

# BRIEF UIT DEN VREEMDE.

## CAUSERIEËN UIT ZUID-FRANKRIJK.

### I.

Het is ruim een jaar geleden, dat ik voor mijn eerste indrukken als Nederlandsch medicus practicus in Monaco, gastvrijheid vond in ons *Tijdschrift*. Als ik mij nu zet aan een vervolg van die causerie, doe ik zulks in de hoop, dat de lezers mij zullen willen volgen, springend van den hak op den tak, langs de oppervlakkige paden des causeurs en aan dezen geen anderen eisch zullen stellen, dan dat hij niet vervelend wordt.

#### 1. Somatogeen of psychogeen?

Ik heb verleden jaar al doen uitkomen dat — hoewel de geneeskunde een internationale en niet-exacte wetenschap is en elk geneeskundige dus zijn eigen gezichtspunten kan hebben — men, werkend in den vreemde, veel vaker komt te staan tegenover opvattingen („notions” zeggen de Franschen) welke ons vreemd zijn, dan onder landgenooten. Wat mij vooral treft in de denkwijze der Fransche collegae, is een vastberaden „materialisme”, dat uitsluitend organische ziekte-oorzaken erkent, dat dus „zenuwen” altijd beschouwt als gevolg en niet als oorzaak en dat dus van het oude woord: „Es ist der Geist der sich den Körper baut”, zonder aarzelen maakt: „Es ist der Körper der den Geist sich baut.”

Misschien zal in de toekomst blijken, dat beide uitspraken, natuurwetenschappelijk beschouwd, onjuist zijn; namelijk wanneer het nu nog metafysische begrip „astraal lichaam”, dit „derde Iets”, zooals prof. VAN RIJNBERK het noemde in een zijner opstellen in dit *Tijdschrift* (1933, No. 38), door wetenschappelijk onderzoek een physiologisch begrip zou worden.

Intusschen staan de zoeven genoemde uitspraken, als werkhypothesen, tegenover elkaar en geven daardoor een geheel verschillende richting aan den gedachtengang der beoefenaars van geneeskunde en geneeskunst.

Bijzonder treft dit bij psychiatrische patiënten. In mijn vorige causerie vertelde ik van een bejaarde dame, bij wie zich, nadat zij een inspannende en emotievolle periode had doorgemaakt, in verband met een langdurige ziekte van haar echtgenoot, een psychose ontwikkelde. Zij was oppervlakkig beschouwd fysiek gezond en had met name geen afwijkingen in de urine bij gewoon chemisch-microscopisch onderzoek. De behandelende psychiater (in Nice) vond bij klinische observatie kleine temperatuursverhoogingen en door bacteriologisch onderzoek werd de aanwezigheid van coli-bacillen in de urine geconstateerd. Een strenge behandeling met vaccin en serum bracht genezing, waarbij de psychotherapie zich bepaalde tot het brengen van de autoritaire en lastige patiënte tot tijdelijke onderwerping aan het psychische overwicht van den zenuwarts. Toen ik onlangs den psychiater ontmoette en hem vroeg hoe de patiënte, die tegenwoordig in Nice woont, het maakte, antwoordde hij, dat het over het algemeen goed ging, maar dat zij nu en dan „des crises de hypertension” had, dan dadelijk gedeprimeerd was en alle oude koeien weer uit de sloot haalde, met andere woorden een kortdurend recidief van haar ouden psychotischen toestand had. Hij behandelt haar dan met bloeddrukverlagende middelen en in een paar dagen is het psychische evenwicht hersteld.

Ik neem de mogelijkheid aan, dat deze gedachtengang juist is, maar beken tegelijk, dat ik altijd andersom geredeneerd heb. Ik zou gezegd hebben: nu en dan gaat patiënte weer piekeren en oude koeien uit de sloot halen en dan gaat haar bloeddruk omhoog. En mijn therapie zou bestaan hebben in praten — misschien menig half uur — en in kalmeerende middelen. Vermoedelijk zou patiënte dan ook telkens weer in orde komen en ik vermeld het gesprek met den collega dan ook niet om de toegepaste therapie te onderstrepen, maar om de aandacht te vestigen op den gedachtengang, welke alle psychische symptomen voor secundair houdt aan organische.

Ik durf niet te zeggen of deze denkwijze voldoende gefundeerd is, maar ik geloof wel, dat er veel meer patiënten in de termen vallen om op deze manier te worden aangepakt, dan men vroeger meende. Dat wil nog niet zeggen, dat het de eenig juiste weg is, maar het is zeker omslachtiger en moeilijker zoo'n zieke langs psychotherapeutischen weg te behandelen.

