

Dit blijkt duidelijk uit de verplaatsing van de rijpingsspoel en de plaatselijke ophooping van het animale poolplasma, geheel onafhankelijk van de teweeggebrachte stratificatie. De bij de klieving ontstaande celwanden vormen voor deze heroriëntering der verplaatste substanties slechts in beperkte mate een belemmering. Alleen de eiwitdooier blijft gedurende langen tijd eenzijdig opgehoopt liggen; dit verhindert echter niet de normale ontwikkeling, zoodat deze dooier blijkbaar slechts een geringe beteekenis heeft ten aanzien van de determinatie van de deelen van het embryo. Uit de proeven kan worden geconcludeerd, dat het polaire gradiëntveld bij het centrifugeeren niet verplaatst is en ook daarna de localisatie der eisubstanties blijft beheerschen. Vermoedelijk zetelt het in het bij het centrifugeeren niet verplaatste, steviger buitenste laagje van het ei, den eicortex.

In een tweede reeks proeven werden de eieren behandeld met 0.001-0.01 pCt. oplossingen van LiCl. Het lithium veroorzaakt bij eieren van zeeëgels en mphiënen karakteristieke afwijkingen, die als gevolg van specifieke inwerking op een der gradiëntvelden van het ei kunnen worden beschouwd. Hetzelfde bleek bij het ei van *Limnaea* het geval; het lithium veroorzaakte hier ten deele gastrulatiestoornissen, waarbij blaas- tot haltervormige embryonen ontstonden, die althans uiterlijk veel overeenkomst toonden met de bij zeeëgels onder lithiuminvloed ontstaande exogastrulae. In andere gevallen werd bij *Limnaea* een reeks van kopafwijkingen veroorzaakt, neerkomende op een toenemende reductie van het dorsomediane kopgebied, nadering der oogen tot elkaar dorsaal op den kop, versmelting der oogen in het mediane vlak (cyclopie), volledige oogreductie, reductie van den kop. Deze reductie berust niet op het verlies van celmateriaal, maar uitsluitend op veranderingen in het determinatieproces. Daar het gereduceerde gebied in de normale ontwikkeling ontstaat uit cellen, die aan de oorspronkelijke animale pool van het ei gelegen zijn, zijn deze kopafwijkingen blijkbaar het gevolg van een depressie van het polaire gradiëntveld van het ei.

Tenslotte bleek de polariteit van het ei invloed te kunnen ondervinden van verhoogde Ca-concentratie van het milieu. In een 0.5 pCt. oplossing van  $\text{CaCl}_2$  vindt de re rijpingsdeeling nog op normale wijze plaats, maar de ze rijpingsspoel verwijderd zich van de animale pool en plaatst zich loodrecht op de ei-as. Dit berust blijkbaar op een verzwakking van de factoren, die normaliter de rijpingsspoel aan de animale pool vasthouden. Ook het opstijgen van spermaster en spermakern blijft in dergelijke eieren achterwege.

Wat de rechtstreeksche invloed van Ca- en Li-ionen op het ei is, en in hoeverre beide invloeden verschillen, zal door verdere onderzoekingen moeten worden uitgaakt.

De voordracht die door projectie van uitstekende microphotographieën werd toegelicht, werd met groote belangstelling gevolgd. Na afloop werden nog eenige vragen gesteld en werd over enkele punten van gedachten gewisseld. De voorzitter, prof. TEN CATE, dankte na afloop den spreker voor zijn boeiende voordracht.

T. Y. KINGMA BOLTJES, *secret.*

Zeer tot onze spijt is in het verslag van de Algemeene Vergadering van het Genootschap ter bevordering van Natuur-, Genees- en Heelkunde op 23 October 1946, de heer dr. A. J. IJZERMAN als overleden opgegeven, welk bericht onjuist is.

