

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN



OPROEP VAN HET PIETER LANGERHUIZEN LAMBERTUSZOON-FONDS

Het Dagelijks Bestuur van de Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen heeft besloten, de bate van vermoedelijk f 5000,— die in 1955 door de Maatschappij uit het Pieter Langerhuizen Lambertuszoon-Fonds zal worden verleend, te besteden tot bevordering van de studie der Anthropologie, in den ruimsten zin des woords.

Tot het ontvangen van de bate komen in aanmerking personen, al dan niet leden van de Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen, zowel als instellingen, al dan niet rechts-persoonlijkheid bezittend.

Aanvragen tot het verkrijgen van de bate moeten voor 1 Januari 1955 aan de Secretaris der Maatschappij, dr. J. A. BIERENS DE HAAN, Spaarne 17 te Haarlem, worden gezonden.

Haarlem, 1 November 1954

J. A. BIERENS DE HAAN, *Secretaris*

INGEZONDEN

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



OORZAKEN VAN HET STELLEN ENER ONJUISTE DIAGNOSE

De leerzame clinische les van dr. C. L. DE JONGH¹ geeft mij aanleiding tot enige opmerkingen:

1e. De laatste alinea van rubriek A (bl. 2338) vermeldt: „Vaak is alleen op een uitstrijkpraeparaat de juiste diagnose te stellen”. Hieraan zou ik willen toevoegen „en dikke-druppelpraeparaat”, en wel „altijd bij koorts van onbekende oorsprong, bloedarmoede, vergrote lymfeklieren, vergrote milt”, waarbij ik niet alleen denk aan *malaria* (als het uitstrijkpraeparaat negatief is, geeft vaak de dikke druppel nog een positief resultaat, al is het soms pas na enige herhalingen), maar ook aan *filariasis* (bij koorts, lymfeklierzwellingen in liezen, fossae femorales en elders, oedemateuze zwellingen) zoals ik te Singkel (Sumatra's W.K.) en Kandangan (Borneo, Z. & O. Afd.) heb kunnen vaststellen².

2e. Het op bl. 2339 vermelde „voorbeeld van de merkwaardige fouten, die kunnen worden gemaakt bij het diagnostiseren van ziekten van het colon” bewijst mijns inziens niet, dat „het röntgen-onderzoek op een dwaalspoor bracht”, maar veeleer, dat niet alleen *a.* „het klinisch onderzoek onvolledig geweest was” (rubriek A, bl. 2337), maar ook, dat men *b.* „geen ogenblik had gedacht aan de ziekte, waaraan de patiënt in werkelijkheid leed” (rubriek C, bl. 2340).

Ad *a:* *onvolledig klinisch onderzoek:* in de zeer korte ziektegeschiedenis wordt niets vermeld over de aard der ontlasting (consistentie, al dan niet slijmig of met bijmenging van bloederige slijmvlokken of -draden, kleur, reactie enz.) of de frequentie ervan, alléén dat zij „steeds occult bloed” bevatte. Gezien dit feit en dat patiënt reeds twee jaar over pijn in de rechter buikhelft klaagde, had een cyto- en parasitologisch onderzoek der faeces niet mogen worden verzuimd, zoals in dit geval. Aan het belang hiervan, en vooral van het cytologische onderzoek der faeces in mogelijke menggevallen (amoeben- en bacillaire dysenterie), wijdde ik reeds in 1930 een beschouwing³ in het Jaarverslag over 1929 van de Parasitologische Afdeling van het Militair Geneeskundig Laboratorium te Weltevreden.

Ad *b:* *Men had geen ogenblik gedacht aan de ziekte, waaraan de patiënt in werkelijkheid leed.*

Dit gaat in het geval van deze ontstekingstumor, door dysenterie-amoeben veroorzaakt, volledig op, want:

1e. men kent in Nederland door (vooral in practisch opzicht) onvoldoende onderricht aan onze klinieken en grote ziekenhuizen de amoebiasis en andere parasitaire aandoeningen in al haar vormen slecht of zeer slecht;

2e. door onbekendheid met de parasitaire ziekten heeft men in dit geval gedachten en onderzoek beperkt tot de het meest voorkomende en, naar aanleiding van de röntgenologische diagnose „tumor” gesuggereerde ziekte, het coloncarcinoom.