Uit het gesprek met mijn psychiatrischen collega bleek mij, dat de gekenschetste denkwijze zeer overheerschend en voor de jongere generaties van zenuwartsen in Frankrijk onomstootelijk juist is. Zij heeft het bezwaar de ware psychotherapie op den achtergrond te dringen en de polypragmasie in de hand te werken, maar het voordeel, te leiden tot nauwkeurig, klinisch onderzoek van den zenuwpatiënt. De typisch-Fransche neiging om een geweldige plaats aan lues toe te kennen als oorzaak — vooral aan hereditaire — krijgt hier natuurlijk gelegenheid tot volle ontplooiing. Ten slotte hangt het overwegen van voor- of nadeelen der opvatting toch weer af van de waarde van den behandelenden medicus. Ik ken er, die de coli-toxines en de spirochaeten overal vermoeden en zonder klinisch, bacteriologisch of serologisch onderzoek met vaccins, sera en antiluetische middelen klaar staan.

Van mijn zegsman vernam ik nog meer belangrijks aangaande de toxische aetiologie der psychische verwardheid. Zoo beschreef hij een geval van chronische psychische afwijking (de nauwkeurige diagnose is mij ontgaan) gepaard met een chronische galblaasaandoening, waarbij hij niet gearzeld had cholecystectomie te doen verrichten, overtuigd als hij was van een mogelijk causaal verband. Het bleek, dat tegen zijn verwachting in, de gal steriel was, maar dat een met 1 cM<sup>3</sup> dezer gal ingespoten proefdier onder convulsies dood ging, terwijl groote hoeveelheden normale rundergal bij contrôledieren geen ziekteverschijnselen verwekten. Het resultaat van de operatie is mij niet bekend, maar ik heb het geval vooral vermeld om den beschreven gedachtengang te belichten en niet als van casuïstisch belang.

Naast de toxische aetiologie staat in de psychiatrie die der endocrine dysfunctie op den voorgrond. Toch wordt de moderne specifieke diagnostiek der endocrine klierfuncties, de „interférometrie”, in Frankrijk nog met veel voorbehoud aanvaard. Waarschijnlijk terecht, want de techniek is zóó ingewikkeld, dat de foutenbronnen legio zijn. In Duitschland daarentegen wordt hier en daar de interférometrie op commercieele wijze geëxploiteerd. Drommen vreemdelingen gaan alleen daarvoor naar enkele medici in Zuid-Duitschland, die op dit bloedonderzoek zonder meer, diagnose en therapie vaststellen. Een dezer heeren hield zelfs een tijdlang in het grootste hôtél van Monte-Carlo verblijf om links en rechts bloed af te nemen, dit naar Duitschland op te zenden en dan op het resultaat een advies te geven voor gebruik van bepaalde opotherapeutische combinaties.

De oudere en nieuwere opvattingen over de waarde der endocrine aetiologie in psychiatrische gevallen worden door een geval uit mijn practijk op typische wijze belicht:

Een gehuwde vrouw van 40 jaar leed sinds haar 25ste jaar aan dwanggedachten, die haar doodongelukkig maakten, hoewel zij een uitstekenden, toegewijden echtgenoot had en drie aardige gezonde kinderen.

Het psychologisch gecompliceerde geval van deze door allerlei phobieën geplaagde patiënte, die door haar ziekte gedwongen werd in een abnormale en soms afschuwelijke gedachtenwereld te leven, die zij verfoeide en toch cultiveerde en waarmee het dagelijksche leven door middel van allerlei onverwachte associaties samenhang, kan ik hier niet in détails weergeven, maar wel wil ik het merkwaardige feit naar voren brengen, dat zij in haar zwangerschappen normaal was. Dan ontloek zij lichamelijk en geestelijk, werd van een mager, zielig uitzierend individu een bloeiend, vrouwelijk wezen en bleef in die gunstige conditie tot aan het ophouden der lactatie. Van dat oogenblik af, schrompelde zij als het ware weer ineen en was weldra weer de magere zenuwpatiënte, die alleen verlichting putte uit urenlange uiteenzettingen harer psychische misères tegenover huisarts en zenuwspecialisten. Een Fransche zenuwarts van een oudere generatie behandelde haar door eenmaal

per week haar krachtig toe te spreken en te berispen, waarbij hij elke conversatie over de kwaal zelf weigerde. Inderdaad verbeterde zij daarna telkens voor een paar dagen, maar zakte dan weer terug in den pathologischen toestand, die door den specialist — tegenover mij — voor volkomen ongeneeslijk verklaard werd. Op mijn raad werd het geval, waarvan de endocrine kant mij bijzonder belangwekkend leek, aan een moderner psychiater in handen gegeven — denzelfden, waarvan ik reeds gewag maakte.

