

Literatuur: Smoking and health (1962) Report of the Royal College of Physicians of London. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., Londen.

Amsterdam, 26 mei 1966

A. C. DROGENDIJK

Het is jammer, dat de Heer DROGENDIJK in zijn klinische les zo vaag blijft over de plaats, die het roken inneemt bij het longkankervraagstuk. Hij legt de nadruk op de schade van het inademen van verontreinigde lucht. De voor-de-hand liggende gevolgtrekking zou zijn: inhaleren bij roken is gevaarlijk, want de dan ingeademde lucht is maximaal verontreinigd. Hij trekt deze conclusie niet. In zijn betoog krijgt de sigaret weer de schuld. Fout. De schuld ligt bij de mens, die het inhaleren niet nalaat. Bij het roken van sigaren wordt zelden, bij dat van een pijp vrijwel nooit geïnhaleerd. Vandaar dat onze kettingrokende voorouders geen longklachten kregen en geen afwijkingen aan de intima van de bloedvaten (de ziekte van Bürger is daarvoor berucht). Toch dampten zij met elkaar in bedompte ruimten met hun lange pijpen, zonder merkbaar kwaad. Met de opmars van de sigaret omstreeks 1915, die ik als 5e-jaars student meemaakte, begon het inhaleren. Twintig tot dertig jaar later kwamen de longcarcinomen. Mijn mening over de bijzondere schadelijkheid van het inhaleren wordt hoe langer hoe meer aanvaard. In Amerika bestaan al verenigingen van „puffers“!

Tracht de mensen zelfbeheersing te leren en zeg hun duidelijk wát gevaarlijk is. Wees eerlijk. De leek aanvaardt wat hem logisch wordt voorgeschoteld en aanvaardt dus niet de schadelijkheid van de sigaret als zodanig. Hij zegt zeer logisch: sigaret, sigaar, pijp: 't is in wezen alles hetzelfde. En hij heeft gelijk. Léer hem de schade begrijpen, die inhaleren geeft. Misschien kan men op den duur succes hebben.

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1966) Ned. T. Geneesk. 110, 873. — ROEGHOLT, M. N. (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 2113.

Baarn, 18 mei 1966

M. N. ROEGHOLT

Met collega ROEGHOLT kan ik instemmen, dat de gevolgen van de luchtverontreiniging gemakkelijk te verklaren zijn uit het feit, dat déze verontreinigde lucht altijd wordt „geïnhaleerd“. Indien het nu zo zou zijn, dat sigarettenrokers die niet inhaleren geen verhoogde kans op longkanker hebben, zou — bij wijze van spreken — de zaak rond zijn.

Dit is echter niet het geval. Wel is de sterfte aan longkanker onder degenen die inhaleren groter dan onder hen die dit niet doen, maar laatstgenoemden lopen nog altijd een veel grotere kans longkanker te krijgen dan de niet-sigarettenrokers. Onderstaande tabel, gebaseerd op de onderzoeken van SCHWARTZ en DENOIX in Frankrijk, ontleend aan KORTEWEG (1958) geeft hierin een duidelijk inzicht.

KANSEN OP LONGKANKER BIJ UITSLUITEND SIGARETTEN ROKENDE MANNEN, IN VERBAND MET AANTAL DAGELIJKS GEROOKTE SIGARETTEN EN MET AL DAN NIET INHALEREN. DEZE KANS WERD DAARBIJ BIJ NIET-ROKERS GELIJK AAN 1 GESTELD

| Inhaleren? | Aantal dagelijks gerookte sigaretten | | | |
|------------|--------------------------------------|-------|-------|------|
| | 1-9 | 10-19 | 20-29 | 30— |
| Neen | 5,2 | 13,0 | 23,0 | 33,0 |
| Ja | 13,0 | 20,3 | 35,2 | 39,7 |

Intussen blijft het een hoogst merkwaardig en nog steeds niet afdoend verklaard feit, dat het roken van sigaren of pijptabak, in tegenstelling tot het roken van sigaretten, de kans op longkanker niet of slechts weinig verhoogt.

