

doch meer dan vroeger door de rede, is steeds ingewikkelder geworden. Een goede kennis van voedingsaangelegenheden is dan ook wenselijk. Aannemende dat de arts nauwkeurig weet welke voeding hij de gezonde of zieke mens wil aanbevelen, wordt het welslagen van het overnemen van dit advies door de huisvrouw of andere gezinsleden beïnvloed door een aantal bekende en onbekende factoren.

Het „vertalen” van het advies in concrete zin voor de vrouw die de voorschriften moet uitvoeren, is uiterst moeilijk. Daarvoor is een uitgebreide kennis van de voedingsmiddelen nodig, wat betreft samenstelling, onderlinge vervangbaarheid, variatiemogelijkheden, gebruikstechnische mogelijkheden, bereidingswijze, kennis van emotionele benaderingswijze van de gebruiker. Een diëtiste kan hierbij een waardevolle hulp van de huisarts zijn. In de opleiding tot arts zou een enkel college van de socioloog, de sociaal-antropoloog of de sociaal-psycholoog een waardevolle aanvulling kunnen zijn in de colleges van de sociale geneeskunde om enige belangrijke vraagstukken, samenhangend met de benadering van de patiënt, te belichten. Wanneer de kennis van de huisvrouw omtrent de voeding zou worden behandeld, zou blijken welk gebrek aan kennis en welke misverstanden bij de huisvrouw heersen. Dat bijvoorbeeld roomboter in de praktijk van de voeding niet zo goed zou zijn als margarine, is voor de meeste huisvrouwen ongeloofwaardig. Roomboter is toch natuur. Dat blikgroente verse groente in voedingswaarde kan benaderen is voor hen nauwelijks aannemelijk. Nog

steeds wordt aan sommige voedingsmiddelen bijzondere waarde toegekend. Yoghurt is bloedzuiverend, van wittebrood wordt men dik, wittebrood stopt, vlees is krachtiger dan vis. En zo is er een gehele staalkaart te bedenken.

Het is dan ook wenselijk dat bij de opleiding van de arts, ingepast in het bestaande lesrooster en bestaande colleges, enig inzicht wordt verkregen in sociologische en sociaal-psychologische problemen; kennis omtrent het veranderde gedragspatroon van de patiënt in onze nieuw verkregen welvaartsstaat zal tot heil van de patiënt kunnen worden gebruikt.

Samenvatting

1 Preventie van overvoeding (atherosclerose) begint al in de kinderkamer. 2 Aan volwassenen is door een goede voeding meestal niet meer te herstellen wat door een slechte voeding in de jeugd is verwaarloosd. (Mozette, 1907). 3 Mechanisatie van de arbeid met verminderde calorieënbehoefte is niet gevolgd door lagere voedselopneming. 4 De verschuiving van de koolhydraten naar de vetten in de voeding is ongunstig. 5 Het gebruik van meer onverzadigde vetten is gewenst. 6 Tandcariës is een gevolg van aard van snoepgoed en frequentie van snoepen.

- Backer Dirks, O. (1961) huisarts en wetenschap 4, 172 en 203.
Dam, H. (1964) Nutritional factors in gall-stone formation. Proc. 6th intern. congress of Nutrition. Edinburgh 1963. E & S. Livingstone Edinburgh en London.
Lew, A (1961) J. Amer. Diet. Ass. 38, 323.
Mulder, T. (1962) Voeding 23, 564.
Visser, J. B. (1965) Ned. T. Geneesk. 109, 1435
Voedingsraad: (1965) Voeding 26, 155 en 442.
Wolthuis, F. H. (1956) Voeding 17, 443.
Yudkin, J. (1964), Lancet II, 4.

Probleem (3)*

Probleemsteller, tevens discussieleider: W. J. Duit, huisarts te Vaassen.

Probleemoplossers: L. Knook, huisarts te Apeldoorn (1) en R. G. J. Lier, huisarts te Apeldoorn (2).

Consulent: L. van Leeuwen, internist te Apeldoorn. Verslaggever: W. P. C. Knuttel, huisarts te Apeldoorn.

