

Epicrise

De diagnose niercarbunkel was in ons geval gemakkelijk te stellen. De voorafgegane etterige huidaandoening met de algemeene verschijnselen van een infectie en pijn bij druk in de rechter nierstreek wezen den weg. De nierfunctie was goed, hetgeen in de meeste gevallen wordt gezien (locale nieraandoening). In den regel vindt men echter niet dergelijke duidelijke afwijkingen in de urine. Vaak is deze zelfs normaal, en juist dan is het van belang aan *de diagnose niercarbunkel vast te houden*.

Evenals we appendicitis door de deze begeleidende plaatselijke peritonitis op het spoor komen, is dit vaak het geval bij den niercarbunkel door de paranephritis (pijn in de zij, oedeem en roodheid, scoliose, vager worden c.q. verdwijnen van den psoaslijn aan den zieken kant op de Röntgenphoto en dergelijke).

Bij elke paranephritis moet men daarom steeds naar de oorzaak zoeken en aan de mogelijkheid van een niercarbunkel denken.

De contrastphoto was bij het klinische beeld, dat onze patiënte toonde, zoo kenmerkend dat aan een niercarbunkel niet werd getwijfeld. De tweede carbunkel kon echter uit de verschijnselen niet worden vermoed.

In een artikel over niercarbunkel ¹⁾ heb ik gewezen op de beteekenis van een conservatieve operatiemethode. Tenzij er een tegenaanwijzing bestaat, geniet deze in het algemeen gesproken de voorkeur. Algemeene factoren, toestand waarin de te opereeren patiënt verkeert, haemoglobinegehalte en zoo voort moeten bij de keuze van de operatie meetellen.

Het feit, dat men klaarblijkelijk ook aan de mogelijkheid van een dubbelen carbunkel moet denken, maakt de beslissing: radicale of conservatieve ingreep, zeker niet gemakkelijker. Gelukkig komt de multiple carbunkel zelden voor.

Juni 1944

INGEZONDEN

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

PARALYSISPROPHYLAXIS

Nu de lues zoo sterk is toegenomen, wacht ons over eenige jaren een evenredige toeneming van de dementia paralytica. Zelfs de meest rigoureuse bestrijding van de geslachtsziekten vrijwaart ons niet voor de metaluetische ziekten. Eensdeels blijkt, dat bij goed behandelde lues, met negatieve reactie van WASSERMANN in het bloed, de liquor cerebrospinalis grove afwijkingen kan toonen; anderdeels dat deze liquorafwijkingen soms jaren aan de psychiatrische en neurologische stoornissen kunnen voorafgaan. Het is immers een ervaringsfeit, dat de dementia paralytica omstreeks twaalf jaar na de infectie pleegt uit te breken, terwijl de regel van RAVAUT, die weliswaar uitzonderingen kent, maar in het algemeen toch opgaat, leert, dat als de liquor vijf jaar na het primaire affect nog schoon is, de kans op het later uitbreken van neurolues zeer gering is. In die gevallen waarbij toevallig een „praeparalyse” (dementia paralytica incipiens) werd gevonden, waar dus door een op een ander doel gerichte lumbale punctie bleek, dat een volledig paralyse-syndroom in den liquor bestond zonder dat nog van eenige klinische afwijking in deze richting sprake was, is gebleken, dat de behandeling met malaria een veel gunstiger resultaat had dan bij die patiënten bij wie er reeds duidelijk klinische afwijkingen waren.

Niet alleen dat er nog niet zooveel zenuwweefsel is verloren gegaan, waardoor een onherstelbaar defect zou overblijven, maar ook is de patiënt gewoonlijk jonger, zijn de vaten nog in betere conditie en is de algemeene toestand nog niet niet door de zoo vaak sloopende ziekte achteruitgegaan. Het is dus alleszins aanbevelenswaard de dementia paralytica te behandelen wanneer nog alleen de serologische afwijkingen bestaan, voordat de ziekte klinisch is uitgebroken, zoodat men in psychiatrischen zin met recht van een paralyseprophylaxe kan spreken. Het is het ideaal van menig psychiater elke dementia paralytica in het praeparalytische stadium te vinden en te behandelen, en nu de lues zoo is toegenomen is dit een klemmende eisch geworden.

1) *Mededeelingen uit de Chirurgische Universiteitscliniek te Groningen*, deel V, 1944.

