

wangslimvlies of tonsillen. Bij enkelen bevatte de urine wat eiwit.

Bij drie patiënten was de bezinkingssnelheid der rode bloedlichaampjes volkomen normaal, de hoogste waarde bij de anderen was 34 mm na één uur. In sterke tegenstelling tot deze geringe reactie van de plasmaeiwitten stond de vaak sterke wijze, waarop de leukocyten reageerden: bij vijf patiënten was er een duidelijke leukocytose, met aantallen van respectievelijk 14.000, 14.000, 19.000, 20.000 en 22.000 per mm³. Absolute vermeerdering van de eosinofiele cellen (meer dan 450 per mm³) zagen we slechts bij twee zieken; nemen we in aanmerking, dat bij koorts door infecties het aantal eosinofiele meestal daalt, dan zou men bij nog drie patiënten, met waarden van 200 tot 450 per mm³, van relatieve eosinofilie kunnen spreken.

Bij alle patiënten werd naar het LE-verschijnsel gezocht, steeds met negatief resultaat. Ook elk ander onderzoek naar chemische afwijkingen gaf steeds normale waarden.

Wij hebben al onze patiënten behandeld met prednison. We overwogen daarbij, dat bij deze toxisch-allergische reactie het gevaar van mogelijk dodelijk glottisoedeem niet denkbeeldig was. Omdat ons gegevens over onbehandelde zieken ontbreken kunnen we onmogelijk uitmaken of deze behandeling zin heeft gehad. Onze zieken waren in anderhalf tot vier dagen koortsvrij; de huidverschijnselen verdwenen langzamer en waren na een week meestal in geringe mate nog zichtbaar.

Wat betreft de aetiologie van deze ziekte bestaat er bij ons ook niet de geringste twijfel dat het gebruik van Planta-margarine in de nieuwe samenstelling de oorzaak was. Al onze zieken hadden deze gebruikt. Op een na werden alle patiënten opgenomen in dezelfde week; in deze week werd de verdachte margarine uit de handel genomen; daar-

na hebben wij dit geheel onbekende ziektebeeld niet weer gezien.

Als oorzaak van epidemieën, die in zo korte tijd zoveel slachtoffers maken, kennen wij slechts voedingsmiddelenvergiftiging. Daarom zou men degenen, die desondanks twifelen aan de Planta-hypothese, willen uitnodigen een andere verklaring van deze feiten te willen geven. Aan het bestaan van een virus, dat in een week tijd van de een naar de ander overgaat, maar bij de staatsgrens keurig halt houdt, weigeren wij voorlopig te geloven.

Bij de pathogenese van deze ziekte zijn nog duistere punten. Ze heeft voornamelijk vrouwen getroffen (men zegt: vooral blonde; het Latijnse woord emulgator is mannelijk!). Zulk een onverklaarde voorkeur voor een bepaalde groep heeft ook de agranulocytose door aminopyrine (vrouwen boven de veertig) en de aplastische anemie door chlooramfenicol (meisjes beneden de twaalf).

De ziekte schijnt een incubatietijd te (kunnen) hebben van tien dagen. We kennen dit ook van het penicilline-exantheem. Een verpleegster van onze afdeling, die als enig ziekteverschijnsel een grofvlekkig, morbilliform exantheem had, kreeg dit tien dagen nadat ze één enkele maal nieuwe Planta-margarine had gegeten. Huidproeven met de emulgator vielen negatief uit. Op een internist maakt deze laatste waarneming uit de aard der zaak niet zoveel indruk.

Het is niet waarschijnlijk dat we deze ziekte een van allen ooit weer te zien zullen krijgen. Maar de waarneming van deze epidemie is zeer leerzaam geweest. We hebben nogmaals gezien welke ongedachte reacties een chemische stof in het menselijk lichaam teweeg kan brengen en bescheiden te aanvaarden, dat we zo weinig weten van de pathogenese van deze afwijkingen. We hebben geleerd bij onverklaarde verschijnselen niet alleen aan geneesmiddelen als oorzaak daarvan te denken.

CASUÏSTIEK

Gefixeerd aan de voorgeschiedenis

De 62-jarige patiënt, die mij medio oktober 1959 consulteerde in de veronderstelling, dat hij griepelig was, kwam overigens regelmatig voor Lynoral-tabletten, die hij sinds 1959 gebruikte (4 dd 0,05 mg). Hij had in dat jaar een prostatectomie ondergaan wegens carcinoom; op de toen gemaakte bekkenfoto's waren enkele plekje's te zien, die verdacht waren voor metastasen. Sedertdien ging het echter goed met de patiënt; er bleken bij de halfjaarlijkse urologische controle geen afwijkingen te zijn en hij verrichtte zijn werk als grossier zonder moeite. Ik behandelde hem in deze jaren slechts tweemaal, beide keren nadat hij griep had gehad en wat traag herstelde van zijn hoest of spierpijnen.

Behalve aan zijn mammae en genitalia was het voortdurend Lynoralgebruik ook merkbaar aan de breedvoerige wijze van klagen over deze „postgriepuze” kwaaltjes”.

In oktober 1959 klaagde hij over een stijf pijnlijk gevoel in de nek, beiderzijds uitstralend onder de kaken, rechts erger dan links, hij transpireerde enigszins, had geen koorts, voelde zich niet ziek en had geen keelpijn. Bij onderzoek viel mij alleen op, dat de mond niet maximaal werd geopend, maar dat er wel een wat overdreven schichtigheid voor de tongspatel bestond. Ik vond geen andere afwijkingen en adviseerde warmte en antineuralgica, doch vreesde een metastase. Enkele dagen daarna kreeg

patiënt pijn bij het eten, had moeilijkheden bij het kauwen: er bestond een geringe trismus.

