

De opvatting dat het de ernst van de sepsis zelf is, en niet een acuut uitvallen van de bijnierfunctie, die het foudroyante beloop van dit ziektebeeld bepaalt, wordt bovendien nog gesteund door proeven op dieren en door de waarnemingen bij bijnierbloedingen bij pasgeborenen. Bij dieren waarbij epinephrectomie verricht werd, ziet men pas na een paar dagen de gevolgen hiervan, doordat het lichaam altijd nog wel enige hormoonreserves elders heeft opgestapeld. Huidverschijnselen worden hierbij niet waargenomen. Bij de bijnierapoplexie tengevolge van geboortetrauma ontstaan de verschijnselen pas de 3e dag en evenmin komen hierbij huidverschijnselen voor. Het beloop van de verschijnselen bij het dier en bij traumatische bijnierbloeding bij het kind is heel wat minder stormachtig dan bij het syndroom van WATERHOUSE-FRIDERICHSEN.

Er is nog een punt dat in dezen belangrijk is.

Op grond van de mening dat acuut uitvallen van de bijnierfunctie zo'n belangrijke betekenis heeft in de pathogenese van dit syndroom, is mengekomen tot een substitutietherapie, dat wil zeggen, men heeft bij patiënten met dit syndroom, naast andere middelen, hormonen van de bijnier ingespoten, voor zover mij bekend nooit met enig merkbaar resultaat.

Dat er in bepaalde gevallen van het syndroom van WATERHOUSE-FRIDERICHSEN, verschijnselen kunnen worden gevonden, die wèl een gevolg zijn van de beschadiging van de bijnieren, is mogelijk. Ik wijs hier slechts op de daling van het bloedsuikergehalte en op de verhoging van het reststikstofgehalte dat in enkele gevallen werd waargenomen en dat een gevolg zou kunnen zijn van een bijnierinsufficiëntie.

De waarnemingen op dit gebied zijn nog weinig in aantal, in de eerste plaats omdat het ziektebeeld niet vaak wordt waargenomen, niet altijd snel genoeg wordt herkend en verder omdat het beloop zo uitermate snel letaal is.

LITERATUUR

WATERHOUSE, *The Lancet*, 1911; S. v. CREVELD, *Maandschrift voor Kinder-geneeskunde*, 1936; AEGERTER, *J. A. M. A.*, 1939; FRIDERICHSEN, *Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1918; J. HENNING MAGNUSSON, *Acta Paediatrica*, 1933; GLANZMANN, *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 1916; DE BRUIN, *Maandschrift voor Kinder-geneeskunde*, 1937; BAMATTER, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1934; *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin*, 1938; GRAETZ en DEUSZING, *Zeitschrift für Hygiene*, 1918; ERICH GRASER, *Zeitschrift für Kinderheilkunde*, 1942.

Heemstede, Juni 1947

J. LUTEN,
neuroloog-rheumatoloog

POLYCYTHAEMIE EN NEURITIS

Aangezien VAN BOMMEL VAN VLOTEN in zijn klinische les van 17 Mei bij de verschijnselen van de kant van het zenuwstelsel, die bij polycythaemie voorkomen, de neuritis niet noemt, moge het volgende geval, dat ik waarnam, hier in het kort worden medegedeeld.

De 24-jarige diamantbewerker A. raadpleegde mij 11 December 1946, omdat hij bij zijn werk telkens vuurrood werd en het zweet hem uitbrak. Hiervoor was hij een paar maanden tevoren reeds tevergeefs door een andere neuroloog met sedativa behandeld. Bovendien had hij in de laatste tijd opgemerkt, dat hij zijn rechter hand niet zo goed meer bij zijn werk kon gebruiken: dit had hij plotseling voor het eerst tijdens zijn werk bemerkt. Bij een sportkeuring was eens tegen hem gezegd, dat zijn bloeddruk veel te hoog was.

Ik vond aan de rechter hand een neuritis van den n. ulnaris, n. medianus en in lichtere mate, ook van den n. radialis: de kracht van de spieren was duidelijk verminderd. De tast- en de pijnzin in het ulnarisgebied waren opgeheven, in het medianus- en radialisgebied duidelijk verminderd. Verder vond ik een duidelijk naar links vergroot hart en een verhoogde, maar wisselende bloeddruk: eerst 135, daarna 130, even later 125, na 20 plus 15 diepe kniebuigingen 150. Mij trof de rode kleur der slijmvliezen en van het gelaat en ik verzocht daarom een onderzoek

door een internist, in het bijzonder met de vraag, of mijn vermoeden juist was, dat deze man aan polycythaemie leed en of de internist een verklaring kon vinden voor deze vreemde neuritis van de drie zenuwen der rechter hand. De patiënt steunde inderdaad wel bij zijn werk op beide ellebogen en rechts meer dan links, zodat de neuritis van den n. ulnaris, ware deze geïsoleerd voorgekomen, als beroepsneuritis zou hebben kunnen gelden, nu de drie zenuwen waren aangetast, moest er een andere verklaring zijn.