Probleemstelling. Patiënt X, geboren in 1925, van beroep geschoold bankwerker, werd, nadat hij zich reeds enige tijd niet fit had gevoeld, op 10 juni 1963 plotseling ziek, met een dubieuze koude rilling, hoge koorts, pijn in het hoofd, matig hoesten en opgeven van blank sputum. Hij was wat kortademig, had geen pijn in borst of buik. Tracti:

geen bijzonderheden. Er waren geen aanwijzingen voor een intoxicatie; patiënt rookte niet. Vroegere ziekten: 1947 amoebendysenterie; 1948 herniaklachten; 1957 opnieuw herniaklachten: operatie; 1958 restless legs; 1959 maagklachten; 1960 opnieuw maagklachten; maart 1962 maagklachten en melaena, rust-dieetkuur; oktober 1962 recidief ulcus, maagsectie; januari 1963 dumpingsyndroom; februari 1963 depressiviteit; maart 1963 depressiviteit met onbestemde angst, patiënt gaat vier weken met vakantie, daarna hervat hij zijn werk; mei 1963 klachten over moeheid, anorexie, dumpingsyndroom.

Bij onderzoek maakt patiënt een flink zieke indruk. Hij was compos mentis, verkeerde in matige voedingstoestand en vertoonde geen tekenen van cyanose, icterus of anemie. De pols was regulair, aequaal, 110 slagen per minuut. De temperatuur bedroeg 40 graden Celsius. De bloeddruk was 120/70 mm Hg. Er werden geen bijzonderheden gezien aan mond, keel neus en bijholten. De schildklier was niet vergroot. De veneuze druk was

* Besproken op 22 november 1963 in het centrum Apeldoorn van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Voor de opzet van deze wijze van nascholing in een studiegroep of centrum van het N.H.G. zij verwezen naar (1961) huisarts en wetenschap 4, 362; (1962) Ibidem 5, 254 en (1963) Ibidem 6, 253.

niet verhoogd. Er waren geen vergrote lymfklieren te voelen. Bij onderzoek van de longen bewogen de grenzen goed, het percussiegeluid was sonoor, maar bij auscultatie waren er rechts achter onder enkele fijnblazige ronchi te horen. In de buik waren geen weerstanden palpabel; lever en milt waren niet te voelen. De nierloge's waren onpijnlijk. De wervelkolom was normaal. De uitwendige geslachtsorganen vertoonden geen afwijkingen. Bij rectaal onderzoek waren er geen bijzonderheden. De uitslag van het bloedonderzoek was als volgt: hemoglobinegehalte 90 procent; bezinkingssnelheid der erythrocyten 40 mm in het eerste uur; aantal leukocyten 10.000, waarvan één procent eosinofielen, 22 procent staafkernigen, 67 procent segmentkernigen en tien procent lymfocyten. Er was geen toxische korreling. Onderzoek van de urine leverde het volgende op: een spoor eiwit, geen reductie, een spoor urobiline, geen afwijkingen in het sediment.

De diagnose werd gesteld op bronchopneumonie. Patiënt werd behandeld met penicilline-streptomycine gedurende zes dagen (800.000 eenheden penicilline en een halve gram streptomycine per dag. Hierbij daalde de temperatuur lytisch, bleef echter subfebril, terwijl de patiënt zich ziek bleef voelen. Een tetracyclinekuur ging gepaard met een hernieuwde stijging van de temperatuur. Er werd gedacht aan drug fever en de toediening van alle medicamenten werd gestaakt. Hierop steeg de temperatuur nog verder en de man werd opgenomen in een ziekenhuis.

Bij opname werden bij algemeen onderzoek geen afwijkingen gevonden. De laboratoriumgegevens waren als volgt: de bezinkingssnelheid der erythrocyten was 87 mm in het eerste uur; het hemoglobinegehalte was 13,8 gram procent; het aantal leukocyten bedroeg 15.000, in het uitstrijkje werden enkele eosinofielen gezien, er was geen linksverschuiving. De reactie van Hijmans van den Bergh was 0,9 eenheden, thymoltroebelingstest 1,9 eenheden, alkalische fosfatase 4,7 eenheden volgens Bessy. De nierfunctie was ongestoord. Wat het eiwitspectrum betreft: totaal eiwit 6,5 gram procent met sterk verlaagd albuminegehalte (1,7 gram procent). Koude-agglutinatie viel tot tweemaal toe negatief uit. Agglutinatie op tyfus, paratyfus en Bang verliep eveneens tweemaal negatief. Zes bloedcultures, waarvan twee afgenomen tijdens een koude rilling, bleven steriel. Een sputumkweek en een banale urinekweek bleven eveneens steriel. De reactie van Paul Bunnell verliep negatief. Dit gold ook voor de serologische luesreacties. Het onderzoek op ornithosis was negatief. De reumaserologie was niet pathologisch.

