

INGEZONDEN



SEPSIS TUBERCULOSA EN LEVERBIOPSIE

In het zeer lezenswaardige artikel van mej. C. VAN BEEK en dr A. J. CH. HAEX „De diagnostiek van acute haematogene tuberculose” (*N. T. v. G.* 93, 2708—2720, 1949) lees ik o.m. het volgende: „De diagnose acute (haematogene) tuberculose is soms een der moeilijkste in de interne kliniek”. „Het ligt in de bedoeling van dit artikel te wijzen op de betekenis van de aspiratiebiopsie voor het vroegtijdig stellen van de diagnose: acute (haematogene) tuberculose”.

Om deze uitspraken te illustreren beschrijven zij een 7-tal patiënten met min of meer septische temperatuur, waarvan ik in het kort de belangrijkste gegevens mag weergeven:

pat. A, 27 jaar meningitis, miliaire longuitzaaiing, reactie van MANTOUX 1/1000 pos.; pat. B, 13 jaar, erythema nodosum, vergrote hilus, reactie van PIRQUET sterk pos.; pat. C, 28 jaar, vergrote hili, atoxisch bloedbeeld, reactie van PIRQUET sterk pos.; pat. D, 29 jaar, beiderz. cavern. tuberculose, sputum pos.; pat. E, 18 jaar, pleuritis exsudativa, reactie van PIRQUET sterk pos.; pat. F, 19 jaar, meningitis tuberculosa; pat. G, 18 jaar, vergrote hilus, positieve reactie van PIRQUET.

Samenvattend kan men dus zeggen, dat het 7 jonge mensen betreft, met springende temperatuur en bovendien duidelijke tuberculeuze afwijkingen.

Het is mij een raadsel waarom bij deze patiënten de diagnose acute haematogene tuberculose niet kon worden gesteld. Geen enkele tuberculose-arts zal, de genoemde gegevens kennende, leverpunctie nodig achten. Het is overbodig, zelfs gevaarlijk, aangezien deze vrij ingrijpende maatregel voor deze zieke mensen een ernstig trauma betekent.

Voor het bepalen van de prognose zal het leverpunctaat misschien wel praktische betekenis krijgen. Schrijvers geven echter zelf reeds aan, dat tuberkel-structuren in de lever het gevolg kunnen zijn van uitzaaiingen uit een verscheidenheid van tuberculeuze haarden. Het is daarom zeer waarschijnlijk, dat bij uitzaaiingen, die bijvoorbeeld uitgaan van een niet-primaire haard of van een gereactiveerde primaire laesie, verse naast oude tuberkels in de lever worden gevonden. Dit zal het stellen van de prognose misschien niet onmogelijk, dan toch zeer moeilijk maken. Zeker in zulke gevallen is het veiliger (en eenvoudiger) om met de gebruikelijke prognostische criteria te volstaan.

Ik zou nog willen opmerken, dat de benaming: acute haematogene tuberculose, de feitelijke toestand niet altijd zal dekken. Van de plaats van oorsprong uit zullen de tuberkelbacillen vaak eerst lymphogeen worden verplaatst en dan pas in de bloedbaan uitzwermen. De naam sepsis tuberculosa lijkt me beter verantwoord.

De met behulp van leverbiopsie door schrijvers waargenomen uitzaaiingen zijn vroeger reeds door anderen vastgesteld met behulp van sternumpunctie, een methode die zeker voordelen biedt boven de eerstgenoemde.

Het leek mij nuttig op bovengenoemd archiefstuk deze repliek te plaatsen. Het mag niet voorkomen, dat in een onderwijsinrichting een methode, die zeker wetenschappelijk, doch zelden praktische betekenis heeft, als routine maatregel wordt toegepast en aanbevolen.

October 1949

G. A. GUSSENHOVEN

Stand. Vac. Petr. Mij. Soengei Gerong (Sumatra).

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE INDONESIAN PROBLEM

CARP (*N. T. v. G.*, 12 Nov., blz. 3905, 1949) meent, dat mijn beschouwingen enige jaren te laat komen: hij heeft daarin volkomen gelijk. Nuttig echter is het om te weten, dat deze vertraging het gevolg was van een bewuste tactiek, van een bepaalde geestesgesteldheid, welke ook overigens het gehele Indonesische beleid zo „onbegrijpelijk” heeft gemaakt.

