

Mijn artikel had ten doel de corrigerende transpositie van VON ROKITANSKY te beschrijven, welk begrip SPITZER ook gaarne toepast. Deze geeft echter zelf toe, dat een analogon in het dierenrijk niet bestaat en daarom is deze gedachten-gang wel degelijk autistisch. Dit is dus een diagnose, geen verwijt.

Zij, die een transpositie van de rijdende aorta weten te onderscheiden van een transpositie met septumdefect en pulmonalisstenose bij dextrocardie door dextroversie, en deze formaties kunnen losmaken van de physiologische situs inversus der borstorganen, weten met welke moeilijkheden MECKEL, PEAGOCK, HALBERTSMA, VON ROKITANSKY en SPITZER te maken hadden. Zij bewonderen hun praestaties en verstaan hun denkwijze. Ik acht mijn onderzoek in een stadium gekomen, waarin de practische kant van het vraagstuk mag worden belicht. Maar daarover later meer.

Leeuwarden, 28 Maart 1948

R. A. HOEKSTRA

GOUDINTOXICATIE BIJ RHEUMATHERAPIE EN HAAR GENEZING MET BAL

Dat de patiënte, waarover in het artikel door de collegae URLINGS en AMERICA gesproken wordt, een ernstige goudintoxicatie heeft gekregen, verwondert niemand die, wat de goudtherapie betreft, ter zake kundig is. En dat deze intoxicatie ernstig was bewijzen o.a. de agranulocytose, het aplastische beenmerg en de hevige dermatitis. Maar er is hier veel en veel te veel goud gegeven en bovendien veel te snel met de dosis gestegen. Er werd gebruikt een 20 pCt. oplossing van Solganal B. oleosum. Begonnen werd met 2 maal 50 mg, daarna de volgende weken twee maal 100 mg, daarna twee maal 150 mg en op 6 September opeens 200 mg tegelijk. Twee dagen daarna was de catastrofe er. Hier is tegen elke regel, wat de goudtherapie betreft, gezondigd. Als het juist was geweest, had gegeven moeten worden 2 maal 10 mg, twee maal 20 mg, twee maal 30 mg en het laatst 40 mg, in totaal dus 160 mg en niet 800 mg zoals in dit geval. En dan had de dosis nooit boven de 100 mg per keer mogen stijgen. Dat men door een dergelijke wijze van doen ongelukken maakt, spreekt van zelf. BAL heeft hier de redding gebracht, maar nadat pas door geheel onoordeelkundig goud geven de intoxicatie was opgewekt.

Amsterdam, 16 April 1948

H. W. LUBBERHUIZEN,
rheumatoloog

GOUDINTOXICATIE BIJ RHEUMATHERAPIE EN HAAR GENEZING MET BAL

Naar aanleiding van het overigens lezenswaardige artikel van de collegae URLINGS en AMERICA (*Ned. T. v. G.* II, No. 15, 1948) over BAL-therapie bij goudintoxicatie, heb ik een opmerking omtrent de wijze van dosering van het goudpraeparaat, die collega URLINGS toepaste, vooral ook omdat misschien collegae zich hiernaar zouden kunnen richten.

Volgens het artikel ontving de patiënt de eerste week 2 maal 0.25 cm³ 20 pCt. solganal, dat wil zeggen 2 maal 50 mg goud, dus als beginosis in één week tijds 100 mg goud. De tweede week werd de dosis verdubbeld, dus 200 mg goud, en in de 3de week ontving de patiënt 300 mg. Daarna werd nog een injectie gegeven van 200 mg. Dus binnen 4 weken ontving de patiënt in totaal 800 mg. Dit is wel zeer in tegenstelling tot de gebruikelijke dosering, zoals deze in de literatuur is aangegeven en ook door de meeste rheumatologen bij ons wordt toegepast.

Op het Consultatiebureau voor Rheumatische Ziekten te Amsterdam geven wij de volgende dosering: De eerste 14 dagen ontvangt de patiënt 2 injecties per week, te beginnen met 10 mg goud en stijgend elke keer met 10 mg, dus in de eerste week 30 mg en in de tweede 70 mg, dus totaal 100 mg. Daarna 1 maal per week een injectie elke keer verder stijgend met 10 mg tot 100 mg bereikt zijn, dan verder elke week 100 mg. Volgens dit schema zou de patiënt dus in

de 4de week 210 mg goud totaal ontvangen hebben. COMROE, de bekende Amerikaanse rheumatoloog, beveelt zelfs een nog veel lagere dosering aan.