Röntgenologisch onderzoek van de thorax leverde tot driemaal toe geen afwijkingen op. Een röntgenfoto van de galblaas was normaal. Röntgenonderzoek van de maag vertoonde het beeld na Billroth II. Schedelfoto's vertoonden geen afwijkingen, dit gold ook voor foto's van wervelkolom en bekken. Het electrocardiogram vertoonde bij herha-

ling geen afwijkingen. De keel-, neus- en oorarts vond op zijn terrein geen bijzonderheden.

Wat de behandeling betreft, toediening van antibiotica leek de temperatuur enigszins te beïnvloeden. Er werd proeflaparotomie verricht, daarbij werden geen adhesies gevonden, de milt was driemaal te groot en voelde vast aan; ook de lever was duidelijk vergroot, vooral de linkerkwab die, over de vergrote milt heen, tot in de axillairlijn reikte. De maagstomp vertoonde geen bijzonderheden, de darmen waren normaal evenals de appendix.

De uitslag van het pathologisch anatomisch onderzoek was als volgt: gladde milt, met op doorsnede elastisch rood weefsel, geen abnormale reticulaire cellen, geen tuberkels; leverbiopsie gaf een normaal beeld te zien, ook de geëxtirpeerde lymfkliertjes vertoonden geen afwijkingen.

Er werd geen diagnose gesteld. Patiënt werd overgeplaatst naar het Academisch Ziekenhuis te Leiden. Daar kreeg hij een emetinekuur, hetgeen geen invloed had op de temperatuur, deze werd zelfs nog hoger. Toediening van prednison gaf aanvankelijk enige verbetering, maar daarna verslechterde de toestand wederom, zowel subjectief als objectief. Op 2 oktober 1963 kwam patiënt plotseling te overlijden.

Probleemoplosser 1: Het lijkt het meest waarschijnlijk dat deze man leed aan een of ander infectieus proces. Dit blijkt uit de voortdurende temperatuursverhoging, vaak boven de 39 graden Celsius, uit de verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten, uit de eenmaal gevonden linksverschuiving en ook uit het eiwitspectrum. Verder is er bij de proeflaparotomie een vergrote milt gevonden. Deze was blijkbaar tevoren niet te voelen geweest, hetgeen bij een weke milt vaak voorkomt. Deze miltvergroting kan alleen worden veroorzaakt door een chronische infectie. Uit de toegepaste behandeling blijkt dat men daarbij ook in deze richting heeft gedacht. Voor de genoemde opvatting pleit ook dat de temperatuur herhaaldelijk daalde na toediening van antibiotica. Er was hier dus sprake van een geval van febris e causa ignota. Wat de laboratoriumgegevens betreft is van belang dat het fosfatasegehalte voortdurend te hoog was, de thymoltroebelingstest en de reactie van Hijmans van den Bergh gaven normale uitslagen te zien. Bij de proeflaparotomie werd behalve de grote milt ook een vergrote linkerleverkwab gevonden, deze was kennelijk ook niet palpabel geweest.

Er zijn verschillende ziekten die een vergrote milt geven. Wegens de volledig negatieve uitslag van het pathologisch anatomisch onderzoek kunnen ziekten zoals Hodgkin wel worden uitgesloten. Malaria geeft wel een sterk vergrote milt, maar dan zou het hemoglobinegehalte laag zijn geweest en zou er ook veel pigment in de milt zijn gevonden. Indien men zich vervolgens afvraagt aan welke aandoeningen men moet denken bij het vinden van een vergrote lever dan komt in dit geval, gezien de negatieve uitslag van de leverbiopsie, vooral een

plaatselijk proces in de lever in aanmerking. In deze richting wijst ook de verhoogde alkalische fosfatase, vooral in combinatie met een niet verhoogde Hijmans van den Bergh.

Internist: Een verhoogde alkalische fosfatase ziet men herhaaldelijk bij patiënten die langdurig koorts hebben; zo geeft bijvoorbeeld longontsteking gepaard gaande met langdurige koorts al een alkalische fosfatase tot zes eenheden.