Reeds einde 1945 heb ik de kern van mijn betoog kenbaar gemaakt aan de toenmalige Engelse en Nederlandse machthebbers: het werd genegeerd. Objectieve, wetenschappelijke bestrijding mijner inzichten vond niet plaats, maar publicatie werd voorkomen (met de éne, loffelijke, uitzondering van ons *Tijdschrift*, waarin zij, in verkorte vorm, als feuilleton is verschenen (1946). Eind 1946 was een uitvoerige, in het Nederlands gestelde brochure gedrukt en klaar voor verspreiding; zij is nooit in circulatie gekomen.

Pas, toen ik geen „ambtenaar” meer was, is het gelukt deze brochure, nu in verband met de internationale bemoeiingen in het Engels gesteld, uitgegeven te krijgen (zij het op eigen kosten).

Het „jaren te laat” is — over de gehele linie — het meest bedroevende aspect van het Indonesische beleid: het welhaast posthume verschijnen van mijn brochure is daarvan slechts een symptoom.

Den Dolder, 15 November 1949

P. M. VAN WULFFTEN PALTHE

BEHANDELING VAN ROODVONK MET PENICILLINE

Met belangstelling las ik het bovengenoemde artikel van de collegae MINKENHOF, PEETERS en VISSER in dit *Tijdschrift* van 12 November j.l. In de conclusie trof mij de zin: „voorlopig kunnen wij geen aanleiding vinden, de penicillinebehandeling voor toepassing in de algemene practijk aan te bevelen”. Deze „conclusie” kan mijns inziens niet uit de gepubliceerde onderzoeksresultaten worden getrokken. Ik vermoed, dat de argumenten voor deze mening gezocht moeten worden in de voorafgaande zinnen der conclusie: „de penicillinebehandeling ten huize van de patiënten is moeilijk door te voeren. Iedere zieke die behandeld is, moet nauwkeurig worden gecontroleerd, teneinde te kunnen beoordelen, of een verkorte verpleegduur gerechtvaardigd is. Dit kan het beste in een ziekeninrichting plaats vinden”.

Het is naar mijn mening echter niet vol te houden, dat de penicillinebehandeling ten huize van de patiënten moeilijk door te voeren is, nu er goede procaine-penicillinepraeparaten in de handel zijn, waarmede het mogelijk is door een of twee inspuitingen daags gedurende 24 uur een werkzame penicillinespiegel in het bloed te handhaven. Deze injecties kunnen zeer goed door de wijkverpleegster worden toegediend.

De mening, dat de huisarts niet in staat zou wezen zijn roodvonkpatiënten behoorlijk te controleren, kan ik evenmin aanvaarden.

Verreweg het grootste gedeelte van alle roodvonkpatiënten in Nederland werd en wordt immers thuis behandeld, zodat vrijwel iedere huisarts ervaring over roodvonk heeft.

De schrijvers van bovengeciteerd artikel suggereren, dat de besmettelijkheid een argument zou zijn voor opneming in het ziekenhuis en isolatie; het lijkt zelfs of zij menen, dat de termijn van verblijf in het ziekenhuis gedeeltelijk bepaald moet worden door de besmettelijkheid. Het is echter zeer twijfelachtig, of isolatie van roodvonklijders het aantal ziektegevallen kan beperken. Men leze in dit verband dr J. GOUDSMIT, *Epidemiologische en bacteriologische gegevens over het roodvonk*, 1932. Ik voor mij ben er van overtuigd, dat isolatie van de patiënten vrijwel geen nut heeft bij de bestrijding van roodvonk binnen het kader van het normale gezin. In ieder geval staat het vast, dat tenminste 80 tot 90 pCt van de roodvonkgevallen te wijten zijn aan besmetting door gezonde bacillendragers. Ik kan het dan ook niet eens zijn met de laatste zin van de geciteerde conclusie, waarin de schrijvers zeggen, dat roodvonk-patiënten zoveel mogelijk in een ziekenhuis moeten worden opgenomen.

Lent, 14 November 1949

F. J. HUYGEN

ENCEPHALITIS POSTVACCINALIS IN INDONESIË

In aansluiting op de vragen door collega K. A. ROMBACH gesteld in het *N.T.v.G.* van 12 November 1949 kan het volgende worden opgemerkt.