

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen

★

BENCE-JONES-EIWIT EN ZIEKTE VAN KAHLER

Herhaaldelijk verschijnen in dit *Tijdschrift* de laatste jaren mededeelingen over de „ziekte van KAHLER” en komt het eiwit van BENCE-JONES ter sprake, dat bij deze ziekte vaak in de urine wordt aangetroffen. Waar komt dit proteïne vandaan? Meestal meent men, dat dit een vreemd eiwit is, dat door de gezwellen van het multiple myeloom wordt gevormd. Een andere meening is (MAGNUS LEVY), dat het uit het voedsel-eiwit wordt gevormd; evenwel is het BENCE-JONES-eiwit een echt endogeen proteïne, dat zeer nauw verwant is aan de eiwitten van het bloedserum, zooals praecipitine- en complementbindingsproeven hebben bewezen. Maar er is ook een andere mogelijkheid. In 1918 vermeldde ik 1), dat ik in extracten van levers en milten, afkomstig van patiënten, die niet geleden hadden aan morbus KAHLER of leucaemie, de reacties kon aantoonen, die kenmerkend zijn voor BENCE-JONES-eiwit, niet voor albumose, en waagde ik de veronderstelling, dat dit eiwit niet zoo vreemd is aan het menselijk lichaam, maar dat het daarin misschien normaliter wordt gevormd. In 1935 vond dr. MEYLER 2) het BENCE-JONES-eiwit in extracten van normaal beenmerg en van witte bloedcellen en vermeldt daarbij, dat reeds FLEISCHER in 1880 uit normaal beenmerg het BENCE-JONES-eiwit meende te kunnen isoleeren, hetgeen evenwel *niet* aan MEYLER gelukte op de wijze, zooals door FLEISCHER wordt aangegeven. Het is dus zeer wel mogelijk, dat het BENCE-JONES-eiwit een proteïne is, dat normaliter in het menselijk lichaam wordt gevormd en slechts onder invloed van eenige ziekten, waarvan het multiple myeloom de voornaamste is, in de urine kan worden uitgescheiden. Dit proces ware dan te rangschikken onder de verschijnselen van volkomen gestoorde eiwit-stofwisseling bij de ziekte van KAHLER, zooals de laatste jaren ons dit hebben geleerd (veranderd eiwitspectrum van het bloed: hyperproteïnaemie, hyperglobulinaemie, amyloidafzettingen rondom gewrichten en elders). Het dikwijls ontbreken ervan in de urine, het vaak voorkomen in geringe hoeveelheid, maar soms in groote quantiteit, zóóveel, dat het onmogelijk door de tumormassa kon worden geleverd (geval van BENCE-JONES), is in dit verband niet vreemd.

De BENCE-JONES-proteïnurie vindt men in den regel bij eenige beenmergziekten, in de overgrote meerderheid (± 90 pCt. dr. MEYLER) bij de ziekte van KAHLER. Dan volgt de leucaemie, vooral de chronische lymphatische leucaemie (ASKANAZY, VON DECASTELLO, mijzelf en anderen); dit is niet zoo vreemd, daar er verwantschap blijkt te bestaan tusschen het multiple myeloom en leucaemie. Ook een enkelen keer bij maligne gezwellen van het skelet of metastase, in het beenmerg. Tenslotte blijven er eenige gevallen over van BENCE-JONES-proteïnurie bij andere ziekten: myxoedeem, pleurisch exsudaat, nephrose en andere. Tot deze laatste groep behoort ook mijn 2e geval uit mijn dissertatie. De patiënt leed aan „lichen ruber”. In zijn urine vond de huidarts dr. VAN DER HOOP, door het bekende, typische verschijnsel van de kookproef, BENCE-JONES-eiwit. De patiënt voelde zich overigens gezond en is dit jaren lang gebleven, na genezing der huidziekte. Af en toe kon ik zijn urine onderzoeken, waarin dan BENCE-JONES-eiwit werd gevonden. Hij is later in Frankrijk gaan wonen. In 1924 was hij, volgens mededeeling van zijn broer, volkomen gezond. In 1935 is hij overleden. Zijn vrouw schreef mij, dat hij de laatste jaren had geleden aan hevige pijnen, maakte melding van „horribles souffrances” in het laatste jaar en schreef, dat hij is overleden aan een „crise d’uraemie”. Heeft deze patiënt dan toch de ziekte van KAHLER gehad? Het is niet bewezen, maar niet onwaarschijnlijk. Het is ook niet bekend, of hij in de latere jaren BENCE-JONES-eiwit in de urine had, maar ook dat is wel waarschijnlijk. Mogen wij hier KAHLER’s ziekte aannemen, dan zou deze vele jaren blijkbaar latent

1) *Twee gevallen van BENCE-JONES-albuminurie*. Proefschrift.