Probleemoplosser 1: Vanwege de vergrote leverkwab denk ik in de eerste plaats aan een amoebenabces, in Leiden zal men daar gezien de emetinekuur ook aan hebben gedacht. Amoebiasis zit echter meestal in de rechter leverkwab en in dit geval was de linkerkwab vergroot. Bij een amoebenabces vindt men verder geen afwijkingen, men moet afgaan op de anamnese en die was in dit geval positief. Men vindt een febris e causa ignota, evenals in dit geval, en dan kan men proberen de diagnose ex juvantibus te stellen door emetine te geven. Zulks is hier gebeurd. De temperatuur steeg hierop. De werking van emetine op een amoebenabces schijnt wel zo rigoureuus te zijn dat bij niet aanslaan van deze therapie de diagnose zeer onwaarschijnlijk wordt. Een andere mogelijkheid zou zijn balantidiosis. Dit is een inheemse ziekte, die veel lijkt op amoebiasis. De ziekte komt voor bij varkens maar ieder mens kan ermee worden besmet. In ons land is de aandoening zeldzaam. Een verschil met het amoebenabces is dat het verloop minder ernstig is.

Discussieleider: Een verschil is ook dat deze aandoening niet reageert op emetine.

Probleemoplosser 1: Inderdaad, maar wel op carbarone, wat hier niet is toegepast.

Discussieleider: Ik meen dat balantidiosis verspreide abcesies geeft en zelden een enkelvoudig abces.

Probleemoplosser 1: Toch blijf ik deze aandoening als een mogelijkheid zien. Gezien de negatieve bevindingen wat betreft de appendix kan een foie appendiculaire worden uitgesloten. Een subfrenisch abces zou ook mogelijk zijn. Dit veroorzaakt een grote lever die naar beneden is verplaatst. Bij deze patiënt was dit het geval en bovendien had hij aanvankelijk pijn op de borst. Wat echter ontbrak was hoogstand van het diafragma en achterblijven in beweging bij doorlichting.

Internist: Bij het laparotomie is de bovenzijde van de lever uitvoerig betast, maar hierbij werden geen afwijkingen gevonden. Er is wel aan de mogelijkheid van een subfrenisch abces gedacht in verband met de maagsectie welke deze patiënt indertijd had ondergaan.

Probleemoplosser 1: Er zijn nog enkele zeldzame aandoeningen welke eventueel in aanmerking zouden komen, bijvoorbeeld actinomycose, maar in dit geval pleit daartegen dat er geen andere abscessen waren. Verder kan men denken aan echino-

coccus van de lever maar van een secundaire infectie welke het koortsbeeld zou kunnen verklaren was hier niets te vinden. Anderzijds is bekend dat er hierbij door destructie van de rechter leverkwab een linkshypertrofie kan ontstaan. Men moet ook denken aan de mogelijkheid van een extrahepatisch proces, met name sepsis. Weliswaar verliepen alle kweekproeven negatief, maar dit zegt niet alles. Het zou ook kunnen zijn dat de verwekker ongevoelig was voor de in dit geval toegediende antibiotica. Indien hieraan was gedacht had men Celbenin of iets dergelijks kunnen geven.

Discussieleider en internist: Het is niet bekend dat zulks is geschied.

Probleemoplosser 1: Een subacute stafylokokensepsis zou het meest waarschijnlijk zijn, hierbij is de bloedkweek dikwijls negatief. Tenslotte is er nog een ziekte uit de groep van de collageenziekten, waar wij in dit geval rekening mee moeten houden: de periarteriitis nodosa. Deze aandoening kan koorts veroorzaken maar geeft overigens een zo wisselend symptomenbeeld dat men veelal de bekende artralgieën niet vindt.

Discussieleider: In Leiden is spierbiopsie gedaan en daarbij werden geringe specifieke ontstekingsverschijnselen gevonden.

Probleemoplosser 1: Mijns inziens pleit er weinig voor deze diagnose. Er waren geen myalgieën of artralgieën, geen neurologische verschijnselen en er was geen reactie op het toedienen van cortison. Recapitulerend kom ik tot de conclusie dat een infectieus proces het meest waarschijnlijk is. Ik zou dan de volgende drie diagnoses willen noemen: in de eerste plaats een subnisch abces, in de tweede plaats balantidiosis en in de derde plaats sepsis met negatieve bloedkweek.

Discussieleider: Laten we nu het woord geven aan de tweede huisarts die dit geval prepareerde.

