

Carcinomatose van de hersenvliezen

Ik wil op gezag van de schrijvers HENGELFELD e.a. 1978) gaarne aannemen dat — ik citeer — „geholpen door de kennis van de besproken klinische verschijningsvorm en door de resultaten van eventueel meermalen herhaald lumbale puncties en liquoronderzoek, de diagnose in de meeste gevallen met tamelijk grote zekerheid kan worden gesteld”. Mijn bezwaren tegen dit artikel betreffen echter de voorgestelde therapie. De schrijvers zeggen dat „het mogelijk blijkt te zijn met radiotherapeutische en chemotherapeutische methoden het aantal suspecte cellen in de liquor te doen dalen”. Zij vermelden tevens „dat er nog geen overtuigende aanwijzingen bestaan dat bij de tot nu toe gebruikte doseringen de levensduur van de patiënten kan worden verlengd”. Geen van de 3 door hen zelf behandelde patiënten (behandeld met intrathecally toegediende cytostatica) bleef langer dan 2 weken nog in leven. Ik vraag mij af: is dit geneeskunde? Er werd een werkgroep opgericht om een behandeling met röntgenstralen en cytostatica te schematiseren.

Wanneer ik de microscopische afbeeldingen bezie van de meninges die tot in de kleinste hoekjes en gaatjes met maligne cellen zijn volgepropt, begrijp ik niet hoe intrathecally toediening van cytostatica iets goeds zal kunnen bewerkstelligen. Het aantal suspecte cellen in het lumbale vocht zal mogelijkerwijs verminderen, doch is dit voor de patiënt van belang? Zelfs al zou het leven van deze patiënten door de voorgestelde behandeling met enige maanden worden verlengd, dan nog is het de grote vraag of dit als winst voor de patiënten kan worden beschouwd. Ik meen dan ook dat de therapie met röntgenbestraling en chemotherapie bij deze patiënten achterwege moet blijven en dat passieve euthanasie voor hen te verkiezen is.

Literatuur: HENGELFELD, J. W., J. W. A. SWEN, P. M. BAKKER e.a. *Ned. T. Geneesk.* 122, 1875.

Dreischor, januari 1979

W. J. BRUINS SLOT

Het commentaar van prof. BRUINS SLOT beschouwen wij als een aanvulling, die getuigt van grote belangstelling. Het is altijd zinvol te realiseren of een bepaalde vorm van behandeling medisch en menselijk gezien juist is.

De diagnose wordt gemakkelijk gemist of zeer laat gesteld maar is reeds in een vroeg stadium mogelijk met behulp van cytologisch onderzoek van het liquorsediment. De klachten zijn vaak uiterst hinderlijk of belastend en vragen om therapie, dit te meer daar in de rest van het lichaam soms nog slechts zeer weinig tumormetastasen aanwezig zijn.

Met nadruk willen wij er nogmaals op wijzen, dat met de besproken behandelingswijze in eerste instantie een palliatief doel wordt nagestreefd, zoals ook in het artikel reeds is aangegeven. Dat het uiteindelijke doel verder reikt en dat ons nog hulpeloze pogen ook hierdoor wordt geschrapt kan geïllustreerd worden door het volgende anecdotische verhaal. Toen een onzer enkele jaren na de oorlog op de afdeling van prof. ROBERT DEBRÉ aldaar een zaaltje met kinderen lijdende aan vergevorderde meningitis tuberculosa bezocht, die met streptomycine werden behandeld, was de gunstige invloed van deze medicatie naar objectieve

maatstaven duidelijk, maar prof. DEBRÉ moest toch zeggen: „Mais quand même, tous ces enfants vont mourir.”

Uit de schaarse literatuur-gegevens over carcinomatose van de hersenvliezen, die ons bekend zijn, kan de voorzichtige conclusie worden getrokken dat intrathecally cytostatische therapie al of niet in combinatie met radiotherapie enerzijds de klachten kan doen verminderen en anderzijds de levensduur kan verlengen. Daarbij willen wij echter geenszins uitsluiten dat op den duur andere behandelingsmethoden of toedieningswijzen noodzakelijk zullen blijken.

Om deze redenen willen wij nogmaals collegae met ervaring in het behandelen van deze patiënten verzoeken gegevens uit te wisselen. Op deze wijze zal de behandeling geëvalueerd kunnen worden met het minste nadeel en naar wij hopen tot uiteindelijk heil van de aan ons toevertrouwde patiënten.

's-Gravenhage, februari 1979

J. W. HENGELFELD
J. W. A. SWEN
P. M. BAKKER
L. J. ENDTZ

Buiktuberculose

Het is opvallend dat in twee opeenvolgende nummers van het Tijdschrift een klinische les wordt gewijd aan „buiktuberculose” (HAALBOOM e.a. 1979; KALSBEK 1979). Als oudere tuberculose-arts, die in de jaren 1937-1947 honderden gevallen van buiktuberculose gezien heeft, meen ik enkele vragen te moeten opwerpen en aanvullingen te moeten geven; te meer omdat ik kort geleden geconfronteerd werd met een soortgelijke patiënt als in deze klinische lessen is besproken.

