

FEUILLETONS

EEN BIJEENKOMST VAN KINDERPSYCHIATERS IN DE OBSERVATIEKLINIEK „NIEUW HERLAER” TE ST. MICHIELSGESTEL

Op 17 oktober 1964 heeft de staf van de Observatiekliniek „Nieuw Herlaer” te St. Michielsgestel de leden van de Sectie Kinderpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie ontvangen.

De dag begon met een schets van de wederwaardigheden, verbonden aan de historie van het gebouw, een oud kasteel. In de loop van de vorige eeuw kreeg het gebouw voor het eerst een bestemming analoog aan de huidige. Het was gedurende 70 jaren de verblijfplaats voor dove kinderen, totdat deze het thans zo bekende instituut in St. Michielsgestel konden betrekken. In 1955 kwam het kasteel met bijgebouwen onder het beheer van het college van regenten over de Godshuizen te 's-Hertogenbosch. De belangrijkste ontwikkeling uit de recente geschiedenis is wel de totstandkoming van de observatiekliniek.

Uitvoerig schetste collega TEN BRINK de moeilijkheden die te overwinnen zijn wanneer men een bestaande gang van zaken moet vervangen door een andere: in dit geval, wanneer men een instituut waar een langdurig verblijf van diep zwakzinnigen de aanvankelijke doelstelling was, moet herscheppen in een instituut waarin men zich een kortdurende observatie tot doel stelt, en een snelle doorstroming vereist is. Men moet zich dan verzekeren van toevoerkanalen. „Nieuw Herlaer” heeft daartoe zijn contacten gelegd met diverse verwijzende organisaties in Noord-Brabant, waaronder de „sociaal-geneeskundige adviesbureaus voor het gehandicapte kind”, die hun werkterrein hebben in de rayons van de vier grootste Brabantse steden. Tevens moet men verzekerd kunnen zijn van mogelijkheden voor definitieve plaatsingen van kinderen voor wie dit — na de observatie — geïndiceerd blijkt te zijn. Ook hiertoe heeft „Nieuw Herlaer” zijn vaste relaties opgebouwd.

De Observatiekliniek beschikt over een uitgebreide staf met een medische en een pedagogische sector. Over de werkwijze van dit team kregen de bezoekers een indruk door het optreden van de diverse staffunctionarissen die ieder over hun eigen werkgebied rapporteerden, o.a. aan de hand van enige casuïstiek.

Zo gaf collega FERNANDES (pediater) een verslag van de oorzaken van groeiachterstand bij een meisje van 5 jaar. Nadat allerlei metabole en endocriene stoornissen uitgesloten waren, kon door middel van de curve van de groeisnelheid aangetoond worden dat de groeiachterstand door een voedingstekort in de eerste levensjaren veroorzaakt was.

Collega WILLEMSE (neuroloog) hield een voordracht over de ontwikkelings-neurologische aspecten van het onderzoek van oligofrenen. Hij stelde, dat men bij het onderzoek van deze kinderen niet voldoende heeft aan de klassieke opvatting in de neurologie die de functiestoornissen koppelt aan omschreven anatomische systemen, bv. spastische parese → piramidebaan, athetose → extrapiramideaal systeem, ataxie → cerebellum. Het aspect „ontwikkeling” vraagt een ander soort beoordeling, die betrekking heeft op de totaliteit der functies. Deze methode van onderzoek maakt gebruik van algemene biologische begrippen, o.a. retardatie, regressie, desintegratie en decompositie, acceleratie. Deze begrippen werden met behulp van film-fragmenten toegelicht bij loopstoornissen.

Tenslotte werd gedemonstreerd, dat het onderkennen van het aspect „ontwikkeling” ook tot een breder inzicht in neurologische stoornissen van volwassenen kan bijdragen.

Collega BURGERING (zenuwarts), die de verantwoordelijkheid heeft voor de coördinatie van het team, schilderde naar aanleiding van enkele gevallen de aard van de problemen (medische en pedagogische) die de staf tracht op te lossen ten einde een antwoord te vinden op de vraag welke behandeling of maatregel voor ieder van de kinderen het meest aangewezen is.

