

glycogeengehalte bestaan verschillende gegevens. Bij verschillende patiënten, lijdende aan adenoom of carcinoom van de eilandjes van LANGERHANS of aan hepatogene hypoglycaemie (WILDER en medewerkers; ZISKIND en medewerkers; CONN; BAILEY en CUTLER; STENSTRÖM; CONN en NEWBURG; eigen geval), toonde glycogeenkleuring (BEST) of quantitative bepalingen bijna steeds normale of zelfs overmatige hoeveelheden glycogeen in de lever. Slechts REITER (adenoom), en KASTEIN (insulineshock) vermeldden het ontbreken van glycogeen, doch in deze gevallen werd de lever pas na den dood onderzocht.

Belangwekkend zijn ook de proeven van GORDON en LEADER, die bij 4 zwangere honden het pancreas wegnamen. Van de 15 jonge honden uit deze dieren geboren, stierven er 5 snel na de geboorte. Bij deze dieren vond men een hypertrophie en hyperplasie van de eilandjes van LANGERHANS en bovendien een verhooging van het leverglycogeengehalte.

SNAPPER en VAN CREVELD wezen er op, dat naast een hypoglycaemie, berustend op glycogeenarmoede der organen, ook een hypoglycaemie voorkomt waarbij de lever een abnormaal groote hoeveelheid moeilijk mobiliseerbaar glycogeen bevat, zooals hun patiëntjes met ziekte van VON GIERKE.

Ook proeven op dieren (onder anderen VALDES) wijzen niet op een verlaging van het glycogeengehalte der lever onder invloed van groote doses insuline. Hoewel bij bovengenoemde onderzoekingen bij patiënten de omstandigheden vaak sterk uiteenliepen, doen ze vermoeden, dat hyperinsulinisme niet regelmatig met een uitputting der leverglycogeenreserves gepaard gaat.

's-Gravenhage, 22 Mei 1944

J. R. BORT

#### HET AANTAL RÖNTGENPHOTO'S VOOR DE R.V.B.

In verband met de schaarschte aan afdrudpapier werd door mij aan het Bestuur der Rijksverzekeringsbank gevraagd of deze instelling zou kunnen goedvinden, dat door de Röntgenologen slechts één in plaats van een dubbele afdruk van de door hen vervaardigde Röntgenopnamen zou worden ingezonden.

Met machtiging van het Bestuur der Rijksverzekeringsbank laat ik hieronder den inhoud volgen van het door mij in antwoord op bovenbedoeld verzoek dd. 14 April 1944 ontvangen schrijven:

„In antwoord op Uw nevenvermeld schrijven hebben wij de eer U te berichten, dat wij, gezien de omstandigheden, er zeker genoeg mede nemen, dat door de röntgenologen slechts één afdruk wordt geleverd van de door hen vervaardigde Röntgenopnamen.

Wij merken hierbij op, dat verschillende röntgenologen reeds een dergelijk verzoek tot ons richtten, waarop wij steeds een toestemmend antwoord hebben gegeven, zelfs ontvangen wij van bepaalde röntgenologen in het geheel geen afdrukken en wordt volstaan met een schets gemaakt aan de hand van het negatief, terwijl dan op eventueele aanvraag het negatief wordt ingezonden.

Mocht het dus in bepaalde gevallen niet mogelijk zijn een afdruk te leveren, dan kan worden volstaan met de hierboven aangegeven wijze van handelen.

Voor het Bestuur der Rijksverzekeringsbank,

(w.g.) J. C. HEYNING,  
Secretaris-Generaal

C. BANNING,

Bilthoven, 27 Mei 1944

Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid

#### ROOM VOOR ZIEKEN

Volgens mededeeling van het Rijksbureau Voedselvoorziening in Oorlogstijd moet de verstrekking van room aan zieken met ingang van heden beëindigd worden.

C. BANNING,

Bilthoven, 1 Juni 1944

Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid

#### DIPHThERIE EN BLOEDBEELD

Naar aanleiding van de opmerking der collegae VAN NOUHUYS en HOFMANS (N. T. v. G. blz. 498, 1944) over mijn artikel (N. T. v. G. blz. 444, 1944) wil ik het volgende antwoorden.

Blijkbaar heeft collega HOFMANS mij verkeerd begrepen. Wij wachten nooit met serum geven totdat wij uitkomst hebben van het bacteriologisch onderzoek van het laboratorium.

