

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.



ZIEKTE VAN BRILL, EEN RETICULOSE

Naar aanleiding van de mededeling van dr. SCHORNAGEL¹ zou ik in een breder verband een enkele kanttekening willen maken.

Op bl. 1257 maakt de schrijver de opmerking, dat hij het begrip „reticulose” zo beperkt mogelijk wil houden. Ik vraag mij af: vanwaar dit streven? Hoe beperkter, hoe beter? Wij hebben bij de reticuloses te maken met een hele reeks processen: goedaardige en kwaadaardige; processen van reactieve aard en processen met eigenschappen van gezwellen; processen met bekende en processen met nog onbekende aetiologie, die alle één gemeenschappelijke eigenschap hebben, namelijk groei van reticulumcellen, met alle celdifferentiaties en cel-potenties, die daarbij kunnen voorkomen. Bij deze aandoeningen zijn er, die zich stellig niet gemakkelijk laten voegen in de reactieve (ontstekings-)groep, of in de groep der gezwellen. Dit noopt ons tot bezinning over de plaats dezer aandoeningen in de pathologie.

Hoe ver wil de schrijver met zijn beperking gaan? Hij doet daarover geen uitspraak. Wij kennen behalve de maligne, megafolliculaire hyperplasie, ook een benigne, megafolliculaire hyperplasie. De differentiëring tussen deze beide is vaak moeilijk. Beide spelen zich af in het folliculaire apparaat van de lymfeklier, casu quo het lymphatische weefsel. Het is moeilijk te begrijpen waarom de goedaardige vorm niet tot de reticuloses zou mogen worden gerekend, de kwaadaardige vorm echter wel. Als de schrijver ook de goedaardige vorm van megafolliculaire hyperplasie tot de reticuloses zou rekenen, zou hij al een heel stuk van zijn streven naar beperktheid hebben laten vallen. Het is bekend, dat men tegenwoordig ook de leucaemieën en de leucaemische processen tot de reticuloses wil rekenen. Ik laat de waarde van deze opvatting hier in het midden. De naam *leucose* is echter al in gebruik. Als wij ooit zullen komen tot een verklaring voor de pathogenese der systeemaandoeningen in het algemeen, gaat het stellig de richting uit, dat wij daarbij het gedrag der reticuloses bij onze overwegingen niet zullen kunnen missen.

Ik kan niet veel waarde toekennen aan het streven om bij de reticuloses dit alles zo beperkt mogelijk te houden. Integendeel, hoe ruimer onze blik, hoe meer zal onze visie op de grote problemen in de pathologie en hun onderlinge verhoudingen aan helderheid en diepte winnen. Ook in de mededeling van dr. SCHORNAGEL lees ik met genoegen de noodzakelijkheid van dit streven.

Dat bij de reticuloses de aetiologie van geval tot geval verschillend is, maakt dat het begrip reticulose voor de clinicus niet gemakkelijk aanvaardbaar is. Dit is begrijpelijk. Iets dergelijks heeft zich een eeuw geleden voorgedaan met het doorbrekende inzicht over de ontstekingen, toen men oorzaak en gevolg nog niet kon doorgronden en een vaste lijn niet dan na veel moeite te ontdekken viel. Voor het heden bedenke men *dat het voor de patholoog-anatoom fascinerend moet zijn de reticulum-processen te bundelen op grond van een gelijk anatomisch substraat*. Daarin ligt voor hem de mogelijkheid tot verdieping van zijn inzicht. Het is juist om deze reden, dat van een zo beperkt mogelijk houden van de reticulum-processen geen sprake kan en mag zijn.

¹H. E. SCHORNAGEL (1952) *N. T. v. G.* 96, 1254.

Amsterdam, 3 Juni 1952

H. T. DEELMAN

Prof. DEELMAN verdedigt nogmaals zijn opvatting, dat het begrip reticulose zowel goed- als kwaadaardige processen omvat (ontsteking en tumoren) op grond van een gelijk anatomisch substraat, namelijk de aan al deze zeer uiteenlopende processen ten grondslag liggende groei van reticulumcellen. Dat de groei der reticulumcellen bij gezwellen zeer essentieel is, en bij de ontstekingen slechts een klein onderdeel van velerlei veranderingen, schijnt voor hem niet van belang te zijn. Deze indeling is te zuiver morfologisch gezien, en houdt geen rekening met aetiologische factoren, met prognose en met het biologische gedrag van de cellen, waardoor in laatste instantie het wezen van een aandoening wordt bepaald.

Ik meen dan ook, dat deze bundeling niet juist is. Een dermatoloog bij voorbeeld heeft te maken met zeer verschillende aandoeningen, die gekenmerkt zijn door, of gepaard gaan met groeiprocessen van epitheelcellen van de epidermis, versterkte groei en/of verandering in rijping der cellen, zoals goed- en kwaadaardige gezwellen, ontsteking en „zo maar” (psoriasis, en zo voort). Zonder evenals de huidartsen in een overmaat van ziektebeelden te willen vervallen, meen ik toch, dat een zekere scheiding tussen de verschillende processen nuttig

is. Dit doet ook de internist, die de leucocytose bij ontsteking principieel scheidt van leucæmie. Zo mogen ook wij niet een zeer heterogene groep van afwijkingen samenbundelen, allen op grond van het feit, dat een bepaalde celsoort een gemeenschappelijke factor is. Dit verdiept ons inzicht in het wezen der afwijking niet.