Probleemoplosser 2: Ik heb getracht de ziektegeschiedenis zoveel mogelijk op de voet te volgen. In het gedeelte tot aan de opname in het ziekenhuis zien wij een man die ziek wordt met enkele kenmerkende verschijnselen: er zijn ronchi, de bezinkingssnelheid der erythrocyten is verhoogd, er bestaat leukocytose met linksverschuiving, de voedingstoestand is matig, de patiënt is moe, depressief en heeft zijn eetlust verloren. Indien men dit verhaal hoort ligt het in de rede om de diagnose te stellen op bronchopneumonie. Hier is niets tegen en op grond daarvan werd penicilline gegeven. Vervolgens gaat men zich verwonderen over het feit dat na deze therapie de temperatuur wel gaat dalen maar niet tot de norm. Later stijgt de temperatuur opnieuw als de patiënt tetracycline krijgt. Men denkt aan drug fever, staakt deze behandeling, maar de temperatuur loopt verder op. Dit moet dus een andere oorzaak hebben gehad.

In de verstrekte gegevens werd niet vermeld dat deze man in Indonesië is geweest, wel dat hij in

1947 amoebendysenterie had opgelopen. Hij was van de lichting 1945 en daaruit heb ik gemeend te kunnen concluderen dat deze patiënt inderdaad in Indonesië moet zijn geweest. Het is mogelijk dat de matige voedingstoestand evenals de anorexie en de depressie een gevolg zijn geweest van het dumpingsyndroom. Wellicht had deze man onvoldoende voedsel gekregen om de dumping te compenseren waardoor zijn voedingstoestand achteruit ging. Het is ook mogelijk dat het dumpingsyndroom op psychische gronden berustte. Het valt namelijk op dat hij na zijn terugkomst uit Indonesië elk jaar iets bijzonders heeft, een of andere klacht die herhaaldelijk tot een operatie leidt. De laatste „maag“-aanvallen kunnen in verband worden gebracht met moeheid en depressie. Het is verleidelijk om te denken dat al die tijd een ander ziektebeeld een rol heeft gespeeld. Ik denk daarbij aan de uitspraak van de longarts Muller, dat een pneumonie nooit „zo maar“ komt, doch dat daarvoor altijd een aanleiding aanwezig is.

Welke zijn nu de mogelijke oorzaken van de aanhoudende temperatuursverhoging? Amoebendysenterie is een mogelijkheid, deze aandoening kan namelijk heel lang bestaan zonder dat er acute symptomen zijn. Omdat de man in Indonesië is geweest moeten wij denken aan malaria, verder aan lues en omdat hij in Vaassen woont ook nog aan Bang (hilariteit). Tenslotte zou ik nog willen noemen, reuma, sepsis, cholangitis en worminfecties.

Indien wij nagaan welke van deze mogelijkheden tijdens de ziekenhuisopname verder zijn onderzocht, dan vallen er verschillende weer af. Voor malaria is het beeld mijns inziens niet typisch genoeg. Over faecesonderzoek is mij niets bekend.

Internist: Dit is in Apeldoorn en in Leiden gebeurd, wat men noemt heet van de naald, met warme faeces. Hierbij werd niets gevonden.

Probleemoplosser 1: Dat sluit amoebiasis niet uit.

Internist: Dat kan zelfs geen darmamoebiasis uitsluiten.

Probleemoplosser 2: De luesreacties waren negatief, die op Bang eveneens. Ook de reumaserologie verliep negatief, het electrocardiogram was normaal. Bij sepsis lenta en malaria vinden wij een weke milt, deze aandoeningen komen dus niet in aanmerking want bij de operatie werd een vaste, vergrote milt aangetroffen. Verhoogd alkalisch fosfatase kan wijzen op een of ander leverproces en het lage albuminegehalte eventueel op leverinsufficiëntie. Het feit dat de uitslag van de biopsie normaal was bewijst dat een deel van de lever in elk geval niet cirrotisch was. Tegen Hodgkin pleit dat er nooit klieren zijn gevonden. Er blijft als diagnose over amoebendysenterie. In de Leidse kliniek werd op het laatst een emetinekuur gegeven en daarbij steeg de temperatuur. Ik zou dit aldus willen interpreteren: men was op het goede spoor, deze man heeft een amoebenabces in zijn

lever gehad en door de emetinekuur is in het amoebenabces een reactie opgetreden, waardoor de temperatuur is gaan stijgen. Door het amoebenabces kan portastuwung zijn opgetreden en dit kan de verklaring zijn voor de miltvergroting.

Discussieleider: Is het bekend dat bij een amoebenabces het geven van emetine temperatuursverhoging kan veroorzaken?

Probleemoplosser 2: Bij mijn weten is dit mogelijk door het „verval“ in het abces.

Internist: Dit is beslist niet het geval want een amoebenabces ontstaat doordat proteolytische enzymen van de amoeben levercellen te gronde doen gaan. Indien men de aanwezige amoeben met emetine zou kunnen doden dan zouden er geen toxines vrijkomen. Emetine is een celgif.

