

grooten rol, waarmede het moge samenhangen of men meer oog heeft voor wat scheidt of voor wat vereenigt. Analyse of synthese. Beide zijn noodig. Als KRAEPELIN de synthese manisch-depressieve psychose gemaakt heert, behooft daarop, om vooruit te kunnen, weer een wijzen op verscillen en dus een analyse te volgen. Voor mij persoonlijk is dan ook de keuze — en dit geldt niet alleen de manische-depressieve psychose, maar ook nog wel andere gebieden der psychiatrie — niet moeilijk. Liever „viele kleinen Töpfen” dan één enkelen grooten, — waarin allerlei ongelijksoortige dingen bij elkander zijn gestopt.

November 1921.

DE TOEKOMST DER INTERNE THERAPIE,

DOOR

Dr. A. WILLEMSE,

Geneesheer-Directeur van het St. Joseph Ziekenhuis te Kerkrade.

Er is groote vreugde op de interne afdeeling. Na lang zoeken aan het ziekbed en in het laboratorium is het „geval” eindelijk ontsluit. De diagnose is klaar! Een pracht-geval, zeldzaam, nooit gezien! De moeiten zijn niet vergeefs geweest, ja de patiënt zelf raakt onder de bekoring van de geestdrift. Maar vraagt dan een ietwat nuchter aangelegd assistent, wat kunnen wij er aan doen, dan daalt de barometer bedenkelijk. De een hoorde iets goeds van salicyl, een ander meent, dat het urotropine moet zijn, een derde geeft „in zulke gevallen” steeds, ja waarom ook niet, joodkali. Maar allen zijn het er over eens, dat afwachten de beste behandeling is, en een rood julapium wordt uit de apotheek opgediept.

Ik wil met deze eenzijdige voorstelling, welke wij toch in allerlei toonaarden zoo dikwijls moeten hooren, niet het denkbeeld scheppen, dat de gebruikelijke interne behandeling niet veel beteekent (over de diagnostiek zwijg ik maar); ons arsenaal van geneesmiddelen, ook buiten de verdere hulpmiddelen, welke in de behandeling de kliniek kan geven, is voor hem, die er een juist gebruik van weet te maken en ook de diagnostiek beheerscht, in de meeste gevallen meer dan toereikend. De indruk toch, welke een student krijgt van de therapie van inwendige (en zenuw) ziekten is geheel verkeerd. In de kliniek meestal zware, hopelooze gevallen, anatomisch al zeer bedenkelijk wat betreft de genezingskans, in de algemeene praktijk lichte en zware gevallen en daardoor reeds meer succes, meer genoegdoening. Zoo althans was mijn ervaring in den tijd van mijn plattelandspraxis. Maar even zeker is het, dat wij ongeveer op een dood punt zijn gekomen en maar zelden gelukt het de chemische industrie, ietwat vaker de proefondervindelijke

pharmakologie, een werkelijk standhoudend nieuw geneesmiddel te ontdekken. Ik wijs bijv. op het salvarsaan, op optochine, op luminal. De vooruitgang echter is maar langzaam, of men al zoekt, zooals ik te Parijs bij GILBERT, WIDAL, VAQUEZ zag, het arcanum te vinden in een groot complex galenica, of dat men, zooals naar traditie in Weenen, zooals ik dit jaar nog ondervond, een therapeutisch nihilisme aanhangt. Vooruitgang in deze richting ziet men dan ook weinig, althans zeer langzaam.

