

diphtherie, is trouwens geen andere; zoodat men den indruk krijgt, dat het voor het postvatten, voor het zich nestelen van een besmettelijke ziekte — niet voor het overwaaien van een enkel geval — bepaald noodig schijnt, dat plaatselijke invloeden zich doen gelden.

Mijn slotsom is daarom deze. De raad van HEIJERMANS zou hierop neerkomen: laat maar doorzien, want het is zulk een lichte vorm, dat de kosten en moeite der uitgebreide maatregelen niet in de goede verhouding staan tot den ernst van het kwaad. Dit standpunt lijkt mij niet juist; allerminst bij roodvonk, omdat de naziekten ernstig kunnen worden, afgezien nog van de mogelijkheid, dat uit de lichte gevallen zich nog gedurig ernstiger vormen kunnen ontwikkelen. De eenige raad, die m. i. thans gegeven kan worden, moet daarom zijn: tracht de afzondering op nog grooter schaal door te voeren. Zijn de kosten te hoog, tracht dan nog eerst een afzondering te verkrijgen, die aan veel bescheidener eischen voldoet, zoowel wat de lokaliteit als wat de verpleging aangaat. Gaat het ook zóó niet — ik erken, dat het gevaar niet denkbeeldig is —, dan is althans van geneeskundige zijde gedaan wat redelijkerwijze beproefd kon worden, om ziekte te voorkomen. Intusschen ga men voort met het opsporen van factoren voor de verbreiding, waaraan men tot dusverre geen of te weinig aandacht heeft geschonken.

Utrecht, 4 November 1916.

D. J. HAMBURGER.

II.

Naar aanleiding van het denkbeeld van den heer HEIJERMANS, om in den strijd tegen het roodvonk maatregelen aan te bevelen in den geest van de tegen de mazelen geldende, zou ik erop willen wijzen, dat de epidemiologie belangrijke verschillen tusschen die ziekten leert kennen. Zoo worden o.a. de mazelen bijna uitsluitend onmiddellijk overgebracht, terwijl bij het roodvonk hoogstwaarschijnlijk ook middel-lijke aanraking van beteekenis is, d.w.z. besmetting door voorwerpen, huisgenooten en zieken-bezoekende buurvrouwen. Na de eerste ziektedagen is het mazelenkind niet gevaarlijk meer voor de omgeving, de roodvonklijder wel. Dan is de vatbaarheid voor mazelen veel meer algemeen, dan die voor roodvonk. Voor roodvonk geldt dus zeker niet, wat men wel naar aanleiding van de mazelen zegt: het kind krijgt de ziekte toch, het eenige, wat men kan doen, is, te zorgen, dat het kind de ziekte laat (niet „vroeg”) krijgt, daar dan de sterftekans geringer is. En zoo is er meer.

Maar dat er reden is, na te gaan, of de thans geldende wijze van roodvonkbestrijding de juiste is, accoord!

Amsterdam, 5 November 1916.

D. HERDERSCHËE.

IS TREPANATIE VAN DE SCLERA GEVAARLIJK BIJ TOT DICHTBIJ HET FIXATIEPUNT VOORTGESCHREDEN GEZICHTSVELDBEPERKING?

Naar aanleiding van de mededeelingen in de nos. I, 12, en II, 14 en 16, van dit *Tijdschrift* werpt dr. G. F. ROCHAT in n^o. 18 bovengenoemde vraag op en meent reeds thans uit de literatuur te kunnen bewijzen, dat SCHOUTE niet geheel ongelijk had met zijn sombere voorgevoelens over den afloop van trepanatie bij zeer klein gezichtsveld. Hiertoe worden door ROCHAT aangehaald gevallen van ELLIOT en STOCK, welke in deze richting wijzen, van HARRISON BUTLER en MELLER, welke bewijzend zouden zijn. Indien dit zoo ware, zou zeker ELLIOT's trepanatie een belangrijk deel van haar voorsprong in dit opzicht moeten missen. Blijkt dit echter uit de aangehaalde gevallen? Mij dunkt neen. In STOCK's gevallen, welke slecht afliepen, was het centrale zien reeds vóór de operatie verloren, zij behooren dus niet tot het hier besproken

onderwerp. In ELLIOT's gevallen wordt over gezichtsveld niet gesproken; wij hebben echter van later datum (April 1916) de besliste uitspraak van ELLIOT, dat, in de vaak voorkomende gevallen van tot op enkele graden van het fixatiepunt beperkt gezichtsveld, welke hij opereerde, hij *geen* nadeel van de operatie zag. Ook ELLIOT's gevallen moeten dus buiten beschouwing blijven. Evenzoo MELLER's gevallen, waarin, zooals ROCHAT mededeelt, het centrumverlies ontstond niet na trepanatie, maar na de geheel daarvan verschillende operatie volgens LAGRANGE. Bij ELLIOT's trepanatie zag MELLER juist in de 178 door hem besproken gevallen centrumverlies niet optreden.