In gemeenschappelijk overleg met een op endocrinologisch gebied gespecialiseerden collega heeft hij maandenlang getracht op den toestand invloed te oefenen door inspuitingen van prolan (hypophysevoorkwab) en van benzo-gynoestryl (folliculine; 10.000 I. E. 2 maal per maand), waarbij wel geringe verbeteringen bereikt werden, maar van genezing geen sprake was.

Daarna werd de echtgenoot overgeplaatst naar een geheel andere omgeving in het Noorden en van dien overgang werd gebruik gemaakt om patiënte voor een rustkuur naar Divonne te sturen (vlak ten N. van Genève, op Fransch grondgebied; een in Frankrijk beroemde badplaats voor zenuwpatiënten). Zij bleef daar 2 maanden onder dagelijksche behandeling van een bekwaam zenuwarts, die de psychotherapie als hoofdzaak beschouwde en haar in belangrijk verbeterden toestand heeft afgeleverd, waarvan haar brieven getuigenis blijven afleggen. Patiënte is in 15 jaar niet zoo goed geweest.

Hier is dus door den psychotherapeut — mogelijk gedeeltelijk dank zij de voorafgegane endocrine behandeling, maar ik betwijfel dit — een mooi resultaat bereikt, dat door den het eerst geraadpleegden zenuwarts voor onmogelijk werd gehouden. Toch schrijft mij de collega uit Divonne, wien ik om een epicrise gevraagd had: „Wij noemen in Frankrijk deze ziekte „psychasthénie constitutionelle à forme surtout obsédante et anxieuse”. En verder: „het zou mij zeer verwonderen als patiënte niet een of anderen dag in den ouden ziekte-toestand zou terugvallen.” Hij geeft over de endocrine zijde van het geval als zijn opinie, dat fysieke behandeling weliswaar niet verwaarloosd mag worden, maar op zich zelf niet in staat is eenig resultaat te geven. Dat de psychotherapie een succes heeft opgeleverd, schrijft hij toe aan een in casu gelukkige wederzijdsche reactie van medicus en patiënte, zonder aanzien der toegepaste psychotherapeutische methode. Hij neemt bij dergelijke patiënten het bestaan aan van „un état physiologique, humoral ou autre, particulier, dont nous ignorons à peu près tout”.

Naar aanleiding van deze pessimistische uitspraak heb ik het heele geval met de verschillende specialistische opinies voorgelegd aan een Engelsch psychiater, die een grooten naam heeft in Amerika en met buitengewoon inzicht een anderen patiënt van mij op dreef geholpen had.

Zijn meening nu staat diametraal tegenover die der Fransche collega's, die het geval ongeneeslijk noemen. Hij verwerpt tegelijkertijd de geheel endocrine behandeling, hoe sterk die zich ook door de verbetering tijdens de zwangerschappen opdringt. Hij houdt vol, dat zulke zieken door middel van wat men in Amerika „rational psychotherapy” noemt, geheel kunnen genezen. Daarbij worden door redeneering en ondervraging en door kennisneming van de totale persoonlijkheid fouten ontdekt in de psychologische ontwikkeling. Deze methode steunt op de voorwaardelijke-reflexenleer van PAVLOV. Die reflexen zijn bij den mensch veel ingewikkelde dan bij proefdieren en heeten „conditioned chain-reflexes”. In zijn jeugd wordt de latere psychasthenicus „gevangen” in deze voorwaardelijke reflexen en de therapie heet dan ook „to decondition the patient”. Wij hebben hier dus te doen met een soort analyse in wakenden toestand, die echter alle specifieke methodes der eigenlijke psycho-analyse verwerpt. De realiteit van het begrip „onderbewust”, als essentieel verschillend van „bewust”, wordt ontkend.

Een paar vrouwelijke psychiaters in Amerika zijn bezig de ontwikkeling dezer voorwaardelijke reflexen te bestudeeren bij kinderen, die in een soort „Kinder-garten” aan zich zelf of aan elkaar worden overgelaten en aandachtig geobserveerd.

Zoodra het omvangrijke psychologische werk, waaraan deze Engelsch-Amerikaansche zenuwarts bezig is, verschijnt, hoop ik er in het N. T. v. G. de aandacht op te vestigen.

