

De hierbij gevoegde foto is vervaardigd in de Inrichting voor Wetenschappelijke Fotografie van J. C. MOL te Bloemendaal. De opneming was niet zoo eenvoudig. Het moest een momentopname zijn, terwijl het rechtstreeksche zonlicht op een bepaalde



wijze er op viel. Het zonlicht liet ons juist in Augustus zeer in den steek. Men ziet het verschijnsel in de foto als iets wolkigs. Men zou dus de vraag kunnen stellen, of, indien een vreemd woord gebruikt moest worden, d't niet door een samenstelling met nephelo- zou kunnen geschieden. Met deze samenstelling worden intusschen reeds gewone troebelheden aangeduid (zie ABDERHALDEN'S *Handbuch*, IV, 3, 2, bldz. 235). Tusschen haakjes: taalkundig ten onrechte. In het Grieksch toch worden met het gebruikte woord uitsluitend atmosferische troebelheden bedoeld. Voor vloeistoffen moet het niet zijn: nephelometrie, maar: tholerometrie. Maar al was dit niet zoo, de gedachte aan een

wolk moet men laten vallen. Wie het hier behandelde verschijnsel ziet, die ziet onmiddellijk, dat het iets volstrekt sui generis is.

Augustus 1924.

## CASUÏSTISCHE MEDEDEELINGEN.

### C. SCHAAP, EEN GEVAL VAN POLYARTHRITIS RHEUMATICA.

Den zosten Augustus 1923 kwam op het spreekuur X, oud 18 jaar, boerenarbeider met een pijnlijken gezwollen rechter pols. Het gewricht was diffuus gezwollen. De zwelling zette zich op den handrug voort. De huid was niet rood en voelde ook niet warmer aan dan de omgeving. Actieve bewegingen waren beperkt en erg pijnlijk. Passieve bewegingen waren in alle richtingen mogelijk en minder pijnlijk. Aangezien patiënt de laatste twee dagen haver gemaaid had, de pijnen tijdens het werk waren begonnen en hij zich verder niet ziek gevoelde, meende ik een en ander aan te groote en langdurige inspanning te moeten toeschrijven. Rust en een drukkend wattenverband deden de verschijnselen dan ook spoedig verbeteren, zoodat hij na een week zijn werk weer kon hervatten.

Den 1sten September komt hij opnieuw bij mij met vage klachten over pijnen in armen en beenen. Hij voelt zich niet ziek, de gewrichten zijn volkomen normaal, niet pijnlijk bij beweging. De keel is niet rood. Ik raad hem aan een paar dagen in huis te blijven en geef hem 2 gram salic. natric. per dag.

Den 7den September krijg ik een boodschap om bij hem aan huis te komen; de gewrichten zouden zoo pijnlijk zijn. Inderdaad heeft patiënt thans een duidelijke polyarthritis. Knieën en polsen zijn duidelijk gezwollen, er is vrij vocht in het kniegewricht, de huid is niet rood. De temperatuur is 39.2° (oksel). Patiënt zweet sterk. Behandeling: bedrust, heete kruiken, 6 gr. salic. natric. per dag. Den volgen-

den morgen is de temperatuur 38.2°. 's avonds opnieuw 39.2. Patiënt voelt zich ets beter.

Den 9den September begint hij met 39° en is een nieuw gewricht aangedaan. 's Avonds 38.5°. De temperatuur daalt nu regelmatig en komt de volgende dagen 's avonds niet hooger dan 37.3°. Ook de zwelling en pijnlijkheid verbeteren. Patiënt voelt zich niet ziek meer.

Den 11den September klaagt hij over maagpijnen en een gevoel van misselijkheid; de hoeveelheid salicyl wordt verminderd tot 3 gram per dag, welke hoeveelheid hij verder goed verdraagt.

Maar 14 September heeft hij 's avonds opnieuw 38.5° en is het linker enkelgewricht wat gezwollen en pijnlijk. Den volgenden morgen is de temperatuur 37.6° en het gewricht weer veel beter. Toch krijgt hij weer 6 gram salicyl, hetgeen nu goed verdragen wordt. Aan het hart zijn geen afwijkingen te vinden. De pols is in overeenstemming met de temperatuur. De temperatuur blijft echter hooger dan in de voorafgaande dagen en wisselt geregeld tusschen 37° en 38.3°, terwijl ook de pijnlijkheid blijft. Dan klaagt hij over dit, dan over dat gewricht, zonder dat er objectief eenige afwijking is te vinden.