De laatste jaren echter begint zich de stroom te verleggen. De stoot gaf wel FOCHIER, die het „absces de fixation”, door het onderhuids inspuiten van een gram terpentijn, aangaf als middel bij kraamvrouwenkoorts; later kwam het collargol intraveneus toegediend, nog later de melkspuitingen bij het acuut gewrichtsreuma. Zoo zien wij langzaam maar zeker de therapie der inwendige ziekten komen te staan in het teeken van onderhuidsche, intramusculaire of intraveneuze toediening van de meestverschillende niet specifieke stoffen. Het komt mij echter voor, dat in Nederland de zeer sterk genezende kracht dezer inspuitingen nog te weinig algemeen goed is geworden; voor zoover ik beoordeelen kan, geldt dit zowel de toepassing door den algemeen practicus als de behandeling in de ziekenhuizen. In Duitschland reeds veel meer toegepast dan bij ons, behoort in de grooté ziekenhuizen van Parijs en ook in Weenen wel de vaccin- en serumbehandeling, niet echter de niet specifieke inspuiting, tot de geregeld gebruikte. Wegens deze m.i. te weinige bekendheid wil ik dan eenige mijner ervaringen mededeelen. De tijd is nog niet rijp om ook theoretisch voldoende inzicht te krijgen in de wijze waarop al deze, zoo verschillende stoffen werken; de leer der anaphylaxie de „choc colloïdoclasique” van WIDAL, de „choc sérique léger”, de mononucleose na de in spuiting, de leer van een algemeen vergrootte immuniteit van het lichaam (tegenover de meer specifieke der vaccin en serumtherapie) verklaren eerlijk gesproken klinisch niets. Trouwens als wij bij de behandeling van ziekten moesten wachten, totdat wij het waarom duidelijk begrijpen, ons arsenaal zou leeg staan. De onbevooroordeeld ziende practicus ziet echter de resultaten, resultaten met geen andere methode te bereiken, zóó doorslaande en duidelijk, dat ook een van nature therapeutisch ongeloofige tot handelen komt; deze nieuwe weg toch geeft ongekende verrassingen.

Eenige mijner ervaringen, goede en slechte, wil ik dus opsommen en begin dan met de behandeling van eenige infectieuze aandoeningen. Want tot nu toe zijn de infecties het voornaamste terrein van werking, maar, zooals wij zullen zien, bij lange niet de eenige.

De phlegmoneuze vorm der gonorrhoeische arthritis was steeds bekend om zijn hardnekkigheid en de neiging om ten slotte toch met een stijf gewricht te genezen. De vaccinotherapie had maar heel matige resultaten; ik herinner mij nog goed uit mijn assistents tijd de pijnlijke dikke knie of handgewrichten, atrophische spieren, langdurige stuwings- en arthigonthherapie en ten slotte toch nog de stijve gewrichten. Ik probeerde hier in vier zware gevallen een behandeling met inspuitingen van verdunde terpentijn (en indien

het gewricht zich er goed toe leende ook stuwning volgens BIER) en het resultaat overtrof alle verwachtingen. Als voorbeeld de volgende twee ziektegeschiedenissen:

I. Mej. X, 33 jaar, gehuwd, 9 kinderen, geen abortus, lijdt sedert jaren aan sterken fluor albus (waarin gonocokken). Sedert vijf weken vóór haar opneming heeft zij heftige pijn en zwelling van het linker schoudergewricht (de eerste dagen ook in de vingers en nek). Zij werd thuis behandeld met groote giften salicyl, die haar wel oorsuizen bezorgden, maar pijn, zwelling en koorts niet verminderden. Bij opneming vond ik een zeer pijnlijke uitgebreide vaste zwelling van den linker schouder met volstrekte fixatie van het gewricht. De voedingstoestand was matig, de temperatuur schommelde om de 38°. Een Röntgenfoto vertoonde geen afwijkingen. Behalve een hangbuik en een onduidelijk parametraan infiltraat rechts en erosie der portio vaginalis met sterken fluor vertoonde patiënte geen afwijkingen. Patiënte werd alleen behandeld met intramusculaire inspuitingen van oleum therebinthinae 200 mgr., Ol oliv. 1800 mgr., elken dag één inspuiting, in het geheel zes. Prompt reageerden pijn en zwelling, zoodat zij na 8 dagen zonder koorts was en na 3 weken het ziekenhuis kon verlaten met passief volkomen normale bewegelijkheid, actief voor de helft. De verdunning met ol. oliv. is aangegeven door KLINGMÜLLER.

II. Juffrouw Y, 21 jaar, multipara, non nupta, gonorrhoea, was bij opneming, 17 Juni 1921, sedert één week ziek. Zij kreeg eerst pijn in den linker arm, daarna in de rechter knie, welke dikker werd. Zij voelde zich koortsig en had ook hier eenige dagen subfebriele temperatuur. De rechter knie was gezwollen, zeer pijnlijk