De voordrachten werden geïllustreerd met diapositieven, schema's en tabellen, die een zorgvuldige voorbereiding ver raadden.

Na een rondleiding in het geheel nieuw uitgeruste gebouw werden de gasten door de regenten van de Godshuizen onthaald op een lunch, die zonder enige overdrijving als lucullisch moest worden aangemerkt.

Amsterdam, 13 januari 1965

J. A. M. SCHOUTEN,
secretaris

INGEZONDEN

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

SIGARETTEN ROKEN EN ZELFMOORD

Naar aanleiding van collega DROGENDIJKS antwoord op onze kritiek achten wij het zinvol, nog eenmaal op dit probleem terug te komen. Wij houden ons daarbij aan de diverse punten waarin zijn antwoord is vervat.

Ad 1. De oversterfte van rokers ten opzichte van niet-rokers is voor slechts een klein gedeelte het gevolg van de hogere sterfte aan longkanker. Als men de vraag stelt of roken een vorm van zelfmoord is, kan deze vraag dus alleen zinvol worden beantwoord op grond van de totale oversterfte van rokers voor alle doodsoorzaken te zamen. Dat hij uitsluitend longkanker in zijn beschouwing betreft, grondt collega DROGENDIJK op de mening dat dit gebruikelijk is. Wij menen dat de publieke opinie niet méer maatgevend mag zijn dan de feiten. Een concessie aan de publieke opinie, die zover gaat dat men een foutieve voorstelling van zaken geeft, komt ons niet aanvaardbaar voor.

Ad 3. Hoe collega DROGENDIJK zelf in deze veronderstelde publieke opinie verstrikt is geraakt, blijkt uit het feit dat hij over longkanker cijfers geeft, die in werkelijkheid op de totale oversterfte van rokers slaan. Waar deze — onjuiste — cijfers de voornaamste basis zijn van het hele betoog, menen wij dat deze fout in letterlijke zin cardinaal is: wanneer de schrijver van de juiste cijfers betreffende het verband tussen roken en longkanker was uitgegaan, zou zijn betoog automatisch anders zijn geweest.

Ad 6. Collega DROGENDIJK houdt staande „dat het artikel van POCHE c.s., wat tellen betreft, op één hoogte staat met alle andere artikelen over roken en longkanker”. Op de „telfouten” van POCHE — statistische zonden, die er ook zijn — gaan wij nu niet in. Wij menen echter dat van primair belang is wát men telt!

Bij andere retrospectieve onderzoeken registreerde men de rookgewoonten:

- a. bij een groep longkankerpatiënten en
- b. bij een controlegroep van personen die niet aan longkanker lijden.

Men heeft daarbij steeds waargenomen dat longkankerpatiënten meer roken dan de controlegroep, d.w.z. dat een positieve correlatie tussen roken en longkanker bestaat.

Een dergelijk onderzoek is door POCHE c.s. niet uitgevoerd, want de controlegroep ontbreekt. Zij hebben uitsluitend longkankerpatiënten waargenomen, en de rookgewoonten geregistreerd:

a. bij longkankerpatiënten met plaveiselcellencarcinomen, en

b. bij longkankerpatiënten met andere typen carcinomen.

Zij vinden geen correlatie tussen roken en het celtype van het longcarcinoom, en trekken daaruit op basis van de door henzelf opgestelde „Repräsentationstheorie” de conclusie dat er dan ook geen correlatie bestaat tussen roken en longkanker. Wij willen niet in discussie treden over de verdienste van deze — o.i. onvoldoende gefundeerde — theorie. Waar het om gaat, is, dat bij 29 andere retrospectieve onderzoeken een positieve correlatie tussen roken en longkanker rechtstreeks is *waargenomen*, terwijl bij POCHE c.s. de conclusie dat er geen correlatie bestaat, is gebaseerd op een *theorie*. Het onderzoek van POCHE c.s. staat daarom beslist niet op één hoogte met andere retrospectieve onderzoeken.

