

INGEZONDEN.

HUIDJEUK EN GRANULOMA MALIGNUM.

Bij de tegenwoordige arbeidsverdeeling komt het wel het meest voor, dat een patiënt met huidjeuk, gepaard gaande al dan niet met huidafwijkingen, hulp zoekt bij den huidarts. Vandaar dat dr. Zoon (*Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, 73, II, no. 52, bldz. 6065) een drietal gevallen van granuloma malignum met huidjeuk en prurigo meent te mogen boekstaven.

Huidjeuk is een ziekteverschijnsel van groote waarde ook voor den internist met of zonder ziekelijke teekenen aan de huid, geeft het dikwijls een belangrijke aanwijzing voor het bestaan van een inwendige ziekte, met name ook voor de mogelijkheid van de aanwezigheid van de z.g. bloedziekten, waaronder voorloopig de ziekte van HODGKIN nog gerangschikt wordt.

Huidjeuk zonder meer moge nu wel niet een standvastig teeken zijn van de lymphogranulomatose, karakteristiek, hetzij in het begin, hetzij in het beloop der ziekte is zij wel. Volgens sommigen komt deze jeuk zeer vaak in het begin der ziekte voor, kan aan alle andere verschijnselen voorafgaan en met of zonder prurigo zich voordoen.

Van dezen samenloop kan hier een voorbeeld medegedeeld worden.

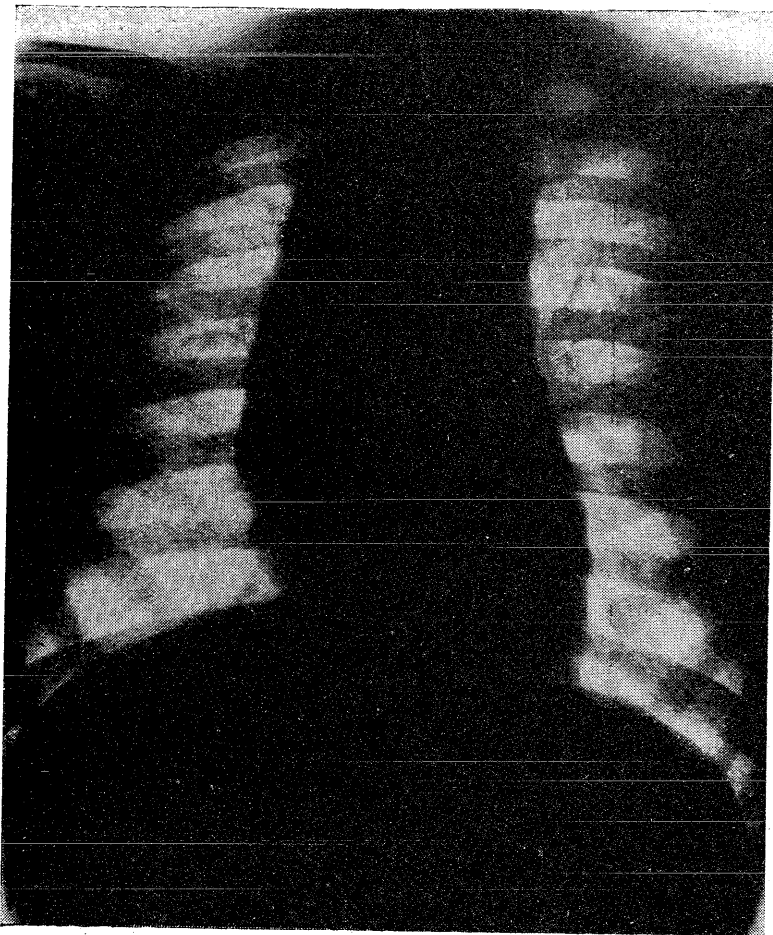
In September 11. zagen wij een knaap van 14 jaar, het oudste kind uit een talrijk gezin, in de familie waarvan ernstige longtuberculose ons bekend was. De jongen klaagde over hevige jeuk voornamelijk aan den romp; aan de huid was niets te zien. Daar de jongen er slecht uitzag en zijn jeuk bleef behouden en bij gewoon fysisch onderzoek nauwelijks afwijkingen vastgesteld konden worden, werd bloedonderzoek verricht met den volgende uitslag (dr. ROCHAT).