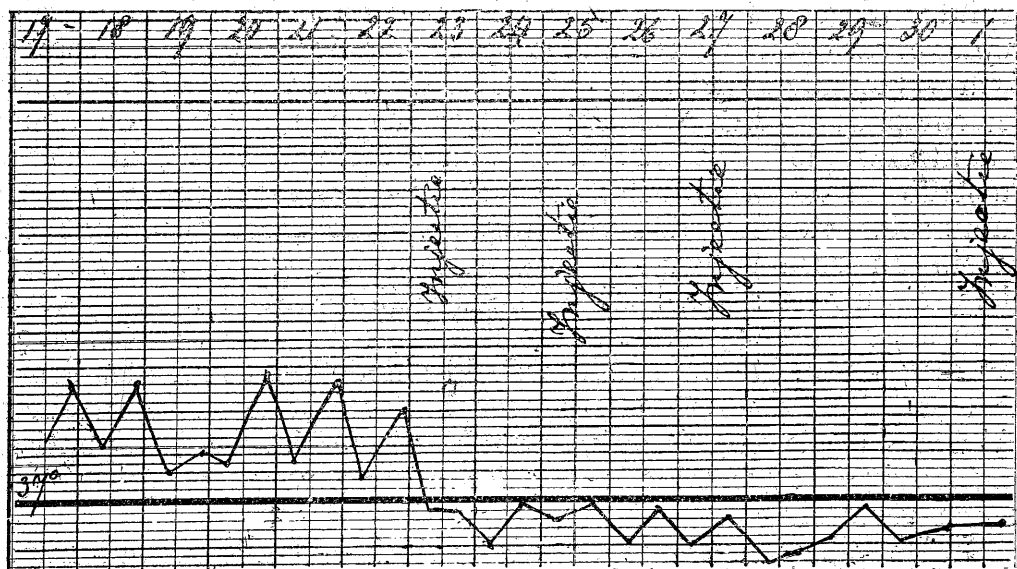


Fig. 1.

(zoodat morphine noodig was) met vocht in het gewricht en een aantoonbare kapselverdicking. Ik behandelde haar de eerste 6 dagen met stuwning en anti-neuralgica zonder het minste resultaat (zie fig. 1). Op 23 Juni gaf ik 1 cM³ 10 pCt. Ol. therebinthinae intramusculair. En ziedaar: op 24 Juni waren en koorts en pijn verdwenen om (de inspuitingen werden eerst alle 2, later 3 dagen herhaald, samen 10 inspuitingen) niet meer terug te keeren. Den 10den Juli, dus 4 weken na haar opneming en ruim 3 weken na de eerste inspuiting, verliet zij loopende het ziekenhuis. De zwelling was verdwenen, de bewegelijkheid ook actief geheel normaal. Alleen de kracht van het been was nog wat te klein.

Mijn derde geval verliep evenzoo en alleen mijn vierde, aansluitende aan een allerheftigste acute gonorrhoea bij een man was voor arthigon zoowel als voor stuwing en terpentijn ongevoelig.

Ik wil overgaan tot een tweede infectiereeks, de febris puerperalis, een van de ziekten met het meest wisselvallige verloop, met na den dood dikwijls zóódanig zware thrombophlebitische bekkenafwijkingen en multiple uitzaaiingen door het lichaam, dat het gevaarlijk lijkt genezing toe te schrijven aan een gebruikt middel, en niet aan toevallig lichte gevallen, welke dan eenige dagen wat ernstigere verschijnselen teweegbrachten. Mijn gevallen, geef ik dan ook alleen weer als indruk van het resultaat der niet specifieke inspuitingsbehandeling. Te zamen zag ik zeven zware gevallen; een stierf onder de gewone alcoholbehandeling, en van de 6 anderen, welke allen met inspuitingen behandeld werden, genazen er vijf. Ik stel nogmaals voorop, dat dit bij allen zware gevallen betref, zooals ook uit de ziektegeschiedenissen zal blijken. Drie maal gaf ik terpentijn, 3 maal intraveneus argochroom (methyleneblauwzilver).

III. Mej. A., 24 jaar, werd 14 dagen na haar eerste bevalling (forcipale extractie dood kind) in het ziekenhuis opgenomen. De eerste 4 dagen voelde patiënte zich goed, daarna kreeg zij koorts en pijn eerst rechts, toen links in den onderbuik. 's Avonds vóór de opneming had zij een hevige koude rilling. De behandeling had bestaan in ijsblaas en alcohol. Bij opneming was de okseltemperatuur 38.5° , een