De slotopmerking van collega DROGENDIJK dat een 10-voudige longkankersterfte bij sigarettenrokers, en een 20-voudige bij zware sigarettenrokers alleen voor Engeland geldt, maar *niet voor Amerika*, is in strijd met de feiten. In het Amerikaanse rapport „Smoking and Health” (1964, bl. 149) worden 7 prospectieve onderzoeken gemeld, die voor sigarettenrokers de volgende resultaten opleverden:

RESULTATEN BETREFFENDE LONGKANKER, VAN 7 PROSPECTIEVE ONDERZOEKINGEN

Populatie	Aantal sterfgevallen		Sterftecijferverhouding
	waar- genomen	verwacht	
British doctors	129	6,4	20,2
Men in 9 states	233	23,4	10,0
U.S. veterans	519	43,3	12,0
California occupational	138	8,7	15,9
California legio	98	19,9	4,9
Canadian veterans	317	27,1	11,9
Men in 25 states	399	41,5	9,6
Totaal	1833	170,3	10,8

Van deze 7 onderzoeken geeft slechts één — de kleinste — een sterftecijferverhouding belangrijk lager dan 10; het totaal geeft een verhouding 10,8:1 en dit is het cijfer dat wij hebben geciteerd. Dit getal geldt voor alle sigarettenrokers samen; voor zware rokers vonden in Engeland DOLL en HILL een sterftecijferverhouding van 43,7, in Amerika HAMMOND en HORN 21,3 en DORN 23,3 (*Smoking and Health* 1964, bl. 164).

Of de verhouding in sterfte tussen rokers en niet-rokers nu 10 of 20 bedraagt, doet overigens niet ter zake. Waar het op aan komt, is, dat deze verhouding vele malen groter is dan het effect dat wij met de beste wil van de wereld aan luchtvervuiling kunnen toeschrijven; terwijl dan bovendien nog lang niet vaststaat of luchtvervuiling een werkelijk verantwoordelijke factor is, maar wel vast staat dat bij het vergelijken van rokers en niet-rokers luchtvervuiling geen rol van betekenis kan hebben gespeeld, omdat de vergeleken groepen steeds in gelijke mate aan luchtvervuiling waren blootgesteld.

Ad 2. Collega DROGENDIJK acht het onmogelijk dat o.a. DOLL en HILL en ook MEINSMA geloven dat er nog andere causale factoren zijn, wanneer zij constateren dat er een direct oorzakelijk verband bestaat tussen de sterfte aan longkanker en roken. Blijkbaar is collega DROGENDIJK, in tegenstelling met de meeste andere onderzoekers, niet de opvatting toegedaan, dat bij ziekten zoals bronchitis en longcarcinoom verscheidene, waarschijnlijk zelfs vele factoren tot het ontstaan bijdragen.

Collega DROGENDIJK heeft ons niet overtuigd dat onze be-

zwaren — een onzorgvuldige en op vele punten onjuiste presentatie van de feiten betreffende het verband tussen roken en sterftekans — ongefundeerd zijn.

Literatuur: HAMAKER, H. C. en P. J. A. VAN VOORST VADER (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 487. — DROGENDIJK, A. C. (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 488.

Eindhoven, 25 maart 1965 P. J. A. VAN VOORST VADER
H. C. HAMAKER

Wederom wil ik niet aarzelen, de collegae VAN VOORST VADER en HAMAKER van antwoord te dienen.