Het is ondoenlijk in een zeer kort bestek een overzicht te geven van de grondslagen van de verspreiding van de tuberkelbacterie in het lichaam. De Hollandse school (VOS Sr., BRONCKHORST, STRAUB e.a.) hebben hierin — mondiaal gedacht — een grote rol gespeeld. Het lijkt mij juist, vanuit dit standpunt de mededelingen van de gevallen van „buiktuberculose” te bekijken.

Buiktuberculose is nooit een lokale ziekte. Men onderscheidde, m. i. terecht, drie stadia:

1. *Primaire fase — infectie-fase:* In de darm kwam dit slechts sporadisch voor door bovine infectie.

2. *Secundaire (post-primaire) fase:* Via hematogene verspreiding, wat de buik betreft: uitzaaiingen in peritoneum met peritonitis, ascites en buikkliertuberculose. Genezing trad veelvuldig op, herhaaldelijk met strengvorming, waardoor ileusverschijnselen. Lokale darmafwijkingen kwamen in deze fase zelden voor. Bij vrouwen na de menarche trad veelal steriliteit op; merkwaardigerwijs vóór de menarche zelden steriliteit.

3. *Tertiaire (ftisische) fase:* Deze fase kon en kan optreden direct in aansluiting aan fase 1 en 2, maar ook zeer vaak tot tientallen jaren later. Hierbij ziet men herhaaldelijk darmafwijkingen bij de valvula Bauhini, colon ascendens en transversum; in vergevorderde gevallen ook in het colon descendens. In hoeverre deze ontstonden als opflikkeringen van de hematogene uitzaaiing uit fase 1, of door versleping van sputum, is nooit geheel zeker geworden; waarschijnlijk is de eerste verklaring de juiste.

Opmerkelijk is de klinische ervaring van B. H. Vos, uit het Sanatorium Hellendoorn omstreeks 1931, dat patiënten met darmtuberculose gunstig reageerden op het geregeld gebruik van sinaasappels. Deze waarneming werd dus gedaan voor de tijd dat er over vitamine C iets meer bekend was dan verband met scorbuut. In samenspel met BRONKHORST ontstond hieruit de standaard-behandeling voor elke patiënt met wat uitgebreidere tuberculose, met het trias vitamine C, vitamine A en D (levertraan). Ging voordien bijna elke patiënt met iets uitgebreidere darmtuberculose hieraan onherroepelijk dood, na het invoeren van deze behandeling werd dit een uitzondering. Dus niet de tuberculostatica hebben deze ommekeer teweeggebracht, maar de betere voeding.

De onbehandelde darmtuberculose gaf herhaaldelijk uitgebreide afwijkingen in het mesenterium, peritoneum en in klieren (lymfogeen of per continuitatum verbreid).

De in de klinische lessen beschreven gevallen lijken mij alle opflikkeringen van de oude darmtuberculose, zoals boven beschreven. Patiënten die door behandeling met vitamines, misschien ook met tuberculostatica, met een rest-toestand zijn blijven zitten. Terecht wordt geschreven over de standvastige zuurvaste staaf. Soms kan dit „ondier” na meer dan 40 jaar nog wakker worden. Alle beschreven patiënten zijn van oudere leeftijd. Allen kunnen zeer goed een niet-gediagnostiseerde darmtuberculose hebben gehad. Er kan ook een enkele bovine infectie tussen zitten. Waarom dan een opflikkering? Is dit een kwestie van verminderde immuniteit bij het klimmen der jaren, of is hier ook sprake van een insufficiënte voeding en (of) minder goede sociale omstandigheden?

Voor degenen die eens willen nagaan, welke verwoestingen de tuberkelbacterie in de darm kan aanrichten, is het proefschrift van J. A. W. BERGHAUSER PONT, bewerkt op instigatie van BRONKHORST (een historisch werk), heel erg aan te bevelen.

Het is wel jammer dat de schrijvers van de genoemde klinische lessen de talloze publikaties en mededelingen in longartsen-vergaderingen (B. H. Vos, H. Vos, W. BRONKHORST, F. SICKINGA en vele anderen) niet hebben nageslagen. Het bleek mij vlak na de oorlog reeds hoe zeer de Nederlandse visie op de tuberculose-behandeling ook in het buitenland bekend was en als toonaangevend werd beschouwd. Ook nu heeft zij haar waarde nog allerminst verloren. Bovenstaande beschouwingen kunnen in dit bestek natuurlijk niet anders dan uitermate kort en onvolledig zijn.