Probleemoplosser 1: Is er een volledige emetinekuur gegeven?

Internist: Ja, een kuur van zes dagen.

Probleemoplosser 1: In een klinische les heeft Bonebakker gesteld dat men, indien een dergelijke kuur geen resultaat oplevert, de diagnose amoebenabces wel kan uitsluiten.

De discussieleider stelt voor de kring rond te gaan zodat ieder zijn mening kan geven.

Meijssen: Ik herinner mij dat de buurman van deze patiënt een acute Bang heeft gehad.

Internist: De reactie van Bang was bij onze patiënt negatief.

Probleemoplosser 1: Kan deze diagnose daarmee worden uitgesloten?

Internist: Ja.

Van Blommestein: Ik heb nog aan een niet erg waarschijnlijke mogelijkheid gedacht, namelijk aan een carcinoom in de resectiemaag.

Discussieleider: De chirurg beschreef de maagstomp als gaaf en zonder afwijkingen.

Internist: De maagresectie werd verricht wegens ulcus duodeni en dit geeft eigenlijk nooit maligne ontaarding. Wel is er gedacht aan een afwijking in de pancreas, hetgeen zeer ongewone beelden kan geven.

Schermers: Was het diastasegehalte normaal?

Internist: Inderdaad, maar dit zegt eigenlijk niets.

Schermers: Is er een reactie op echinococcus gedaan?

Internist: Dit is niet gebeurd.

Discussieleider: Naar mijn mening zou deze afwijking bij de proeflaparotomie wel zijn gevonden.

Probleemoplosser 1 en internist stellen dat een echinococcuscyste ook verborgen kan zitten.

Discussieleider: Onze patiënt hield ook vogeltjes.

Van Blommestein: Ik neem aan dat er ook onderzocht is op psittacosis en ornithosis.

Internist: Natuurlijk, er is een volledig virologisch onderzoek gedaan.

De Jong: Is deze patiënt wel dood gegaan aan iets dat in zijn buik zat? De afwijking zou bijvoorbeeld ook in een frontaalkwab hebben kunnen zitten waarbij de koorts door diëncefale prikkeling kan zijn veroorzaakt.

Internist: Inderdaad, er komen zogenaamde stomme hersenabcessen voor.

De Jong: De patiënt zou overleden kunnen zijn aan de doorbraak van een abces in de een of andere holte.

Discussieleider: Dit punt heb ik inderdaad lang gemist, er zou toch iets geheel anders kunnen zijn geweest dan een proces in de buik. Deze patiënt klaagde alleen over pijn in de buik als hij iets at en hij at maar heel weinig. Ik verwonder mij er over dat tuberculose nog niet is genoemd.

Internist: Indien men daarbij denkt aan miliaire tuberculose dan zouden er bij de leverpunctie zeker tuberkels zijn gevonden.

Knuttel noemt zich bevooroordeeld omdat hij in militaire dienst in het voormalige Nederlands-Indië een naar zijn mening analoog geval heeft gezien waarbij hijzelf sectie heeft verricht. Het betrof een ongeveer vijftigjarige inlander die uitsluitend maleis sprak waardoor hij zich van de anamnese niet meer veel herinnert. De man was opgenomen wegens koorts en diabetes. De diabetes bleef onregelbaar. Voor de koorts kreeg de patiënt hetgeen er toen beschikbaar was namelijk penicilline. Er werden bloedkweken gedaan maar deze verliepen negatief. De patiënt kreeg ook nog streptomycine en chloramfenicol omdat aan een salmonella-infectie werd gedacht hoewel alle agglutinaties negatief waren. Hij reageerde hierop wel enigszins, maar hield koorts. Het onderzoek op amoeben was negatief, evenals dat op malaria. Geleidelijk werd de man cachectisch en tenslotte kwam hij te overlijden. Er werd sectie gedaan. *Knuttel* herinnert zich dat hij de lever in de hand hield en tegen de omstanders zei: „Hij lijkt mij niet zo groot, zal ik hem doorsnijden?” Een van de anderen antwoordde: „Neem maar een stukje uit de buitenkant”. Daarop zei ik: „Ik snijd hem toch door”. Ineens was er helemaal geen lever meer, maar een grote plas amoebenpus. De lever bleek slechts te bestaan uit een dun schilletje om de pus. Dit is mijn verhaal en mijn „voor-”oordeel is dus dat onze patiënt een amoebenabces in de lever heeft.