J. D. VAN DER WAALS JR., *alg. secret.*

## NEDERLANDSCHE VEREENIGING VOOR TROPISCHE GENEESKUNDE

VERGADERING OP ZONDAG 29 SEPTEMBER 1946, IN DE AFDEELING  
TROPISCHE HYGIËNE KOLONIAAL INSTITUUT AMSTERDAM I)

VOORZITTER: PROF. DR. S. L. BRUG †

Aanwezig: BRUG †, VAN STEENIS, ELSHOUT, VAN DER ZIJL, HULSHOFF, BOERMA,  
VAN DER KLOET, SWELLENGREBEL, COOL, BAKKER, BONEBAKKER, BREYER, KNOP-

1) De Redactie heeft dit verslag 6 December 1946 ontvangen.

PERS, UTERMÖHLEN, GROOT, WINCKEL, LAWICK VAN PABST, HAGA, SWELM, BESSEM, BIJLMER, VAN BOMMEL, WIJN, VAN THIEL, KOUWENAAR, DE RAADT, SMITS, KEIZER, POSER, STEENHUYZEN, TREFFERS, M. KISMAN, VAN DER VEER, BRUNNEKREEFT, GOMPERTS, EVERSE, SLOT, DE GRAAF, WOLFF, VAN HASSELT, JURGENS, VAN DEN BOS, TESCH, MARWITZ.

De Voorzitter opent om 11.30 de vergadering. Hij spreekt zijn voldoening uit over het feit dat zoovele leden en gasten in Amsterdam aanwezig zijn.

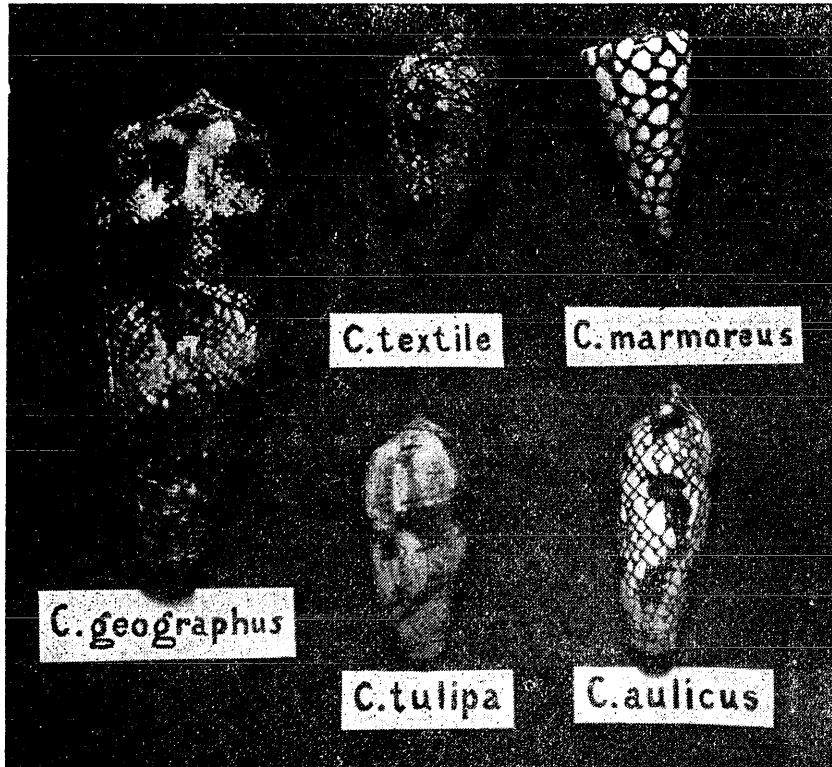
De Notulen worden voorgelezen en goedgekeurd.

*Wetenschappelijke vergadering*

S. L. BRUG †, *Vergiftige zeeslakken.*

BRUG demonstreert een vijftal slakkenhuizen van soorten van het geslacht *Conus*: *C. geographus*, *C. textile*, *C. tulipa*, *C. marmoreus* en *C. aulicus* (zie fig.).