2. *Colibacillose en cellulitis.*

Ik spring nu van het psychiatrische terrein weer over naar dat der colibacillen. Het vraagstuk der colibacillose staat in Frankrijk zeer op den voorgrond, vooral sinds HEITZ-BOYER (Vichy) het ziektebeeld formuleerde in den vorm zijner trias: le syndrome entéro-rénal-hépatique. Twee factoren zouden de voornaamste betekenis hebben: toenemende virulentie, welke leidt tot het doorbreken van de barrière, welke het organisme beschermt tegen de bacterie-invasie van het darmkanaal uit, en ten tweede onvoldoende verdediging daartegen, doordat darm, nieren of lever ten gevolge van verzwakkende invloeden te kort schieten in weerstandsvermogen. Een voorafgegane darmaandoening kan de barrière gedeeltelijk opheffen, een nier- of niersteenaandoening kan die organen voor infectie vatbaar maken en een insufficiënte lever kan den doorslag geven. Het schijnt, dat vrouwen meer voorbeschikt zijn dan mannen en vooral vrouwen na de menopauze, die neigen tot vetzucht en wier weefsels weinig weerstand bieden tegen infecties, „slecht geneesvleesch” hebben, om een populaire uitdrukking te gebruiken.

Als men de comptes-rendus van het colibacillose-congres van Châtel-Guyon (1934) leest, komt men onder den indruk van de veelomvattendheid van het colibacillen-vraagstuk. Mij trof daarin vooral het door DELATER en HUGEL gepubliceerde over „syndromes entéro-rénal-génito-veineux et migrations colibacillaires entéro-veineuses directes”, omdat daaruit blijkt, dat de coli-bacil ook in staat is thrombophlebitis, phlegmasia alba dolens, te veroorzaken. Juist terwijl ik dit las, had ik een zieke onder behandeling, een 60-jarige dame, bij wie zich in aansluiting aan door colibacillen veroorzaakte cystitis aan beide zijden thrombophlebitis der bekkenaderen ontwikkelde, een dubbel „kraambeen”. In een volgend geval zou ik in den aanvang een actiever therapie toepassen, in het bijzonder het anti-coliserum van VINCENT.

Een andere, voor mij nieuwe localisatie is het myocard. Ik heb onder mijn patiënten een lijder aan „poisoned heart” — electrocardiogram en klinische verschijnselen wijzen daarop — waarbij aetiologisch geen andere factor kan worden aangewezen dan een eenige jaren bestaande coli-cystopyelitis. MACKENZIE beschrijft trouwens deze aetiologie op pag. 293 van zijn standaardboek. Het is zeker van belang hier te vermelden, hoe deze patiënte kort geleden in Engeland behandeld werd, om de coli-infectie te elimineeren (zie *The Lancet* van 4 Mei 1935). Men heeft gevonden, dat amandezuur, bij een bepaalde  $p_H$  van de urine, sterk bactericide eigenschappen heeft ten opzichte van de colibacillen. Het is een aromatisch zuur van de formule  $C_6H_5.CHOH.COOH$ . Het wordt, per os genomen, onveranderd uitgescheiden. De optimale  $p_H$  ligt tusschen 5 en 5.3 (zwak zuur dus). De doseering is  $4 \times$  daags 3 G. Tegelijk geeft men tot  $8 \times$  daags 1 G. chlor. ammon. om de  $p_H$ , die tijdens de kuur dagelijks gecontroleerd wordt (bijv. met methylrood), op het gewenschte peil te houden. Ook wordt dagelijks de urine gecontro'eerd op eiwit en cylinders, daar er kans bestaat op nierprikkeling (waarschijnlijk door het amm. chlor.). Sinds deze kuur bij mijn patiënte werd toegepast, heeft men bij herhaald bacteriologisch onderzoek der urine (de laatste maal hier in Monte-Carlo) geen colibacillen meer kunnen aantoonen. Zelfs al zou het blijken, dat de beschadiging van het myocardium in dit geval onherstelbaar is — een dezer dagen gemaakt electrocardiogram toont eenige verbetering sinds Mei j.l. — dan zou toch het verdwijnen der colibacillen hoopvol stemmen voor de colibacillosetherapie in het algemeen, en dit te meer, daar het resultaat der vaccin- en serumbehandeling lang niet altijd bemoedigend is.

Persoonlijk heb ik nog het meeste vertrouwen in het serum van VINCENT en het is belangwekkend in een artikel van VINCENT zelf, te lezen, welke successen er mee geboekt worden in de zuigelingenpraxis. Hij geeft in *l'Orientation Médicale* van October 1935 een volledig beeld van „les colibacillooses infantiles” en van de behandeling met serum. In gevallen van appendicitis en peritonitis is het serum, vlak vóór of vlak na de operatie (ook intra-abdominaal) ingespoten, leven-

reddend; bij acute enterocolitis en acute pyelo-nephritis verdwijnt de koorts binnen 24 uur.

