

kreeg. Zowel 's nachts als overdag urineerde hij zeer frequent en had daarbij wat pijn. Hij nam toen in een paar maanden ongeveer 20 kg in gewicht af. Op 5 Sept. 1944 was de retentie volledig, zodat een blijvende catheter noodzakelijk werd. De prostaat was vergroot en pijnlijk bij druk en daar het volgens de chirurg een inoperabel gezwel was, werd patiënt symptomatisch behandeld. Zijn toestand ging toen langzaam achteruit en in Nov. 1945, dus ruim 1 jaar later, was hij zeer vermagerd, voelde zich erg moe en kon zonder hulp niet van bed opstaan. Er was pijn bij druk op de symphysis pubis; de prostaat had de grootte van een kleine appel, voelde hard aan en was bij druk zeer pijnlijk. Het ureumgehalte van het bloed was 0.450 g/l; in de urine was eiwit en in het sediment waren vele leucocyten en bacteriën. Het zure fosphatasegehalte van het bloedserum was toen 4.77. Op de röntgenphoto van het bekken was in de symphysis een metastase te zien. Er werd toen begonnen met dimenformon-behandeling. Ik gaf patiënt 200.000 E. dimenformon intramusculair per dag gedurende 4 weken, waarna objectief en ook vooral subjectief een grote verbetering volgde. De catheter, die patiënt tot dusver ten hoogste 2 à 3 uur kon missen, werd verwijderd en behoefde niet meer te worden ingebracht. De mictie was weer spontaan, nog frequent maar niet meer pijnlijk. Patiënt voelde zich veel beter, at veel beter en was niet meer zo moe; hij kon de gehele dag opstaan en door huis lopen. Bij toucher was de prostaat veel zachter geworden en niet pijnlijk meer. Op de röntgenphoto was de metastase niet zo duidelijk meer te zien. Hij is toen met de halve dimenformondosis, dus 100.000 E per dag verder behandeld, waardoor de algemene toestand steeds verbeterde. Het zure fosphatasegehalte daalde tot 2.3. Na enige weken deed patiënt thuis weer lichte kantoorwerkzaamheden en nam in gewicht toe. De catheter was niet meer nodig. De dosis dimenformon is toen geleidelijk verminderd en begin 1947 kreeg patiënt nog 1 tot 2 keer per week 50.000 E dimenformon. Patiënt liep toen alweer buiten en in Juli 1947 maakte hij fietstochten van 15 tot 20 km. In September 1947 verergerde de toestand evenwel plotseling; de mictie werd weer pijnlijk en frequent; er was soms haematurie; patiënt was erg misselijk, braakte en had pijn in de maagstreek. De algemene toestand ging snel achteruit en dimenformon had geen effect meer. Patiënt werd cachectisch en overleed na 10 dagen. Verschijnselen van feminisatie deden zich bij hem nooit voor.

Ook hier was dus een opmerkelijke verbetering ontstaan van vrij lange duur na dimenformon; later veranderde het ziektebeeld geheel onverwacht in slechte zin. Het blijvend toedienen van zeer grote doses oestrogene stoffen lijkt mij zeer gewenst.

Groningen, 23 October 1948

J. SCHRAGE

EEN GEVAL VAN MALIGNIE LYMPHOCYTAIRE CHORIO-MENINGO-ENCEPHALITIS

In verband met bovengenoemd belangwekkend artikel in het nummer van 30 Oct. van dit *Tijdschrift*, zou ik gaarne willen opmerken, dat het thans mogelijk is bofvirus op eenvoudige wijze te isoleren.

Het verdachte materiaal (lumbaal vocht b.v.) wordt daartoe in de amnionholte gebracht (techniek BEVERIDGE 1)) van bevruchte kippeneieren, die 8—10 dagen bij 38° C voorbebroed zijn. Na de enting worden deze eieren bij een temperatuur van 35° bebroed. Dagelijks worden de eieren geschouwd en bij de gestorvene wordt terstond het amnionvocht geoogst. Na 4 dagen worden de overlevende eieren bij een temperatuur van + 4° C gebracht en daarna wordt het amnionvocht afgetapt. Met caviae-, schapen- en mensenerythrocysten wordt volgens de HIRST-techniek (zie o.a. MULDER 2)) het amnionvocht op bofvirus onderzocht.