Dezelfde dag nog vroeg ik het oordeel van een oor-neus-keelarts. Deze meldde telefonisch dezelfde bevindingen, kon geen oorzaak vinden en adviseerde in verband met de voorgeschiedenis nader onderzoek, in eerste instantie door een neuroloog. De patiënt, tevreden met het feit, dat er geen ernstige afwijkingen waren gevonden, stelde dit nader onderzoek nog enige dagen uit, hoewel de klachten geleidelijk toenamen. Na enig aandringen kwam hij echter toch bij de neuroloog terecht. Deze collega wist weldra de diagnose te stellen: tetanus. Met moeite werd inderdaad een minuscuul trauma gevonden in de vorm van een houtsplintertje in een

vingertop, drie weken tevoren verworven. De patiënt werd opgenomen en kon reeds na tien dagen genezen worden ontslagen.

Door het gefixeerd zijn aan de voorgeschiedenis was in dit geval een gezichtsveldvernauwing opgetreden bij de huisarts en de oor-neus- en keelarts.

In april 1960 zag ik patiënt wederom, ditmaal met klachten over een stijve, pijnlijke rechterheup. Hij sleepte enigszins met het rechter been en bij het autorijden kostte het hem moeite de voet te verplaatsen tussen gas- en rempedaal. Op de bekkenfoto's bleek een duidelijke metastase in de rechter spina ischiadica. Met bestraling en driemaal daags 50 mg Stilboestrol in plaats van Lynoral is de patiënt op het ogenblik weer ambulante.

Optische hulpmiddelen bij slechte gezichtsscherpte

DOOR DR. J. K. PAMEIJER, OOGARTS TE DEVENTER

De redactiecommissie van huisarts en wetenschap heeft mij gevraagd een artikel te willen schrijven over een onderzoek dat werd verricht in de Oogheelkundige Kliniek te Amsterdam, hoofd Prof. Dr. A. Hagedoorn. Het onderzoek betrof 200 patiënten met een zo slechte gezichtsscherpte, dat lezen met een gewone bril, al of niet gecombineerd met een leesloep, niet meer mogelijk was. De patiënten waren allen verwezen, hetzij door de Oogheelkundige Kliniek te Amsterdam, andere oogheelkundige klinieken, óf wel door oogartsen in Amsterdam of elders in ons land. Hoewel het dus een „superspecialistisch” onderzoek is geweest, dat langzamerhand aan het uitgroeien is tot een superspecialisme, kan het toch nuttig zijn dat een huisarts hiervan op de hoogte is, omdat het mogelijk is dat hij met patiënten in aanraking komt, die, zoal niet blind, toch wel dermate in hun visus gehandicapt zijn, dat lezen voor hen uitgesloten lijkt; de huisarts zou hun de weg kunnen wijzen hoe voor dat lezen misschien een oplossing is te vinden.

De eerste moeilijkheid bij het onderzoek betrof het bepalen van de gezichtsscherpte bij deze patiënten. In Nederland is men gewend de gezichtsscherpte te bepalen met de letterkaart volgens Snellen, waarbij de patiënt op 5 meter van de kaart wordt geplaatst. Bij de beide bovenste grote letters staat vermeld $v = 1/10 D = 50$ en deze zijn zo geconstrueerd, dat iemand met een normale gezichtsscherpte ze op een afstand van 50 meter juist kan onderscheiden. Heeft iemand nu een verminderde gezichtsscherpte en ziet hij op 5 meter wel de bovenste letters, maar niet de letters van de tweede rij, dan is zijn gezichtsscherpte $5/50 = 1/10$. Daalt de gezichtsscherpte beneden $1/10$, dan is het in ons land de gewoonte de patiënt vingers te laten tellen op een afstand van respectievelijk 5, 4, 3, 2 en 1 meter en wanneer hij

dat goed doet, te spreken over een gezichtsscherpte van respectievelijk $5/60$, $4/60$, $3/60$, $2/60$ en $1/60$.

Een verbetering van deze onnauwkeurige methode bleek te zijn merktekens op de grond te zetten, op respectievelijk $4\frac{1}{2}$, 4, $3\frac{1}{2}$ meter enzovoort van de letterkaart en na te gaan, wanneer patiënt de twee bovenste letters goed ziet. Deze methode wordt nog beter, wanneer men aan de achterkant van de Snelenkaart eenzelfde kaart plakt met andere letters en ook deze aan de patiënt toont. Leest een patiënt dan bijvoorbeeld op $2\frac{1}{2}$ meter alle vier bovenste letters goed, dan is zijn gezichtsscherpte $2\frac{1}{2}/50 = 5$ procent.

De gezichtsscherpte wordt eveneens bepaald op 25 cm afstand (*foto 1*), waarbij gebruik wordt gemaakt



van de leesproeven van de Londense opticien Keeler. Daarbij worden zowel letters als Landoltse ringen gebruikt, die zijn gerangschikt in het zogenaamde A-systeem. Dit begint bij A 1, dat overeenkomt met 100 procent; A 2 is 80 procent van A 1 en dus 80 procent; A 3 is 80 procent van A 2 en dus 64 procent en dit gaat zo door tot A 20 = 1,4 procent. Het voordeel van dit systeem is, dat er tussen A 11, overeenkomende met een gezichtsscherpte van 11