Bij gevallen van septicaemie, zelfs bij één dat gepaard ging met cholangitis, icterus, etterige nephritis, algemeene oedemen en convulsies, verdwenen de verontrustende verschijnselen binnen 3 dagen. De doseering is bijna gelijk aan die bij volwassenen: in zware gevallen op den ten dag tot 40 cM<sup>3</sup>, daarna geleidelijk dalen. Zelfs zeer jonge, teere zuigelingen verdragen het serum.

Dat het in het algemeen fout is zonder bacteriologisch onderzoek de diagnose te stellen, bleek mij onlangs weer, toen een bejaarde patiënt met chronische colitis plotseling acuut ziek werd met pijn (spontaan en bij druk) in de ileocecalestreek, met koorts en met leverzwellings. Gelukkig was de chirurg het met mij eens, dat wij deze zieke met pseudo-appendicitis niet moesten opereeren, maar ons tot vaccinbehandeling moesten bepalen. (Ik laat de gebruikelijke symptomatische therapie buiten beschouwing.) Het bacteriologische onderzoek van het bloed was negatief, maar uit de urine werd niet, zooals wij verwachtten, de colibacil gekweekt, maar een zuivere kweek van enterococci. Op het per os toegediende „Entérocoçcène” (CARRION) reageerde patiënt onmiddellijk.

In een ander geval uit mijn oude-menschenpraxis hier, dat interessant genoeg is om er een paar regels aan te wijden, is de beteekenis van den colibacil onzeker gebleven. Het was een dame van 68 jaar, die in de anamnese een „WERTHEIM” en een geopereerd mamma-carcinoom had en ziek werd (één jaar voor haar dood) met hardnekkige diarrhee. Toen ik haar, als zooveelste behandelende geneesheer, onder mijn hoede kreeg, was zij zes maanden ziek en de clinische diagnose was langzamerhand duidelijk geworden. Het was gebleken, dat zij chronische amoebendysenterie had (vermoedelijk van Italiaanschen oorsprong), dat er een megasigmoid bestond van phantastischen omvang en dat zij hardnekkige colipyelo-cystitis had. Er was dus genoeg aan te behandelen geweest, maar hoewel er ten slotte geregelde, normale stoelgang bestond en de urine-symptomen tot een minimum gereduceerd waren, bleven er zeer hevige pijnen onder in den buik bestaan, vooral rechts, die het alles overheerschende, onbegrepen ziekteverschijnsel vormden. Even raadselachtig was een wisselend oedeem van het rechter been zonder koorts of andere phlebitis-symptomen. De diagnose kanker was meermalen — mijns inziens zonder positieve gronden — gemaakt, de diagnose hysterie eveneens. Ten deele door de steeds grooter wordende dosis van morphine, pantopon enz. ging de patiënte geleidelijk achteruit, tot eindelijk de dood volgde — medisch een volkomen „eerloos” geval. Bij de gedeeltelijke autopsie, die ik samen met den betrokken chirurg verrichtte, werd de zaak echter duidelijk. Wij vonden ten eerste het in vivo Röntgenologisch vastgestelde megasigmoid, dat als één geweldige darmlis de geheele buikholtte opvulde en zich ontwikkeld had ten gevolge van adhaesies, die deel uitmaakten van een algemeene „cellulite pelvienne”, een chronische ontsteking van hét bekkenbindweefsel, welke blijkbaar oorspronkelijk was uitgegaan van littekenweefsel der lang geleden verrichte operatie volgens WERTHEIM. Acute phases in dit proces hadden aanleiding gegeven tot de vorming van genoemde adhaesies. Het is voor mij nu nog een onopgeloste vraag, of de colibacillen al dan niet debet zijn geweest aan deze buitenissige cellulitis. Mijn jarenlange ervaring van amoeben en hun gevolgen doet het mij zeker niet in die richting zoeken. Het clinisch-anatomische begrip cellulitis is nog van te recenten datum en aetiologisch nog te vaag, om hierover een opinie uit te spreken.