M.i. is het dan ook twijfelachtig of de beschreven ernstige intoxicatie aan een allergische reactie toe te schrijven is. Waarschijnlijker lijkt mij deze het gevolg te zijn van een te hoge dosering.

Amsterdam, 12 April 1948

F. J. F. STEINER

LONGTUBERCULOSE ERKEND ALS MOGELIJK LETSEL IN DE ZIN DER ONGEVALLENWET 1921

Enkele uitlatingen in de medische pers naar aanleiding van de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 12 November 1947 wekken de indruk, dat deze niet de voldoening heeft geschonken, welke mocht worden verwacht. Enkeligen willen meer, sommigen iets anders.

Professor VAN LOGHEM geeft er blijkbaar de voorkeur aan, het vraagstuk niet juridisch, maar maatschappelijk te bezien (*N. T. v. G.*, no. 11, blz. 797, 1948). De heer MICHELSSEN bepleit opnemng van de tuberculose als beroepsziekte sub art. 87b van de O.W. (*Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, no. 4, 1948). Dr. SCHEERS maakt zich bezorgd over de besmette personen, die niet volgens de O.W. verzekerd zijn en vraagt, hoe het moet gaan met hen, die geïnfecteerd zijn door toevallige aanraking, in de uitoefening van hun beroep, met lijders aan open tuberculose (*N. T. v. G.*, no. 14, bl. 1032, 1948).

Tegenover deze waarderingen van wat de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep niet bracht, staat het positieve feit, dat deze de afhankelijkheid van het letsel en het ongeval heeft verlegd van art 1, sub 2, naar art. 1, sub 1. De uitspraak wil niet anders zijn.

Hiermede is een eind gekomen aan de juridische haarkloverijen omtrent de quaestie „in betrekkelijk korten tijd ontstaan”, die prof. VAN LOGHEM belachelijk en ergerlijk vindt, waarbij intussen niet mag worden vergeten, dat dit „juridische woordenspel, uitgaande van een epidemiologisch kenmerk” een bijdrage heeft geleverd tot verbreiding van de kennis aangaande de pathologisch-anatomische ontstaanswijze van het tuberculeuze proces.

Wellicht zal binnenkort het vraagstuk algemeen sociaal worden opgelost, als de revalidatievoorstellen van de Commissie VAN RHIJN als onderdeel van een nieuwe sociale verzekeringswetgeving hun beslag zouden krijgen. Dan alleen zou ook coll. SCHEERS tevreden kunnen zijn, want binnen het kader van de tegenwoordige sociale verzorging is het ongerijmd, in elk geval van een, volgens de O.W. verzekerde, een beroep te doen op een mogelijke aanraking met een lijder aan tuberculose in het bedrijf. Het is immers even goed mogelijk, dat de infectie daarbuiten is opgedaan. Dit onttrekt zich geheel aan waarneming en bewijsvoering.

De Centrale Raad van Beroep had een bepaald geval te toetsen aan bepalingen van een bepaalde wet. Wensen, die in beginsel een andere wijze van sociale zorg nastreven, kunnen niet dienen ter appreciatie van de uitspraak, die de Centrale Raad van Beroep heeft gedaan.

's-Gravenhage, 16 April 1948

A. A. SNIJDER,
Medisch Adviseur van de
Raad van Arbeid

HET BELOOP VAN TUBERCULEUZE MENINGITIS ONDER INVLOED VAN STREPTOMYCINE

In aansluiting aan het ingezonden van collega LEYNS (*N. T. v. G.*, II, 1152, 1948) wilde ik de aandacht vestigen op het feit, dat in de klinieken van STERN en DOULITSKY (*KETELAAR, Brux. Méd.*, 28, 22, 1948) de patiënten met meningitis tuberculosa in verband met streptomycineschaarste *uitsluitend* suboccipitaal (niet intramusculair) werden behandeld. Het genezingspercentage was niet