BRUG †,  
Vergiftige  
zeeslakken



Deze zee-slakken zijn zeer vergiftig. Zij bezitten een stekel, waarmee het gif wordt ingespoten. Bij den mensch komen de verschijnselen overeen met die van curare-vergiftiging. Soms is de steek doodlijk. Deze *Conus*soorten komen voor in de tropen op eilanden in den Stillen Oceaan. Zij zijn ook in Ned. Indië gevonden. De *C. geographus* is afkomstig van de N. kust van Ceram. De andere vier zijn een geschenk van mevrouw VAN DER FEEN (Zoölogisch Museum van Artis), die de determinaties voor mij verrichtte, waarvoor ik haar ook hier mijn hartelijken dank betuig. Het exemplaar uit Ceram werd mij door een Cerammer gegeven: ik besefte toen nog niet, dat het een medisch belangwekkend dier was; hij blijktbaar wel. Naar mevrouw VAN DER FEEN me mededeelde, wordt reeds door RUMPHIUS gewag gemaakt van de giftigheid dezer slakken.

*Discussie:*

DE GRAAF merkt op dat steken door deze vergiftige slakken toegebracht, blijkbaar zeer zelden voorkomen. In het leerboek van KIEVIT DE JONGE worden ze niet genoemd en hij heeft gedurende al zijn praktijkjaren op Java er ook nooit van gehoord.

HULSHOFF, A. A. HULSHOFF, *Voorloopige resultaten der Tertiana-behandeling met Nivaquine C.*  
 Tertiana- Nivaquine is een 7-chloro-chinolinederivaat, dat door Specia geproduceerd wordt  
 behandeling en nog niet in den handel is. Het is gelijkwaardig aan het praeparaat der I. G. Farben  
 met Nivaquine C uit de resochinereeks, sontochine en bijna met het Amerikaanse chloroquine.

Onderzoekingen bij 50 patiënten, allen klinisch geobserveerd, bevestigden de goede werking van het middel bij den acuten aanval van tertiana, met name goede en vlugge werking op de klinische verschijnselen, snel verdwijnen der koorts — gemiddeld 1.7 dag — snel verdwijnen der parasieten uit het perifere bloed — gemiddeld 2.6 dag — *geenerlei* bijverschijnselen, die we bij kinine- of atebri- therapie kunnen waarnemen, terwijl de patiënten het gaarne innemen. Echter wel recidieven, thans reeds bij 11 van de 29 langer dan 4 weken geobserveerde zieken. Opmerkelijk is echter, dat de recidieven later komen, 8 à 9 weken na negatief worden van het bloed, en lichter verlopen; inplaats van na 2 à 4 weken, zooals de meeste patiënten, lijdende aan hardnekkig recidiveerende malaria. Dit resultaat komt overeen met de gegevens door Specia verstrekt, en ook volkomen met de uitvoerige publicaties over 5000 à 1000 gevallen met chloroquine in Amerika.

Nivaquine zal waarschijnlijk een aanwinst zijn voor onze malariatherapie. Spreker bespreekt de wenschelijkheid van een suppressieve therapie, waarbij men in staat zou zijn door gebruik van 0.300 nivaquine ééns per week, aanvallen af te breken. Hij acht dit voor den patiënt in het algemeen niet aangewezen, uit epidemisch oogpunt bezien misschien wel.

#### Discussie:

Dr. J. HAGA: Het zij mij vergund naar aanleiding van het gehoorde het volgende naar voren te brengen. In Indië heb ik na 1933 voor de behandeling van malaria geen kinine meer gebruikt, alleen atebri- in combinatie met plasmochine, en na een korte periode, waarin ik geringere doses toepaste, practisch steeds volgens het volgende behandelingsschema: de eerste 2 dagen  $3 \times 200$  mg atebri- per os (of bij alle zware gevallen, zooals onder andere bij m. tropica, eventueel  $2 \times 300$  mg atebri- pro injectione i.m.), dan 5 dagen  $3 \times 100$  mg atebri- per os (steeds gedurende de eerste week strenge bedrust), daarna 7 dagen  $2 \times 10$  mg plasmochine, vervolgens 5 dagen  $3 \times 100$  mg atebri-, en ten slotte nog 7 dagen  $2 \times 10$  mg plasmochine (de atebri- en plasmochine-toediening vond steeds na den maaltijd plaats!). De daarmee door mij en mijn opvolger w. G. F. BUNING behaalde resultaten bij ruim 600 klinisch behandelde malarialijders (waaronder zeer zware!) in het Militair Hospitaal te Malang (Java) tot Maart 1942 waren zeer goed, het aantal recidieven was uiterst gering (bij deze militaire patiënten dank zij de ziekenboekjes gemakkelijk te controleren).

