

2. In het rectum bevindt zich eveneens een communicatie tussen het portale vaatgebied en het stroomgebied van de vena cava (inferior). Als symptoom van portale hypertensie worden dan ook steeds bloedende hemorroïden genoemd. Over de frequentie van dit symptoom bij lijders aan portale hypertensie lopen de meningen, zover mij bekend, uiteen. In Indonesië, waar levercirrose en primair levercarcinoom tot de meest voorkomende ziekten behoren, is dit zelden een belangrijk symptoom. De enkele patiënt bij wie bloedende hemorroïden een hoofdsymptoom van portale hypertensie was heeft grote indruk op mij gemaakt. Het was een ongeveer 30-jarige Javaan lijdende aan levercirrose en primair levercarcinoom bij wie zeer grote hemorroïden waren ontstaan waaruit hij in de laatste weken van zijn ziekte dikwijls en hevig bloedde. Merkwaardigerwijze bloedde hij niet uit slokdarmvarices.

Misschien kunnen BRANDT en VAN DER HEYDE iets mededelen over hun ervaring aangaande het vóórkomen (en de behandeling?) van bloedende hemorroïden bij patiënten met portale hypertensie.

3. BRANDT en VAN DER HEYDE schrijven dat een opvallende venentekening op de huid o.a. op de rug op een verhoogde portadruk wijst. Ik herinner mij niet dit ooit bij patiënten met portale hypertensie gezien te hebben; naar ik meen is het juist een symptoom van afsluiting van de vena cava inferior. SCHIFF (1969) schrijft hierover: „Vena cava collaterals tend to be more prominent in the flanks and less so in the central areas of the abdomen. There are often dilated vessels over the back which are never seen with portal obstruction.”

Literatuur: BRANDT, K. H. en M. N. VAN DER HEYDE (1974) Herkenning en behandeling van portale hypertensie. *Ned. T. Geneesk.* 118, 960. — SANKALÉ, M., B. DIOP en A. M. SOW (1968) Etude comparative entre les carcinomes primitifs du foie en Europe et en Afrique noire. *Bull. Soc. méd. d'Afr. noire* 13, 565. — SCHIFF, L. (1969) *Diseases of the liver*, bl. 284.

Amsterdam, juli 1974

P. J. ZUIDEMA

Collega VAN WIJK en collega ZUIDEMA zijn wij erkentelijk voor hun opmerkingen.

Collega VAN WIJK gaat nader in op de oorzaak van de portale hypertensie bij schistosomiasis. Zonder aan de waarde van zijn opmerkingen te willen afdoen, wijzen wij erop dat POPPER (1968) en MARCIAL-ROJAS (1973) de voortschrijdende fibrosering met retractive, leidende tot vernauwingen, zelfs obliteratie van portale vaatgebieden, als de belangrijkste oorzaak zien van de portale hypertensie bij schistosomiasis.

Collega ZUIDEMA kan ten aanzien van het primaire levercarcinoom op een ervaring bogen die aanzienlijk groter is dan de onze. Bij onze patiënten met primair levercarcinoom was — op enkele uitzonderingen na (dit betrof een aantal kinderen) — steeds een cirrose aanwezig die vaak op zich al een portale hypertensie had veroorzaakt. Varixbloedingen ten gevolge van tumoringroei of trombose van de poortader zagen wij niet. Wel trad bij een aantal patiënten, die wij reeds lang kenden met een gecompenseerde cirrose, abrupt een vrijwel therapie-resistente ascites op, met temperatuurverhoging, pijn in de leverstreek en drukgevoeligheid bij palpatie. In korte tijd gingen deze patiënten te gronde; bij obductie werden doorgroei van tumor in het portagebied en tevens een trombose van de hoofdstam, gevonden.

Hemorroïden geven volgens CHILD (1954) zelden aanlei-

ding tot problemen, terwijl PATEK (1969) zich zelfs afvraagt of deze afwijking vaker voorkomt bij mensen met dan bij mensen zonder cirrose. Wij hebben de indruk dat hemorroïden onder cirrose-patiënten niet opvallend vaak voorkomen. Bloedingen uit hemorroïden hebben wij in 19 jaar slechts bij 2 patiënten met cirrose gezien. De eerste patiënte gold een vrouw bij wie 4 jaar tevoren een splenorenale shunt wegens bloedende oesophagusvarices was aangelegd. Bij opname verloor zij abundant bloed per anum; de Hb. bedroeg 38%. Patiënte overleed in coma hepaticum, de cirrotische lever bevatte necrosehaarden, terwijl de vroeger aangelegde shunt open was. Onlangs namen wij een heftige bloeding uit hemorroïden waar bij een patiënte met een alcoholische levercirrose. Bloedtransfusies waren noodzakelijk. De hemorroïden werden op een gangbare chirurgische wijze behandeld (omsteking). Verdere complicaties traden niet op.