De jongere Fransche medici hebben het woord „cellulite” voortdurend in den mond. Als men de Fransche literatuur nagaat, blijken de meeste publicaties afkomstig te zijn uit de laatste jaren. Er bestaat officieel een ziektebeeld, dat den naam draagt van „cellulite pelvienne diffuse de BOUILLY” (*Dictionnaire de termes techniques en médecine*). Over deze „cellulite pelvienne” bestaat een uitgebreide literatuur. Tot mijn beschikking heb ik een uitvoerig artikel van LAROCHE en MEURS-PLATTER uit de *Bibliothèque de la Revue de Médecine* van 1933. Zij beschrijven de cellulite pelvienne als een toestand van chronische ontsteking (veelal het gevolg van auto-intoxicatie: colibacillen?), waarbij de circulatiestoornissen op den voorgrond

staan. Aetiologisch is er in de anamnese bijna altijd een genitale infectie of een infectie post partum of een operatie: „la cicatrice opératoire crée un véritable point d'appel”.

De uitgebreidheid van het bekkenbindweefsel: praevesicaal, vesico-uterien, utero-rectaal, in de ligamenta lata enz., scheidt onbegrensde mogelijkheden van localisatie en van pijn.

Over cellulitis in het algemeen kwam mij nog een goed artikel in handen van CALLOT (*la Vie Médicale* van 10 Augustus 1929). Hij legt vooral den nadruk op de stoornis in de lymphecirculatie, waardoor een toestand ontstaat, dien hij aldus omschrijft: „une infiltration, un oedème spécial du tissu conjonctif et un engorgement des vaisseaux et ganglions lymphatiques”. Ook hij noemt als oorzaken: infectie, auto-intoxicatie, zwangerschap en operatie-littekens en noemt vetzucht als praedisponerende factor. Men ziet cellulitis nooit bij magere patiënten. Al deze feiten komen overeen met het ziektebeeld van mijn patiënte: de pijnen, de wisselende, niet-thrombophlebitische zwelling van een der beenen, de voorafgegangene operatie volgens WERTHEIM, de vetzucht, de auto-intoxicatie (coli, megasigmoid). In het door mij beschreven ziektegeval waren de omstandigheden wel zeer ongunstig en ik betwijfel sterk, of de notie van cellulitis, die wij durante vita niet hadden, het ziektebeloop zou hebben kunnen wijzigen. In elk geval was de autopsie leerzaam.

Mijns inziens valt de door VAN BREEMEN in zijn boek over *Chronisch Rheuma* beschreven „adiposalgie” onder het Fransche begrip „cellulite”. Aetiologisch zijn bij rheuma infectie en auto-intoxicatie ook voornamelijk factoren. Men zou dus gevoegelijk van rheumatische cellulitis kunnen spreken, dus van bindweefsel-rheuma. Dit heeft in zoover practisch belang, dat dit begrip ons kan leiden bij de behandeling.

De beteekenis, welke reumatiek heeft in mijn oude-menschenclientèle hier aan de Riviera, is zeer overwegend. Tegelijk is dus meermalen per dag onze onwetendheid op dit gebied voelbaar en veelal pijnlijk voelbaar. Kort geleden moest ik de differentieele diagnose stellen tusschen rheuma en angina pectoris. MACKENZIE wijst op de moeilijkheid (pag. 70 van *Diseases of the Heart*) daarvan: „I have seen in consultation a few cases where angina pectoris had been diagnosed in mistake for this muscular contraction” (namelijk van de reumatisch aangetaste intercostale spieren).

Mijn geval betrof een overigens gezonde, energieke, oude dame, bij wie ik meende op de klachten de diagnose angina pectoris te moeten stellen, die ik echter inslikte, toen zij mij een verhaal begon te doen, dat op het volgende neerkwam: Vijf jaar geleden had zij precies dezelfde klachten gehad: pijn in de strek van het sternum, uitstralend in beide armen, vooral bij haastig klimmen langs de vaak steile wegen van Monte-Carlo. Haar toenmalige medicus had de diagnose angina pectoris gesteld en daarmee de heele familie aan het schrikken gemaakt. Gelukkig had zij zelf begrepen, dat het reumatiek was en had zich tot een reumaspecialist in San Remo gewend, die haar 12 atophanyl-injecties had gegeven, waarna zij al die jaren nooit meer eenig last had gehad. Nu ontstaat bij haar de pijn bij het klimmen niet precies als bij angina pectoris het geval is: met name is er geen sprake van eenig angstgevoel, geen „angor animi”. Reden genoeg om aan MACKENZIE's waarschuwing te denken en aan het verhaal over de succesvolle atophanylkuur de noodige aandacht te schenken.

