, dat wij in Nederland thans de zorg voor enkele honderden lepralijders hebben en dat er in Engeland thans meer dan 500 zijn geregistreerd. Ik vermeld dit zo, omdat men wel eens aanneemt, dat lepra in West-Europa niet zou kunnen aarden.

Het komt mij voor, dat het gezondheidsprobleem der buitenlandse arbeiders van eminente betekenis is, en dat men mag wensen, dat een groep deskundigen die het gehele terrein bestrijken, zich zullen beraden over wat hier in het belang van onze volksgezondheid gedaan dient te worden. Het zal dan zeker blijken, dat wij voor een uitermate moeilijk, talrijke facetten vertonend probleem zijn gesteld.

Literatuur: VLIET, B. VAN (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1822.

Rotterdam, 16 oktober 1964

E. H. HERMANS