Den 17den September besluit ik hem gedurende een dag een zeer groote gift salicyl te geven en verwerkt hij dan ook niet minder dan 12 gram en blijkbaar met goed gevolg. De volgende dagen toch is de morgentemperatuur normaal, 's avonds als hoogste 37° en 37.1°. De pijnlijkheid is geheel verdwenen en patiënt voelt zich zóó goed, dat ik hem 23 September niet langer in bed kan houden en hij een half uurtje opzit. Voor alle zekerheid blijft hij 3 gram salic. natric. per dag gebruiken. De toestand blijft goed en patiënt schijnt geheel hersteld te zijn.

Maar in den avond van den 29sten September voelt hij zich opnieuw ziek. Pols en knieën zijn weer pijnlijker, de nek is stijf, de temperatuur is 38.6°. Den volgenden morgen voelt patiënt zich veel beter, maar het treft mij, dat hij in het gelaat licht cyanotisch ziet. Ook is de pols in verhouding tot de temperatuur veel te snel. Aan het hart is echter ook na zeer nauwkeurig onderzoek geen afwijking te vinden. De demping is normaal, de tonen zijn volkomen zuiver. Ook heeft hij geen klachten over een zwaar gevoel in de borst of over hartkloppingen. Integendeel hij voelt zich bijzonder goed en is ten zeerste verwonderd, dat hij in bed moet blijven. In de longen zijn, behalve wat verscherpt ademgeluid, geen afwijkingen te vinden. Er is geen klierzwelling, geen angina, de amandelen zijn normaal, enkele kiezen zijn carieus. Lever en milt zijn percutorisch en palpatorisch normaal van grootte. In de urine is een spoortje eiwit, geen suiker, zeer veel urobiline. In het sediment geen afwijkingen, met name geen roode bloedlichaampjes.

In ieder geval was mij zoo langzaam aan wel duidelijk geworden, dat wij hier niet met een eenvoudige polyarthritis rheumatica te doen hadden, ook al was dan de ware aard van het lijden nog niet zeker vast te stellen.

In den loop van de volgende dagen verbeteren de cyanose en de hooge polsfrequentie weer; zoo nu en dan is de pols echter opeens weer veel te snel, met nu en dan een enkele extrasystole.

Al is dus aan het hart geen enkele afwijking te vinden, toch heb ik van dezen dag af ernstig rekening gehouden met een aandoening van het endocardium. Men staat toch tegenwoordig op het standpunt, dat een aandoening van een klep niet dadelijk aanleiding hoeft te geven tot geruischen enz., en m.i. volkomen terecht. Veeleer toch zal op het ontstaan van geruischen invloed uitoefenen de toestand van de hartspier en een stoornis in het sluiten der kleppen. Hoe anders te verklaren, dat men bij lijkopening vaak ernstige afwijkingen aan de kleppen vindt, zonder dat er tijdens het leven een enkele afwijking aan het hart te vinden was! En vindt men tijdens het leven niet vaak geruischen aan het hart, terwijl bij lijkopening blijkt, dat de kleppen volkomen onbeschadigd zijn?

f Geneesmiddelen hebben geen invloed op het proces. Aspirine, antipyrine, phenacetine, enz. worden achtereenvolgens zonder eenig gevolg gebruikt.

f Half October is de toestand nog steeds hetzelfde Alleen heeft patiënt de laatste dagen neusbloedingen gehad, en is de milt percutorisch wat vergroot, echter niet te voelen.

Ik meen thans de diagnose te moeten stellen op chronische sepsis, ook al is de porte d'entrée ten eenemale onbekend. Ook het witte bloedbeeld wijst in die richting n.l. 14000 leucocyten. Procentsgewijze verhouding:

Polynucl. 71 pCt. — lymphoc. 27 pCt.

Eosinoph. 1 pCt. — Overgangsvormen 1 pCt.

