

voedselgeldswaarde, het dubbele der voedselgeldswaarde, en het viervoud der voedselgeldswaarde.

Doordat een gulden toevallig tevens de voedselgeldswaarde is van het dagrantsoen dat de *Nederlandse Voedingsmiddelentabel* als normaal minimum (gemiddeld voor man en vrouw) opgeeft, komt het punt voor dit rantsoen midden in de graphiek te liggen: 2500 calorieën + 35 gram dierlijk + 35 gram plantaardig eiwit = $50 + 35 + 17\frac{1}{2} = 102\frac{1}{2}$ cent.

Legenda bij fig. 1.

Aardappelen	hh	Erwten (groene)	uu	Sinaasappel	b
Andijvie	x	Haring (vers)	oo	Slagroom	h
Appel	d	Havermout (los)	vv	Sperciebonen	ff
Bananen	c	Jam	j	Sprits	r
Biscuit	t	Kaas (40+, jong)	kk	Stokvis	nn
Boerekool	y	„ (v.v., belegen)	dd	Suiker	yy
Bonen (bruine)	ii	Karnemelk (los)	tt	Vanillevla	z
Boter	i	Lever (varken)	o	Vlees (gehakt)	cc
Brood (melk-)	qq	Margarine	ww	„ (kip)	m
„ (rogge-, zoet)	u	Melk (gestand. los)	pp	„ (ossehaas)	n
„ (volkswit- 87 pct)	ss	Pindakaas	gg	„ (rookvlees)	aa
„ (wit- 75 pct)	rr	Rundvet	xx	„ (rundvlees)	bb
Chocolade-reep	e	Rijst (ver geslepen)	s	„ (varkenscarbonade)	l
Consumptie-ijs	g	Sardines in olijfolie	w	Vijgen	q
Dadels (met pit)	p	Savoyekool	ee	Witlof	f
Druiven	a	Schelvis	ll	Yoghurt (gestand.)	jj
Ei (kip)	v	Schol	mm		

Literatuur: ¹J. STRAUB en A. SCHOUSTRA (1954) *Voeding* **15**, 210. ²*Nederlandse Voedingsmiddelentabel*, 11e druk. 's-Gravenhage 1952 (Uitgave van het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad).

M. M. HILFMAN

INGEZONDEN

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



DE ZIEKTE VAN KLIPPEL-TRÉNAUNAY

Op bl. 2673 van dit *Tijdschrift* beschrijft collega VAN DER MOLEN het 10e tot en met 13e geval van de ziekte van Klippel-Trénaunay in Nederland, althans voorzover hij heeft kunnen nagaan. Derhalve ben ik zo vrij melding te maken van negen gevallen, die ik, sinds mijn doctoraal examen vier jaar geleden, zelf heb gezien.

Het eerste geval betrof een meisje van ongeveer 12 jaar dat mank liep en hiervoor behandeld werd met hakverhoging. Haar ene been was langer, wat gepaard ging met een grote naevus vinosus op de laterale kant van hetzelfde been. (Intussen zal dit meisje, gezien de uitbreiding, die dit ziektebeeld tijdens de puberteit ondergaat, wel zijn uitgegroeid tot een klassiek voorbeeld van de ziekte van Klippel-Trénaunay).

Als co-assistent bij prof. BOEREMA zag ik drie gevallen, uitvoerig door EGGINK¹ beschreven in een artikel, dat niet in de literatuurverwijzing van collega VAN DER MOLEN wordt genoemd.

Bij de militaire keuringsraad te Roermond kreeg ik in één week tijds twee patiënten te zien, van wie één een uitermate typisch voorbeeld was van „naevus variqueux ostéohypertrophique”.

Voor enige maanden te Arnhem gedetacheerd, zag ik in het begin van dit jaar een recruit met een uitgebreide naevus haemangiomatosus. Bij meten bleek dat het zieke been duidelijk was verlengd en de hele voet licht vergroot was.

Tijdens een huiskeuring in een Zuid-Limburgs dorp zag ik een jongen met multipiele lymphangiomen, gecompliceerd door een sterke vergroting van één oor, dat meer dan twee keer zo groot was als het andere. Verder had hij een gehypertrophieerde hand, en aan de

andere zijde een gedisproportioneerde, veel te grote duim. Zijn ene schoen was enige maten groter dan de andere.

De ziekte van Klippel-Trénaunay komt dus veel vaker voor, dan men gemeenlijk vermoedt, en zal ook veel vaker worden gediagnostiseerd, wanneer men er aan denkt.

Mede gezien het laatste geval ben ik het geheel eens met de uitspraak van collega VAN DER MOLEN: „Nog beter zou men het ziektebeeld angiomatosis hypertrophicans kunnen noemen”. Immers, men laat dan in het midden of haemangiomen dan wel lymphangiomen de oorzaak van deze ziekte vormen.