Ad 1. Hoewel het sterfteverschil tussen rokers en niet-rokers bij 50-69-jarigen slechts voor $\frac{1}{6}$ berust op de hogere sterfte aan longkanker, is toch om twee redenen zeer begrijpelijk dat men alleen bij longkanker de gewraakte uitdrukking gebruikt. Er zijn nl. tussen longkanker en alle andere zes doodsoorzaken, door HAMMOND en HORN genoemd, twee belangrijke verschilpunten. Ten eerste is alleen bij longkanker op grond van statistische onderzoeken een nauwe relatie tussen sigaretten-roken en het ontstaan van deze ziekte vastgesteld; bij de andere zes afwijkingen is dit verband veel minder stringent of zelfs gering (bv. zweren in de maag of twaalfvingerige darm). In de tweede plaats is het uitsluitend de longkanker, die op zo onrustbarende wijze de laatste decennia is toegenomen. Intussen heb ik in mijn klinische les aangetoond, dat de vraag, of sigaretten-roken een vorm van zelfmoord is, ontkenkend beantwoord dient te worden.

Ad 3. Het is een volkomen misvatting, dat mijn klinische les voornamelijk gebaseerd zou zijn op de totale oversterfte van rokers. Uit de aangehaalde werken van diverse auteurs, vermeld in de nadien gepubliceerde literatuurlijst (deze jaargang bl. 286) blijkt dit overduidelijk. Overigens is uit het door de collegae VAN VOORST VADER en HAMAKER gebruikte woord *automatisch* af te leiden, hoezeer zij verstrikt zijn geraakt in hun vrij eenzijdige visie op het gecompliceerde vraagstuk roken-longkanker.

Ad 6. Met genoegen heb ik geconstateerd dat mijn opponenten hun mening over het artikel van POCHE c.s. fundamenteel hebben gewijzigd. In plaats van „leutige borrelpraat” schrijven zij zelfs aan de theorie van POCHE c.s. — hoewel huns inziens onvoldoende gefundeerd — een zekere verdienste toe.

Overigens heb ik helemaal niet beweerd, dat het *onderzoek* van POCHE c.s. op één hoogte staat met andere retrospectieve onderzoeken; ik heb alleen gesteld dat dit het geval is wat betreft het „nuchter tellen”.

Met minder instemming heb ik het vervolg onder Ad 6 gelezen. Mijn slotopmerking betreffende het gesignaleerde verschil tussen Engeland en Amerika aangaande longkankersterfte bij sigaretten-rokers is nl. *niet* in strijd met de feiten. Reeds uit de cijfers die de collegae VAN VOORST VADER en HAMAKER zelf geven, blijkt hoe groot verschil er in dit opzicht bestaat tussen Engeland en Amerika. Zeer duidelijk blijkt echter een en ander, indien men de grafiek voor zich neemt, vermeld in het Engelse rapport *Smoking and Health* op bl. 17. Dan ziet men met één oogopslag dat uitsluitend wat Engeland betreft de curve boven de „twintig” stijgt en zelfs de „dertig” benadert, terwijl deze wat Amerika aangaat meer of minder ver onder de „twintig” blijft en alleen bij zeer extreem zware rokers (>45 sigaretten per dag) de lijn, aangevende een 20-voudige kans op het krijgen van longkanker, overschrijdt.

Of de verhouding in sterfte tussen rokers en niet-rokers nu tien of twintig bedraagt, doet voorts alleen niet zoveel ter zake, indien men deze verhouding per land bekijkt. Het wordt evenwel anders indien men meer landen in zijn beschouwing gaat betrekken. Alsdan komt men voor de vraag:

te staan of deze verschillen alleen van graduele aard, of mogelijk ook van principiële aard zijn. In elk geval onderstrepen deze belangrijke verschillen tussen Engeland en Amerika nog eens de ingewikkeldheid van het vraagstuk dat terecht zo vele onderzoekers bezighoudt.

Ad 2. De strekking van deze opmerking ontgaat mij, aangezien mijn klinische les één doorlopend bewijs is van de opvatting, dat ook longkanker multiconditioneel bepaald is.

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 488. — HAMAKER, H. C. en P. J. A. VAN VOORST VADER (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 487. — HAMMOND, E. C. en D. HORN (1958) Smoking and death rates. *J. Amer. med. Ass.* **166**, 1159 en 1294. — *Smoking and health* (1962) Report of the Royal College of Physicians of London. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., Londen.