Aangezien alle behandeling met geneesmiddelen faalt en het organisme blijkbaar niet over voldoende afweerstoffen beschikt om het proces baas te worden, besluit ik over te gaan tot melkinspuitingen. Deze worden op de gewone wijze in stijgende giften gegeven: 2, 5, 8 en 10 cM<sup>3</sup>; ingespoten wordt in de bilspiieren.

### TEMPERATUURSLIJST.

Oct.	8 uur	12 uur	4 uur	8 uur		Oct.	8 uur	12 uur	4 uur	8 uur	
13	37.7	37.7	38.1	38	2 cM <sup>3</sup>	20	37.1	37.6	39.2	38.1	8 cM <sup>3</sup>
14	37.3	37.6	37.1	37.8	melk	21	37.5	37.6	37.8	38	melk
15	37.7	37.7	38.1	37.9		22	37.2	37.5	37.5	37.5	
16	37.4	37.8	39.2	38.5	5 cM <sup>3</sup>	23	37.2	37.3	37.5	37.2	
17	37.5	38.1	38.4	38.2	melk	24	37.1	37.2	37.3	37.2	
18	37.4	38	38.3	38.4		25	37.1	37.2	37.2	37	
19	37.6	37.8	38.4	38		26	36.8	37	38.3	37.5	10 cM <sup>3</sup>
						27	37.1	37.3	36.7	37	melk
						28	36.7	36.9	37.2	37.1	

De reactie is in het begin bijzonder gering, zooals uit het temperatuurbeloop blijkt. Ook voelt patiënt zich op den dag der inspuiting niet ziek, hoogstens klaagt hij over wat hoofdpijn en gebrek aan eetlust, terwijl reactieverschijnselen van den kant der gewrichten nagenoeg geheel ontbreken (alleen na de tweede inspuiting klaagde patiënt over erge hoofdpijn). Toch kreeg ik de eerste dagen na de laatste inspuiting den indruk, dat wij iets gewonnen hadden, maar al gauw liep de temperatuur weer op tot 38° en bleef de toestand bij het oude.

Ik vroeg nu collega FABIUS uit Arnhem, om zijn meening eens over patiënt te willen zeggen. Deze meende de diagnose chronische sepsis te moeten onderschrijven ook al was hij het mij eens dat wij dan wel met een voor sepsis bijzonder goed-aardig proces hadden te doen. Aangezien van een verdere behandeling thuis niet veel te verwachten viel en het ons bijzonder belang inboezemde, of er uit het bloed bacteriën te kweken zouden zijn, werd ziekenhuisopneming aangeraden. De familie wilde het echter eerst nog maar eens aanzien.

Begin November het hart nog eens nauwkeurig onderzoekende, vond ik een zwak maar duidelijk systolisch geruisch aan de punt, welk geruisch den volgenden dag veel duidelijker was. Ons vermoeden, dat dus ook het endocardium was aangedaan, was dus bevestigd en er moest nu tevens ernstig met een z.g. endocarditis lenta rekening worden gehouden. Daar deze diagnose echter slechts door het kweken van den streptococcus mitior uit het bloed kon bevestigd worden, drong ik nogmaals ernstig op ziekenhuisopneming aan en thans was de familie hiertoe bereid, zoodat patiënt 8 November in het gemeente-ziekenhuis te Arnhem werd opgenomen.

Bij het daar ingestelde onderzoek gelukte het niet nieuwe aanknoopingspunten voor een nadere diagnose te vinden.

Bloedonderzoek: Haemoglobine-gehalte 65 pCt.

Erythrocyten 4630000.

Leucocyten 11000.

Formule: Segmentkernigen . . . . .	62 pCt.
Staafkernigen . . . . .	8 „
Lymphocyten . . . . .	13 „
Monocyten . . . . .	7 „
Eosinophylen . . . . .	7 „
Jonge vormen . . . . .	2 „
Rudercel . . . . .	2 „

Bloedculturen (collega REINDERS FOLMER) zijn steriel. In het urine-sediment bevinden zich zeer enkele leucocyten en erythrocyten.

Ook de klachten en het temperatuurbeloop blijven hetzelfde. Aangezien aan de mogelijkheid van een z.g. „oral sepsis” gedacht wordt, worden de carieuze wortelresten verwijderd.

Den 16den November wordt met intraveneuze inspuitingen van electrargol begonnen, eerst 5 cM<sup>3</sup>. Ook hierop reageert patiënt heel weinig.