Verdieping van inzicht is mijns inziens alleen te verwachten als wij trachten te onderscheiden tussen bij voorbeeld de (maligne) folliculaire *reticulose* en de (benigne) folliculaire *hyperplasie*, met andere woorden, als wij trachten een groep aandoeningen, de *reticulosos*, te onderscheiden die niet alleen morfologisch, maar ook in hun biologische kenmerken nauw met elkaar zijn verbonden.

Daarom meen ik, dat een nauwere begrenzing van het begrip *reticulose* gewenst, ja zelfs noodzakelijk is.

Rotterdam, 11 Juni 1952

H. E. SCHORNAGEL

COMMOTIO CEREBRI

Volgens dr. A. VERJAAL¹ „is alleen de bewusteloosheid een obligaatsverschijnsel” van de hersenschudding, zó, dat volgens hem „zonder bewusteloosheid geen commotio cerebri” mag worden aangenomen. Het is wel nodig te betogen, dat dit een gevaarlijke bewering is. In de eerste plaats toch heeft iedere neuroloog met ruime ervaring verschillende patiënten met het onmiskenbare beeld ener hersenschudding gezien, waarbij de anamnese geen bewusteloosheid vermeldde, ja, bewusteloosheid na het ongeval werd ontkend. Bovendien is er hier nog een bijzondere moeilijkheid: vaak heeft de patiënt zelf geen weet van de bewusteloosheid; soms is de patiënt al weer bij, als voorbijgangers hem vinden; en hoe kort moet een bewusteloosheid duren om als bewusteloosheid erkend (en herkend) te worden: een uur, een minuut, een seconde? En in het laatste geval: wie zal haar waarnemen, vaststellen? Om kort te gaan, deze schijnbaar zo eenvoudige, en op zichzelf nog aanvechtbare bewering van coll. VERJAAL, plaatst ons voor een ernstige problematiek: die van de vaststelling van bewusteloosheid (niet van gedaald bewustzijn, schemer, en zo voort?).

Ik meen te weten, dat de overgrote meerderheid van de vooraanstaande Nederlandse neurologen de opvatting van coll. VERJAAL niet deelt. Het lijkt nuttig reeds thans tegen zijn opvatting stelling te nemen, omdat zijn stelregel (niet VERJAAL's verdere artikel) menige patiënt, die met verzekeringsinstanties te maken heeft, zou kunnen duperen.

¹A. VERJAAL (1952) *N.T.v.G.* 96, 877.

Amsterdam, 31 Mei 1952

F. GREWEL

Ik ben collega GREWEL erkentelijk voor het feit, dat hij mij door zijn discussie-opmerking in de gelegenheid stelt nogmaals de aandacht te vestigen op een der belangrijkste punten van mijn uiteenzetting over de commotio cerebri. Wanneer een patiënt in aansluiting op een schedeltrauma niet bewusteloos is en dus ook geen amnesie heeft vóór het gebeurde, kan ik mij niet voorstellen dat „de overgrote meerderheid der vooraanstaande Nederlandse neurologen” in een dergelijk geval zal willen spreken van „het onmiskenbare beeld van een hersenschudding”.

Overigens is de controverse tussen collega GREWEL en mij stellig meer van semantische dan van principiële aard. Immers, ik ben het geheel met hem eens, dat het verschijnsel der bewusteloosheid en de duur daarvan niet altijd met zekerheid kunnen worden vastgesteld. Ik ben het ook met hem eens dat men meermalen een patiënt ziet die na een schedeltrauma beslist niet bewusteloos is geweest terwijl hij toch een zo zieke indruk maakt, dat men niet kan volstaan met de eenvoudige diagnose „hoofd gestoten”. Bij nauwkeurig onderzoek blijken deze mensen echter een *contusio cerebri* te hebben en geen eenvoudige *commotio cerebri*. Wanneer men bij hen binnen 24 uur na het ongeval een lumbale punctie verricht, ziet men bloederige liquor te voorschijn komen. Wanneer men bij hen een electro-encephalogram maakt, ziet men een diffuse hypersynchronisatie die vaak vele weken aanhoudt. En wanneer men röntgenphoto's van de schedel maakt, zal men in een groot aantal gevallen een fractura cranii ontdekken.

Het is van belang bij alle patiënten die worden opgenomen wegens een schedeltrauma, de liquor té onderzoeken, röntgenphoto's van de schedel te maken en zo mogelijk een electro-encephalogram. Dit maakt een juiste differentiële diagnostiek mogelijk en verschaft ons een feitenmateriaal dat van onschatbare waarde kan zijn bij latere verzekeringsmoeilijkheden. Wanneer collega GREWEL zijn patiënten op deze wijze gaat onderzoeken, zullen wij het ongetwijfeld spoedig eens zijn, niet op grond van indrukken en beweringen maar op grond van exacte feiten.

Heemstede, 14 Juni 1952

A. VERJAAL