Discussieleider: Goed, maar deze man had geen emetine gehad.

Knuttel: Hij had ook emetine gehad.

Meijssen: Ging de temperatuur daarop omhoog?

Knuttel: De temperatuur reageerde daar niet op.

Discussieleider: Meestal wordt er bij een amoebenabces diafragmahoogstand beschreven en het niet meebewegen van het diafragma. Er is ook dikwijls een collaterale pleuritis. Was dat bij deze man ook het geval?

Knuttel: Hij is herhaaldelijk doorgelicht, maar daarbij is niets gevonden. Die man was voor ons een raadsel en dat is hij gebleven.

Roest Crollius: Wat onze patiënt aangaat, voel ik het meest voor een verborgen abces, tenzij er nog virusziekten bestaan, die mij niet bekend zijn maar die ook dit beeld zouden kunnen veroorzaken.

Van Biema: Wil de internist al vast vragen of men moet fantaseren of dat dit een puzzel is waar een schrandere mens op grond van de verstrekte gegevens uit kan komen?

Internist: Er zijn heel wat schrandere mensen aan te pas gekomen tot en met de professor toe, maar niemand is er uit gekomen.

* * *

Na de koffiepauze ontstaat er een algemeen gesprek waarin de discussieleider nog enkele differentieel diagnostische mogelijkheden noemt welke in het voorafgaande niet aan de orde zijn gekomen: lupus erythematodes, Grawitztumor, collageenziekten in het algemeen, ileïtis terminalis en diverse orgaantumoren. In de discussie worden deze mogelijkheden door de beide probleemoplossers echter verworpen. Vervolgens krijgt de internist het woord.

Internist: Ook voor ons is deze man een raadsel geweest. Toen de chirurg de proeflaparotomie deed, stonden op het lijstje van differentiële diagnoses Hodgkin en reticulose bovenaan. Zoals wij reeds zagen waren milt en lever vergroot, maar er werden geen typische haarden gevonden. Toen de uitslag van het pathologisch anatomisch onderzoek bekend werd vermoedden wij wel dat de koorts en het ziekzijn zouden aanhouden. Dit gebeurde dan ook en daarop werd de patiënt overgebracht naar Leiden waar hij niet lang meer heeft geleefd. Zoals reeds werd opgemerkt, sluit een negatief pathologisch anatomisch onderzoek van milt en lever Hodgkin of reticulose allerm minst uit. Dit waren ook de allereerste punten waaraan men in Leiden heeft gedacht, vandaar de behandeling met corticosteroiden. Er is gesproken over de steriele bloedcultures. Inderdaad bestaat er een abacteriële endocarditis lenta, deze ziekte komt zelden voor. Zij gaat gepaard met een hoge continua een sterk verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten (ongeveer 120 mm) en een sterk verhoogde thymol-troebelingsreactie. De koorts wordt beïnvloed

door penicilline en streptomycine in hoge doseringen. Bij deze aandoening is evenwel een soufflé te horen, hetgeen bij deze man bij herhaling niet het geval was. Hiermede verviel deze diagnose. Ook sepsis en miliartuberculose konden worden uitgesloten. Wat malaria betreft, van autochtone malaria zijn de laatste tien tot twaalf jaar geen nieuwe gevallen beschreven. Alle malariagevallen konden worden teruggevoerd op een recent verblijf in de tropen. Ik zou in dit verband willen wijzen op de mogelijkheden welke het huisartsenlaboratorium biedt voor het stellen van een diagnose. De diagnose amoebendysenterie kan men daar echter niet laten stellen omdat de ontlasting daarvoor zogenaamd heet van de naald moet worden onderzocht. Het vinden van cysten zegt niets, een aantal van ons heeft die ongetwijfeld ook. Een hersenamoebiasis kan voorkomen, uiteraard na leverpassage van de amoeben.

Door velen is als diagnose amoebiasis gesteld. Wat daartegen pleitte was het ontbreken van diafragmahoogstand, met name rechts, waar eigenlijk altijd de amoebenabcessen zijn gelokaliseerd. Intercostale drukpijn ontbrak eveneens, terwijl dit een typisch symptoom is bij deze aandoening.