3e. Tenslotte een opmerking over het op bl. 2341 vermelde: „Men kan deze diagnose (dat is amoebiasis van de lever) al waarschijnlijk maken door het goede gevolg, dat enkele inspuitingen van hydrochloras emetini teweegbrengen”. Zonder aan deze uitspraak enige afbreuk te willen doen, spijt het mij toch, vooral uit een didactisch oogpunt, dat er niet

eerst is getracht te wijzen op de symptomen dier ziekte en haar clinisch-diagnostische mogelijkheden, om juist zó op te wekken tot grotere belangstelling in en betere kennis van de parasitaire ziekten. Dan had onder andere kunnen worden gewezen op het temperatuursbeloop, de eventuele zwelling van de lever en pijn bij druk op de leverstreek en in de soms duidelijk bomberende tussenribsruimten, het bloedonderzoek (bezinking, aantal leucocyten, eventueel streperigheid van het uitstrijkpraeparaat^{4,5} en differentiële telling), en vooral op het faecesonderzoek op amoeben en cysten — waarover evenmin is gerept — al is het mij bekend, dat dit laatste niet altijd, en soms pas na veelvuldig herhaald onderzoek positief uitvalt. Pas als dit volledige onderzoek negatief is uitgevallen — maar dat gebeurt zelden — zou men tot de genoemde empirische behandeling kunnen overgaan. Tot een dergelijke therapie (treffend gekenschetst in het oude rijmpje: „Wenn man nicht weiss wie, was, warum, gibt man Iodetum kalicum”) kan ik slechts in uiterste nood en dan nog slechts met tegenzin besluiten!

Literatuur: ¹C. L. DE JONGH (1954) *N.T.v.G.* **98**, 2336. ²J. HAGA (1929) *Geneesk. Tijdschr. Ned.-Ind.* bl. 763. ³J. HAGA (1930) *Geneesk. Tijdschr. Ned.-Ind.* bl. 762. ⁴J. HAGA (1937) *Geneesk. Tijdschr. Ned.-Ind.* bl. 393. ⁵J. HAGA (1950) *Docum. neerl. et indones. de Morb. trop.* **2**, 128.

Loosduinen, 22 September 1954

J. HAGA

In de eerste plaats wil ik mijn erkentelijkheid betuigen voor deze door deskundige hand geschreven aanvulling.

Mijn plan was echter op een aantal bronnen van fouten te wijzen en niet om in den brede uiteen te zetten wat men, achteraf bekeken, in deze gevallen had kunnen doen. Bovendien is het een wijze maatregel van de Redactie, een clinische les aan een limiet te binden.

De patiënt met het amoeboma had normale ontlasting zonder zichtbare bijmenging van bloed of slijm, hij was nooit in de tropen geweest. De bedoeling van het weergeven zijner verkorte ziektegeschiedenis was, aan te raden in bepaalde gevallen ook de diagnose amoeboma te overwegen. Uit didactisch oogpunt zou ik hieraan thans de raad willen toevoegen, dit vooral niet teveel en niet te lang te doen. Want het amoeboma is zeldzaam en er zijn ook gevallen bekend, waarin bij een lijder aan carcinoma coli kostbare tijd verloren ging, doordat men cysten van dysenterie-amoeben in zijn ontlasting had gevonden en zich op deze cysten had blind gestaard.

Bij een der patiënten met amoebiasis van de lever, bij wie reeds tot operatie van de galblaas was besloten, was naar cysten gezocht met negatief resultaat. Hij had echter jarenlang in de tropen gewoond.

De vergelijking van het toedienen van emetine aan een dergelijke patiënt met het in den blinde geven van jodetum kalicum vind ik niet onaardig maar wel onjuist. Al kon het wetenschappelijk bewijs niet worden geleverd, wij hadden ons in dit geval toch een goede voorstelling gemaakt van het „wie” en van het „was” en van het „warum”. Wij gaven het middel dan ook zonder enige bedenking. Voor deze patiënt met koorts zou het alleen maar ongewenst uitstel, misschien wel afstel hebben betekend van wat de juiste therapie bleek te zijn, als wij hadden gewacht op de uitkomst van veelvuldige en herhaalde onderzoeken. In den regel zijn patiënten echter wel het meest gebaat met een behandeling, die berust op een uitvoerig wetenschappelijk onderzoek. Maar zelfs op deze regel komen uitzonderingen voor.

's-Gravenhage, October 1954

C. L. DE JONGH

SINGULTUS

In zijn clinische les over dit onderwerp schrijft prof. SILLEVIS SMITT, dat de contractie van het middenrif verwijding van de borstkas veroorzaakt. Bij de ademhaling is het echter zo, dat verwijding van de borstkas ontstaat door contractie der intercostale spieren. Contractie van het diaphragma alleen zou door zijn oorsprong aan de binnenzijde der ribben een vernauwing ten gevolge moeten hebben. Moet men nu niet aannemen, dat ook bij de hik een gelijktijdige samentrekking van middenrif en tussenribsspieren plaats vindt? Dit past ook beter in de door prof. SILLEVIS SMITT verdedigde opvatting van de hik als ademhalingskramp van centrale oorsprong met een op dit centrum gerichte therapie als consequentie.

Rotterdam, October 1954

P. R. DAGNELIE