### 3. Badplaatswonderen.

Nu ik het toch in mijn vorigen brief over reumatiek heb gehad, kan ik niet nalaten eventjes reclame te maken voor een plaatsje in de buurt van Milaan, Saronno geheeten, waar men, in een sinds 1884 bestaande kliniek en volgens een even oude, beproefde methode, reumatische ischias in enkele dagen geneest door inwikkelingen met een mosterd bevattende modder. Brandblaren op de huid zijn regel, maar die worden gaarne op den koop toe genomen. Het is daar heel gewoon, dat ischiaslijders des Zaterdags aankomen en 's Maandags genezen weggaan. Een week-end-kuur dus. Geïnspireerd door de rapporten van een paar genezen patiënten,

heb ik er onlangs iemand heengestuurd, die, niettegenstaande voortdurende specialistische behandeling in verschillende steden en badplaatsen, al een vol jaar aan ondragelijke pijnen leed en invalide was ten gevolge van een opstijgend, neuritisch proces, dat was uitgegaan van een letsel (distorsie) van den voet. De Franschen noemen dergelijke processen, die van een zenuwkwetsuur uitgaan, „causalgie”, wat synoniem is met de bekende ziekte van „WEIR-MITCHELL”.

Typische lijdens hiearaan krijgen, behalve de ondragelijke, brandende pijn, op den duur eigenaardige huidafwijkingen. Als die ontbreken, maar de aetiologie en het brandende karakter der pijn typisch zijn, spreekt men van „syndrome causalgique”. Aldus moest bij de genoemde zieke de diagnose luiden. Zij bleef 10 dagen in Saronno en was toen zóó belangrijk verbeterd, dat zij nu weer als een normaal mensch loopt en zich niet meer als patiënte beschouwt.

#### 4. Beteekenis van de lever.

Over het algemeen ben ik door de verhalen van patiënten, die kuurden in Fransche en Italiaansche badplaatsen, niet tot geestdrift gebracht. Onvoldoende belangstelling en contrôle der badoctoren is hiervan de oorzaak. Het omgekeerde bestaat den laatsten tijd in Midden-Europa, vooral in Weenen, waarheen veel buitenlanders — in hoofdzaak Amerikanen — trekken voor bijzondere verjongingskuren. Voor een groot deel zijn dit menschen, wien eigenlijk niet anders mankeert dan gebrek aan inzicht in de hygiëne van het ouder-worden, maar zij worden daar tegen grof geld geweldig onder den indruk gebracht door uitgebreide stofwisselings- en endocrine onderzoekingen en komen met allerlei wijsheid en tegelijk vervuld van hun afwijkingen, terug. Daartoe dragen de formulieren der laboratoria niet weinig bij, daar (ook in Frankrijk) naast de gevonden getallen de normale gemiddelden staan afgedrukt, wat een vruchtbare bron van ongerustheden kan worden. De interferometrische rapporten hebben hetzelfde bezwaar. De fout zit in het zonder voldoende uitleg in handen geven van deze documenten aan den patiënt.

Het is verre van mij te beweren, dat er in menige beroemde badplaats en kliniek niet wetenschappelijk wordt gewerkt. Zoo bijvoorbeeld te Vichy op het gebied der leverfunctie. Ik was hier aan de Riviera in het begin een beetje onthutst over de dagelijks in mijn ooren klinkende woorden: „insuffisance hépatique” en „sluggish liver”. Dit begrip had tot nu toe een betrekkelijk geringe beteekenis gehad in mijn practijk, zoodat ik geneigd was mij er tegen te verzetten, maar langzamerhand ben ik gaan inzien, dat hier de waarheid zeker niet geheel aan mijn kant te vinden is. De moeilijkheid zit hem in het feit, dat het objectief vaststellen der „kleine” lever-insufficiënties voor den medicus practicus ver van eenvoudig is.

Het gros der Fransche practici staat met de diagnose, om zoo te zeggen, klaar; van daar het geweldige aantal cholagoga, dat door de industrie op de markt wordt gebracht. Een publicatie van NOËL FIESSINGER en HENRY WALTER uit Vichy, getiteld *L'instantanée hépatique* en opgenomen in *Le journal médical français* van Mei 1934 boezemde mij dan ook bijzonder belang in. Het is een heldere uiteenzetting, hoe men snel een juist inzicht kan krijgen in de verschillende leverfuncties van een patiënt, door op gezette tijden een bepaald complex van proeven te herhalen (een „instantanée”). Het blijkt hieruit, dat voor deze diagnostiek de medicus practicus aangewezen blijft op de hulp van goed geoutilleerde laboratoria.