Den 24sten November krijgt patiënt 10 cM<sup>3</sup> electrargol en stijgt de temperatuur 's avonds tot 39.7° om den 26sten te dalen tot 37.7°. Een nieuwe inspuiting van 10 cM<sup>3</sup> geeft een reactie tot 38.8°.

In den loop van de volgende dagen daalt de temperatuur tot beneden 37° en blijft schommelen tusschen 36.8° en 37.4°.

Den 7den December stijgt de temperatuur echter opnieuw tot 37.8° en opnieuw wordt met electrargol inspuitingen begonnen. De temperatuur blijft hierna weer normaal. Slechts een enkele maal wordt de 37.5° over schreven. Patiënt voelt zich uitstekend. De pijnen zijn nagenoeg verdwenen.

Den 28sten December worden de inspuitingen gestaakt en ook daarna blijft de toestand goed. Aan het hart is nog steeds een systolisch geruisch te hooren en de tweede pulmonaaltoon is wat versterkt.

Ooklater hield patiënt zich uitstekend, zoodat hij 2 Februari in goeden algemeenen toestand naar huis terugkeert.

Thuis heb ik nog gedurende 6 weken dagelijks de temperatuur laten opnemen, Deze bleef echter volkomen normaal. Het geruisch aan de punt is langzamerhand verdwenen. De pols wisselt tusschen 60 en 80 slagen per minuut. Begin Mei heeft patiënt zijn werk hervat en maakt het tot op heden uitstekend.

Vat ik het medegedeelde samen, dan hebben wij hier dus bij een tot nu toe gezonden jongen man te doen met een zich vrij acuut ontwikkelde gewrichtsaandoening, welke na een schijnbaar herstel in een chronisch lijden van geheel anderen aard overgaat. De vraag is nu, van welken aard is dit lijden? En dan moeten wij met drie aandoeningen rekening houden en wel:

- a. Polyarthritis rheumatica.
- b. Endocarditis lenta.
- c. Sepsis.

Bezien wij deze aandoeningen eens een weinig nader.

Met een typische polyarthritis rheumatica hebben wij hier zeker niet te doen. De zwelling en pijnlijkheid van den rechter pols heeft zich weliswaar acuut ontwikkeld, maar bij nauwkeuriger opnemen van de anamnese geeft patiënt op, dat hij zich de weken daaraan voorafgaande al minder goed heeft gevoeld. Hij was spoedig vermoeid, had nu en dan schietende pijnen in armen en beenen. De eetlust was slecht, een enkele maal moest hij braken. Veeleer krijgen wij dus den indruk, dat de polszwelling een acute verheffing is van een reeds bestaand chronisch lijden. Ook het verdere beloop wijkt in menig opzicht van het klassieke ziektebeeld af. Al spoedig traden de gewrichts-afwijkingen op den achtergrond. Patiënt

klaagde wel over pijn en stijfheid in de gewrichten, maar bij objectief onderzoek werden nagenoeg geen afwijkingen gevonden, terwijl tevens de klachten wisselend waren. Zeer zeker zijn er gevallen van polyarthrititis rheumatica beschreven, waarbij begin en verdere ontwikkeling meer of minder atypisch beliepen, doch in dit geval zijn de afwijkingen te groot om ons dadelijk met de diagnose polyarthrititis rheumatica tevreden te stellen.

Weliswaar zou de endocarditis zich volkomen bij een polyarthrititis aansluiten, maar toch dienen eerst ernstig de beide andere diagnosen overwogen te worden.

In de tweede plaats dienen wij dan te overwegen, of wij met een z.g.n. endocarditis lenta te doen hebben. Trachten wij dit ziektebeeld wat scherper te omschrijven, dan zou ik dit als volgt willen doen: De endocarditis lenta is een langzaam beloopende ziekte, beginnend met vage algemeene klachten, met grillig temperatuursbeloop. In aansluiting hier aan ontwikkelen zich sterk wisselende klachten over pijnen in gewrichten en spieren, verschijnselen van ontsteking van de klepvlieszen van het hart met alle verwickelingen daarvan.