Ook de prophylactische toepassing van atebri- ( $2 \times$  's weeks 200 mg bij het ontbijt met een interval van drie dagen) in zwaar besmette gebieden leverde bij patiënten, die eerst volgens boven aangegeven methode behandeld waren, en in die gebieden moesten blijven wonen, uitmuntende resultaten op. Enkele aldus behandelde patiënten bleven één jaar en langer volkomen vrij van malaria-aanvallen. Nu, nadat ik kennis genomen heb van de moderne opvattingen van de behandeling der malariatertiana-recidieven 1) geef ik den gerepatrieerden (waaronder personen voorkomen met vele tientallen recidieven) nu hoogere doses atebri-, en wel de eerste twee dagen  $4 \times 200$  mg atebri- per dag, daarna twintig dagen  $3 \times 100$  mg atebri- daags. Is het mogelijk plasmochine te krijgen (dat nu practisch uitverkocht blijkt te zijn), dan geef ik graag 7 dagen  $2 \times 10$  mg plasmochine daags na de eerste 12 dagen der atebri-toediening.

Er is namelijk één punt uit de voordracht, waarmee ik het niet eens ben. Dr. HULSHOFF geeft de voorkeur aan de korte, 7-daagsche kuur, om elk recidief, dat dan na 2 of 3 weken ontstaat, op dezelfde wijze te behandelen. In plaats van een langere kuur, hoewel hierbij het recidief later ontstaat. Ik zou meenen, dat juist in verband met de uitzonderingspositie van de repatrieerden, die veelal

1) *The 1945 Year Book of General Medicine*, vooral bl. 50 en 51.

aan talrijke complicaties lijden, het verkieslijker zou zijn te trachten hen op het punt van malaria te steriliseeren, desnoods door een zeer lange kuur, die in elk geval het ontstaan van een recidief zeer verschuift.

Ook zou ik willen vragen, of dr. HULSHOFF eventueel proeven zou kunnen nemen met een verlengde kuur, gevolgd door plasmochine.

VAN STEENIS: Ook bij de gerepatrieerde malariapatiënten in Amsterdam is het groote aantal recidieven opgemerkt, daarnaast is belangrijk, dat wij zelden een duidelijke miltvergrooting konden vaststellen. Bij patiënten die 50—100 tertianarecidieven practisch zonder specifieke therapie hadden, is zelden de milt te voelen, maar enkele keeren is er een milt van +2. Bij de recidieven denken we tegenwoordig vooral aan de exo-erythrocytaire vormen, die leven in endotheelcellen; terwijl het ontbreken van miltvergrooting zou kunnen wijzen op geringe afweerreactie en geringe ontwikkeling van het reticulo-endotheliale en of lymphoide apparaat in de milt. Mogen we deze gegevens beschouwen uit één gezichtspunt: een gestoorde en onvoldoende ontwikkeling van het reticulo-endotheliale stelsel? Over de verhouding tusschen het reticulo-endotheliale stelsel en avitaminotische en onvoldoende voeding, zijn mij geen exacte gegevens bekend; in de literatuur wordt vermeld, dat ratten op avitaminotisch dieet (wat door de anorexie ook leidt tot ondervoeding) een zeer kleine milt hebben post mortem, wel tot  $1/3$  à  $1/4$  van de milt der contrôledieren.

De bestudeering der reticulo-endotheliale cellen bij onze malarialijders, quantitatief en kwalitatief, is niet uitvoerbaar en een onderzoek van de pathogenese der recidieven in deze richting is dus niet mogelijk. Practisch lijkt mij echter, dat bovenstaande gedachtengang naar voren brengt het belang van een normaal functionneerend reticulo-endotheliale stelsel. Hoewel de specifieke bouwstoffen hiervoor (vitamines, hormonen en de chemische grondstoffen) ons niet bekend zijn, lijkt een langdurige volwaardige voeding op het oogenblik hiertoe het belangrijkste.

