

Literatuur: SCHALM, L. en M. J. SCHULTE (1953) *Ned. T. Geneesk.* **97**, 1013. — SCHALM, L. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1505, 1537.

Amsterdam, augustus 1958

W. H. BIRKENHÄGER

Daar de opmerkingen van BIRKENHÄGER niet de in de aangehaalde artikelen gestelde klinische conclusies, maar uitsluitend de techniek van de bilirubinebepaling betreffen, wordt dit antwoord door SCHULTE en mij gezamenlijk gegeven.

Onze bedoeling was naar voren te brengen, dat met de bepaling van de reactiesnelheid van bilirubine gegevens van klinische betekenis kunnen worden verkregen, die met de oorspronkelijke methode van bilirubinebepaling niet te verkrijgen zijn. Vandaar dat tegenwoordig daarbij ook bepaling van de snelheid mag worden gevraagd. Of men nu deze snelheid wil gaan uitdrukken op grond van waarnemingen na 3, 5, 7, 10 minuten of langer, is van ondergeschikte betekenis, mits men zich altijd aan dezelfde tijdstippen houdt en een methode toepast, waarbij met een constante verdunning kan worden gewerkt. Om redenen, zoals destijds door ons uiteengezet, kozen wij de methode van Jendrassik en Cleghorn, met aflezing na 10 minuten. Het is ons niet geheel duidelijk, waarom aflezing, later dan na 3 minuten, onnodig hoge uitkomsten geeft, die correctie behoeven. Overigens mag men bevindingen, gedaan in het milieu gal niet zonder meer doen gelden voor het milieu serum.

Het voordeel van de snelheidsbepaling is, dat het teruglekken van kleine hoeveelheden bilirubineglucuronide kan worden aangetoond. Alle klinische conclusies zijn hierop gebaseerd. De verdeling in directe en indirecte bilirubine op grond van de snelheidsbepaling is zeker niet exact kwantitatief, maar slechts een schatting. In onze artikelen hebben wij dan ook altijd gesproken van een „schatting” of „indruk”, die men kan krijgen van de hoeveelheden snel en traag reagerend bilirubine, die tegelijkertijd in het bloed voorkwamen. De mogelijkheid van een exacte kwantitatieve bepaling is er nimmer aan toegekend.

In onze verdelingstabel staan geen waarden lager dan 30 pct opgegeven, omdat naar onze mening de dan daaruit afgeleide schatting onvoldoende betrouwbaar is. Inderdaad zou daling van de traag reagerende bilirubinefractie na een galsteenaanval niet te verklaren zijn met deze huidige inzichten in de bilirubinstofwisseling. Vindt men dergelijke voorbeelden, zoals door BIRKENHÄGER aangehaald, dan wijst dit onzes inziens niet op technische fouten, maar op het feit, dat men bij dergelijke rekenvoorbeelden meer eist dan de methode kwantitatief kan geven. Overigens is ons geen methode bekend, die dit wél zou kunnen.

Voor het klinische gebruik heeft de meer of mindere nauwkeurigheid van de verdeling in traag en snel reagerende bilirubine in zoverre geen belang, dat geen der klinische conclusies op deze verdeling is gebaseerd. Wél verschaft de verdeling inzicht in het patho-fysiologische proces. Onze conclusies zijn altijd gebaseerd op de goed reproduceerbare, nauwkeurig te meten snelheid van de diazoreactie. Versneling van deze reactie geeft aan, dat (direct reagerende) bilirubineglucuronide in de bloedbaan is gekomen. Een dergelijke opvatting klopt met de ervaringen in de kliniek en bij galwegonderbindingen bij konijnen. De pathologische bevinding is dus gelegen in de verhoogde diazoteringsnelheid. Daarnaast is het mogelijk een *indruk* te krijgen — meer is door ons nooit gesteld — van de verdeling van de beide soorten bilirubine.

Wij zouden niet kunnen zeggen, of men met het coffeïne-reagens het totale gehalte aan bilirubine steeds volledig be-

paalt. Maar is dat met andere methodes wel het geval? Belangrijk is, of de bepalingen reproduceerbaar zijn. Deze vraag kan bevestigend worden beantwoord.

Arnhem, 29 augustus 1958

L. SCHALM
M. J. SCHULTE

TEKORT AAN VITAMINE-B-COMPLEX, ZICH PSYCHIATRISCH UITEND ALS EEN ATYPISCHE, ENDOGENE DEPRESSIE

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling van KEUTER (1958) rezen bij mij twee vragen:

1. Worden kleine diefstallen in de jeugd beschouwd als bijzonderheden, en is — in de anamnese van welke psychiatrische patiënt dan ook — een zeer groot kindertal van het ouderlijke gezin (in dit geval 14) niet veel meer „bijzonder”? (Ik zie geen oorzakelijk verband tussen deze kinderrijkdom van de ouders en de achylia gastrica).

2. Werd in een psychiatrische universiteitskliniek in 1940 bij een patiënte met negatieve luesreacties werkelijk een luetische infectie overwogen als oorzaak van de klachten en bevindingen mede, *omdat* (cursivering van ondergetekende) zij de laatste tijd voor opnemning een relatie had gehad met een (gehuwde) man? En heeft de vermelding van een abortus provocatus, in dezelfde alinea — gezien het woord „bovendien” — ook nog betrekking op het overwegen van die diagnose? Zo ja, waarom? En zo nee, hoe moet deze uitspraak worden geïnterpreteerd?

Literatuur: KEUTER, E. J. W. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1501.

Amsterdam, 7 augustus 1958

J. M. SCHOO

Kleine diefstallen in de jeugd worden in de regel niet als bijzonderheden in psychiatrische zin opgevat. De zin: „behalve dat zij in haar jeugd wel eens kleine dingen gestolen had, vermeldde de anamnese geen bijzonderheden”, is bedoeld als illustratie van het weinige dat bij het opnemen van de anamnese aan de dag kwam.

Inderdaad werd de mogelijkheid van een luetische oorzaak van dit ziektebeeld overwogen, ondanks de negatieve luesreacties; de negatieve reacties sluiten deze mogelijkheid immers niet uit. Ook kwam de gedachte aan lues primair op door het neurologisch-psychiatrische beeld. De daarnaast genoemde factoren bepaalden mede deze gedachtengang. Bij het stellen van de diagnose zijn nu eenmaal kleine, schijnbaar onbeduidende gegevens, vaak vingerwijzingen in een bepaalde richting. SCHOO vindt dit waarschijnlijk een primitieve, kwaaddenkende manier van diagnostiseren. Het zij zo. Zo lang deze methode echter positieve resultaten blijft leveren, zullen velen hiervan gebruik blijven maken.

Utrecht, 15 september 1958

E. J. W. KEUTER

BERICHTEN

BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — INTERNATIONALE SAMENWERKING OP HET GEBIED DER BEDRIJFSGENEESKUNDE. In 1904 vormde zich een Permanent Committee on Industrial Medicine, dat zich zijn zetel in de Clinica del Lavoro te Milaan koos. Dit comité heeft sedert zijn vorming een driejaarlijks internationaal congres voor Arbeidsgeneeskunde georganiseerd; tevens gaf het de stoot tot de uitgave van *Hygiène du travail*, een handboek dat kort na de eerste wereldoorlog onder leiding van de secretaris-generaal, Dr. CAROZZI verscheen.

Ter gelegenheid van het vijftigjarig jubileum van het co-