

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 gediagnosticeerde 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 opneming was patiënt gaan klagen over vage buikpijn. Twee dagen voor opneming was de pijn plotseling erger geworden. Sindsdien had hij geen ontlasting en geen flatus meer geloosd.

Bij opneming 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