

INGEZONDEN

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

Chronische aseptische meningitis

De klinische les van Prof. DEN HARTOG JAGER (1976) over chronische aseptische meningitis roept vragen op. Graag wil ik over enkele mij onduidelijke punten opheldering vragen:

1. Patiënte zou op haar 18e jaar een epileptisch insult gehad hebben. Was dit een gegeneraliseerd of een focaal insult? Kreeg zij nadien medicijnen?

2. Op 10-5-48 is patiënte thuis bevallen van gemelli. Een dag na de partus kreeg zij een insult. Een dag later na nog een insult wordt patiënte pas opgenomen. Er bestaat een ernstige hypertensie; oedemen of albuminurie worden niet vermeld, wel dat later op de afdeling neurologie veel erythrocyten en leukocyten in de urine werden waargenomen, en ook een spoor albumen; kortom, er bestond een urineweginfectie. Daar het een primigravida betrof, met gemellizwangerschap, hypertensie en een urineweginfectie, die een dag na de partus een insult kreeg, is het aannemelijker dat dit een *eclamptisch* insult was dan een „epileptisch” insult.

3. Op 29-5 wordt patiënte overgeplaatst naar de afdeling neurologie. De reden is niet duidelijk. Blijkens het verhaal verderop moet dit een abnormale liquorbevinding zijn geweest van een LP, verricht toen patiënte nog op de afdeling verloskunde lag. De reden van deze LP is niet duidelijk. Kunnen deze liquorveranderingen ook veroorzaakt zijn door geringe herseninfarctering op basis van vaatspasmen door eclampsie? Het vervolg maakt dit niet waarschijnlijk. Jammer is, maar wij schrijven 1948, dat er toen geen uitgebreid microbiologisch en serologisch onderzoek bij moeder en kinderen is gedaan. Belangrijk zou kunnen zijn of de moeder in de zwangerschap „griep” gehad heeft. Hoe was de toestand van de kinderen bij de geboorte (gewicht) en in de volgende levensfase? De anamnese laat ons hier volkomen in de steek.

4. In 1958 komt patiënte weer onder medische zorg; moeheid, hoofdpijn en oorsuizen zijn de klachten. Zijn deze klachten op te vatten als een restverschijnsel na meningitis, is er hypertensie, zijn er afwijkingen op KNO-gebied (mid-denoor) of is er een neurastheen syndroom, verband houdende met de epilepsie?

5. Een vergrote lever zonder functiestoornis compliceert het beeld. Wat is de betekenis hiervan? Slikt patiënte al jaren fenobarbital, kan dit een grote lever (inductie leverenzymen) geven? Zijn cerebrum en lever onder één noemer te vangen, bijvoorbeeld een stofwisselingsstoornis (vergelijk de ziekte van Wilson).

6. Bij alle waardering voor het schrijven van een klinische les en alle begrip voor de moeilijkheden bij een retrospectief onderzoek, komt het mij voor dat deze klinische les voor wat betreft onderwerp en casus weinig gelukkig is gekozen. Immers noch anamnese noch klinisch onderzoek geeft kans tot meedenken, een laboratoriumdiagnose geeft de doorslag.

Literatuur: HARTOG JAGER, W. A. DEN (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 45.

Vlaardingen, januari 1976

F. W. WORST

Het is moeizaam de vragen van collega WORST te beantwoorden daar deze vrijwel alle in de klinische les reeds zijn beantwoord. Ik zal het toch maar proberen.

Ad 1. Over het epileptisch insult op patiënte's 18e jaar waren geen nadere gegevens verkrijgbaar. Geen medicatie voor dit insult.

Ad 2. Patiënte had geen oedemen en geen albuminurie van betekenis, anders was dit wel vermeld. Aan eclampsie is wel gedacht, geen geniale inval, doch onverklaard blijven dan de zware liquorafwijkingen die vele jaren bleven bestaan en in deze vorm bij eclampsie niet voorkomen. Een eclamptisch insult is een epileptisch insult bij een patiënt die eclampsie heeft.

Ad 3. De reden der overplaatsing is het verwerpen der diagnose eclampsie mede wegens de gevonden liquorafwijkingen in de Vrouwenkliniek. Herseninfarcteringen en vaatspasmen veroorzaken geen blijvende liquorafwijkingen. Als onder microbiologisch klinisch-chemisch onderzoek wordt bedoeld, dan hebben wij weergegeven wat in 1948 en de volgende jaren werd gedaan. Niet weinig dacht ik. De vragen over de kinderen zijn niet relevant in verband met de liquorbevindingen bij de moeder.

Ad 4. Moeheid, hoofdpijn en oorsuizen zijn voor de patiënt hinderlijke klachten. Het is verleidelijk deze in samenhang te zien met de chronische aseptische meningitis in dit geval. Als de patiënt chronische oorontstekingen had gehad was deze klinische les nooit geschreven.

Ad 5. Over de vergrote lever hebben diverse zeer bekwame internisten zich het hoofd gebroken (zonder resultaat). Fenobarbital veroorzaakt geen leververgroting. De ziekte van Wilson heeft een zware klinisch neurologische symptomatologie die deze patiënt niet vertoonde.

Ad 6. Een ziekte die tot 20 jaar na het begin nog liquorafwijkingen geeft is moeilijk prospectief te beschrijven. Na 20 jaar is de beschrijving dan intussen retrospectief geworden. Meedenken helpt niet veel. Etiologische mogelijkheden die niet reeds in de beschrijving in de klinische les zijn uitgesloten worden gaarne tegemoet gezien. Het is duidelijk dat collega WORST het beeld van de chronische aseptische meningitis niet kende (begrijpelijk) en ook ná het lezen van deze klinische les nog steeds niet begrijpt (jammer).

Amsterdam, februari 1976

W. A. DEN HARTOG JAGER

Een eenvoudig ruimtelijk schema voor het classificeren van stoornissen in het septeringsproces van het menselijke hart naar morfogenetische criteria

Het caput selectum van de hand van LOS (1976) noopt tot een enkele kanttekening.

Waar LOS begaan is met het lot van de medicus practicus die bij zijn pogingen om inzicht te verwerven in de normale en de gestoorde ontwikkeling van het menselijke hart „zijn weg versperd vindt”, daar diende hij toch een enkel woord te wijden aan de literatuur die ons van klinische en klinisch gerichte zijde bereikt. Termen als „de berg van klinische casuïstiek” en „embryologische schijnverklaringen” zijn hier toe wat al te gemakkelijk neergeschreven. Collega LOS doet hiermee niet alleen een aantal vooraanstaande onderzoekers