Literatuur: KORTEWEG, R. (1958) Huisarts, roken en de preventie van longkanker. Versl. Volksgezondh. bl. 805.

Amsterdam, 26 mei 1966

A. C. DROGENDIJK

Tegenover de klinische lessen van de sociaal-geneeskundige Prof. Dr. A. C. DROGENDIJK is te plaatsen de verhandeling van wijlen Dr. R. KORTEWEG (1958) over „Huisarts, roken en de preventie van longkanker“. Deze verhandeling bood de huisarts zodanig inzicht, dat hij kon afrekenen met opvattingen zoals deze zijn weergegeven door Prof. DROGENDIJK.

In de tweede les van Prof. DROGENDIJK (1966) treft mij, dat de conclusie die uit het onderzoek van BUREMA e.a. (1965) wordt getrokken, tegengesteld is aan die van de onderzoekers zelf, namelijk dat luchtverontreiniging hoogstens een ondersgeschikte rol speelt in de pathogenese van longkanker. Dit neemt niet weg, dat het een kwalijke zaak is, dat men door derden longkanker kan krijgen; men bekijke eens de figuur in de tweede les, die gaat over de longkankersterfte in Liverpool (hoe zit het hier met de nieuwe theorie van OPPERS?).

Met alle opvattingen rekening houdend, kan men zeggen: indien U wilt roken, doe het dan niet in een beperkte ruimte, maar buiten; zoals bekend is, vertoeven stedelingen — en van hen zeker de rokers — de gehele dag binnenshuis, in een door tabaksrook verontreinigde atmosfeer.

Literatuur: BUREMA, L., K. BIERSTEKER, M. J. W. DE GROOT en CH. A. G. NASS (1965) Ned. T. Geneesk. 109, 257. — DROGENDIJK, A. C. (1964) Ned. T. Geneesk. 108, 2481; (1966) Ned. T. Geneesk. 110, 873. — KORTEWEG, R. (1958) Versl. Volksgezondh. Nrs. 8/9, bl. 805.

Stenderen, 18 mei 1966

F. C. HAGE

Als antwoord op het ingezonden stuk van collega HAGE moge het volgende dienen.

De opzet van de verhandeling van KORTEWEG was wel iets anders dan collega HAGE suggereert. Zelf schrijft de auteur hieromtrent: „De bedoeling daarvan is, de Nederlandse arts in staat te stellen, zich op gemakkelijke wijze voldoende kennis te verwerven aangaande het verband tussen roken en longkanker, en inzicht te krijgen in de ernst van dit probleem“. Wat nu de ernst van het probleem aangaat, kwam hij tenslotte tot de conclusie, dat roken geacht moet worden veruit de belangrijkste oorzaak van longkanker te zijn.

KORTEWEG was echter een wijs man. Hij vroeg zich dan ook terecht af of er mogelijk nog andere causale factoren in het spel konden zijn. Met uitzondering van „atmosferische bezoedeling“ vond hij deze niet. Vandaar zijn voorzichtig gestelde eindconclusie: „Wij moeten dus constateren dat tot nu toe niets gevonden is dat *waarschijnlijk* zou kunnen maken — maar ook hier weer: nooit zou kunnen *bewijzen* — dat een andere factor dan roken de aangaande de longkanker bekende feiten beter dan het roken kan verklaren“. (Cursive-ring van KORTEWEG).

Overigens is het zonder meer duidelijk dat men de waarde van de factor luchtverontreiniging niet aan de hand van één publikatie uit het jaar 1958 kan beoordelen en afdoen.