SWELLENGREBEL beveelt de belangen van Nederland aan in verband met de mogelijkheid van invoer van Indische malaria in Nederland. Er is geen duidelijk verband tusschen tertiana-epidemieën en voedingstoestand. Hij wijst, naar aanleiding van dr. VAN STEENIS' opmerking, op den lagen miltindex in 1945 (najaar) te Wormerveer.

KNOPPERS: De discussie over de recidief-werende kracht van malaria-kuren moet vooral worden gezien in het licht van het plasmochine (Amerik. Eng. pamaquinum). Deze structuur is in Amerika verder uitgewerkt tot een betere verbinding: S. N. 13276. Het nivaquine verschilt met chloroquine alleen op de 3-plaats; het nivaquine heeft daar een methylgroep, het is identiek met sontochine.

SMITS: Naar mijn meening hebben de slechte voedingstoestand en verminderde weerstand toch zeker invloed gehad op het sneller recidiveeren van de malaria. In gelijke mate met het slechter worden der voeding ontstonden de recidieven binnen korter tijd. Op het laatst der krijgsgevangenschap in Pakan Baroe, kwamen bij een groot aantal malarialijders de recidieven prompt en aanhoudend ongeveer 9 dagen na de telkens herhaalde korte kininekuren. Pas met het beter worden der voeding werd ook deze periode weer langer.

WINCKEL maakt de opmerking, dat men geen succes mag verwachten van de verlenging der kuur met een middel, dat, blijkens de recidieven, geen invloed heeft op de endotheelvormen der tertiana-parasieten. Ten tweede deelt hij mede, dat er hier te lande voldoende kinine is.

HULSHOFF antwoordt aan HAGA, dat naar zijn meening het aantal recidieven niet afhangt van de hoeveelheid en van den duur der medicatie, mits voldoende wordt gegeven om de acute symptomen te doen verdwijnen en de parasieten te verdrijven. In hun vergelijkende proeven gaven de Amerikanen 2800 mg atebriene in 7 dagen of 29 g kinine in 14 dagen. Ook zij leggen den nadruk erop, dat het aantal recidieven geen verband houdt met de hoeveelheid en duur der medicatie. Wel kunnen natuurlijk de aanvallen onder suppressieve therapie achterwege blijven, maar zij komen daarna weer in een zeker percentage terug. Juist door chloroquine en ook door nivaquine wordt het tempo der recidieven vertraagd.

Zoolang geen middel tegen de exo-erythrocytaire parasieten is gevonden, zullen de tertianarecidieven blijven komen totdat het lichaam immuun is.

Hier is weer duidelijk het verschil tusschen *m. tropica* en *tertiana* te zien. Bij *m. tropica* practisch volledige genezing met chloroquine, zonder recidieven, evenmin als vroeger bij de ernstige *m. tropica* van de West-Kust van Afrika, waar we ook met kinine-plasmochinebehandeling geen recidieven zagen. Hij voelt er niet veel voor door suppressieve behandeling gedurende zeer langen tijd de recidieven te voorkomen, die dan toch na ophouden dezer therapie terugkeeren. Wel doet hij dit bij zeer verzwakte patiënten om deze eerst weer op krachten te laten komen.

Aan SWELLENGREBEL antwoordt HULSHOFF dat inderdaad een suppressieve therapie in het belang van Nederland in de September—Octobermaanden waardevol zou kunnen zijn, hij zal dit doorvoeren.