Het belangrijkste punt echter, waarmee de diagnose staat of valt, is het kweken uit het bloed van den streptococcus viridans. Gelukt het ondanks, alle voorzorgen (bloedafmeting tijdens de koortsperiode, kweken op bloed en glucose bevattende voedingsbodems) niet dezen streptococcus te kweken, dan heeft men zeer waarschijnlijk niet met een z.g. endocarditis lenta te doen.

Gaan wij thans na, in hoeverre het ziektebeeld van onzen patiënt aan deze eischen voldoet. Het sleepende begin, de sterk wisselende gewrichtsverschijnselen, de endocarditis, de miltzwelling, al deze verschijnselen zijn aanwezig. Ondanks alle voorzorgen gelukte het echter niet den streptococcus viridans te kweken en vervalt hiermede ook deze diagnose.

Komen wij thans tot de diagnose sepsis en gaan wij na of deze ons een bevredigende verklaring van het lijden kan geven. Ook nu weer vinden wij verschillende verschijnselen, die ons in deze richting dwingen. De voortdurende koorts, de neusbloedingen, de miltzwelling, de endocarditis, de leucocytose, allemaal verschijnselen, welke wij bij een sepsis kunnen vinden. Toch zijn er ernstige bezwaren tegen deze diagnose en wel de volgende:

1<sup>o</sup>. Het volmaakt ontbreken van koude rillingen. Wel is het temperatuursbeloop zeer grillig, maar een echte koude rilling heeft patiënt nooit gehad.

2<sup>o</sup>. De gewrichtsverschijnselen zijn voor een sepsis wel wat te heftig. Wel komen er in het beloop van een sepsis herhaaldelijk gewrichtsklachten voor, welke waarschijnlijk hun oorzaak vinden in een toxische arthralgie, maar dat een sepsis met zulke scherp uitgesproken gewrichtsafwijkingen begint als in dit geval, komt zeker niet alle dagen voor.

3<sup>o</sup>. Het steriel zijn van de bloedculturen.

4<sup>o</sup>. Het ontbreken van embolische verschijnselen. Dit alles bij elkaar is m.i. voldoende om ook de diagnose sepsis te verwerpen en zoo komen wij weer tot onze oorspronkelijke diagnose: poly-

arthritis rheumatica terug. Dat wij hier niet met deze aandoening in zijn typischen vorm hebben te doen, heb ik reeds aangetoond. In de laatste jaren zijn er echter stemmen opgegaan, welke zich bij de polyarthritis rheumatica op een ander standpunt stellen. Deze beschouwen de aandoening niet als een infectie, welke zijn primairen haard vindt in de gewrichten met secundaire aandoening van het endocardium, maar als een algemeene infectie, volgens sommigen zelfs van chronischen aard, met bijzondere voorkeur voor de gewrichten en het endocardium. Zeer zeker zijn er verschillende aanwijzingen, welke deze opvatting rechtvaardigen. Vaak bestaan toch reeds enkele dagen vóór het uitbreken van de gewrichtsverschijnselen klachten van algemeenen aard, zooals gevoel van ziek zijn, hoofdpijn, schietende pijnen in armen en beenen, koorts, angina, enz..

ROLLY in zijn monografie „*Der acute Gelenkrheumatismus*”, PEL in zijn bekend leerboek „*De ziekte van het hart*” en FEER in zijn „*Lehrbuch der Kinderkrankheiten*”, geven aan, dat de endocarditis reeds aanwezig kan zijn, voordat de gewrichtsverschijnselen uitbreken. Hoe bovendien anders te verklaren, dat bij kinderen de polyarthritis rheumatica vaak bijna ongemerkt beloopt en den indruk maakt van een algemeene infectie, totdat door de later ontstaande endocarditis de ernst van de toen schijnbaar onbetekende aandoening wordt herkend en de diagnose op polyarthritis rheumatica gesteld wordt.