Dit dient alleen ter eigen contrôle en voor ons epidemiologisch handelen. Bij het maken van een uitstrijkpraeparaat van de keel moet hij bedenken, dat NEISSER oorspronkelijk in 30 pCt. der gevallen van diphtherie de keel direct positief vond. Hoewel ik dit cijfer vrij pessimistisch vind, zal hij dus in 70 pCt. der gevallen toch altijd nog een bloeduitstrijkpraeparaat moeten maken, terwijl hij in de overige 30 pCt. nooit de combinatiegevallen van diphtherie en klierkoorts van PFEIFFER zal herkennen, tenzij het klinische beeld hem in deze richting drijft. Deze gevallen zijn echter zeldzaam. MINKENHOF (*N. T. v. G.*, blz. 2437, 1941) zegt, dat slechts in 1.5 pCt. der gevallen van klierkoorts tevens virulente diphtherie-bacteriën uit de keel werden gekweekt, terwijl het verdere beloop bij deze zieken hem dwong de diagnose diphtherie te laten vallen. Waarschijnlijk waren zij dus alleen bacillendragers.

Wij laten ons leiden: 1e. door het klinische beeld, 2e. door het bloedbeeld, 3e. door het keeluitstrijkpraeparaat.

Als wij dus het beeld vinden van een diphtheroïde angina en het bloedbeeld wijst niet op klierkoorts van PFEIFFER, leucaemie of agranulocytose, dan zijn we gerechtigd om serum te geven. Alleen in de gevallen, waarbij het witte bloedbeeld een andere diagnose wettigt, zullen wij tevens een keeluitstrijkpraeparaat maken, daar wij anders in de zeldzame combinatiegevallen met diphtherie 24 uur te laat zouden zijn met serum geven, namelijk als de uitslag van het laboratorium ons bereikt. Dit had ik nog behooren toe te voegen. Ook als de angina aan PLAUT-VINCENT doet denken, zal men een uitstrijkpraeparaat van de keel maken.

Collega VAN NOUHUYS wil blijkbaar den ouden regel van KERR handhaven: Een zieke met een beslag, dat verdacht genoeg is om er een uitstrijkpraeparaat van te maken, is verdacht genoeg om in te spuiten. Dat hij zijn gevallen van mononucleosis infectiosa en aleucaemische leucaemie direct klinisch vermoedde en daarna in deze speciale gevallen pas bloedonderzoek deed, lijkt mij erg mooi. MINKENHOF (*N. T. v. G.*, blz. 2431, 1941) schrijft, dat van 150 lijdens aan klierkoorts er 110 werden opgenomen met de diagnose diphtherie, terwijl bij 22 pCt. reeds serum was gegeven. Zijn onderzoek dateert uit een periode, dat hier in de diphtheriebarak meer patiënten lagen met klierkoorts van PFEIFFER dan van diphtherie. Bij het schrijven van mijn artikeltje was ik er mij van bewust, dat bovenbeschreven wijze van handelen bij vele huisartsen op bezwaren zou stuiten. Toch is het belangrijk genoeg om een diagnose en daarmee een prognose te stellen, zooals voldoende gebleken moge zijn uit de twee beschreven gevallen.

Amsterdam, 30 Mei 1944

W. B. VAN DER VELDEN

De gedachtenwisseling is hiermede gesloten.

REDACTIE

#### CEREBRALE STOORNISSEN BIJ DE ZIEKTE VAN BESNIER-BOECK

Naar aanleiding van het artikel van J. J. TERPSTRA zij het mij, wegens de zeldzaamheid van deze gevallen, vergund mee te delen, dat ik in 1942 een patiënt heb behandeld met de ziekte van BESNIER-BOECK, bij wien de cerebrale complicaties tenslotte tot den dood leidden. Aanvankelijk waren er algemeene klachten: benauwdheid op de borst, wat gauwer moe, welke aanleiding waren voor een Röntgenonderzoek van de longen waarbij de typische symmetrische hilusklierzwellig met netvormige verdichting door beide longen gevonden werden. De reactie van PIRQUET was levendig positief, het sputum negatief.

In vrij korten tijd ontwikkelden zich bij den zieke cerebrale stuwingsverschijnselen: stuwingspapillen, verhoogde liquordruk met vermeerdering van albumine en globuline, lichte pleiocytose en aan beide zijden abducensparese. Later kreeg hij nog een parese van den rechter mondfacialis en ptosis van het linker ooglid. Ondanks behandeling met magnesiumsulfaat namen de stuwingsverschijnselen toe en leidden tot blindheid van het rechter oog en tenslotte na 4 maanden tot den dood. Ook de ventrikeldruk bleek verhoogd te zijn en de ventrikelliquor bevatte eveneens te veel eiwit en cellen. In den lumbalen noch in den ventrikelliquor konden tuberkelbacillen worden aangetoond (cavia).

Naast deze pulmonale en cerebro-meningeale localisatie uitte de ziekte zich nog door typische blauwvioletten subcutane papels, die bij anatomisch onderzoek de kenmerken van de ziekte van BESNIER-BOECK bleken te hebben. Helaas werd obductie geweigerd, zoodat het geval niet gepubliceerd werd.

Gouda, 5 Juni 1944

E. LOPES CARDOZO