Literatuur: HAALBOOM, J. R. E., S. G. TH. HULST, J. C. GANS e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2. — KALSBECK, L. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 33.

Zeist, januari 1979

R. L. BAART DE LA FAILLE

De trias „cerebrale vaatafsluitingen, non-bacteriële trombotische endocarditis en maligne tumoren”

Met veel belangstelling las ik het artikel van VAN VECHT e.a. (1978). Gaarne zou ik hierbij het volgende willen opmerken: gesteld wordt dat, uitgezonderd de tumor, het door hen beschreven beeld, met name de afwijkingen in de hemostase, ook voorkomt bij trombotische trombocytopenische purpura (T.T.P.). Men zou hieruit misschien kunnen opmaken dat diffuse intravasale stolling (D. I. S.) een ge-

woon verschijnsel is bij T.T.P. Dit is evenwel niet het geval. Zo vonden JAFFE e.a. (1973) slechts bij 3 van 12 patiënten met T.T.P. op enig tijdstip gedurende het verloop verschijnselen die op D.I.S. wezen. De stollingsafwijkingen toonden in het geheel geen correlatie met het klinische verloop en leken indien aanwezig, een secundair verschijnsel dat verband hield met een verergering van het hemolytische proces en het daardoor vrij komen van erytrocytenfragmenten. BONE e.a. (1978) vonden bij 6 patiënten slechts in één geval een licht verlaagd fibrinogeengehalte. Zelf vonden wij bij twee patiënten met T.T.P. geen verschijnselen van D.I.S. Eén patiënt, die zich presenteerde met neurologische verschijnselen, het hematologische beeld van T.T.P. en duidelijke verschijnselen van D.I.S., bleek bij obductie een pancreascarcinoom met hersenmetastasen te hebben.

Wat betreft de door de auteurs vermelde publikaties over het voorkomen van D.I.S., bij T.T.P.: in het artikel van ADAMS e.a. (1948) worden 4 gevallen van T.T.P. beschreven. Bij geen van hen is enig hemostase-onderzoek verricht waaruit tot het voorkomen van D.I.S. geconcludeerd zou kunnen worden. De publikatie van LERMAN (1968) is een ziektegeschiedenis waarin verschijnselen van een T.T.P. met D.I.S. worden beschreven bij een patiënt met een pancreascarcinoom.

Hoewel dus enige verschijnselen van D.I.S. soms kunnen voorkomen bij T.T.P. lijkt het in de praktijk toch beter om bij een patiënt met een beeld gelijkend op T.T.P. met tevens duidelijke verschijnselen van D.I.S. in de eerste plaats aan een metastaserende tumor te denken. Doet men dit niet, dan is het gevaar niet denkbeeldig dat men een dergelijke patiënt ten onrechte als een T.T.P. zal behandelen.

Literatuur: ADAMS, R. D., J. CAMMERMEYER en P. J. FITZGERALD (1948) *J. Neurol Neurosurg. Psychiat.* 11, 27. — BONE, R. C., J. D. HENRY en PATTERSON (1978) *Amer. J. Med.* 65, 262. — JAFFE, E. A., R. C. NACHMAN en C. E. MERSKEY (1973) *Blood* 42499. — LERMAN, J. (1968) *New Engl. J. Med.* 278, 1336. — VECHT, CH. J., W. G. VETTEN en A. E. BECKER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1881. —

's-Gravenhage, januari 1979

C. H. W. LEEKSMA

Transcapillair transport

Het transcapillaire transport dient voor de cellulaire „energie”-verzorging. De cellulaire energie-behoefte is afhankelijk van de metabole activiteit van de cel. In het artikel van prof. ZIJLSTRA (1978) wordt de capillair als fysiologische eenheid besproken maar niet in directe relatie tot de cellulaire energiebehoefte, alhoewel hiervoor vele argumenten in de literatuur voorhanden zijn.

Hierover het volgende: elke cel is ingebed in een mucopolysacchariden-eiwitcomplex of -grondsubstantie, een gel waarvan de viscositeit wisselend is. OPSAHL beschreef reeds in 1949 dat hormonen de viscositeit van deze grondsubstantie beïnvloeden. CHAMBERS en ZWEIFACH (1947) toonden aan dat met het veranderen van de viscositeit de permeabiliteit van de grondsubstantie en de capillairen veranderen. De interstitiële waterbewegingen of transcapillaire filtratie zullen dus mede afhankelijk zijn van de staat waarin de grondsubstantie zich bevindt.

De metabole cyclus van deze grondsubstantie, een continue afbraak en wederopbouw, werd uitvoerig onderzocht door o.a. BOSTROM en GARDELL (1953) en KENT (1961). De afbraak bleek het gevolg te zijn van depolymerisatie van de