Beschouwen wij nu het ziektebeeld, dat patiënt vertoond heeft van dit standpunt. Zeer zeker moeten wij dan eerst de aandacht vestigen op het feit, dat patiënt als jongen van 12 jaar gedurende verscheidene weken in bed heeft gelegen met „vliegende jicht”. In aansluiting met hetgeen over het beloop van de polyarthritis rheumatica bij kinderen is opgemerkt, geloof ik niet, dat het al te speculatief is, om aan te nemen, dat patiënt toen een zoodanige infectie heeft doorgemaakt. De neiging tot recidief van deze aandoening is toch algemeen bekend. De vraag echter, of wij hier met een nieuwe besmetting, dan wel met een opflikkering van een tot heden verborgen gebleven lijden hebben te doen, is wel zeer moeilijk te beantwoorden. Over de beteekenis van de z.g.n. „knobbeltjes”, welke bij lijders aan polyarthritis rheumatica zoo vaak in de hartspeer en ook wel in de andere weefsels gevonden worden, is het laatste woord nog niet gesproken. Velen willen in deze „knobbeltjes” de plaats zien, waar het onbekende „virus rheumaticum” zich in het organisme weet te handhaven en van waar de „nieuwe” besmettingen zouden uitgaan. Doch hiermede verandert ook de geheele opvatting. Wij hebben dan hier niet te doen met een nieuwe aandoening, maar met de herhaling van een reeds doorgemaakt lijden. In hoeverre reeds een aandoening van het hart heeft bestaan, is niet te beantwoorden. In geen geval heeft patiënt hiervan eenige last ondervonden. Ook de zwelling van den rechter pols was niet het allereerste verschijnsel van patiënt's ziekte. Sedert enkele weken voelde hij zich niet lekker en klaagde over hoofdpijn, was spoedig vermoeid en moest een enkele maal braken. Waarschijnlijk heeft zich door te groote eischen, welke bij het maaien

aan het rechter polsgewricht gesteld werden, daar een plaats van verminderden weerstand gevormd en is de virulentie van het infecteerende agens daarbij dusdanig toegenomen, dat thans een algemeene besmetting van veel heftiger aard plaats kon vinden. De verschijnselen, welke een tijdlang aan een septische aandoening deden denken, zullen wel door de aandoening van het hart veroorzaakt zijn. Opmerkelijk is ook weer het sluipende beloop. Terwijl toch seeds eind September de aandacht op het hart gevestigd was, duurde het nog ruim een maand, alvorens het gelukte een duidelijke afwijking aan het hart te vinden.

Dit geval toont weer eens duidelijk aan, hoe nauw verwant aandoeningen als polyarthritis rheumatica, verwickeld door een hartaandoening, sepsis en endocarditis lenta toch eigenlijk zijn. Slechts door zeer nauwkeurig onderzoek en na de verschillende verschijnselen zorgvuldig tegenover elkaar getoest te hebben, gelukte het hier de diagnose te stellen.

Zelhem, September 1924.

---

(Uit de Universiteits Vrouwenkliniek te Amsterdam.

Prof. Dr. VAN ROOY).

#### D. VAN VUGT, assistent, SPONTANE KEERING DER VRUCHT TIJDENS DE BARING.

Wanneer de schedel in voorhoofdsligging in het bekken indaalt, en de bevalling belooft toch zonder kunsthulp, dan is de oorzaak daarvan meestal te vinden in het feit, dat de schedel spontaan in aangezichtsligging geraakt. Minder dikwijls wordt deze deflexie-ligging verbeterd tot achterhoofdsligging en alleen in gunstige omstandigheden is het mogelijk, dat de schedel in voorhoofdsligging wordt geboren. In verreweg de meeste gevallen zal echter kunsthulp moeten worden toegepast. Al naar gelang de baring gevorderd is, zal deze bestaan in verbetering tot achterhoofdsligging met den handgreep van SCHATZ of THORN, of wel zal men, wanneer beide handgrepen niet meer mogen worden toegepast, de deflexie trachten te vermeerderen om het tot stand komen van de gunstiger aangezichtsligging in de hand te werken of overgaan tot keering en uithaling, vooral bij een multipara, indien de schedel daarvoor niet te diep is ingedaald.

Dat een voorhoofdsligging *tijdens de baring* spontaan in een stuitligging verandert, behoort zeer zeker tot de groote zeldzaamheden en dat geeft mij aanleiding het volgende geval, dat in de Vrouwenkliniek te Amsterdam onlangs werd waargenomen, te publiceeren.

I. Mej. X., 31 jaren oud, is voer de elfde maal zwanger. Behalve dat de vijfde en zesde zwangerschap na drie maanden met een miskraam eindigden, waren alle bevallingen spontaan, à terme. De laatste, de tiende bevalling liep minder vlót