

# INGEZONDEN

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

## De vrouw en het roken-longkankervraagstuk

In verband met de klinische les die Prof. DROGENDIJK (1972) publiceerde, zou ik gaarne twee opmerkingen willen maken.

In de eerste plaats lijken mij de uitkomsten van een enquête, gehouden op vervolgscholen in de gemeenten Lange-dijk en Oudorp, in dit verband interessant. Het betreft platelandsgemeenten, dus van een steekproef die representatief is voor de Nederlandse jeugd kan niet gesproken worden. Er werd aan deelgenomen door drie Mavo-scholen in Lange-dijk en twee vervolgscholen in Oudorp: de Streekschool voor Land- en Tuinbouw en de Technologische school voor de levensmiddelenindustrie, te zamen met 834 leerlingen. De enquête werd schriftelijk en geheel anoniem gehouden. De belangrijkste uitkomsten laat ik in tabelvorm volgen:

	Percentage niet-rokers		Percentage dat 1 sigaret of meer per dag rookt		Percentage dat 7 sigaretten of meer per dag rookt		Percentage dat steeds inhaleert		Basis aantallen	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
12 jaar	38	29	12	13	—	—	8	11	26	38
13 jaar	36	34	21	10	—	—	11	11	91	119
14 jaar	48	30	32	36	2	3	25	30	126	116
15 jaar	40	21	45	51	13	9	37	47	107	66
16 jaar	33	20	55	63	20	15	44	48	99	46
en ouder									449	385

Vergelijken wij deze uitkomsten met het rookgedrag dat Prof. DROGENDIJK de gemiddelde Nederlandse vrouw toeschrijft, dan blijkt dat (1) het percentage meisjes dat rookt hoger is dan het overeenkomstige percentage bij de jongens, (2) het percentage meisjes dat meer dan 7 sigaretten per dag rookt maar weinig verschilt van dat bij de jongens, (3) meisjes iets minder inhaleren dan jongens.

Zoals vermeld gaat het om jongens en meisjes van het platteland. Het is echter niet aannemelijk dat meisjes uit de grote steden minder zouden roken. Waarschijnlijk verschilt dus het rookgedrag van meisjes tussen 12 en 17 jaar aanzienlijk van dat van de gemiddelde Nederlandse vrouw, zoals Prof. DROGENDIJK dat beschrijft (bl. 959 en 960, punten 1, 2 en 3).

Nu staat wel vast dat op het ogenblik bij vrouwen de rookgewoonten in hoge mate afhankelijk zijn van de leeftijd. De Nederlandse vrouw verkeert in een overgangsfase: van niet roken, zoals de oudere generatie nog meegemaakt heeft en voor een deel nog voor zichzelf handhaaft, tot haast allemaal roken, zoals oudere adolescenten dat doen. Zet deze ontwikkeling zich onveranderd voort, dan kunnen we verwachten dat binnen tien of twintig jaar de overgrote meerderheid van de Nederlandse vrouwen rookt. Of ze daarbij voornamelijk consonante gelegenhedenrooksters zullen zijn, zullen we moeten afwachten. Ik ben daar niet zo zeker van.

Mijn tweede opmerking betreft een hypothese die Prof. DROGENDIJK poneert. Hij veronderstelt dat vrouwen een factor bezitten die hen beschermt tegen exogene longkanker-veroorzakende invloeden. Als voornaamste argument hiervoor wijst hij op de discrepantie tussen het betrekkelijk zelden voorkomen van longkanker bij vrouwen en hun toch niet zo geringe sigarettenverbruik.

Bij het zoeken naar een verklaring hiervoor let Prof. DROGENDIJK naar mijn mening onvoldoende op het feit, dat intensiever sigaretten-roken bij vrouwen pas van recente datum is. Dat deze duur van doorslaggevend belang moet zijn, zou ik met de volgende overwegingen duidelijk willen maken.

Uit tabel 1 van genoemde klinische les blijkt dat de sterfte aan primair longcarcinoom per 100.000 mannen steeg van 41,6 in 1960 tot 76,4 in 1970. Nu zijn er gegevens bekend van het Centraal Bureau voor de Statistiek en van VAN PROOSDIJ (1957) wat het sigarettenverbruik per jaar per hoofd van de bevolking in Nederland betreft:

1928 - 364	1965 - 1461
1938 - 549	1966 - 1140
1948 - 545	1967 - 1321
1953 - 966	1968 - 1453
1956 - 1208	1969 - 1263
1964 - 1161	1970 - 1433

Hieruit blijkt dat de grote stijging pas na 1948 is begonnen en dat er na 1960 niet veel toename meer te vinden is. Daarbij moet men in aanmerking nemen dat ook na 1960 de vrouwen een steeds belangrijker deel van de sigaretten-consumptie voor hun rekening zijn gaan nemen. Dat de mannen na 1960 meer zijn gaan roken is dus uiterst onwaarschijnlijk. Toch was er bij hen een zeer aanzienlijke toename van het longcarcinoom.