Amsterdam, 9 april 1965
(Discussie gesloten; Red.).

A. C. DROGENDIJK

ANEMIE DOOR GEBREK AAN IJZER

Het zij mij vergund, naar aanleiding van de klinische les van Prof. NIEWEG enkele opmerkingen te maken.

Zeer terecht wijst de schrijver op de onafwijsbare eis, in ieder geval van hypochrome anemie de faeces bij herhaling op occult bloed te onderzoeken. Maar wanneer dit onderzoek negatief uitvalt en geen ziekten in het spel zijn zoals bloedziekten sui generis, chronische infectie, tuberculose, nephritis, sepsis, lues, endocarditis lenta, reuma, myxoedeem, ziekte van Addison, tumoren, welke geen aanleiding tot direct bloedverlies geven, sterke ondervoeding zoals door Bok beschreven, rijst de vraag, wat dan wel de oorzaak van de hypochrome anemie kan zijn.

Prof. NIEWEG wees er terloops op, hoe na een partiële of totale maagsectie hypochrome anemie kan ontstaan, dus dan samengaande met hypochloorhydrie of achloorhydrie. Vele onderzoekers hebben zich in de loop der tijden beziggehouden met het verband tussen achloorhydrie en hypochrome anemie. Reeds in 1909 en later nog eens in 1913 wees de Deen KNUD FABER op dit verband. Hij meende, dat chronische gastritis met achylie aan de anemie voorafging. NOLEN (1925) vatte het syndroom op als uiting van een status hypoplasticus. Het zou m.i. onjuist zijn, als axioma aan te nemen, dat achloorhydrie in zulke gevallen de enige oorzaak van de tevens bestaande hypochrome anemie is, al is dit naar mijn mening vaak het geval bij volwassenen, vooral bij vrouwen in het climacterium. In tegenstelling met de vrijwel verdwenen chlorose bij jonge meisjes, spreekt NOLEN dan ook van chlorosis tarda.

Volgens DE VRIES (1948) is achloorhydrie bij hypochrome anemie slechts één van de oorzaken van deze anemie. Wel noemt hij het onderzoek van HEATH en PATEK, die bij hun patiënten met hypochrome anemie naast andere factoren in 75 pct der gevallen achylie vonden. Door de achloorhydrie is de omzetting van het in het voedsel voorkomend ijzer gestoord. Daarnaast komen dan volgens DE VRIES nog dyspepsie, anorexie en onvolwaardige voeding.

Van zeer nabij heb ik destijds het onderzoek van NOLEN op dit gebied meegemaakt. Bij vrijwel alle door hem onderzochte patiënten bestond achloorhydrie. Ten tijde van zijn onderzoek werd bij het nagaan van de maagfunctie nog geen gebruik gemaakt van histamine-inspuitingen. VAN LEEUWEN (1932) deed dit wel, en vond bij het gefractioneerde maag-onderzoek van lijders aan chlorosis tarda sporadisch en dan nog in zeer geringe hoeveelheid vrij zoutzuur in het maagsap. Hij was door deze bevinding zo overtuigd van de alles beheersende betekenis van de achloorhydrie voor het tot stand komen van de chlorosis tarda, dat hij het ziektebeeld „hypochrome gastrogene anemie” noemde.

Het syndroom van de „chlorosis chronica tarda cum

achylia gastrica” van NOLEN omvat o.a. ragaden en „per-lèches” aan de mondhoeken, glossitis, slikklichten (Plummer-Vinson) en koilonychie d.w.z. uitgeholde, brokkelige nagels (tea-spoon-nails).

Wellicht komt chlorosis tarda in onze tijd minder voor dan vroeger, hetgeen dan vermoedelijk te danken is aan de grotere welvaart in ons land en betere voorlichting op het gebied der voeding. Ten gevolge daarvan bestaat thans een groter verbruik van voedsel met een hoog gehalte aan ijzer zoals groenten, peulvruchten, eieren, vlees met name lever, en van de verschillende stroopsoorten, die zeer rijk aan ijzer zijn.