Het volledige instantanée omvat „la fonction chromagogue, biliaire, vasculo-sanguine, protidique et sucrée,” de vier eerstgenoemde door bloed-, de laatste door urine-onderzoek. Als er geen tijd is voor het volledige instantanée, wordt het „instantanée rapide” verricht, dat geheel op urine-onderzoek berust: Behalve de galactoseproef worden in de etmaal-urine galzure zouten, galkleurstoffen en de „coëfficients azotiques” bepaald.

Met deze uitgewerkte leverdiagnostiek gaat de levertherapie niet parallel. Het insufficiënt-zijn van een of meer functies geeft aanleiding tot een behandeling die de lever ontlast, „decongestionneert”, waartoe een goed doorgevoerde kuur te Vichy bijvoorbeeld zich uitstekend leent.

Zijn er goede laboratoria ter beschikking, dan is de meer exacte diagnostiek

der „insuffisance hépatique” ook voor den practicus bereikbaar, terwijl hij therapeutisch met dieet, cholagoga, opotherapeutica en adémgymnastiek (die de poortadercirculatie verbetert) een heel eind kan komen.

Persoonlijk heb ik hier de overtuiging gekregen, dat ik vroeger in bepaalde gevallen den invloed van de lever heb onderschat.

Een voorbeeld hiervan is het symptoom: meteorisme. Vroeger hield ik dit in de meeste gevallen voor een gistings- en rottingsproces in den darm, zonder daarbij in het bijzonder aan de leverfunctie te denken. Nu ik dit wel doe, zie ik veel betere uitkomsten bij de behandeling van deze bij bejaarde menschen zoo uiterst veelvuldige kwaal.

Merkwaardigerwijze noemen de Franschen alle météorisme „aérophagie”. Ook zij, die het oude Fransche standpunt, dat de ware aërophagie de voornaamste oorzaak van het meteorisme zou zijn, niet meer innemen, houden aan het foutieve woord vast. Zelfs in het 14 jaar geleden verschenen handboek van SERGENT, RIBAUDEAU-DUMAS en BABONNEIX, legt GASTON DURAND, die de maagziekten behandelt, den nadruk op het lucht inslikken, als een zeer voornamen factor voor de kliniek der maag- en darmaandoeningen. Ik keek aanvankelijk vreemd op, toen ik het postoperatieve meteorisme van een verder geheel normalen patiënt, door den chirurg als aërophagie hoorde betitelen.

In het tijdschrift *Le Foie* (No. 7 van 1935) las ik een aan het meteorisme gewijd artikel van prof. LOEPER (Parijs), waarin de beteekenis van het luchtslikken tot zijn ware afmetingen wordt teruggebracht en waarin hij 2 hoofdoorzaken van de gasontwikkeling aanwijst: het gistingsproces in den darm en de slechte resorptie van gassen door het poortaderbloed, een functie, die het bijvoorbeeld normaliter mogelijk maakt groote hoeveelheden spuitwater te drinken, zonder noemenswaard last van meteorisme te hebben. De stoornis dezer functie wordt veroorzaakt door slechte darmcirculatie en deze weer door ziekte (blokkade) van de lever. Prof. LOEPER noemt hier cirrhose, stuwing, auto-intoxicatie en vermeldt in het bijzonder het voor de lever giftige histamine, een stof, die zich in zuur milieu (koolhydraatgisting!) uit eiwitten vormt in den darm, wat door proeven op dieren werd aangetoond.

Persoonlijk geef ik bij de behandeling van het meteorisme in de eerste plaats den raad getrouw te „Fletcheren”, dat wil zeggen elken hap op zijn minst dertig maal te kauwen, onafhankelijk van de consistentie van het voedsel. Blijkbaar is de hierbij opgewekte speekselafscheiding van groot belang voor de spijsvertering, want het opvolgen van dezen raad, soms versterkt door de toediening van taka-diaastase, is dikwijls zonder meer in staat het meteorisme belangrijk te verbeteren. Verder zet ik de galsecretie aan en laat in hardnekkige gevallen éénmaal in de week of in de 14 dagen, een hooge, rectale uitwassching geven. Men kan dit doen door het rectum, evenals bij maagspoeling, telkens leeg te hevelen en er weer schoon water in te laten loopen, totdat het uitlopende water geheel helder is, maar men kan ook gebruik maken van een toestel, „à double courant”, waarbij zonder onderbreking of inspanning een constante doorspoeling plaats heeft. Het hiervoor in Amerika en — naar ik verneem — ook in Parijs veel gebruikte apparaat heet „SCHELLENBERG's irrigating apparatus”.

Monte-Carlo, December 1935.

B. VAN TRICHT.