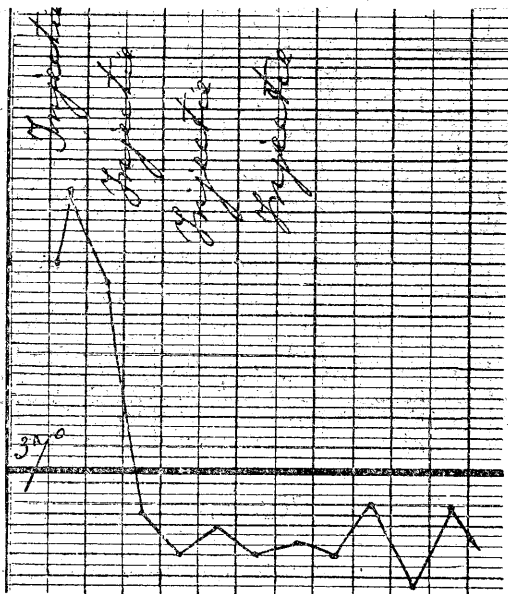


Fig. 2.

uur later onder rillen 39.7° . De pols was goed, de tong droog, sterk uitgesproken euphorie. Het rechter parametrium was licht pijnlijk bij druk en gaf den indruk wat geïnfiltreerd te zijn. Therapie: secale, ijsblaas en 1 cm^3 10 pCt. ol. therebinthinae in ol. olivarum. Dit gebeurde 's avonds om 10 uur en verder 4 dagen elken morgen. Den tweeden dag was de temperatuur 's morgens 37.3° , 's avonds 36.6° , om verder normaal te blijven. (Men zie fig. 2). Van gonorrhoea bleek later niets.

Eenzelfde resultaat bij een primipara van 19 jaar, forcipaal verlost, levend kind, die den 7den dag (na opstaan) koorts kreeg, maar geen koude rillingen had. Hierbij was echter het linker parametrium duidelijk geïnfiltrerd. Behandeling en resultaat als bij het eerste geval.

Tegen deze gevallen is slechts één ding in te brengen, n.l. dat zij te mooi zijn, te verrassend om hét succes alleen aan die ééne inspuiting toe te schrijven. De clinicus echter en ook de patiënt zijn tevreden. Moeilijker ging de genezing bij mijn argochoomgevallen. Een voorbeeld.

IV. Juffr. B, 20 jaar, werd 26 Juni van dit jaar opgenomen, nadat zij 14 dagen geleden à terme en spontaan voor de eerste maal bevallen was. Den 4den dag na de bevalling kreeg zij de eerste koude rilling, daarna nog drie maal, ook nog op den dag van haar opneming (temperatuur 40.7°). Zij hoest, heeft gisteren ook nog pijn in de linker zijde gevoeld. Bij opneming was de algemeene toestand ernstig, de puls 120 bij een temperatuur van 38° , de tong als leer zoo droog, en embolieverschijnselen in de linker long. Per vaginam geen afwijkingen, de lochiaë stinkend. Den eersten nacht wederom een heftige koude rilling, de temperatuur 's morgens nog 40.8° . Den volgenden dag weer een koude rilling. Toen begon ik, de toestand werd steeds ernstiger, met dagelijksche archochroominspuitingen (10 cm^3 intravenus) en gaf tevens voor alle zekerheid 200 mgr. ol. therebinthinae intramusculair. Argochroom is zilver-methyleenblauw en zou de collargol-werking bezitten naast de sterk bacteriëndoodende der kleurstoffen. De temperatuur was na 4 dagen normaal, nog eenmaal had zij een lichte koude rilling (temperatuur 39.5°). Ik spoot regelmatig in, later met tusschenpoozen, en zooals de temperatuurkromme

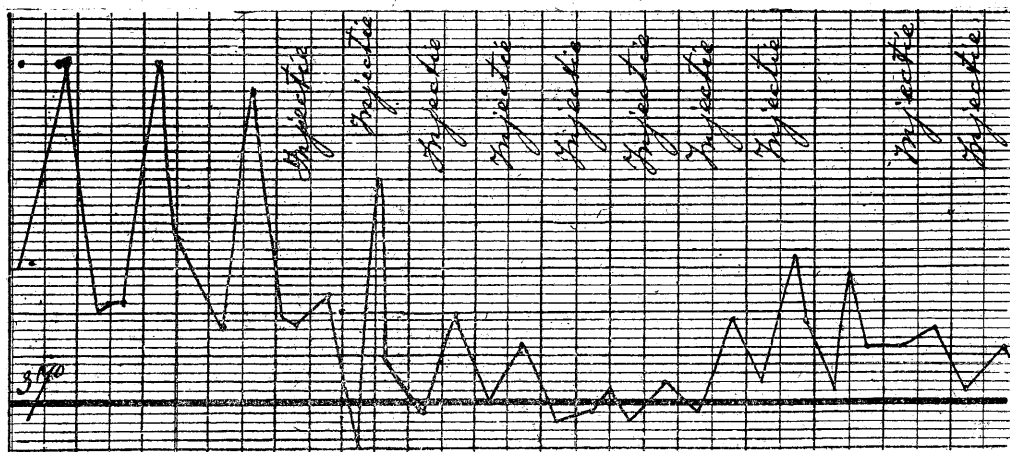


Fig. 3.