Uit ROCHAT's literatuuronderzoek blijkt dus, dat tot mijn mededeeling nog geen geval van centrumverlies na ELLIOT's trepanatie bij zeer beperkt gezichtsveld bekend was. Sedert ik mijn mededeeling over dit onderwerp deed, vond ROCHAT nog één geval van HARRISON BUTLER en deelt hij er één uit eigen ervaring mede. Ook dit laatste hoort niet thuis in de in den titel genoemde groep, omdat vóór de operatie het gezichtsveld niet tot dichtbij het fixatiepunt beperkt was, integendeel de grens op het nauwste punt er nog 20° van verwijderd bleef; en er bovendien na de operatie geen absoluut scotoom in of dichtbij het centrum optrad, zoodat hier niet de bij iridectomie zoo zeer gevreesde verwikkeling heeft plaats gehad, maar een ander onbekend proces. Dit belangrijke geval toont opnieuw, dat geen enkele glaucoomoperatie een onverschillige zaak is, maar dat den patiënt behalve de kans op infectie, bloeding, glaucoma malignum, e.a., ook nog onbekende gevaren bij operatie bedreigen. Uit het gezichtsveld vóór de operatie is in dit geval geen tegenaanwijzing tegen de operatie te halen, evenmin als tot nog toe beperking tot 20° als tegenaanwijzing voor iridectomie of eenige andere glaucoomoperatie beschouwd werd.

Het geval van HARRISON BUTLER onttrekt zich aan alle kritiek, omdat niets wordt medegedeeld omtrent wijze van operatie, grootte van iridectomie (waaraan, naar ik bij MELLER¹⁾ zie, ook LAGRANGE grooten invloed toeschrijft voor het ontstaan van centrumverlies); het is bovendien zeer twijfelachtig, of dit noodlottig afgeloopen geval wel mag worden toegeschreven aan ELLIOT's trepanatie; BUTLER zegt toch niet, zooals ROCHAT schrijft, uitdrukkelijk, dat hij een geval beleefde, waarin bij te voren sterk beperkt gezichtsveld bij glaucoom door de trepanatie het centrale zien verloren ging, maar wel, dat dit het geval was door „sclerostomy”. Wanneer wij nu weten, dat H. BUTLER onder „sclerostomy”, behalve ELLIOT's operatie, ook HOLT's „punching operation” en andere sclerectomieën verstaat, en dat hij een geestdriftig voorstander van HOLT's operatie was, is het waarschijnlijker, dat HOLT's en niet ELLIOT's operatie voor dit slechte gevolg aansprakelijk gesteld moet worden.

Ik kom dus tot de slotsom, dat tot nog toe nog geen positief bewijs voor de gevaarlijkheid der trepanatie van ELLIOT bij gezichtsveldbeperking tot aan het fixatiepunt medegedeeld is. Door theoretische overwegingen komen wij ook niet verder; bijv. zijn SCHOUTE en ROCHAT het eens, dat de snelle drukverlaging dezelfde nadeelige gevolgen bij de trepanatie zal kunnen veroorzaken als bij iridectomie, maar terwijl SCHOUTE in dit opzicht de trepanatie nog gevaarlijker voorkomt dan de iridectomie, verwacht integendeel ROCHAT, dat aan de trepanatie, als het kleinste trauma, minder vaak slechte gevolgen verbonden zullen zijn. Wij doen dus het beste, ons te houden aan het bloote feit, dat, ondanks het groote aantal uitgevoerde, en beschreven of statistisch bewerkte trepanaties, nog geen enkel geval besehreven is, waarin bij tot vlak aan het fixatiepunt beperkt gezichtsveld het centrale zien door de trepanatie verloren ging, zoodat SCHOUTE's sombere voorgevoelens op dit punt nog niet uitgekomen zijn; hopen wij, dat dit zoo moge blijven.