Tenslotte wat betreft de opmerking over de versterkte venentekening op de rug van patiënten met portale hypertensie. Dat deze lokalisatie bij portale hypertensie nooit voorkomt, kan ik niet onderschrijven; ik geef toe dat wij de venentekening op deze plaats slechts bij een minderheid van onze patiënten hebben gezien.

Literatuur: CHILD III, G. C. (1954) *The hepatic circulation and portal hypertension*. Saunders, Philadelphia. — MARCIAL-ROJAS, R. A. (1973) Parasitic diseases of the liver. In: E. A. GALL en F. K. MOSTOFI, *The liver*, bl. 450. Williams & Wilkins, Baltimore. — PATEK, A. J. (1969) Portal cirrhosis (Laennec's cirrhosis). In: L. SCHIFF, *Diseases of the liver*, bl. 689. Lippincott, Philadelphia. — POPPER, H. (1968) Pathology of portal hypertension. In: N. G. MARKOFF, *The therapy of portal hypertension*, bl. 58. Thieme, Stuttgart.

Arnhem, augustus 1974

K-H. BRANDT
M. N. VAN DER HEYDE

Lepra

Subklinische lepra-infecties komen veelvuldig voor en de besmettelijkheid van lepra is aanzienlijk groter dan wordt aangegeven door het aantal klinisch gediagnostiseerde gevallen (LEIKER 1974).

In Suriname bestaat een volksgeloof dat lepra veroorzaakt wordt door bepaalde voedingsmiddelen. Daar zou een kern van waarheid in kunnen steken in zoverre dat de ontwikkeling van lepra waarschijnlijk wel iets te maken heeft met de voeding. Ik denk hierbij aan tuberculose, vroeger in Nederland meer voorkomende bij vaak onvoldoende gevoede armere mensen. Ik meen dat in het algemeen ook lepra overwegend voorkomt bij de armen.

Het is opvallend dat in Noorwegen met de toenemende welvaart de lepra spontaan vrijwel is verdwenen. Dat lepra-infecties vaak subklinisch blijven, zou althans ten dele aan de betere voeding kunnen liggen. Hieruit kan volgen dat de leprabestrijding voor een groot deel zich moet richten op de verhoging van de welvaart en verbetering van de voeding.

Literatuur: LEIKER, D. L. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 511.

Rotterdam, juni 1974

B. GERRITSEN

In vele landen bestaat het volksgeloof dat er een verband is tussen lepra en voeding. Het aantal gediscrimineerde voedingsmiddelen is groot, zonder enig herkenbaar patroon. Tot de belangrijkste wetenschappelijke studies over lepra en voeding behoren die van HUTCHINSON (1906) over het verband tussen lepra in Noorwegen en het eten van ongezuurde vis, die van OBERSTDOERFFER c.s. (1940) over lepra in Nigeria en de consumptie van saponine-bevattende knolvruchten en meer recent die van BERGEL (1966) over de betekenis van meervoudig onverzadigde vetzuren in de voeding. Geen van deze studies heeft de toets der kritiek in de praktijk kunnen doorstaan. Wat leek op te gaan in het ene land werd elders door de feiten weersproken. De samenvattende conclusie is dat geen overtuigend verband tussen het vóórkomen van lepra en het gebruik van bepaalde voedingsmiddelen is aangetoond.

Evenmin is gebleken dat wanvoeding of ondervoeding predisponerende of agraverende factoren zijn. Herhaaldelijk vindt men lage lepracijfers in gebieden met apert ongunstige voeding, en hoge cijfers in naburige, vergelijkbare gebieden met veel betere voeding. Het ziektebeloop is bij patiënten in slechte voedingstoestand niet opvallend ongunstiger dan bij beter gevoede personen. Er is geen verband tussen de verdeling naar het type van de ziekte en de voedingstoestand. Type-transformatie ziet men zelden en bij de weinige goed gedocumenteerde gevallen zijn er geen aanwijzingen voor een verband met wijzigingen in de voedingstoestand. De grootte van de lepromine-reactie is een goede maat voor de individuele weerstand tegen lepra. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat de lepromine-reacties bij slecht gevoede personen kleiner zijn dan bij beter gevoede, doch overigens vergelijkbare individuen. Indien er niettemin enige invloed van de voeding bestaat, dan heeft deze geen merkbare invloed op de epidemiologie van lepra.