Het tweede gedeelte van het ingezonden stuk van collega HAGE is al evenmin juist. Nergens heb ik beweerd dat de factor luchtverontreiniging op zich zelf genomen een „boven-geschikte“ betekenis heeft ten aanzien van de factor roken. Wel heb ik trachten aan te tonen dat de urbanisatiegraad een zeer duidelijke invloed heeft op de longkankersterfte, en dat het onderzoek van BUREMA e.a. (1965) dit nog eens opnieuw bevestigd heeft. Wat de factor luchtverontreiniging echter zo belangrijk doet zijn is het effect van de cumulatie, alsmede zeer in het bijzonder de omstandigheid dat het publiek het roken van sigaretten niet kan of niet wil laten. Het is dan ook om deze redenen dat ik erop aangedrongen heb meer geld te besteden aan de bestrijding van de luchtverontreiniging.

Amsterdam, 3 juni 1966

A. C. DROGENDIJK

LISTERIOSE BIJ EEN NEONATUS

De mededeling van collega ABRAHAM-INPIJN (1966) van een geval van listeriose bij een neonatus is voor mij reden, hier in het kort drie ziektegevallen van listeriose te vermelden, omdat deze aanleiding geven tot enkele praktische klinische opmerkingen:

1. Op 4 juli 1965 werd na een overigens normale zwangerschap van 28 weken een jongen geboren van 970 g en 35½ cm. Het was de zoon van een gezonde 22-jarige III-para. Het kind verkeerde terstond in een slechte algemene conditie en overleed asfyctisch na 27 minuten. Het maakte een immature indruk, en op de huid werden enkele petechiën gezien. Bij de obductie werd een algemene listeria-sepsis gevonden (*Listeria monocytogenes* type 4B) met veel leverabcessen en granulomateuze ontstekingshaarden op talrijke plaatsen in het lichaam. De placenta toonde het beeld van amnionitis. Uit de lochia van de moeder werd eveneens *Listeria* gekweekt. De serologische reacties van de moeder waren sterk positief; zij werd later antibiotisch behandeld.

2. Op 15 juni 1965 werd thuis, na een overigens normale zwangerschap van 36 weken een jongen geboren van 2700 g en 46 cm lengte. Het was de zoon van een gezonde 25-jarige II-para. De placenta was klein, en ofschoon de vliezen kort voor de geboorte waren gebroken, was het vruchtwater donker van kleur, „vies” en erg troebel. Het kind maakte een ernstig zieke indruk en werd terstond in het ziekenhuis opgenomen. Ook de placenta werd opgevraagd.

De toestand bij opneming van het kind was zeer slecht, de ademhaling gaf grote moeilijkheden, de lever was groot, en op de huid werden enkele petechiën gezien die snel in aantal toenamen. Het bloedbeeld was toxisch, met 26 pct staafkernigen. Er was geen trombopenie. De terstond onderzochte placenta toonde haarden van acute ontsteking. Dit kind bleek te lijden aan een sepsis door *Listeria monocytogenes* type 4B met positieve kweken uit bloed, oogvocht, keel en liquor (er bestond ook een meningitis met 1920/3 cellen). Later werd dit micro-organisme bij de moeder uit de lochia gekweekt.

Het patiëntje heeft deze ernstige aandoening overleefd, en is, voorzover thans is na te gaan, zonder enig restverschijnsel genezen. De snelle herkenning van de aard van deze ziekte heeft ongetwijfeld tot een gunstige afloop bijgedragen. Betreffende de antibiotische behandeling dient te worden vermeld, dat tijdens de aanvankelijk ingestelde therapie met penicilline-streptomycine de toestand zeer kritiek bleef. Na het geven van tetracycline volgde een opmerkelijke verbetering en herstel.

3. Een drie maanden oude zuigeling werd op 1 april 1965 opgenomen wegens een acute meningitis, die veroorzaakt bleek te zijn door *Listeria monocytogenes*. De serologische reacties van het kind waren positief (type 4B). Bij dit kind werd geen besmettingsbron gevonden, met name niet bij de moeder. Er bestond ook geen contact met dieren. Het kind genas voorspoedig.

