

Bentson: „We believe this technique (gas-CT-cisternografie/canalografie) is preferable to Pantopaque cisternography, not only because the possibility of arachnoiditis is eliminated but also because it is likely air will enter some canals that the highly viscous Pantopaque will not.”

*Literatuur:* BENTSON, J. R., A. A. MANCUSO, J. WINTER e.a. (1980) *Radiology* 136, 777. — HUETE, J. en M. CORRALES (1979) *J. Neuroradiol.* 6, 335. — PHELPS, P. D. en G. A. S. LLOYD (1982) *Brit. J. Radiol.* 55, 19. — PINTO, R., J. J. KRICHEFF, R. T. BERGERON e.a. (1981) *The diagnosis of small acoustic neurinomas by gas computed tomography cisternography and canalography. Contrast media in computed tomography. Excerpta Medica, Amsterdam.* — SORTLAND, O. (1979) *Neuroradiol.* 18, 19.

Amsterdam, maart 1982

F. PEETERS  
B. VERBEETEN JR.

## Een pil tegen de atoombom?

Een heel sinister artikel van prof. VAN DER WAAIJ (1981) waar ik op wil reageren.

Een goede theorie, maar wat een onwerkelijke toepassing! Een uiterst marginale bijdrage tot redding én de suggestie dat er weer een maatregel is die een atoomaanval minder gevaarlijk maakt: Er is toch wat aan de gevolgen te doen. Bij een 10-20 Kt bom wordt 85% van de energie vrijgemaakt in de vorm van „blast” en hitte en slechts 5% in de vorm van initiële straling. Er rest dan 10% residustraling. Verreweg de meeste mensen die een subtiele straling ontvangen hebben, komen om door de schokgolf en de hitte. Voor zwaardere bommen geldt dit nog meer. Als we aannemen dat iedereen zijn pillen nog in vrede tijd uitgeleerd krijgt en netjes bewaart, hoeveel procent van de bevolking denkt dan na een atoomaanval aan deze pillen, weet waar ze zijn, kan ze bereiken en zal ze innemen. Radio en TV kunnen er niet op attenderen. Of moeten we „de pil” dag in dag uit bij ons dragen? Dat is toch absurd! Utdelen na de klap? In een volstrekte chaos met honderdduizenden gewonden toch ook niet goed uitvoerbaar, denk ik zo. En bovendien, wat gaat het kosten? Voor een bevolking zullen we een paar voorraden moeten hebben, omdat anders de voorraad ook wel eens weg zou kunnen zijn. Ik denk dat dit geld beter besteed kan worden aan het uitroeien van lepra en malaria dan aan deze fictieve redding van mensen in rijke landen, die zich in deze wereld met milieu-, energie- en hongerproblemen de luxe veroorloven miljoenen per minuut uit te geven voor een bewapening die niet eens meer te gebruiken is, alleen ons voortbestaan kan wegbranden en op zichzelf al bedreigend is voor mens en milieu.

*Literatuur:* WAAIJ, D. VAN DER (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2111.

Haren, februari 1982

J. W. POLMAN

Beantwoording van de brief van collega Polman maakt het nodig – zij het kort – dieper in te gaan op de situatie die na een atoombomexplosie te verwachten valt. Hierbij baseer ik me op gegevens over de explosies boven Hiroshima en Nagasaki vermeld in een gelijknamig boek (1981) alsmede op een artikel van ABRAMS en VON KAENEL (1981).

In Japan bleek een kleine 40% van de niet verwonde overlevenden, in Hiroshima geschat op 118.000 van de

320.000 inwoners, de dag van de explosie versuft en ziek: men was misselijk en braakte. Misselijkheid was bij de meeste van deze mensen van voorbijgaande aard en duurde in de regel niet veel langer dan tot de volgende dag. Dat zal bij andere (zwaardere) A-bommen niet veel anders zijn, aannemende dat alle mensenrassen ongeveer eender op straling reageren. Het acute effect van de explosie op de psyche was daags daarna in zoverre hersteld dat men zich uit de stad naar de periferie ervan begon te verplaatsen met meeneming van gewonden. De daarbij af te leggen afstand was 2 à 3 km. Deze afstand zal bij krachtiger A-bommen niet groter zijn, en dus te voet af te leggen. Een krachtiger explosie impliceert wel dat door het grotere oppervlak van deze buitenzone op evenredig meer mensen moet worden gerekend. Degenen, die uit het getroffen gebied komen, zullen nog versuft zijn; te versuft om pillen te gaan zoeken, zoals collega Polman waarschijnlijk terecht veronderstelt.