DE RAADT,  
Oto-neurolo-  
gische  
stoornissen  
bij pellagra

O. L. E. DE RAADT, *Oto-neurologische stoornissen bij initieele pellagra*  
Een symptomencomplex wordt beschreven, waargenomen bij geallieerde krijgsgevangenen in Japansche kampen in de tropen. De voornaamste symptomen hiervan zijn: duizeligheid, nystagmus, hoofdpijn, oorsuizen, waarnemingsdoofheid, laterale blikzwakte en convergentie-zwakte. Er zijn vele begeleidende verschijnselen van den tractus digestivus, de oogen en de huid. Kenmerkende, pellagreuse dermatitis werd pas in veel latere stadia gezien en niet regelmatig. Als oorzaak van het syndroom wordt pellagra aangewezen, als polydeficiëntie, waarin naast nicotinezuur ook riboflavine, pyridoxine en thiamine van beteekenis zijn. Gewezen wordt op het belang, pellagra te herkennen, voordat de treffende huidsymptomen er zijn, ook voor Nederland, waar weinig zon is. Het pathologisch-anatomische substraat voor vertigo, nystagmus en misschien ook de doofheid, moet in vele gevallen in den hersenstam worden gezocht.

*Discussie:*

KEIZER: In vollen vreedstijd is het mij gelukt op Java een Javaansch kind te vinden (3 maal) lijdende aan huidverschijnselen, gediagnosticeerd als pellagra. In het laatste geval was het mogelijk vóór en na behandeling met nicotinezuur stukjes huid uit te snijden. Colléga MÜLLER van de Nias vond hierbij kenmerkende afwijkingen in de pellagreuse huidgedeelten. Volgens CARTHY behoort daarbij het voorkomen van berkercellen. Ook in vreedstijd trof het klagten over gastro-intestinale verschijnselen en de slapeloosheid. In de vrouwenkampen zagen wij vele vrouwen en kinderen met pellagra-verschijnselen aan de huid.

Wij vonden van de combinaties met ariboflavinosis (perlèche, cheilose, vaginitis, PLUMMER-VINSON-syndroom) nooit macrocytaire anaemie, wel met leucopenie, neutropenie, vacuolaire degeneratie.

Wij meenden deze bloedverschijnselen te moeten rangschikken onder hongerverschijnselen, evenals den lagen bloeddruk en de hypoglycaemie. Bij deze patiënten waren geen symptomen van MÉNIÈRE waar te nemen.

In het Vincentiuskamp vond ik 3 maal vestibulaire duizeligheid gecombineerd met beriberi. Komt hier niet een algemeen tekort voor, tezamen met specifieke tekorten, bij den een meer de vitamine B<sub>1</sub>-factor, bij velen de vitamine B<sub>2</sub>-factor?

DE WIJN: 1e. Heeft spreker een indruk hoe lang de nystagmus, die hij heeft beschreven, blijft bestaan, wanneer de patiënten in beteren voor dingstand komen? Het heeft mij getroffen, na op dit symptoom opmerkzaam te zijn gemaakt, dat nystagmus nog bestaat bij militairen die in Austerlitz gekeurd worden, wanneer ze 1 jaar na hun bevrijding uit de kampen repatrieeren. 2e. Bij een minder of meer systematisch onderzoek naar het bloedbeeld in de kampen bij patiënten met polydeficiënties is gebleken, dat reeds bij de initieele pellagra neutropenie en macrocytose van de roode cellen frequent zijn en misschien van diagnostische beteekenis. Heeft spreker bij dit initieele pellagrasymptoom ook deze ervaring gehad? 3e. Sprekende over pellagra sine pellagra is het belangrijk op te merken, dat men zich niet moet blind staren op nicotinezuur-deficiëntie als aetiologisch moment van de pellagra. Meer recente publicaties vestigen in het bijzonder op

aminozuren als tryptophaan mede de aandacht wat betreft de aetiologie van pellagra.

VAN DER ZIJL deelt mede bij lijders aan hongeroedeem te 's-Gravenhage in den winter 1944—1945 huidafwijkingen aan hand- en voetruggen te hebben gezien, die hij slechts als pellagroïde kan verklaren. Hij vraagt of er ook iets bekend is, dat in Nederland bij deze menschen aandoeningen van het vestibulaire apparaat zijn ontstaan.