Ik releveer nu eerst even het verloop van de korte Leidse periode van onze patiënt. De temperatuur bedroeg de eerst week omstreeks 39 graden Celsius, er was pijn rechts in de bovenbuik en iets verminderde ademexcursi. De waarschijnlijkheidsdiagnose luidde: amoebenabces casu quo hepatitis door amoeben, hoewel het faecesonderzoek bij herhaling negatief uitviel. Er werd emetine en chloroquine (Nivaquine) gegeven, maar de koorts bleef aanhouden. Op grond hiervan werd een reticulose casu quo Hodgkin wederom als diagnose geopperd. Tetracyclinetoediening sorteerde geen effect, prednison in een dosering van 40 mg per dag deed de temperatuur dalen tot 37 graden Celsius. Men kan hierbij aantekenen dat men met dit middel vrijwel steeds daling van de temperatuur kan bewerkstelligen, ongeacht de oorzaak van de koorts. Patiënt ging zich subjectief beter voelen, maar negen dagen later kreeg hij plotseling pijn rechts in de onderbuik en de temperatuur steeg tot 39,5. De toediening van prednison werd gestaakt, patiënt kreeg kanamycine, maar dit had geen effect. De temperatuur steeg nog verder tot 40,5. De patiënt werd toenemend cachectisch. Er werd gedacht over een nieuwe proeflaparotomie maar voordat het zover kwam, overleed de man plotseling.

Bij de obductie werd inderdaad datgene gevonden wat in deze bespreking reeds verscheidene malen werd genoemd. Er was een zeer groot leverabces dat ongeveer anderhalve liter necrotisch materiaal bevatte. Toch was er ook in Leiden geen diafragmahoogstand gevonden. In het eindrapport staat verder: Hoewel deze diagnose (amoebenabces) aanvankelijk was gesteld en patiënt hiervoor

was behandeld, werden wij door het uitblijven van enig effect onder invloed van deze therapie (emetine) en de geringe verschijnselen ter plaatse, op een dwaalspoor geleid. Dit abces moet lange tijd hebben bestaan en wij menen dan ook dat patiënt dit heeft gekregen in aansluiting aan een amoebendysenterie tijdens de militaire dienst in Indonesië. In verband met aanspraken op pensioenuitkering voor zijn vrouw, hebben wij militaire instanties hiervan verwittigd en hebben wij ook zijn echtgenote van een en ander op de hoogte gesteld.

Professor *Mulder* schreef nog het volgende: Gaarne wil ik hier nog aan toevoegen dat dit ziektegeval mij ook duister is gebleven; ik heb misschien gearzeld een tweede proeflaparotomie te overwegen, welke in feite was geïndiceerd, maar ik weet hoe moeilijk dit besluit valt bij iemand, bij wie dit kort tevoren is verricht. Tot dusverre heb ik viermaal een leverabces gediagnosticeerd, alle vier hadden een hoogstand van het diafragma met een collaterale pleuritis; van deze symptomen was bij deze patiënt gene aanwezig, ook niet bij de autopsie.

Nabespreking. De internist, Van Leeuwen, vermeldt tijdens de nabespreking nog het volgende betreffende een door hem gevonden symptoom. In het gebied waar de arteria hepatica en de andere grote buikarteriën de aorta verlaten was een duidelijke „thrill” te voelen die zich voortplantte in de lever. Deze systolische thrill is door verscheidene onderzoekers gevoeld en is ook geregistreerd. Er is gedacht aan een stenose in een slagader maar verder wist niemand hiervoor een verklaring te geven. In dezelfde tijd waarin de besproken patiënt onder behandeling was werd door Duit en Van Leeuwen een jongen gezien met acute appendicitis, die ook een systolische soufflé in de bovenbuik had. Deze verdween na verwijdering van de flink ontstoken appendix en drainage van de buik wegens peritonitis. Van Leeuwen heeft ook bij een derde patiënt, die een ontstekingsproces in de rechter buikhelft had, een systolische soufflé gevonden. De vraag is nu of aan een dergelijke vondst diagnostische betekenis zal moeten worden toegekend. Voor zover bekend is dit in de literatuur nog niet beschreven.

Tenslotte memoreert Van Leeuwen nog het in 1908 verschenen boek van Professor Pel: De ziekten der lever en galwegen. Pel behandelde inder tijd 46 patiënten met leverabcessen waarvan 39 tropisch en zeven hier te lande ontstaan. De tropische abcessen kwamen zonder uitzondering bij mannen voor, van de autochtone abcessen werd één bij een vrouw gevonden. Pel schreef: „Natuurlijk gunnen wij der jeugd en het zoogenaamde zwakke geslacht met liefde dit geheel onverklaarbare privilege, al zouden de mannen ook gaarne in dit voorrecht deelen”.