Maar toch meende ik, ter aanvulling van hetgeen Prof. NIEWEG in zijn klinische les reeds mededeelde, nog aandacht voor het bovenstaande te mogen vragen.

Literatuur: Bok, J. (1949) *De kliniek der hongerziekte*. Proefschrift Leiden. — FABER, K. (1909) *Mediz. Klinik* **5**, 1310; (1913) *Berl. klin. Wschr.* **50**, 598. — HEILMEYER, L. (1942) *Handbuch der inneren Medizin*. Zweiter Band. Blutkrankheiten. — JONG, JAC. J. DE (1950) Hypochrome anaemie en ijzerstofwisseling. *Aanwinsten op diagnostisch en therapeutisch gebied*. Deel IV. Tweede serie. — LEEUWEN, C. VAN (1932) *Clinische waarnemingen bij hyper- en hypochrome anaemieën*. Proefschrift Leiden. — NIEWEG, H. O. (1965) Anemie door gebrek aan ijzer. *Ned. T. Geneesk.* **109**, 545. — NOLEN, W. (1925) Chlorosis chronica tarda cum achylia gastrica. *Geneesk. Bl.* No. X. — VRIES, S. I. DE (1948) *Leerboek der bloedziekten*.

Leiden, 27 maart 1965

JAC. J. DE JONG

Bij de noodzakelijkerwijze korte beschrijving van de factoren die verantwoordelijk kunnen zijn voor anemie door gebrek aan ijzer, is door mij onvoldoende aandacht besteed aan de betekenis van achloorhydrie. Ik ben collega DE JONG dan ook zeer erkentelijk, dat hij hierop duidelijk de aandacht vestigt. Bovendien is het goed, dat nog eens wordt herinnerd aan het werk van NOLEN en zijn school.

Onderzoekingen, waarbij gebruik is gemaakt van radioactief ijzer, geven steun aan de opvatting dat de resorptie van ijzer bij patiënten met achloorhydrie gestoord kan zijn (GOLDBERG e.a. 1963; COOK c.s. 1964). Bovendien vonden IKKALA en SIURALA (1964) bij biopsie van het maagslijmvlies van patiënten met ijzerdeficiëntie tekenen van gastritis. DAGG c.s. (1964) kon bij dertien van een groep van 64 patiënten met ferriprive anemie auto-antistoffen met affiniteit voor het cytoplasma van de zoutzuurcellen aantonen. Het voorkomen van deze auto-antistoffen is volgens ADAMS c.s. (1964) en TE VELDE e.a. (1964) ook een belangrijke aanwijzing voor het bestaan van chronische atrofische gastritis.

De toepassing van de moderne technieken bevestigt dus de conclusie van de oudere, door collega DE JONG geciteerde studies uit de Leidse kliniek.

Literatuur: ADAMS, J. F., A. T. M. GLENN, E. H. KENNEDY, H. MACKENZIE, J. R. MORROW, K. G. GRAY en D. G. MIDDLETON (1964) The histological and secretory changes in the stomach in patients with autoimmunity to gastric parietal cells. *Lancet* **I**, 401. — COOK, J. D., G. M. BROWN en L. S. VALBERG (1964) The effect of achylia gastrica on iron absorption. *J. clin. Invest.* **43**, 1185. — DAGG, J. H., A. GOLDBERG, J. R. ANDERSON, J. S. BECK en K. G. GRAY (1964) Autoimmunity in iron-deficiency anaemia. *Brit. med. J.* **I**, 1349. — GOLDBERG, A., A. C. LOCHHEAD en J. H. DAGG (1963) Histamine-fast achlorhydria and iron absorption. *Lancet* **II**, 848. — VELDE, K. TE, J. ABELS, PH. J. HOEDEMAEKER, A. ARENDS en H. O. NIEWEG (1964) The histological and secretory changes in the stomach in patients with autoimmunity parietal cells. *Lancet* **I**, 914.

Groningen, 9 april 1965

H. O. NIEWEG