(fig. 3) doet zien, was deze wel subfebril met twee maal een lichte koude rilling (38.6°), maar 32 dagen na de opneming was patiënte blijvend zonder koorts. Op het punt om voor het eerst op te staan, ontstond nog een kraambeen. De longverschijnselen waren na een dag of 14 ook verdwenen, herhaalde puncties naar etter waren negatief geweest. Patiënte heeft genezen het ziekenhuis weer verlaten.

Een argochroom-geval, pyaemie na abortus, is overleden, misschien doordat bij de zeer groote pijnlijkheid en angst van de patiënte de kuur niet zoo flink werd doorgezet als bij het besproken geval; wiskundige bewijzen zijn aan het ziekbed schaarsch, maar de algemeene indruk heeft ook haar waarde en ik moet bekennen,

zulke genezingen kent men met de oude behandelingsmethode niet.

Ik wil hier in het kort inlasschen twee gevallen, één uit mijn assistentstijd in Amsterdam en één, dat ik hier behandelde, van koorts zonder bekende oorzaak; wil men er een naam voor, dan cryptogenetische septicopyaemie. Bij beiden was, nadat reeds tevergeefs van alles gegeven was (chinine, salicylpraeparaten), de koorts na twee terpentijn-inspuitingen van 100 mgr. verdwenen. Nu is in deze gevallen noch de diagnosticus noch de therapeuticus tevreden, aan het ziekbed is het echter een groote voldoening de hardnekkige „koorts” er onder te hebben.

Een panacée is de terpentijninspuiting niet, tevergeefs paste ik ze toe bij drie zware vormen van encephalitis lethargica. Ondanks dat bij twee gevallen een fixatieabsces ontstond (in Parijs hoorde ik in de kliniek van WIDAL, dat terpentijn alleen kon helpen, als er een absces ontstond), stierven beide patiënten in enkele dagen. Evenmin zag ik gevolg bij de chronisch verloopende vormen, noch bij den gewonen vorm noch bij het type van PARKINSON. Bij febristypheidea al evenzoo, maar hierbij moet men bedenken, dat polypragmasie in de „gewone” gevallen zoo niet schadelijk dan toch onnoodig is en de ernst der gevallen komt pas later voor den dag door allerlei onvoorziene verwickelingen. Het is ermee als met de croupeuze pneumonie. In de „gewone” gevallen denkt men niet aan „actieve” therapie en de zware toonen hun aard dikwijls erg onverwacht. En op dat oogenblik is niet zoozeer de strijd tegen de infectie (want dat vooral schijnt de werking der terpentijn enz. inspuitingen), als wel meestal den strijd tegen een dreigende harddood aangewezen. En tegen dit laatste helpen de inspuitingen zeker niet. Evenmin kan optochine den collabeerenden pneumonie patiënt redden, evenmin anti-diphtherieserum het zwaar vergiftigde diphtheriehart. En deze hebben dan nog hun specificiteit voor.

Ik weet niet, of in ons land de reeds lang bekende melkinspuitingen (10 cM³. intramusculair) veel gebruikt zijn geworden bij de behandeling van het acuut gewrichtsrheuma. Ik paste ze eenige malen toe en ben over de resultaten zeer tevreden. Meestal waren het langdurige, ten slotte bijna stationair wordende gevallen, welke dan ten einde raad het ziekenhuis opzochten. Dat melkinspuiting dan in staat is allerheftigste gewrichtsreacties te veroorzaken, leert het volgende geval.

V. Juffr. F, 42 jaar, had twee maanden geleden een acuut gewrichtsrheuma gehad, maar knieën en linker schouder blijven stijf en pijnlijk, zoodat loopen onmogelijk was en ook de slaap gestoord werd. Patiënte was bij opneming koortsvrij.