UTERMÖHLEN wil spreker gaarne zijn waardeering betuigen voor de wijze waarop hij en zijn collegae onder moeilijke omstandigheden de gegevens bij zijn talrijke patiënten heeft verzameld en bewerkt. Onder hen zijn er zeker velen met zuiver labyrinthaire stoornissen, maar nog meer bij wie het beeld ingewikkelder is en hij wijst op aandoening van meer dan een (centrale) plaats. De ziekte van MÉNIÈRE in engeren zin is een chronische ziekte gezeteld in het labyrint of de omgeving van den N. vestibularis — met de min of meer continue onzekerheid van het evenwicht en afgewisseld met heftige door MÉNIÈRE zoo classiek beschreven verschijnselen. Opmerkelijk is ook de bij enkelen door spreker waargenomen duidelijke exophorie en verder de bij zoovelen waargenomen convergentiezwakte. De juistheid van de groote beteekenis van dezen factor bij ziekte van MÉNIÈRE is hier ook duidelijk komen vast te staan. Het ontstaan van anderen dan horizontalen nystagmus wijst op een centralen oorsprong als verwikkeling bij het classieke beeld. De zenuwachtige toestand, de prikkelbaarheid komt bij alle patiënten met ziekte van MÉNIÈRE voor; hun voortdurende onzekerheid maakt ze angstig en prikkelbaar. Een enkele maal is door UTERMÖHLEN een tijdelijke eenzijdige ptosis gezien; visioenen zijn voor een deel zeker aan accommodatiekramp toe te schrijven, doch ook aan veranderende vaatvulling in retina of achterste deel van de groote hersenen: de streek der occipitale knob van den cuneus, de fissura calarina.

De sympathische verschijnselen (nausea en diarrhee, versterkte mictie) behooren bij het syndroom (aanval van heftige draaiduizeling, evenwichtsverlies, enz.). Alleen de ongecompliceerde gevallen van M. MÉNIÈRE zijn met de prismatische glazen te helpen (dus die met overwegend horizontalen nystagmus). De gecompliceerde gevallen zijn te vergelijken met de gevallen van multiple sclerose, bij wie ook de optische behandeling, gericht op den vestibulair component, eenige verlichting kan brengen. Het oscilleeren, zooals bij den mijnwerkersnystagmus, heeft met het labyrint waarschijnlijk niets uit te staan, behoort dus niet bij het beeld van de ziekte van MÉNIÈRE.

SMITS: Het ziektebeeld dat men pellagra noemt, dient men inderdaad vooral als een complex van *veelvuldige* deficiënties te beschouwen, en niet alleen als een nicotinezuurtekort. Nicotinezuur had bij de talrijke en gevarieerde gevallen die spreker zag, alleen goed resultaat wat betreft het scrotumeczeem, de droge tong en perlèche, en bij de typische pellagravlekken op de aan zon blootgestelde huid, doch in het geheel niet op de „burning feet”, de neuropathia retrobulbaris, de diarrhee, de kersroode lippen en gladde tong, waarbij juist eiwitvoeding-B<sub>2</sub>-complexfactor genezend werkte.

DE RAADT antwoordt aan KEIZER: Ik heb gewezen op de overeenkomst in microscopische afwijkingen tusschen niet en wel aangetaste huidgedeelten van pellagralijders met dermatitis. Dit zijn dyskeratose, atrophie en ontsteking. Na tuurlijk zijn er ook verschillen, bestaande uit veel sterkere vasodilatatie en oedeem in de aangetaste gedeelten. Uw onderzoekingen waren mij niet bekend; hierdoor wordt er dus nog een verschil bijgevoegd, de bekerellen.

De slapeloosheid is een kenmerkend beginsymptoom en kwam bij velen onzer patiënten voor. Een enkele maal daarentegen slaapzucht.

De duizeligheid komt niet in een zoo erg hoog percentage voor, maar wel regelmatig. In elk leerboek vindt men dit verschijnsel in de eerste regels over de initieele symptomen van pellagra. Het is echter een verschijnsel van het oto-neurologisch syndroom, waar deze vertigo een deel van vormt, dat laat of niet wordt opgemerkt. Ik „ontdekte” het in Maart 1943, d.i. 6 maanden na het begin