Collega VAN DER MOLEN noemt de gevallen van CHASSAIGNAC, die een naevus aan één kant vond en de hypertrophie aan de extremititeit van de andere zijde, een argument voor de opvatting, dat de hypertrophie géén rechtstreeks gevolg is van de vaatanomalie; mijns inziens ten onrechte. Misschien hebben de abnormale vaatverhoudingen wel degelijk een invloed op de groei van het been, in het ene geval in positieve, in het andere geval in negatieve zin. Er zouden dan niet alleen gevallen voorkomen van de ziekte van Klippel-Trénaunay met beenverlenging, maar ook met beenverkorting. (Hetzelfde gebeurt bij osteomyelitis van al of niet specifieke aard. Het hangt helemaal van de plaats van de ontsteking af of de groei wordt geprikkeld dan wel een remming ervan plaats vindt). Wellicht is in het geval van CHASSAIGNAC het „hypertrophische been” het gezonde been, en moet men spreken van een beenverkorting aan de kant waar de naevus zit. Deze zienswijze vindt steun in een geval, waarop collega ZIJLMANS, arts te Bladel, mij een dezer dagen wees. Het betrof een meisje, dat zestien jaar geleden spontaan à terme werd geboren met een grote naevus vinosus op het linker been, dat volgens de moeder al bij de geboorte korter was dan het rechter. In 1942 werd patiënte specialistisch onderzocht. In het toen uitgebrachte rapport is sprake van een verkorting van 2 cm van het linker been, met atrophie van 4 cm van de dij. Er werd gedacht aan coxa vara, doch op de röntgenphoto bleken beide gewrichten en femora normaal te zijn. De verkorting zetelde zowel in het boven- als in het onderbeen. Er werd geadviseerd het meisje voorlopig links een hoge hak onder de schoen te laten dragen. In 1948 werd patiënte via de schoolarts naar een orthopaed verwezen, die een scoliose door lichte verkorting van het linker been vaststelde. Vermeldenswaard is zijn mededeling, dat hij dit laatste vaak zag bij diffuse haemangiomen.

Bij onderzoek van deze patiënte zag ik een grote naevus vinosus, voornamelijk op de laterale kant van het linker onderbeen en de voetrug. Op het bovenbeen was deze wijnvlek minder uitgebreid. Het linker been was korter, voornamelijk het onderbeen. Ook was de linker voet kleiner dan de rechter, hetgeen onder andere wordt gedemonstreerd door het feit, dat zij steeds de linker schoen met zooltjes moest opvullen om deze passend te maken.

Gezien de gevallen van CHASSAIGNAC en de bevindingen bij de laatst beschreven patiënte zou mijns inziens „angiomatosis dystrophicans” een betere naam zijn voor het naar Klippel en Trénaunay genoemde ziektebeeld.

Literatuur: ¹F. A. EGGINK (1953) *N.T.v.G.* **97**, 671.

Blerick, September 1954

J. W. HOLTHUIS

Het doet mij bijzonder veel genoegen dat collega HOLTHUIS ons 9 gevallen van de ziekte van Klippel en Trénaunay mededeelt. Hiervan zijn er drie door EGGINK beschreven, welke publicatie helaas aan mijn aandacht is ontsnapt. Met 6 gevallen die collega VAN DER ZIJL uit Alkmaar en 1 geval dat collega HANLO uit Eindhoven mij mededeelde, komt het totaal der bekende casus in Nederland dus reeds op 29.

Aan allen zou ik het verzoek van collega WAARDENBURG willen doorgeven de namen en adressen der patiënten te willen mededelen aan de Afdeling Anthropogenetica van het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (Wassenaarseweg 56, Leiden), opdat de gegevens voor de bewerking van het erfelijkheidsvraagstuk niet verloren gaan.

De door SERVELLE geponeerde en ook door EGGINK verdedigde afhankelijkheid der botveranderingen van de vaat-anomalie heeft reeds in Frankrijk veel critiek ondervonden (onder andere van LIAN en ALHOMME, en verklaart allermintst de gevallen zoals die van CHASSAIGNAC en BABONNEIX¹. De laatste beschrijft een geval van rechtszijdige aangeboren hemihypertrophie waarbij de naevus zich aan het normale linker been bevond.

Ook verklaart het niet toestanden zoals bij mijn tweede patiënt, bij wie de hypertrophie van onder- en bovenbeen gepaard ging met een te kleine voet, een hypertrophisch os ilium met een hypotrophisch os pubis en os ischii, en hypertrophie van rechter onderarm en hand, zonder enige vaat-anomalie.

