

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

SUBSIDIE VOOR ONDERZOEK IN HET STAZIONE ZOOLOGICA TE NAPELS

In het jaar 1965 zal voor een aantal biologen in de ruimste zin van het woord (dus voor morfologen, anatomen of systematici, embryologen, fysiologen, biochemici, oecologen, ethologen of genetici, werkzaam op zoölogisch dan wel op botanisch, medisch of farmacologisch terrein) de gelegenheid bestaan met vergoeding van regeringswege gebruik te maken van een werktafel in het Zoölogisch Station te Napels voor het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Teneinde het verkrijgen van goede resultaten te stimuleren, wordt de mogelijkheid geboden, afhankelijk van het karakter van het onderwerp van studie, langere tijd te Napels te verblijven dan de vroeger gebruikelijke periode van zes weken. De verblijfsduur kan in uitzonderingsgevallen zelfs maximaal een jaar bedragen.

De vergoeding van regeringswege zal een bedrag van f 250,— voor reiskosten en een dagbedrag van maximaal f 25,— kunnen omvatten, gerekend naar de verblijfsduur in Napels.

Zij, die voor subsidie in aanmerking mochten willen komen, worden verzocht zich vóór 5 december 1964 aan te melden, met opgave van de periode waarin zij te Napels zouden willen werken en met nauwkeurige omschrijving van het onderwerp dat zij daar zouden wensen te bestuderen.

Amsterdam, 23 oktober 1964

Namens de Napels-commissie,
Prof. Dr. CHR. P. RAVEN, Utrecht,
voorzitter
Dr. J. VERWEY, Den Helder,
secretaris

SUBSIDIE VOOR ONDERZOEK IN HET BIOLOGISCH STATION TE ROSCOFF

In het jaar 1965 zal voor ten hoogste vier oudere studenten in de biologie gelegenheid bestaan voor het doen van een onderzoek te Roscoff (Bretagne) voor een periode van 6 weken of langer. Aan de uitzending is een vergoeding van regeringswege verbonden. Deze vergoeding bedraagt voor de reiskosten f 125,— en voor de verblijfskosten f 250,— per drie weken.

Zij die voor deze vergoeding in aanmerking wensen te komen, dienen zich vóór 5 december 1964 aan te melden, met opgave van de periode, waarin zij te Roscoff zouden wensen te werken, en het onderwerp dat zij zich voorstellen daar te bestuderen.

Amsterdam, 23 oktober 1964

Namens de Roscoff-commissie,
Prof. Dr. CHR. P. RAVEN, Utrecht,
voorzitter
Dr. J. VERWEY, Den Helder,
secretaris

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

URTICARIA EN QUINCKE-OEDEEM

Met veel belangstelling heb ik de klinische les van collega YOUNG (1964) over „Urticaria en quincke-oedeem” gelezen. Zijn conclusie, dat de „nog vaak verkondigde mening, dat urticaria in de regel op allergie berust, waarschijnlijk herziening behoeft” (bl. 1841) lijkt mij juist. Uit de beschrijving

van het onderzoek bij de besproken patiënten blijkt, dat YOUNG serieus en minitieuw te werk is gegaan. Des te meer bevreemding wekt het dat bij geen van de vijf beschreven patiënten gedacht is aan een psychiatrisch onderzoek. Er is reeds een omvangrijke internationale literatuur, waaruit blijkt dat de chronische urticaria der volwassenen in de meerderheid der gevallen een psychosomatische aandoening is.

Ik meen, dat het verantwoord is te zeggen, dat het meer zin heeft bij deze ziekte een psychiatrisch onderzoek in te stellen dan een allergisch. In mijn zo juist verschenen boek „Itching and scratching; Psychodynamics in dermatology” wordt een apart hoofdstuk aan de urticaria der volwassenen gewijd. Een bespreking van patiënten, lijdende aan deze ziekte, waarbij verslag uitgebracht wordt van intern, bacteriologisch, allergologisch en dermatologisch onderzoek, zonder dat er tevens gezocht is naar psychogenese, persoonlijkheidsstructuur en emotionele conflictsituatie lijkt mij niet in overeenstemming met de huidige stand van onze kennis.

Literatuur: MUSAPH, H. (1964) *Itching and scratching; psychodynamics in dermatology*. S. Karger, Basel, New York. — YOUNG, E. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1841.

Amsterdam, 27 september 1964

H. MUSAPH

Gelukkig kan ik collega MUSAPH gerust stellen. Wij hebben bij onze patiënten wel degelijk gedacht aan een psychiatrisch onderzoek. Aan het slot van mijn klinische les vermeldde ik immers reeds dat men bij de oorzaken van chronische urticaria ook moet denken aan psychogene factoren, bacteriële infecties, worminfecties en bepaalde interne afwijkingen.