De internist schreef mij een uitvoerige brief, waaruit ik de hoofdzaak hier weergeef. „Bij uw patiënt A., naar onze policliniek verwezen, wegens duizeligheid en neuritis, vonden wij een duidelijk congestief gelaat, sterk geïnjecteerde conjunctivae, een iets naar links vergroot hart, ook röntgenologisch, neuritis aan de rechter arm; milt en lever waren niet vergroot. De bloeddruk was zeer wisselend: op 23 December 160/90, op 31 December 140/80. Het bloedbeeld toonde een duidelijke erythraemie: halmogl. geh. 120 pCt., rode bl. 5.8 mill., bezinkingssnelheid 1/4, leucocyten 6500, formule normaal. Luesreacties negatief, nierfunctie behoorlijk”. Neurologische klachten en symptomen zijn bij deze aandoening beschreven. Zo schrijven WHITBY en BRITTON in de laatste druk van hun boek *Disorders of the Blood* „Indeed there are few possible neurological symptoms, which may not be found”.

Amsterdam, 27 Mei 1947

S. KOSTER

DE GEZINSDOEKTER

Wie de ziekenfondstoestanden in ons land kent, weet dat er al lang vóór de oorlog van 1940 ontevredenheid bestond bij dokter en patiënt; dat er te veel en te vaak verwezen werd naar specialist en ziekenhuis; de huisdokter menigmaal volstond met een gehaaste aanwijzing of verwijzing en zodoende in kennen en kunnen achteruitging. Door verhoging van de welstandsgrens en door verplichte verzekering is dit nog duidelijker geworden.

Hoewel de wetenschap met krachtige stoten vooruitgaat, de tijdschriften een stroom van nieuwe diagnostische en therapeutische vondsten brengen, kringvergaderingen en artsen cursussen ons op peil houden, blijft er bij de toepassing een onbevredigd gevoel bestaan. Daaruit volgt dat de verlenging van de studie met de psychologie en filosofie, meer leiding door een paedagogische assistent, na het artsexamen nog een jaar in een ziekenhuis werkzaam zijn — waarvoor slechts enkelen tijd en geld zullen hebben, nog daargelaten het uitstel tot het vormen van een gezin — de wanverhouding waarom het hier gaat, niet zullen opheffen. Ook bij sociaal herstel moet er verband bestaan tussen diagnose en behandeling.

De oorzaak van de verwording der ziekenfondspractijk ligt in het abonnementstelsel. Een abonnement op een dokter, bij nacht en ontij, zonder enige rem, is een maatschappelijke misgeboorte. Ook in het ziekenfonds kan de behandeling particulier zijn, met behoud van de verzekeringsfactor en zonder hogere kosten dan de billijkheid bij abonnement zou eisen; maar dan moet er een financiële rem zijn in handen van de patiënt en het tarief van de dokter bescheiden. Wat in Frankrijk en België, in Noorwegen, Zweden en Zwitserland mogelijk is en tot tevredenheid werkt, moet ook in Nederland kunnen.

Een regeling met bonboekjes is zó te maken dat het bij langdurige ziekten, bij grote gezinnen niet drukkend is, dat het geen beletsel vormt om geneeskundige hulp in te roepen; maar toch ook zo, dat er een eind komt aan het onnodig beslag leggen op de tijd van de dokter voor alles en nog wat en aan het gemors met medicijnen. De administratie is voor de dokter hoogst eenvoudig; ook vervallen inschrijving op naam van een huisarts, verwijs- en herhalingsbriefjes.

Als alles om ons heen in brand staat en wij redden de verhouding van waardering en vertrouwen tussen arts en patiënt, wij behouden de zorgzame huisdokter voor het gezin, dan zal de onvoldaanheid wijken voor een blijde vervulling van onze roeping. Dit is een hoog, maar bereikbaar doel, een eis waarbij wij steun kunnen krijgen van de openbare mening en waaraan wij nog onvoorwaardelijk kunnen vasthouden.

Bussum, 27 Juni 1947

H. J. W. DROOGLEEVER FORTUIJN