2) *N. T. v. G.* 1935, 7 December, bl. 5712.

kunnen verloopen, hetgeen men ook voor de andere gevallen der laatste groep moge overwegen. En tenslotte bestond hier een geval van BENCE-JONES-proteïnurie, dat, wjl het in 1913 is ontdekt en de patiënt in 1935 is gestorven, 22 jaar heeft geduurd, hetgeen, voor zoover mij bekend, in de literatuur nog niet is beschreven.

Amsterdam, 8 Mei 1942

A. KOIJMAN

TOXISCHE LEVERBESCHADIGING

In een kort verslag heb ik enkele weken geleden in deze rubriek onder bovenstaanden titel melding gemaakt van een drietal vergiftigingsgevallen.

Het betrof drie werknemers, die verf moesten aanmengen met een nieuw product, dat in den handel was gebracht wegens gebrek aan terpentijn. Dank zij het scheikundige onderzoek, dat de Arbeidsinspectie liet verrichten, is het vermoeden, dat dit nieuwe product giftige stoffen zou bevatten thans tot zekerheid geworden.

Het bericht van de Arbeidsinspectie, dat het resultaat van dit onderzoek vermeldde, luidde onder andere als volgt:

„De analyse leerde dat het bestond uit een mengsel van verschillende gechlloreerde koolwaterstoffen, waaronder het zeer giftige tetrachloor-aethaan. (Het gebruik van deze laatste stof is in Duitschland en Engeland wettelijk verboden). Bij navraag bij den leverancier is gebleken, dat van dit zelfde verdunningsmiddel nog aan achttien afnemers in verschillende plaatsen in Nederland was geleverd, en zoo voort”.

Hiermede is dus bewezen, dat drie werknemers in en door hun beroep een toxische leverbeschadiging kregen.

Sneek, 10 Mei 1942

H. GERRITSMa

KOORTSBEHANDELING BIJ TEGEN CHEMOTHERAPIE RESISTENTE GONORRHOE

De collegae PRAKKEN en STIGTER schrijven in hun artikel over koortsbehandeling bij tegen chemotherapie resistente gonorrhoe op blz. 1132 van het *N. T. v. G.* van 9 Mei 1942 omtrent diathermie als plaatselijke warmtebron, dat ernstige verbrandingen, die zelfs tot blaasfistels kunnen leiden, niet met voldoende zekerheid zijn te voorkomen. *Dit is onjuist!*

Sinds 1924 heb ik zelf vele gonorrhoeepatiënten met diathermie behandeld, heb ik verder vele gonorrhoeepatiënten onder mijn toezicht door verplegers en verpleegsters met diathermie laten behandelen; ook heb ik verder aan verschillende artsen deze behandelingsmethode geleerd. In al die jaren is mij tengevolge van deze diathermiebehandeling nooit een geval geval van een verbranding van den 2en graad of erger bekend geworden.

In de laatste maanden was ik om dezelfde reden als voornoemde collegae genoodzaakt bij 2 vrouwen, die aan een hardnekkige cervicitis gonorrhoeica leden, een warmtebehandeling in te schakelen. Ik heb geen oogenblik gearzeld om daarvoor de diathermische behandeling te kiezen, niettegenstaande ik deze behandeling in twee verschillende ziekenhuizen moest laten uitvoeren, en niettegenstaande ik deze behandeling dus door twee verschillende verpleegsters moest laten uitvoeren, die dit werk nog nooit hadden gedaan. Beide patiënten genazen vlot, zonder de minste verwikkeling door de behandeling.

De methode zooals deze in hoofdzaak wordt gevolgd heb ik in 1926 reeds beschreven in het *N. T. v. G.* (I, blz. 437).

Voor de patiënten zijn de voordeelen van een dergelijke diathermie-behandeling boven die van een dmelcoskuur mijns inziens groot. In Nederlandsch Oost-Indië heb ik voor de behandeling van vele dozijnen lijdens aan de ziekte van NICOLAS-FAVRE bijna steeds dmelcos intraveneus ingespoten en de reacties daarvan waargenomen. De patiënten kunnen er zich allerellendigst door gevoelen, en zij bestempelen voor het meerendeel deze wijze van behandeling als een „paardenmiddel”.

Daarbij nu steekt de diathermische behandeling zóó gunstig af, dat het voor mij sinds langen tijd geen vraagstuk meer is of ik de diathermiebehandeling al dan niet zal vervangen door de koortsbehandeling. Bij een diathermiebehandeling wordt de gonorrhoe genezen met behulp van de zoo genaamde warmte van JOULE, die wordt geleverd door de electriche centrale en niet door de warmte die tengevolge van een pathologisch proces door het