De verklaring is voor de hand liggend en eenvoudig: om longcarcinoom te krijgen moet men niet alleen veel sigaretten roken, men moet dat ook enkele tientallen jaren volhouden. Van 1960 tot 1970 is het aantal mannen, dat blijkbaar lang genoeg gerookt had om longcarcinoom te krijgen, flink toegenomen.

Willen we een gefundeerd oordeel geven over de beschermende factor bij vrouwen die prof. DROGENDIJK veronderstelde, dan zullen we ons moeten afvragen of er al genoeg vrouwen zijn die lang en intensief gerookt hebben, om deze hypothese te kunnen toetsen. Als ik nu in genoemde kliche les nakijk wat Prof. DROGENDIJK op dit punt aan feiten geeft, dan vind ik: (1) dat over de rookgewoonten van vrouwen in vroeger jaren helaas weinig of geen gegevens beschikbaar zijn, maar dat het aannemelijk is dat de vrouwen pas na de eerste wereldoorlog zijn gaan roken; (2) dat GADOUREK in 1958 vond dat zich onder de vrouwen 62,3% niet-rokers bevonden, tegen 10,6% onder de mannen; (3) dat de vrouwen op een veel later tijdstip (ongeveer 30 jaar later) zijn gaan roken; (4) dat zowel in Engeland als in Nederland (GADOUREK) werd geconstateerd dat de vrouwen die rookten, dit minder intensief deden dan de mannen; (5) dat in 1958 volgens GADOUREK de vrouwen die rookten minder inhaleerden dan de mannen.

Allemaal belangrijke en interessante feiten, maar ze doen bepaald niet vermoeden dat er gedurende de jaren 1960-1970 een groot aantal vrouwen in Nederland aanwezig was die al enige tientallen jaren gerookt hadden. In tegendeel: vrouwen met deze voorgeschiedenis moeten gedurende deze jaren zeldzaam zijn geweest. Dit impliceert dat bovengenoemde hypothese nog niet beoordeeld kan worden. Tenzij Prof. DROGENDIJK er alsnog in mocht slagen overtuigender argumenten voor zijn hypothese naar voren te brengen, lijken mij de adviezen, gegeven aan vrouwen inzake het sigaretten-roken, voorbarig.

*Literatuur:* DROGENDIJK, A. C. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, PROOSDIJ, C. VAN (1957) *Roken: een individueel- en sociaal-geneeskundige studie*, bl. 181. — Centraal Bureau voor de Statistiek (1972) *Statistisch Bulletin*, 28, 11.

Bergen (N.H.), juni 1972

J. C. MULLER

Gaarne wil ik collega MULLER van replek dienen.

Ad (1). Uit een steekproef, gehouden onder leerlingen woonachtig op het platteland – volgens collega MULLER niet representatief voor de Nederlandse jeugd – conclusies te trekken m.b.t. het gedrag van volwassen vrouwen in geheel Nederland in de komende tien of twintig jaar, lijkt mij zeer voorbarig. Behalve een steekproef onder de jeugd in een of meer grote steden zou hiervoor tevens nodig zijn een steekproef onder volwassen vrouwen, zowel op het platteland als in de grote steden.

Ad (2). Even zo voorbarig lijkt mij de conclusie die collega MULLER trekt uit het gemiddelde sigarettenverbruik per hoofd van de bevolking in Nederland. Het is immers absoluut niet bekend hoe dit verbruik per hoofd van de bevolking per man of per vrouw is. Het enige wat wij vrij zeker weten, is dat vrouwen de laatste jaren meer sigaretten roken dan vroeger. Maar of zij ook intensiever zijn gaan roken en bovendien meer inhaleren dan mannen, is en blijft een volsterkt open vraag.

Vervolgens brengt collega MULLER de latente periode van longkanker ter sprake, die volgens hem enkele tientallen jaren zou bedragen. Zoals ik in mijn antwoord aan professor DE HAAS heb betoogd, is een dergelijke lange latente periode zeer onwaarschijnlijk (1972).

Het wil mij tenslotte voorkomen dat collega MULLER onvoldoende gelet heeft op het feit dat de sterfte aan longkanker niet uitsluitend correleert met intensief roken van sigaretten, maar met het roken van sigaretten als zodanig, zij het dan dat verhoudingsgewijs kettingrokers een veel groter risico lopen dan lichte rokers. Vandaar dat de algemene verwachting was dat het grote verschil in longkankersterfte tussen de beide geslachten, indien de vrouwen meer zouden gaan roken, langzaam maar zeker zou afnemen. Tegen de verwachting in is dit verschil i.p.v. kleiner juist groter geworden (zie mijn klinische les, bl. 958). De verklaring hiervan moet o.m. gezocht worden in het door KREYBERG (1969) gevonden feit, dat het grotere risico dat rokers in vergelijking met niet-rokers lopen om longkankertumoren behorende tot groep 1 te krijgen, voor vrouwen in veel mindere mate geldt dan voor mannen, aan welk belangrijk epidemiologisch gegeven collega MULLER geheel voorbij is gegaan.