Wat het gevolg voor de praktijk betreft, zijn, geloof ik, ROCHAT en ik het volkomen

1) *Klinische Monatsblätter f. Augenh.* 1914, I, bldz. 52.

eens en zouden wij dit aldus kunnen formuleeren: bij gezichtsveldbeperking tot in de nabijheid van het fixatiepunt is het risico voor centrumverlies geringer bij trepanatie volgens ELLIOT, dan bij iridectomie; waaraan ik dan zou willen toevoegen: en wel voor trepanatie zóó gering, dat hierin géén tegenaanwijzing, bij iridectomie zóó groot, dat hierin wél tegenaanwijzing voor de operatie gelegen is.

Ten slotte merk ik op, dat ik nooit de trepanatie als een gevaarlooze operatie heb aanbevolen of haar onschadelijkheid in het algemeen heb uitgesproken; mijn uitspraak gold alleen de mogelijkheid van centrumverlies bij gezichtsveldbeperking en *scotomen* tot vlak bij het fixatiepunt (waarom ik dan ook de scotoomgevallen in mijn mededeeling opnam). Overigens acht ik de trepanatie een niet zeer verkieslijke operatie, die ik, zooals ik uitdrukkelijk schreef, beperkt zou wenschen te zien tot die gevallen, waar iridectomie tegenaangewezen of vergeefs beproefd is. Mijn meening is, dat men niet alleen in vergevorderde gevallen, maar bij elk glaucoom, ook het pasbeginnende, zelfs bij de zoogenaamde praeventiefoperatie op het gezonde tweede oog, als het eerste door glaucoom is aangetast, den patiënt dóór de operatie aan gevaren blootstelt, een overweging, waarmede terdege rekening gehouden moet worden bij elk operatief ingrijpen tegen glaucoom en dat dit eerst uitgevoerd mag worden na nauwgezette overweging der voor- en nadeelen van operatie of meer vreedzame behandeling.

Groningen, 3 November 1916.

J. VAN DER HOEVE.

MELKDIËET BIJ SLEPENDE NIERZIEKTE.

In dit *Tijdschrift* van 4 Nov. maakt dr. KLINKERT aanmerking op onze meening, dat hij in gevallen van nierziekte met ureumretentie, melk aanbevelen zou. Hij houde het ons ten goede, dat wij door zijn ingezonden stuk van 4 Nov. in die meening zijn versterkt. Opnieuw toch zegt KLINKERT, dat er feiten zijn, die er op wijzen, dat van alle eiwithoudend voedsel, dat een lijder met stikstofretentie kan worden geboden, de melk het meest onschuldige is. Wij meenen te hebben aangetoond, dat voor het *dogma* der onschuldigheid van melkeiwit geen goede gronden bestaan. Evenwel KLINKERT wraakt de laboratoriummethoden, wat betreft hun waarde voor het uitspreken van zoo'n oordeel. De *klinische* waarneming kan hier alleen een oordeel uitspreken, zegt hij. Nu is ook de kliniek over het nut van melk bij slepende nierziekte niet zeer opgetogen. PEL¹⁾ heeft meermalen als zijn, op *klinische* waarneming berustende, meening geuit, dat het melkdiët bij slepende nierziekte vaak schadelijk is. In ons artikel hebben wij op de overeenkomst gewezen der klinische verbetering en verergering en de gevonden ureumwaarden van geval VIII, fig. 10. KLINKERT meent, dat het onder melkdiët genezen geval van retinitis albuminurica, door ROCHON-DUVIGNEAUD beschreven, tegen onze opvatting pleit. Dat geval²⁾ miste evenwel, zooals 50 pCt. der gevallen van retinitis albuminurica, de ureumretentie! Hier kon de melk dus geen kwaad doen. Het oorspronkelijke artikel van KLINKERT doet herhaaldelijk uitkomen, dat ureumretentie het gevaar voor uraemie verhoogt (bldz. 1574), dat zelfs bij belangrijke retentie „het leven hangt aan een zijden draad (bldz. 1669)”. Met melkdiët — daarover zullen wij het nu wel eens zijn — wordt die retentie eerst recht groot! Het teruggaan van*uraemische verschijnselen onder melkdiët (*d. i. 3 à 4 L. melk*), het verbeteren eener retinitis albuminurica daarbij, betreft gevallen van slepende nierziekte zonder ureumretentie.

D. G. COHEN TERVAERT.

E. H. B. VAN LIER.

Utrecht, November 1916.

1) *De ziekten van nieren en nierbekken* 1912, bldz. 220 en 352 en *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde* 1915, II, bldz. 482.

2) KLINKERT, *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde* 1915, II, bldz. 1663.