Natuurlijk was een psychiatrisch onderzoek niet aangevoelen bij de beschreven patiënten *D* (acute urticaria door penicilline) en *E* (atopische vorm van urticaria, die goed reageerde op het voorschrijven van een eenvoudig dieet).

Bij patiënt *C* werd evenmin een psychiatrisch onderzoek verricht omdat een eenvoudige therapie tot zeer bevredigende resultaten leidde, terwijl bij patiënt *B* enerzijds geen strikte indicatie tot psychiatrisch onderzoek bleek te bestaan, anderzijds de patiënt hiervoor weinig voelde.

Patiënte *A* werd wel naar de psychiater verwezen, doch dit bracht ons helaas therapeutisch niet verder. Dit moge blijken uit het volgende verslag van het onderzoek verricht in de psychiatrische polikliniek (destijds hoofd: Prof. Dr. H. C. RÜMKE): „Bij de patiënte zijn waarschijnlijk wel psychogene momenten aanwezig voor haar huidaandoening in de zin van sterk verdrongen agressieve tendensen en seksuele afweer. Overigens is de patiënte een zeer infantiele en hysterische vrouw. Psychotherapeutisch zijn er geen mogelijkheden; er is in dat geval slechts kans op desintegratie”.

Sindsdien wordt de patiënte regelmatig medicamenteus behandeld op onze polikliniek en op de psychiatrische polikliniek, tot dusver echter zonder resultaat.

Bij mijn klinische les heb ik gestreefd naar beperking van de vermelde feitelijke gegevens en vooral aandacht besteed aan het allergologische onderzoek, omdat het mij nuttig leek, te wijzen op de meestal negatieve bevindingen bij dit onderzoek.

Om het beeld betreffende een etiologisch gerichte succesvolle therapie bij urticaria en quincke-oedeem niet nog somberder te maken, heb ik gezwegen over bovengenoemd psychiatrisch rapport, temeer daar volgens mijn ervaring de psychiater slechts zelden in staat is de patiënt van zijn klachten te genezen, wanneer de dermatologische therapie faalt.

Wat het ingezonden stuk van collega VOORHORST (1964) betreft, in mijn klinische les ben ik weinig in details getreden betreffende de symptomatische therapie. Met de opmerking van collega VOORHORST ben ik het echter geheel eens.

Literatuur: VOORHORST, R. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2058.

Utrecht, 21 oktober 1964

E. YOUNG

ICTERUS, EEN ZAAK VAN WIKKEN EN WEGEN

In zijn klinische les bespreekt Dr. HAEX o.a. ook de klinische betekenis van de transaminasebepalingen. Wij menen, dat hetgeen hieromtrent wordt gezegd voor het merendeel onjuist is.

Op bl. 1611, linker kolom, 4e alinea wordt gesteld: „Beide (transaminasen) zijn verhoogd bij processen waarbij cellichamen te gronde gaan, bv. in geval van myocardinfarct en hepatitis”. Bedoeld zal zijn: beide transaminasen zijn verhoogd (bv. bij hepatitis) of één van beide is verhoogd (bv. bij hartinfarct) bij processen, waarbij lichaamscellen te gronde gaan.

Verder lezen wij hier: „In het algemeen heeft men voldoende aan het bepalen van één van beide (transaminasen)”. Wij zijn echter overtuigd van de noodzaak om steeds naast elkaar beide transaminasen te bepalen, zoals bij herhaling door ons is betoogd (o.a. ZONDAG 1963).

Tenslotte zijn wij het oneens met de interpretatie die Dr. HAEX geeft aan de bij zijn patiënt gevonden verhoogde transaminasewaarden (bl. 1611, rechter kolom, 19e en 18e regel van onderen, en bl. 1612, 1e kolom, laatste zin 3e alinea). Deze waarden passen nl. zeer wel in de diagnose obstructie-icterus (zie o.a. schema transaminasepatronen; ZONDAG, VAN DER HELM en KLEIN 1962).

Alhoewel wij de onmogelijkheid beseffen om in een kort bestek de complete biochemische diagnostiek van de icterische patiënt te behandelen, heeft het ons tenslotte enigszins teleurgesteld, dat in deze klinische les geen melding werd gemaakt van de mogelijkheden die de simpele bepaling van de amylase, juist bij deze patiënten, te bieden heeft (KLEIN, BÉDIER DE PRAIRIE en ZONDAG 1963).

Literatuur: HAEX, A. J. CH. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1609. — KLEIN, F., F. BÉDIER DE PRAIRIE en H. A. ZONDAG (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 1084. — ZONDAG, H. A. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 1088. — ZONDAG, H. A., H. J. VAN DER HELM en F. KLEIN (1962) *Folia med. neerl.* **5**, 184.