der deficiëntie-symptomen. BRUINING verzocht mij, hem patiënten met vestibulaire afwijkingen te sturen, omdat hij ze nog niet had gezien in April 1943. Omgekeerd zag ik het eerst bewust deficiëntie-doofheid bij zieken van hem, die hij in de kampen het eerst als zoodanig herkende. KUILMAN, medio 1944, dit is meer dan een jaar later, door BRUINING op dit symptomencomplex opmerkzaam gemaakt, was sceptisch, omdat hij het nooit had gezien. Nadat hem de patiënten getoond waren, zag hij er zeer vele in korten tijd. Anderen zagen ze heelemaal nooit. Men wordt meestal er op opmerkzaam gemaakt door enkele patiënten met hevige duizelingen, wat niet vaak voorkomt. In de Amerikaansche literatuur staat nystagmus als symptoom bij pellagra pas voor het eerst in 1940 beschreven, voor zoover mij bekend. In de leer- en handboeken der keel-, neus-, oorheelkunde en neurologie vond ik het niet, behalve bij KINNIER WILSON.

Dat er geen huidsymptomen zijn, wil niet zeggen, dat de patiënt geen pellagra heeft. Wij legden patiënten met de waarschijnlijkheidsdiagnose darmpellagra korten tijd in de zon, dan kregen ze dadelijk een typische dermatitis. Vele pellagralijders hebben een photophobie, die hen uit de zon doet blijven, in latere stadia zijn ze vaak paretisch of paralytisch. Verder gaat de algemeene toestand achteruit, de zon doet hun geen goed. Dit verschijnsel werd mij pas later bekend uit de literatuur.

DE WIJN zag eenige patiënten, die nystagmus hadden in het kamp, hier terug; het symptoom was verdwenen. Doofheid bleef echter vaak tot nu toe bestaan.

Het bloedbeeld bij pellagra is niet kenmerkend. Voor de vroege diagnose heeft men hier niets aan. Misschien brengt de F<sub>2</sub>-proef in de urine ons hier verder. De coproporphyrine-proef in de urine wordt steeds minder toegepast, wegens gebrek aan specificiteit.

Tryptophaan kan inderdaad nicotinezuur vervangen in een verhouding van 50 op 1, voor wat betreft de vitaminewerking. Hiermede zijn de aanhangers van de oude aminozuurtheorie weer wat in eere hersteld. Ook de theorie van gif in mais is weer gerehabiliteerd door het vinden van de „remmende” stof in mais.

Aan SMITS: Ik kan het geheel met collega SMITS eens zijn.

Aan VAN DER ZIJL: U bent de eerste arts in Nederland, die mij zegt, dat hij in de hongerperiode enkele gevallen van huidpellagra gezien heeft, en dat in dit land met weinig zon. Dit is een argument te meer, dat de initieele symptomen als vertigo, nystagmus, brandende handen en voeten, stomatitis, en zoo voort hier ook regelmatig moeten zijn voorgekomen.

Aan UTERMÖHLEN: De genoemde onderzoekingen waren mij in dezen vorm dan ook alleen mogelijk in Bandoeng, evenals BRUINING ze slechts in Tjimahi kon verrichten in de eerste jaren (1942 en 1943) der gevangenschap. In Batavia was ons dit al niet meer mogelijk, om van de latere stadia niet te spreken.

U spreekt van ziekte van MÉNIÈRE, ik van een symptomencomplex van dezen naam. Dit is het voornaamste verschil in onze opvattingen.

PICK's visioenen (BING, *Neurologie*) vindt men alleen beschreven bij letsel in den fasciculus longitudinalis posterior s. medialis, door stoornis in de coördinatie van ophthalmostatische en vestibulaire impulsen.

De voorzitter dankte ook de andere sprekers en sloot om 4.30 uur de vergadering, waarna vele gasten als lid toetraden.

A. A. HULSHOFF, *secretaris*

---

Beheerend redacteur: Dr. D. KLINKERT te 's-Gravenhage  
 Verantwoordelijk voor de advertenties: Mej. Dr. E. SLUITER te Amsterdam  
 Uitgever: De Erven F. BOHN N.V., Frankestraat 42 te Haarlem  
 Drukker: ELLERMAN HARMS & Co., N.V., Warmoesstraat 147-151 te Amsterdam