

neerleggen, een rente-aanvraag bij de Raad van Arbeid indienen. Hoe dikwijls lees ik thans nog als reden van de late aanvraag vermeld: „onbekendheid met de betreffende bepalingen”? Dit, in het belang der verzekerden, zo mogelijk iets te verbeteren was het doel van mijn uiteenzetting.

Februari 1948

## INGEZONDEN

*De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zo nodig enige bekorting aan te brengen*



### HET BELOOP VAN TUBERCULEUZE MENINGITIS ONDER INVLOED VAN STREPTOMYCINE

Een persoonlijke waarneming brengt mij ertoe stelling te nemen tegen de conclusie van coll. VERJAAL (*N. T. v. G.* 92, bl. 841, 1948), dat meningitis tuberculosa alleen geneest, wanneer men om de 24 uur intrathecaal streptomycine inspuit en dat suboccipitale behandeling ondoenlijk zou zijn.

Ik laat hieronder het geval volgen:

Bij patiënt X, jongeman van 29 jaar, werd na terugkomst uit de Duitse concentratiekampen tuberculose van de rechter nier vastgesteld, waarna de nier door de chirurg werd verwijderd (October 1946). Patiënt behield klachten over de rug. Een maand later werd een spondylitis tuberculosa vastgesteld van Th 10, Th 12. en L 1. Patiënt werd steeds zieker, kreeg verschijnselen van meningeale prikkeling, hoofdpijn, braakte en op 21 Januari 1947 werd meningitis tuberculosa vastgesteld met een kenmerkend liquorbeeld en positieve caviaproef.

Hij kreeg van 25 Januari 1947 af om de 6 uur 250 mg streptomycine intramusculair en om de 48 uur 250 mg intralumbaal. Na de 6de inspuiting lumbaal ontstond een volledig block, waardoor verdere behandeling langs deze weg uitgesloten was. Het block berustte, zoals later operatief kon worden geverifieerd, op een arachnoiditis spinalis. Patiënt kreeg sindsdien 2 maal in de week 200 mg streptomycine suboccipitaal met voorzorgen van langzame toediening, verdunning, voorverwarming enz. Met de intramusculaire injecties werd op dezelfde wijze voortgegaan. Klachten over doofheid ontstonden reeds bij de eerste suboccipitale inspuitingen. In totaal kreeg patiënt 4800 mg streptomycine langs suboccipitale weg. Onmiddellijke onaangename gevolgen zoals hoofdpijn, duizeligheid, ernstige versuftheid of epileptiforme insulten deden zich daarbij niet voor. Tijdelijke onderbrekingen van de behandeling hadden aanvankelijk binnen enkele weken toeneming van het aantal cellen en slechter worden van de algemene toestand tengevolge. De suboccipitale injecties werden geleidelijk verminderd. Nadat in totaal 105 g intramusculair en 6.3 g intrathecaal was gegeven, werd de streptomycinebehandeling op 30 Juni 1947 gestaakt. De meningitis was klinisch genezen en recidiveerde tot op heden niet. Reeds vroeg in de behandeling was een volledige doofheid ontstaan. Na laminectomie werd getracht de dwarslaesie op te heffen (coll. NOORDENBOS). Er werd over een uitgestrekt gebied een adhaesieve arachnoiditis gevonden. De pathologisch anatomische diagnose luidde: aspecifieke arachnoiditis (labor. prof. DEELMAN). Psychische defecten bestonden er niet. Patiënt verkeert, afgezien van zijn nog grote defecten, in uitstekende toestand. De dwarslaesie toont geleidelijk neiging tot verbetering. De doofheid blijft.

In elk geval is het dus wel mogelijk gebleken meningitis tuberculosa te genezen als men om de 48 uur of minder intrathecaal inspuit naast de intramusculaire behandeling. Ook kan men, als men daartoe wordt gedwongen

suboccipitaal inspuiten. Misschien is in dit laatste geval de werking effectiever en kon daarom met minder frequente injecties worden volstaan. Het is echter niet ondenkbaar, dat de toxische werking op de octavus of centrale kernen bij suboccipitale toediening groter is dan bij lumbale.

Zaandam, 23 Maart 1948

W. F. LEIJNS

De casuïstische aanvulling van collega LEIJNS op mijn artikel is zonder twijfel zeer belangwekkend en leerzaam. Het feit, dat de beschreven patiënt reeds na de eerste suboccipitale toedieningen van streptomycine doof werd onderschrijft mijn mening, dat men het middel niet dan in uiterste noodzaak suboccipitaal moet toedienen. Het lijkt mij zeer aannemelijk, zoals ook collega LEIJNS veronderstelt, dat bij zijn patiënt de intrathecale streptomycinespiegel voldoende op peil gehouden werd 1e door de suboccipitale techniek en 2e door het thoracale block, dat de normale perineurale resorptie in de eindzak belette. De uitspraak „dat de patiënten die streptomycine om de 48 uur intrathecally kregen zonder uitzondering zijn overleden” moet ik op grond van de waarneming van collega LEIJNS en mede op enkele recente mededelingen in de literatuur terugnemen. Dit betekent echter geenszins, dat deze wijze van toediening de voorkeur verdient boven de dagelijkse intralumbale toediening.

De curves van mijn gevallen 1 en 3 tonen duidelijk de sterke toeneming van het celgehalte in de liquor zodra de intralumbale inspuitingen met 48 uur tussentijd werden gegeven.

Heemstede, 4 April 1948

A. VERJAAL

#### DE BEHANDELING VAN ACNE EN FURUNCULOSIS

In het uitvoerige antwoord op vraag no. 18, aangaande de behandeling van acne en furunculosis, mis ik node bij de furunkelbehandeling een behandelingswijze, die juist door de medicus-practicus zo gemakkelijk kan worden toegepast.

Ik doel hierbij op de behandeling met de galvanocauter. Genoemd apparaat wordt afgeleverd met verschillende branders, o.a. een *bolletje* (doorsnee 1—2 mm) een micro-brander, enz.

De behandeling bestaat hieruit:

Het gloeiende bolletje late men *voorzichtig* in lengterichting zijn weg zoeken, in de primair ontstoken follikel, tot over een afstand van 1—2 cm. Dan verwijderd men het bolletje.

Deze behandeling heeft de volgende voordelen:

1e. Men heeft kans de primair ingedrongen staphylococci te doden en daardoor bestaat de mogelijkheid, dat het infiltraat resorbeert en niet abscedeert.

2e. Men maakt een afvoeropening zonder de lymphbanen te openen.

3e. De pijn verdwijnt korte tijd na de behandeling.

4e. De eventueel gedode en achtergebleven bacteriën in het infiltraat, werken als een auto-vaccin.

Een nadeel is de pijn tijdens de behandeling, doch dat weegt niet op tegen de genoemde voordelen.

In navolging van mijn te vroeg heengegane leermeester BEINTEMA, maak ik sinds jaren dankbaar gebruik van de galvanocauter bij de furunkelbehandeling.

Assen, 1 April 1948

B. J. RIENKS

#### SERUMHEPATITIS NA PLASMATRANSFUSIE

Het artikel van collega BRUINS SLOT over twee gevallen van serumhepatitis is voor ons aanleiding nog eens de aandacht op deze complicatie van bloed- en plasmatransfusies te vestigen.

Door de lange incubatieperiode nl. van twee tot zes maanden zal meestal de icterus door de huisarts worden gediagnosticeerd en behandeld en niet door hem, die de transfusie gaf.