Haemogl.-gehalte SAHLI gecorr. 80; aantal roode bloedlichaampjes 4840000; witte bloedlichaampjes 13500. In het uitstrijkpraeparaat geen pathologische celvormen. Leucocytenformule: staafkernige neutroph. 8 pCt.; segmentkern. neutr. 74 pCt.; lymphocyten 9 pCt.; monocyten 6 pCt.; eosinoph. cellen 3 pCt. Geen toxische granula. Dus: absolute neutrophilie, lymphopenie.

Inmiddels werd onder het rechter sleutelbeen een kliertje gevonden, dat verwijderd werd en pathologisch-anatomisch onderzocht (dr. ROCHAT). Het kliertje vertoonde de typische veranderingen van het maligne granuloom. Een Röntgenphoto toonde een zeer breede schaduw aansluitend aan die van het hart in het mediastinum. De diagnose stond nu wel vast, mocht zonder twijfel „lymphogranuloma malignum” luiden, voor welke ook hier dus het symptoom huidjeuk de aanwijzing gaf.

Een bloedbeeld karakteristiek voor het granuloma malignum is er niet, al mogen ook hyperleucocytose met polynucleose en eosinophilie meermalen, maar niet standvastig daarbij gezien worden. Zonder microscopisch onderzoek van een uitgesneden kliertje is, zelfs ook nog met Röntgenopneming van den thorax, de diagnose niet als vaststaand te beschouwen, tenzij langere waarneming het besluit kan wet-tigen. Daarom is het tweede geval, door dr. Zoon beschreven van een geval van lymphogranuloom, voor aanvechting vatbaar. In 1921 toch zagen wij een man van 49 jaar, dus reeds van middelbaren leeftijd, die sedert negen maanden huidjeuk had en in zeer slechten algemeenen toestand verkeerde. Om niet in herhaling te vervallen moet verwezen worden naar de nauwkeurige beschrijving van het geval in het *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, 1921, II, no. 3, bldz. 322. Het lijkt klinisch en haematologisch haast volkomen op geval no. 2 door dr. Zoon beschreven. Ook hier was de gedachte aan het bestaan van het granuloma malignum gewekt; echter, het onderzoek van een stukje huid deed geen specifieke veranderingen daarvoor zien (wat niet behoeft), en ook was in een uitgesneden kliertje geen histologisch teeken in den zin van PALTAUF-STERNBERG te vinden (wat wel noodig is). En dus werd de diagnose lymphogranulomatosis niet gesteld. Terecht, want door of na een behandeling met arsacetine is patiënt genezen en is na ruim acht jaren nog volkomen gezond; het laatste wel het zekerste bewijs, dat hier geen ziekte van HODGKIN in het spel was.

Het is natuurlijk niet van theoretisch belang het symptoom huidjeuk op de juiste waarde te schatten; men bespaart daarmee den patiënt vele en nuttelooze behandelingen en heeft voor zich zelf vaster grond onder voeten wat betreft de prognose. Maar men zij voorzichtig in zijn besluiten en kome daartoe niet, alvorens de diagnose met *zekerheid* te hebben kunnen stellen. Voor het granuloma malignum



moeten wij te dien opzichte voorshands nog vasthouden aan de gegevens ons door den patholoog verschaft; klinisch waarschijnlijk, wordt die waarschijnlijkheid alleen tot zekerheid door de typische veranderingen in een *uitgesneden* kliertje. Had men in het aangehaalde geval van den man van 49 jaar op dezelfde gronden als op die in geval II uit de kliniek voor huidziekten te Utrecht de diagnose „ziekte van HOOGKIN” gesteld, dan had men zich ten nadeele van de patiënt en ook van zich zelf vergist.

Den Haag, 3 Januari.

J. LANKHOUT.

DE LEEFTIJD, WAAROP DE KOEPOKINENTING VERPLICHT IS IN DUITSCHLAND EN DE ENCEPHALITIS POSTVACCINALIS.

Telkens lees ik, dat in Duitschland de eerste verplichte inenting met koepokstof aan het einde van het *eerste* levensjaar moet verricht zijn. (Zie o. a. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, van 18 Januari 1930, bldz. 308.) Dit is onjuist. De Deutsche wet van 8 April 1874 toch zegt woordelijk:

§ 1. Der Impfung mit Schutzpocken soll unterzogen werden: 1. Jedes Kind vor dem Ablauf des *auf sein Geburtsjahr folgenden* Kalenderjahres....

Hieruit volgt dus, dat elk kind in Duitschland vóór het einde van zijn *tweede* levensjaar ingeënt moet zijn. Nu vermoed ik, dat vele ouders in Duitschland