Daarvoor is het noodig, dat elke lueslijder aan een reeks lumbale puncties wordt onderworpen, bij voorbeeld van vlak na de eerste behandeling elk jaar tot ten minste vijf jaar na de infectie, om zoo vroeg mogelijk de serologische afwijkingen te vinden. Later kan dan uit het statistische overzicht van deze casuïstiek worden afgelezen hoe vaak en wanneer de neurolues zich ontwikkelt. Dit stelselmatige onderzoek nu schijnt op de grootste moeilijkheden te stuiten. Moeilijkheden bij de patiënten, die zich vaak al tijdens de eerste kuur aan de behandeling onttrekken, die bovendien zeer bevreesd zijn voor den „ruggeprik”, waarvan zij meenen lamme beenen te krijgen; en traagheid bij de artsen die niet met voldoende klem en vasthoudendheid het voortgezette onderzoek aanbevelen, vooral ook bij die menschen die bij een negatieve reactie van WASSERMANN in het bloed meenen geheel genezen te zijn.

Sinds wij echter de lumbale punctie volgens DATTNER toepassen, waarbij met een capillaire naald langzaam, druppelsgewijze juist genoeg liquor wordt afgenomen en het in de meninges gestoken gat zeer klein is, zoodat deze punctie ambulante, op de polycliniek wordt gedaan, en de patiënten bij goed uitgevoerd onderzoek daarna geen of zeer geringe klachten hebben, zijn de menschen, als ze eenmaal tot de eerste punctie zijn overgehaald, meestal gemakkelijk tot een later onderzoek te bewegen.

Het is gewenscht, dat dit onderzoek op een centrale plaats geschiedt, met een overzichtelijke en volledige administratie en een goed geoutilleerd laboratorium in de nabijheid. Van een kleine hoeveelheid liquor cerebrospinalis (40 druppels, 2 cm³) moeten behalve de gebruikelijke reacties van WASSERMANN, SACHS-GEORGI, KAHN en de eiwitreacties, ook het cellengetal (met het oog op het aanslaan van de malariakuur), de mastixreactie en de goudsolcurve volgens LANGE worden onderzocht. De laatste twee weerspiegelen namelijk in hoeverre het zenuwparenchym is aangetast. Daartoe leent de polycliniek van de Psychiatrische en Neurologische kliniek in Amsterdam zich zeer goed. Hier werden al sinds 1936 de honderden DATTNER-puncties voor de diagnose en de controle van de behandelde lijdens aan dementia paralytica gedaan.

Het spreekt vanzelf, dat dit onderzoek pas na den oorlog kan beginnen, als het laboratorium weer op volle toeren draait en de reagentia ter beschikking zijn. Het is onze bedoeling dan zooveel mogelijk lueslijders te onderzoeken, opdat zooveel mogelijk cerebra worden gespaard, wat voor de gemeenschap in de toekomst een groote besparing van kosten en ziekenhuisruimte meebrengt.

Daartoe roepen wij de hulp en medewerking van elken arts in.

M. C. VAN STEENBERGEN-VAN DER NOORDAA

Amsterdam, 6 April 1945

BERICHTEN

PERSONALIA

BENOEMD: tot voorzitter van de adviescommissie voor de zuivering van de Provinciale Ziekenhuizen dr. G. HOENEVELD te Alkmaar; tot deskundigen bij het arts-examen aan de Rijksuniversiteit te Leiden voor het tijdvak van 16 Juni 1945 tot en met 16 September 1945 dr. A. H. FORTANIER te Leiden, dr. A. J. M. HOLMER te den Haag, dr. J. J. DE JONG te Leiden, dr. P. J. KOOREMAN te Rotterdam, dr. J. MUNK te Leiden, dr. H. P. A. SMIT te den Haag, dr. H. A. SNELLEN te Leiden en H. G. RUHAAK te Leiden.

GEVESTIGD: te Lichtenvoorde M. LIMBURG, arts.

EERVOL ONTSLAG VERLEEND: op verzoek met ingang van 16 Juni 1945 uit hun ambt als gewoon hoogleeraar aan de Universiteit van Amsterdam aan prof. dr. P. FORMIJNE, prof. dr. J. C. SCHIPPERS, prof. dr. M. N. ROEGHOLT en prof. dr. J. TEN CATE.

OVERLEDEN: S. MEIHUIZEN, arts en tandarts te Baarn; J. D. BOM, arts te Heerde (31 Mei 1945).

Hoofdredacteur: Prof. Dr. G. VAN RIJNBEEK te Amsterdam
Verantwoordelijk voor de advertenties: Mej. Dr. E. SLUIJTER te Amsterdam
Uitgever: De Erven F. BOHN N.V., Frankestraat 42 te Haarlem
Drukker: ELLERMAN, HARMS & Co. N.V., Warmoesstraat 147—151 te Amsterdam