De waarschuwing van Abrams en Von Kaenel luidt, dat bij mensen door opgedane straling – direct of t.g.v. fall-out – de weerstand tegen infecties is verzwakt. Hierdoor zullen ze gemakkelijk in fall-out shelters (Verenigde Staten) voor elkaar een bron van infecties t.g.v. pathogene bacteriën kunnen gaan vormen. In opvangcentra buiten de stralingszone na een A-bomexplosie lopen eventuele onbestraalde hulpverleners waarmee stralingsslachtoffers in contact komen, daardoor ook gevaar met pathogene bacteriën besmet te worden en deze infectie(s) thuis op huisgenoten over te brengen. De duur van sterk verminderde weerstand tegen infecties zal – afhankelijk van de opgedane stralingsdosis, leeftijd, geslacht etc. ten minste 2-4 weken duren. In deze periode is het niet denkbeeldig dat bijvoorbeeld maar één salmonella-drager onder de getroffenen in een opvangcentrum genoeg is om een epidemie onder de aanwezige stralingsslachtoffers te veroorzaken. Zonder bacteriologisch onderzoek is immers niet uit te maken of stralingspatiënten bloederige diarree hebben t.g.v. een voor onbestraalden ongevaarlijke *E. coli*, of dat het een patiënt met een gevaarlijke ziekteverwekker betreft.

Wanneer we proberen – hoe afschuwelijk het ook is – ons van tevoren een beeld te vormen van wat er zal kunnen gebeuren en we van tevoren leren hoe we infecties bij bestraalde mensen én bij hun verzorgers in het omringende gebied zoveel mogelijk kunnen voorkomen, is een verbeterde medische opvang van slachtoffers van een onmenselijk wapen misschien mogelijk. Een pil als bedoeld in mijn brief aan de Redactie (1981) zou hier de omvang van menselijke ellende kunnen beperken. Het alternatief zal zijn dat stralingsslachtoffers in noodhospitelen c.q. kampen bijeen worden gebracht, waar – zoals dat vroeger bij pestepidemieën en epidemieën van andere besmettelijke ziekten het geval was – men wordt opgeborgen en in feite aan zijn lot wordt overgelaten. Erger nog, het zullen bewaakte kampen kunnen worden, daar men bij verstoring van de aanvoerlijnen van o.a. geneesmiddelen, van behandeling af zal (moeten) zien.

Een selectief decontaminerende pil zal geen effect hebben tegen lepra en malaria, maar zal wel effect kunnen sorteren bij preventie van bacteriële infecties van darm en de luchten en urinewegen. Ook epidemieën zijn er waarschijnlijk mee te voorkomen; een probleem dat in ontwikkelingslanden veel sterker speelt dan in de Westerse samenleving.

Het zal collega Polman en vele anderen wellicht aanspreken dat toepassing van zo'n pil bij de behandeling en – wat belangrijker is – de preventie van epidemieën van bacteriële darminfecties in ontwikkelingslanden één van de hoofddoelen is waaraan thans wordt gewerkt. Hiermee bestaat nog geen grootschalige ervaring; daarover zullen deze zomer

inleidende besprekingen plaatsvinden met de World Health Organization.

*Conclusie:* Een pil voor selectieve decontaminatie (SD) zal allerminst speciaal t.b.v. behandeling van atoomslachtoffers moeten worden ontwikkeld, maar t.b.v. de hedendaagse geneeskunde. In mijn vorig onderschrift (1982) en in een eerder artikel (1979) heb ik reeds gewezen op de toepassing in de oncologie en bij andere patiënten met sterk verminderde weerstand tegen infecties waaronder patiënten met brandwonden. Aan deze reeks zullen we mogelijk in de toekomst bestrijding en preventie van epidemieën in ontwikkelingslanden kunnen toevoegen.

*Literatuur:* ABRAMS, H. L. en W. E. VON KAENEL (1981) *New Engl. J. Med.* 305, 1226. – Hiroshima and Nagasaki (1981) The committee for the compilation of materials on damage caused by the atomic bombs on Hiroshima and Nagasaki. Hutchinson, Londen. – WAAIJ, D. VAN DER (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 273; (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2111; (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 402.

Groningen, maart 1982

D. VAN DER WAAIJ

### *Aquagene pruritus*

Een boeiend referaat (1981) over een interessant onderwerp: tot voor kort onverklaarde, doch blijkbaar door contact met water geprovoceerde jeuk. De slotzin bevat een merkwaardige conclusie: „Het leek referent nuttig te wijzen op het bestaan van aquagene pruritus, omdat patiënten met deze aandoening gemakkelijk ten onrechte als neurotisch worden bestempeld.”

Wat mij in deze en soortgelijke uitlatingen in tal van medische publikaties opvalt, is dat ze illustratief zijn voor een wijze van denken, die weliswaar al lang als obsoleet zou moeten zijn achterhaald, maar die niettemin kennelijk nog steeds voor zowel specialisten als ook vele huisartsen als basis dient voor oordelen en handelen. „De man heeft jeuk, weliswaar ondraaglijk, maar tja, alles onderzocht, niets te vinden; sorry, een neuroticus. Dag meneer!”