1) W. BEVERIDE. *Science* dl. 106, blz. 324, 1947.

2) MULDER c.s. *N.T.v.G.* 91, bl. 3058, 1947.

Het is belangrijk er op te wijzen, dat het volstrekt noodzakelijk is virushoudend materiaal zo spoedig mogelijk in de koude te brengen. Na ontvangst op het laboratorium wordt het bij een temperatuur van 70° C onder nul (droogijskist) bewaard tot het bewerkt kan worden.

Seruminhibitieproeven, zoals deze met influenzavirus worden uitgevoerd, kunnen met bofvirus niet worden verricht. Wel echter is het mogelijk met bofvirushoudend amnionvocht complementbindingsreacties te doen, die, mits uitgevoerd zowel met serum uit de acute phase als met serum van de reconvalescent, een sterke aanwijzing kunnen geven. Dit laatste was natuurlijk in het geval van dr VEDDER niet mogelijk. Ten slotte moet nog worden vermeld de mededeling van BURNET 1), dat hij met serum van bofpatiënten mensenerythrocysten, welke „beladen” waren met bofviruspartikels, kon agglutineren.

Leiden, 4 November 1948

H. L. WOLFF, *conservator*
Lab. voor *Tropische Hygiëne*

ENURESIS NOCTURNA

Naar aanleiding van de beantwoording van de vraag, wat de modernste behandeling van enuresis nocturna is bij een kind van zes jaar, gesteld in de rubriek Vraag en Antwoord van 30 October, meen ik te moeten opmerken, dat in een aantal gevallen gunstige resultaten worden gezien met de toediening van wekamines. Vooral bij grote slaapdiepte, wanneer de ouders er over klagen, dat zij het kind haast niet wakker kunnen krijgen, kan deze therapie worden beproefd. Men geeft 5—10 mg apfetamine in de vorm van pharmedrine of dynaphenil enige tijd voor het naar bed gaan, waarbij de gebruikelijke beperking van vochttoevoer, vooral in de avonduren, niet achterwege mag blijven. In sommige gevallen ziet men onmiddellijk resultaat en kan de toediening na enige weken worden verminderd of gestaakt. In andere gevallen moet de behandeling maandenlang worden voortgezet of na een kuur van enige weken worden herhaald. Schadelijke gevolgen zag ik bij langere toediening niet. Een enkele maal werd de slaap, ook bij een geringe dosering, te licht en onrustig.

's-Hertogenbosch, 8 November 1948

H. L. F. HEIKENS

WANNEER MOET MEN LIJDERS AAN GALSTENEN OPEREREN?

Gaarne voldoe ik aan het verzoek van collega BAX om de vraag, wanneer men bij afsluitingsicterus door galsteen moet opereren, nader te bespreken. Men dient onderscheid te maken tussen de gevallen, waar de steen in de sphincter ODDI is geklemd en een volkomen afsluiting is ontstaan, en de gevallen, waarin de afsluiting onvolkomen en wisselend is. De tweede groep is verreweg de grootste, een volkomen afsluiting door een galsteen is een uitzondering. Wanneer de ductus choledochus volledig is afgesloten zal men, wegens de beschadiging van het leverparenchym niet lang mogen wachten en moet men in den regel binnen een maand tot operatie overgaan. In de andere gevallen is er minder haast. Het hangt dan van de bijzondere omstandigheden van de patiënt af of men eerder of later zal opereren. De mening van collega SCHALM, dat men in geen geval langer mag wachten dan 6 weken, kan ik niet delen. Ik zag enige keren de icterus verdwijnen na die tijd, soms kon dan uit de ontlasting een flinke steen gezeefd worden. En wanneer men niet langer wacht dan 3 maanden, loopt de patiënt geen gevaar op blijvende leverbeschadiging. Het risico van de operatie is bij deze icterische patiënten natuurlijk veel groter dan normaal, maar is door toepassen van vitamine K en bloedtransfusies toch niet zo groot meer als vroeger.

Amsterdam, 15 November 1948

B. K. BOOM

1) F. M. BURNET, *Brit. J. Exp. Pathol.* XXVII, bl. 244, 1946.

W. BEVERIDGE and P. LUND. *Austr. J. Exp. Biol.* 24, bl. 127, 1946.