Deze drie ziektegevallen geven mij aanleiding tot de volgende opmerkingen:

a. Neonatale infecties met *Listeria monocytogenes* komen waarschijnlijk vaker voor dan bekend is. De eerst beschreven ziektegeschiedenis zou deze verrassende diagnose niet hebben opgeleverd indien bij dit immature kind geen sectie zou zijn verricht. Het is van belang, bij prematuur geboren kinderen aan de mogelijkheid van deze ziekte te denken in het bijzonder indien er petechiën, een vergroting van de lever of andere algemene ziekteverschijnselen aanwezig zijn. Helaas geeft de publikatie van collega ABRAHAM-INPIJN geen kli-

nische informatie, of een sepsis werd overwogen en of antibiotische therapie werd ingesteld.

b. Een zeer snel ingesteld onderzoek van de placenta kan van onschatbare betekenis zijn voor het herkennen en behandelen van ziekelijke toestanden bij pasgeborenen (zie geval 1 en 2). In het St. Elisabeth Ziekenhuis te Leiden worden daarom sinds enige tijd alle placenta's in de koelkast bewaard tot obstetricus of pediater toestemming tot vernietiging geven. Zonodig kan dus steeds een snel onderzoek plaatsvinden. Een dergelijke regeling moge aan andere klinieken worden aanbevolen.

c. Antibiotische therapie kan — zoals in geval 2 — zelfs een zeer ernstige neonatale listeria-sepsis doen genezen. Alhoewel *Listeria monocytogenes* volgens laboratoriumonderzoek gevoelig zou zijn voor een aantal antibiotica, verdient volgens mijn (beperkte) ervaring, aan de tetracyclines de voorkeur te worden gegeven. Dit is in overeenstemming met de door mij geraadpleegde leerboeken over therapie (CONN 1963; GELLIS en KAGAN 1964).

Literatuur: ABRAHAM-INPIJN, L. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 885. — CONN, F. (1963) *Current therapy*. W. B. Saunders, Philadelphia en London. — GELLIS, S. S. en B. M. KAGAN (1964) *Current pediatric therapy*. W. B. Saunders, Philadelphia en London.

Leiden, 18 mei 1966

S. E. Bos

DE BEHANDELING VAN DEPRESSIES MET ANTI-DEPRESSIVA

Het artikel van Dr. H. M. VAN PRAAG (1965) heb ik met blijdschap begroet. Nog veel te veel psychiaters geloven eenvoudig niet in deze therapie, zeer tot schade van de patiënt. Onder de „hopelozen”, die „overal” zijn geweest, en ten einde raad naar de sociaal-psychiater worden verwezen, vond ik een groep bij wie:

- de diagnose vitale depressie was gemist;
- de diagnose wel was gesteld, maar geen pogingen met anti-depressiva waren ondernomen;
- de anti-depressiva te laag waren gedoseerd of niet juist gekozen. Als met een adequate behandeling de depressie was verdwenen, bleek vaak de sociale problematiek oplosbaar te zijn geworden, in tegenstelling tot vóór de behandeling.

Met sociaal psychiatrische team-behandeling bleek het in enkele gevallen mogelijk, patiënten, die in het verleden met de regelmaat van de klok moesten worden opgenomen wegens afwisselend depressieve of manische syndromen, met anti-depressiva en andere psychopharmaca, praktisch zonder werkverzuim, goed in evenwicht te houden.

De sociaal psychiatrische verpleegsters spelen hierin een belangrijke rol. Zij coachen het gezin en kweken een vertrouwensband waardoor bij de allereerste verschijnselen kan worden gewaarschuwd en de medicatie aangepast.

Dit zijn enkele van de redenen waarom ik de psychopharmaca in de sociaal-psychiatrische teambehandeling als onmisbaar beschouw.

Literatuur: PRAAG, H. M. VAN (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 2123.

Hoogeveen, 23 mei 1966

L. J. VAN HIELE

Het verheugt mij zeer dat collega VAN HIELE nog eens heeft willen onderstrepen hoe bevredigend de ambulante behandeling van depressies met antidepressiva kan zijn, wanneer deze middelen met kennis van zaken worden geïndiceerd en in de juiste dosering worden toegepast. Zijn waarschuwing tegen onderdosering kan ik slechts onderschrijven. Ik heb