De huidige verspreiding van lepra in de wereld vertoont inderdaad een duidelijke correlatie met „welvaart”. Vast staat echter dat in het verleden en heden de beter gesitueerden geenszins voor de ziekte gespaard zijn.

De ongunstige socio-economische verhoudingen in de ontwikkelingslanden zijn niet alleen van invloed op de voeding maar verhogen ook de infectie-kansen voor ziekten zoals lepra, o.a. door bepaalde leefgewoonten, overbevolking, slechte behuizing, slechte hygiëne, povere medische verzorging en ontbreken van ziektebestrijding. Ongetwijfeld mag van beïnvloeding van deze factoren ook een gunstig effect op de lepra-endemie verwacht worden, maar de problematiek is complex en resultaten zijn alleen op lange termijn te ver-

wachten. Op kortere termijn bezien biedt de massabehandlingscampagne, die mogelijk is dank zij het goedkope en effectieve DDS, meer perspectief.

Het subklinisch blijven van lepra-infecties kan verklaard worden door immunologische processen, waarbij constitutionele factoren de uitkomst bepalen en exogene factoren, zo deze een rol spelen, van ondergeschikte betekenis zijn.

Literatuur: BERGEL, M. (1966) Leprosy and nutrition. *Leprosy Rev.* 37, 163. — HUTCHINSON, J. (1906) *On leprosy and fish eating*. Archibald Constable, Londen. — OBERSTDOERFFER, M. en E. GEHR (1940) Die Zusammenhänge zwischen sapotoxinhaltigen Nahrungspflanzen und der Lepra. *Z. Hyg. Infekt.-Kr.* 122, 472.

Amsterdam, augustus 1974

D. L. LEIKER

Herhaalde waarschuwing voor het voorschrijven van aminofylline bevattende zetabletten aan kinderen beneden de 3 jaar

In een Brief aan de redactie waarschuwden VAN HEIJST e.a. (1974) voor het gebruik van aminofylline bevattende zetabletten voor kinderen beneden de drie jaar. Uit veiligheids-overwegingen wordt hierin het advies gegeven, geen aminofylline bevattende zetabletten (genoemd wordt Antalby) aan deze groep kinderen voor te schrijven, tenzij dergelijke zetabletten in de handel zouden worden gebracht met een lager gehalte aan aminofylline. Deze laatste opmerking is mij niet duidelijk, d.w.z., volgens de schrijvers zou het van de handel afhangen of er al dan niet aminofylline-zetabletten aan deze groep kinderen kunnen worden voorgeschreven. De stof aminofylline is echter in iedere apotheek als substantie voorradig en kan daarom in iedere gewenste sterkte in een kindertzetablet worden voorgeschreven. Het is dan ook geen enkel probleem om aminofylline-zetabletten aan kinderen voor te schrijven in een dosering van 5 mg/kg lichaamsgewicht om de 12 uur.

Literatuur: HEIJST, A. N. P. VAN, M. OORT en S. A. PIKAAR (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1057.

Leeuwarden, juli 1974

J. N. JEDEMA,
apotheker

BERICHTEN

Buitenland

WERELDBERICHTEN

Toeneming bedrijfsongevallen. Onder het opschrift „A new dimension” geeft een artikel in *World Health* (juli-aug. bl. 3) een inzicht in de onrustbarende vermeerdering van het aantal ongevallen, die vrijwel in alle landen wordt waargenomen. In totaal vinden jaarlijks meer dan 100.000 dodelijke ongevallen plaats, gerekend over de hele wereld. In de industriële landen wordt elk jaar een op de tien arbeiders door een ongeval getroffen. In het jaar 1971 zijn in de Bondsrepubliek Duitsland, op een totale arbeidsbevolking van

27 miljoen, 2,6 miljoen arbeidsongevallen gerapporteerd, waarvan 6.686 met dodelijke afloop. In Frankrijk werden in datzelfde jaar op 13 miljoen arbeidenden 1,1 miljoen arbeidsongevallen gerapporteerd, waarvan 2.383 dodelijk en 113.000 „ernstig”. In 1972 werden in Brazilië van de 7.770.000 arbeidenden 1.470.000 door een ongeval getroffen. In sommige ontwikkelingslanden lijden tot zelfs 23 pct van de arbeiders in mijnen aan fibrotische pneumoconiosis; in andere landen zijn bij 60 pct van de arbeidenden longaandoeningen, o.a. byssinosis gemeld. In sommige Aziatische landen lijden 5 tot 7 pct van de arbeiders aan longtuberculose. Daarbij komt nog de psychische schade ten gevolge van het monotone werk. De bedrijfsongevallen leiden tot ernstige econo-