*Literatuur:* DROGENDIJK, A. C. (1972) De vrouw en het roken-longkankervraagstuk. *Ned. T. Geneesk.* 116, 957, 1303. — HAAS, J. H. DE (1972) De vrouw en het roken-longkankervraagstuk. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1303. — KREYBERG, L. (1969) *Etiology of lung cancer*. Oslo.

Amsterdam, 11 juli 1972

A. C. DROGENDIJK SR.

### *Neuromyopathie door chloroquinegebruik*

In dit tijdschrift vestigen de collegae MULDER en GOOR (1972) de aandacht op schadelijke bijwerkingen welke kunnen worden veroorzaakt door het gebruik van chloroquine- en hydrochloroquine-derivaten. De handelspreparaten Resochin, Plaquenil en Nivaquine worden in Nederland veelvuldig toegepast voor de behandeling van reumatoïde artrhi-

tis en lupus erythematoses generalisata. Dit zijn, praktisch gezien, de enige indicaties voor de toepassing van deze preparaten in de reumatologie. De beide ziektegeschiedenissen welke worden vermeld, laten een definitieve conclusie omtrent de ware aard van het „reumatisch” proces dat aan de medicatie met Nivaquine en Resochin ten grondslag lag niet toe. Maar het lijkt uitermate onwaarschijnlijk dat reumatoïde artritis en (of) lupus erythematoses generalisata in het spel waren. Ook de auteurs laten van hun twijfel te dien aanzien blijken.

Men moet medicamenten, en zeker wanneer hierdoor ernstige en ongewenste bijwerkingen veroorzaakt kunnen worden, alleen toepassen wanneer (1) de diagnose vast staat, (2) het toe te passen medicament bij de gediagnostiseerde aandoening van toepassing is.

Het vermoeden wordt gewekt dat bij de beide patiënten, beschreven door MULDER en GOOR, de diagnostiek onvoldoende of onjuist was en zowel Delta-Butazolidine als „chloroquine” niet had moeten worden toegediend.

Volgens onze ervaringen worden zowel corticosteroiden en fenylbutazon, zowel afzonderlijk als gecombineerd (Delta-Butazolidine) en ook chloroquine- en hydrochloroquine-derivaten op te ruime schaal en vaak zonder voldoende controle op bijwerkingen, en op onjuiste indicaties bij „reumatische klachten” toegediend.

Het artikel van MULDER en GOOR is daarom een welkome gelegenheid hierop nog eens te wijzen.

*Literatuur:* MULDER, O. G. en C. GOOR (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1090.

Groningen, 26 juni 1972

J. J. DE BLÉCOURT

Terecht merkt Prof. DE BLÉCOURT op dat we twijfelden aan de juistheid van chloroquinetherapie bij de door ons beschreven patiënten. Daar wij de patiënten onderzochten toen neurologische complicaties waren ontstaan, lang na het begin van de therapie, hebben we dit aspect verder buiten beschouwing gelaten. Hoofdzaak voor ons was het signaleren van een ernstige, schadelijke bijwerking van chloroquinegebruik. Het doet ons genoegen dat Prof. DE BLÉCOURT vanuit een reumatologisch centrum eveneens waarschuwt tegen een te lichtvaardige toepassing van chloroquine- en hydrochloroquinederivaten.

's-Gravenhage, 13 juli 1972

O. G. MULDER  
C. GOOR

### *Anomalieën van de urachus*

De collegae MERKELBACH en MOLENAAR (1972) gaven een zeer lezenswaardig overzicht van de complicaties ten gevolge van anomalieën in de ontwikkeling van de urachus. Eén complicatie, de etterige peritonitis, noemen zij zeer zeldzaam. Het is misschien interessant, een voorbeeld van een dergelijke complicatie mede te delen.

Het betreft een destijds 55-jarige man, die door mij in 1969 werd behandeld. In 1957 en in 1963 had hij een urineweginfectie doorgemaakt, waarvoor toen geen verder onderzoek was verricht. Een week voor opname was patiënt gaan klagen over vage buikpijn. Twee dagen voor opname was de pijn plotseling erger geworden. Sindsdien had hij geen ontlasting en geen flatus meer geloosd.

Bij opname was de dikke man flink ziek, met koorts tot 39,4° C en een diffuse peritonitis. De urine bevatte etter. Bij operatie bleek etterige peritonitis te bestaan, die uitging