Haarlem, 6 oktober 1964

H. A. ZONDAG
F. KLEIN

Naar aanleiding van de opmerkingen van de heer ZONDAG en collega KLEIN zou ik het volgende naar voren willen brengen. De heer ZONDAG en collega KLEIN hebben blijkbaar met de transaminasebepalingen andere ervaringen dan wij. Zo vinden wij ook bij kleine infarcten in de meeste gevallen beide transaminasen verhoogd, terwijl wij bij obstructie-icterus, zelfs wanneer deze reeds enkele maanden bestaat, regelmatig normale transaminasewaarden vinden. Dat dit niet altijd het geval is, blijkt uit de door mij beschreven ziektegeschiedenis. Ik geloof niet, dat het hier de plaats is om mij te wagen aan veronderstellingen omtrent de mogelijke oorzaak van deze discrepantie van ervaringen.

Wat de opmerking betreft, dat men in het algemeen volstaan kan met de bepaling van één transaminase, het volgende: Inderdaad is de meest ideale toestand, dat men beide transaminasen bepaalt, en wij hebben dit ook jaren gedaan. Door overbelasting van het laboratorium zijn wij echter ge-

dwongen geweest over te gaan tot vermindering van het aantal bepalingen. Sindsdien beperken wij ons in het merendeel der gevallen tot het laten bepalen van één transaminase, hetgeen in de praktijk veelal zeer goed blijkt te voldoen. Ik meen, dat het voor hen, die in dezelfde omstandigheden verkeren als wij, goed is dit te weten.

Vanzelfsprekend is over de transaminasen veel meer te zeggen dan ik in één korte alinea heb gedaan. Daarmee zou echter het doel van de klinische les — de op het betrokken gebied niet deskundige lezer in beknopte vorm en met weglating van voor het betoog onnodige en verwarrende details een overzichtelijk beeld te geven van een bepaalde facet van de geneeskunde — volkomen zijn voorbijgestreefd. Dat de wel deskundige lezer door een dergelijke beknopte bespreking niet altijd geheel bevredigd wordt en er soms zelfs een naar zijn mening belangrijk detail in mist, is onvermijdelijk. Zoals ook uit de voorlaatste alinea van de les blijkt, heb ik bewust niet naar volledigheid gestreefd.

Leiden, 27 oktober 1964

A. J. CH. HAEX

SPONTANE VINGER- EN TEENAMPUTATIES EN „AMNIOGENE INSNOERINGEN”

Naar aanleiding van het artikel van Dr. L. S. WILDERVANCK (1964) wil ik gaarne, aangezien het aantal beschreven gevallen van erfelijke aandoeningen op dit gebied niet groot schijnt te zijn, het volgende geval vermelden.

Op 21 december 1936 werd een jongetje geboren, spontaan en à terme, als eerste kind van gezonde ouders, waarvan de vader echter een splijthand had, d.w.z. dat hij aan een hand een ontwikkelingsstoornis had; er was nl. tussen de derde en vierde vinger een spleet, doorlopend tot ver tussen de middenhandsbeenderen. Daar hij er geen enkele hinder van had bij zijn werk en omdat er, voorzover hij wist, in zijn familie geen verdere afwijkingen voorkwamen, had hij er nooit enige aandacht aan besteed.

Bij het jongetje bestonden er ernstige congenitale afwijkingen aan alle ledematen. Er waren drie-stralige, plumpe handen, de bovenbenen waren beiderzijds aangelegd, alleen rechts sterk vergroot. Er waren zeer korte onderbenen en een voet die 180° gedraaid was ten opzichte van de normale stand. De onderbenen en voetjes hingen aan het meest laterale deel van de enorme tibia.

De jongen heeft zich dank zij vele orthopedische operaties zodanig kunnen ontwikkelen, dat hij een redelijke positie heeft verworven en thans is gehuwd. Zijn echtgenote is thans in verwachting van het eerste kind.

Op 10 maart 1948 werd, een week te vroeg, spontaan een tweede kind geboren, een meisje; dit kind bleek twee misvormde voetjes te hebben. Haar rechter voet toont een spleet, zodanig dat de voet halverwege de middenvoet overgaat in een grote teen en een klein teentje. De linkervoet is uitwendig tot aan de tenen normaal. De grote teen staat loodrecht op de lengteas van de voet, de kleine teen is normaal. Verder is er nog een teen aanwezig, die te groot is, dwars ten opzichte van de voet staat en de kleine teen gedeeltelijk bedekt. Er is een insnijding tussen deze teen en de grote teen. Verder is het kind goed ontwikkeld. Het meisje is thans verloofd.

Ik meende met deze mededeling een aanvulling te hebben gegeven op bovenstaand bovengenoemd artikel.

Literatuur: WILDERVANCK, L. S. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2074.

Amsterdam, 28 oktober 1964

A. POLAK