Na twee melkinspuitingen van 10 cM³ ontstond onder hooge koorts een hevige zwelling van verschillende gewrichten, dus een echte acute aanval (anaphylaxie?); even snel als deze gekomen was, ging hij onder eenige dagen flink salicyl-gebruik weer voorbij, zoodat na 14 dagen patiënte weer normaal kon loopen en zij na 18 dagen genezen naar huis ging (men zie hiervoor fig. 4). De pols was steeds normaal gespannen, de frequentie evenredig aan de temperatuur. Ik zag patiënte toevallig na eenige maanden terug. Van het rheuma had zij niets meer gemerkt.

Korten tijd er na kreeg ik onder behandeling een man, die hetzelfde ziektebeeld vertoonde, troosteloos door zijn gedwongen niets doen. Ik behandelde hem op dezelfde wijze met hetzelfde resultaat. Gaat men de vroegere behandelingsmethoden (warmte, masseeren enz.) na, dan is er daaronder geen, welke in even korten tijd tot genezing kan voeren.

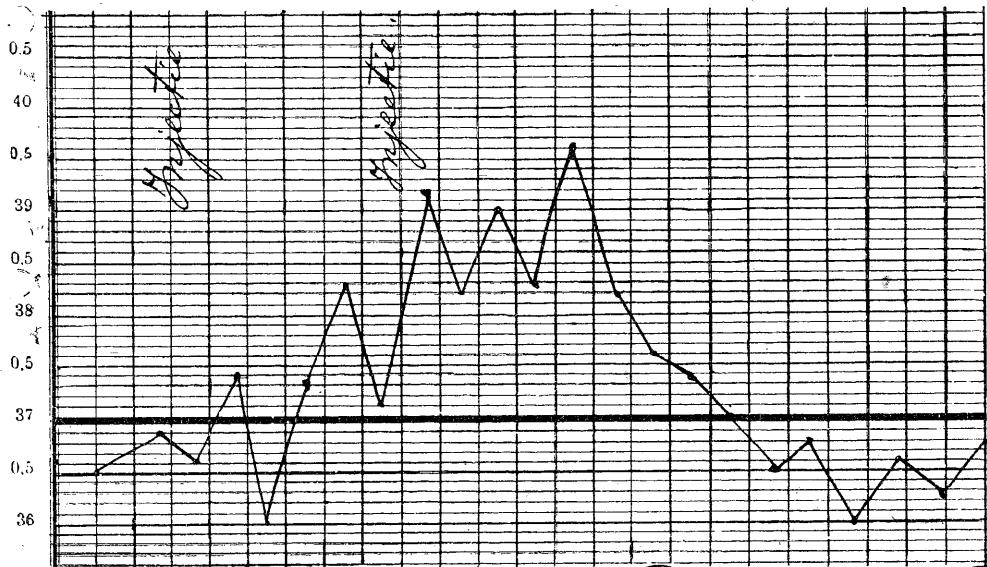


Fig. 4.

Over inspuitingen bij niet infectieuze ziekten slechts een enkel woord, daar deze reeds veel meer algemeen goed zijn geworden.

De bloedinspuitingen bij anaemieën zijn vooral ook door STORM VAN LEEUWEN en GORTER hier te lande ingeburgerd, de hypertensische NaCl- en CaCl₂-oplossingen bij inwendige bloedingen en de laatste ook bij chronische diarrhoeën, asthma, urticaria, ja waarvoor al niet, zijn mede bekend. Ik gebruik ze ook met voorliefde.

In Frankrijk ontstaan en vandaar uit aangeraden zijn de intramusculaire zwavelinspuitingen bij het chronisch gewrichtsrheuma en bij psoriasis. Ik had (hier schijnt de ziekte zeldzamer dan in het vochtige Amsterdam), wat betreft het chronische gewrichtsrheuma, pas twee maal kans ze te probeeren, in één geval met zeer goed resultaat, in een ander zonder gevolg. Men weet, dat het recept luidt: Sulfur praec. 8, Eucalyptoli 20, Ol Jec.Aselli 80. Twee maal per week intramusculair 2 à 10 cM³. (pijnlijke infiltraten zag ik vele!).

Over de vele andere stoffen, welke, het is misschien in sommige Duitse steden al meer een modezaak geworden, voor inspuiting aanbevolen zijn, wil ik zwijgen, daar mij eigen waarnemingen ontbreken. Het zal echter naar mijn meening meer en meer blijken, dat de toekomst der interne therapie ligt in de alchemie der inspuiting. De empirie is, zooals reeds meermalen geschiedde, de wetenschap vooruit; den pharmakoloog het antwoord op de vraag, hoe en waarom, den clinicus nu reeds de praktische toepassing.