Maar zo is de strekking van het referaat natuurlijk niet. Juist integendeel: men heeft wél iets gevonden, er is iets verklaard; dus, hè gelukkig: „Hé, meneer! Kom nog eens terug! We hebben 't gevonden, hoor. Wat sneu, we hadden u al voor neurotisch gehouden, maar gelukkig, u bent nu weer helemaal gerehabiliteerd, hoor.”

Een opmerking als de geciteerde demonstreert naar mijn mening enerzijds de overwaardering van (op zichzelf natuurlijk belangrijk) somatisch inzicht en anderzijds de nogal denigrerende wijze, waarop met een negatief beladen „stempel” een niet verklaard ziektebeeld van zich af pleegt te worden geschoven. Iemand een negatief gekleurd etiket op plakken (neurotisch, hysterisch, enz.) omdat men zijn ziekteverschijnselen niet kan verklaren is *altijd* ten onrechte.

*Literatuur:* Referaat (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1897.

Amsterdam, december 1981

J. COURANT

De slotzin van mijn referaat betreffende het feit dat patiënten met aquagene pruritus *ten onrechte* als neurotisch worden bestempeld is uiteraard gebaseerd op enkele ziektegeschiedenissen welke door GREAVES e.a. (1981) beschreven zijn. Blijkbaar heeft collega Courant bezwaar tegen het

woord neurotisch; ik ben het niet eens met zijn opvatting om patiënten met klachten, die bij de behandelende artsen als neurotisch overkomen, een negatief gekleurd etiket op te plakken, onafhankelijk van de omstandigheid of de ziekteverschijnselen op een (in een later stadium vastgestelde) somatische afwijking blijkt te berusten of niet. Patiënten met neurotische klachten zijn niet negatief gekleurd, maar behoeven die aandacht, die in de geneeskunde gelukkig ook gegeven wordt.

*Literatuur:* GREAVES, M. W., A. K. BLACK, R. A. EADY e.a. (1981) *Brit. med. J.* 282, 2008.

Amsterdam, maart 1982

W. G. VAN KETEL

### *Arteriitis temporalis*

In hun artikel over arteriitis temporalis vestigen de collega De JAGER en WALSTRA er terecht de aandacht op, dat een biopsie van de arteria temporalis niet altijd de bij deze afwijking passende morfologische veranderingen laat zien, omdat het ontstekingsproces niet het gehele verloop van de arterie behoeft te betreffen. ALLSOP en GALLAGHER (1981) reviseerden de klinische gegevens en de histologie van 135 patiënten, die een biopsie van de arteria temporalis ondergingen en kwamen hierbij tot de conclusie, dat bij minder dan 60% van de patiënten met een klinische verdenking op arteriitis temporalis door de histologie deze diagnose ondersteund werd. Op grond van deze bevinding stellen beide auteurs voor de biopsie als diagnostische procedure te laten vallen en te vervangen door een kortdurende behandeling met corticosteroiden. Een biopsie zou alleen in aanmerking komen bij patiënten, bij wie een sterke contra-indicatie tegen corticosteroiden bestaat, of bij degenen, die niet meteen gunstig reageren op de ingestelde corticosteroidbehandeling.

Tegen de achtergrond van de veelal dramatische reactie op corticosteroiden kan men zich afvragen, of deze benadering niet de voorkeur verdient boven de door de collega De Jager en Walstra voorgestelde procedure, waarin geadviseerd wordt een niet te klein biopt te nemen, eventueel ook de andere arteria temporalis bioptisch te laten onderzoeken en bij zeer sterke verdenking op grond van vriescoupe-onderzoek de excisie uit te breiden.

*Literatuur:* ALLSOP, C. J. en P. GALLAGHER (1981) *Amer. J. surg. Pathol.* 5, 317. – JAGER, A. E. DE en G. J. M. WALSTRA (1981) *Ned. T. Geneesk.* 126, 55.

Maastricht, januari 1982

J. W. ARENDS

Collega Arends stelt een interessante vraag. Laat ons vooropstellen dat de reactie van een patiënt met arteriitis temporalis op corticosteroiden inderdaad vaak zeer frappant is; een groot deel van de patiënten ondergaat binnen 4 tot 72 uur een duidelijke verbetering. Dit gegeven kan dus van nut zijn bij het stellen van de diagnose. In de Mayo Clinics zijn een aantal criteria ontwikkeld waarop de diagnose arteriitis temporalis mag worden gesteld. Bewijzend is een positief biopt. Wanneer dit negatief is mag toch van arteriitis temporalis worden gesproken wanneer de BSE verhoogd is, te zamen met minstens 4 van de 5 volgende voorwaarden: prompte reactie op corticosteroiden, gezwollen pijnlijke arteria temporalis, claudicatio van de kaak, blindheid of polymyalgia rheumatica (HUSTON e.a. 1978).