De brides van Servelle in de fossa poplitea hield men ten dele voor secundair. Aan TAVERNIER bleek, dat evenals bij mijn tweede patiënt, de lengtegroei niet werd gestuit door exstirpatie van het angioom, en dat dit laatste bovendien na exstirpatie recidiveerde.

Het door collega HOLTHUIS beschreven geval met aangeboren hypótrophie van een naevusdragend been is in dit verband uitermate belangwekkend.

In de Franse literatuur zijn trouwens vele gevallen beschreven van „allongement atrophique” waarbij naast de verlenging een versmalling, atrophie en soms ook osteoporose bestond van de botten in de abnormale extremiteit. Het door mij besproken geval van hemimelie is dan ook zelfs op te vatten als een minusvariant in de onderhavige groep. In het geval van ROSE bestond naast de K-T-aandoening van een been een hypótrophie van thorax, armen en hals!

Op al deze gronden stelde COUSIN reeds voor, te spreken van dystrophische angiomatose, doch gezien de grote meerderheid der gevallen van hypertrophie en het feit dat de naam „ziekte van Klippel en Trénaunay” reeds zeer algemeen wordt gebruikt, heeft dit geen weerklank gevonden.

Mocht de door coll. HOLTHUIS genoemde orthopaed inderdaad een grote reeks gevallen van naevus met atrophie van de betrokken extremiteit kunnen mededelen, dan zou dit bijzonder belangrijk zijn. In de literatuur zijn zij zeer schaars. Men moet echter inderdaad ook de mogelijkheid in gedachten houden dat een aanvankelijke hyperthropic later juist een hypótrophie blijkt te zijn geworden. Deze kaleidoscopische aandoening heeft dus een afzonderlijke ontwikkeling, zoals bleek aan LIAN en ALHOMME. Ook de naevi en de angiomen zijn in de loop der jaren verre van constant en dit is een reden te meer om gevolg te geven aan het in de aanhef van deze repleik vermelde verzoek van collega WAARDENBURG.

Literatuur: ¹Bull. Soc. de Pédiatrie, de Paris (1926) 24, 400.

Nijbroek-Terwolde, October 1954

H. R. VAN DER MOLEN

SINGULTUS

De clinische les van prof. SILLEVIS SMITT¹ over „Singultus” bespreekt aan het slot de therapie van dit hinderlijke euvel. Blijkbaar is er geen afdoende therapie bekend. In een tweetal gevallen gaf ik dramamine-tabletten (G. D. Searle & Co., Chicago), en wel gedurende één dag 3 tabletten.

Het eerste geval betrof een vrouw van 62 jaar, die gedurende een jaar nadat haar galblaas was verwijderd, herhaaldelijk dagenlang hikte, en waarbij geen therapie hielp. Toen zij 1 tablet dramamine had ingenomen, werd de hik minder heftig; deze was in één dag geheel genezen na het gebruik van 3 tabletten. Sinds 10 maanden heeft zij geen hik meer gehad.

Het tweede geval betrof een suikerzieke van omstreeks 70 jaar, die na een dreigend coma goed reageerde op de toediening van insuline met glycose, doch plotseling een 3 dagen durende hik kreeg, die ook in zijn morphine-pantoponslaap aanhield. De hem door de internist toegediende middelen hielpen niet. Spoedig na gebruik van 1 tablet dramamine hield de hik op. Hij kreeg voor de zekerheid in totaal 3 tabletten op één dag, en heeft sinds 3 maanden geen hik meer gehad.

Wellicht kan dit middel als een aanwinst worden beschouwd bij de therapie van sommige gevallen van singultus.

Literatuur: ¹W. G. SILLEVIS SMITT (1954) *N.T.v.G.* 98, 2798.

Rijswijk Z.H., 4 October 1954

G. VERDOES KLEIJN

BEHANDELING VAN ENURESIS NOCTURNA

Men kan enuresis nocturna op de volgende wijze met succes behandelen:

1e. Slechts diegene van de huisgenoten, die de behandeling mee toepast — dit is meestal de moeder — mag met de patiënt over droog of nat geweest zijn spreken.

2e. De patiënt moet zijn warme maaltijden 's middags gebruiken. Bij de avondmaaltijd en daarna mag hij niet of slechts weinig drinken.

3e. Na het avondeten gaat de patiënt ongeveer een uur naar bed. Hij behoeft dan niet te slapen. Daarna staat hij op en hij gaat, naar gelang van de leeftijd, na een uur of langer, slapen.

4e. Zeg de patiënt: „Je blaas werkt goed!” Vergelijk de blaas met een zakje met een kraantje. „Je kunt het kraantje goed openen en sluiten. Kon je dat niet, dan zou je overdag nat zijn en zou je niet een plas kunnen doen, als je het wilde. Hoe komt het nu, dat je het 's nachts