

Arie Querido en de fictieve uroptoë

In de biografie van Arie Querido staat een opvallende anekdote die aangeeft dat hoewel hij op foto altijd streng kijkt, er toch ook iets van een Pietje Bell in hem zat. In zijn studietijd begon het studeren zo te vervelen dat hij samen met medestudenten nieuwe denkbeeldige ziekten gaat bedenken. Dat gaat zo goed, dat ze er een fictieve casus van de denkbeeldige ziekte uroptoë uitschrijven in indienen bij het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Daar wordt het tot hun stomme verbazing in 1923 gepubliceerd. Pas 80 jaar later wordt het daar opgemerkt, en komt de waarheid aan het licht.

Lees hierover ons dossier met fragmenten uit de biografie en de onthulling in het tijdschrift.

Op de volgende pagina's is te vinden:

Fragmenten uit Querido, A. (1980). *Doorgaand verkeer*. Lochem.

van der Speck, H. (1923). Een geval van uroptoë. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1855-1857

van der Speck, H., van der Meer, J., Overbeke, A., & Hart, W. (2003). Klinisch denken en beslissen in de praktijk. Een man met een pneumonie enstinkend waterig sputum; de waarheid 80 jaar later. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 147, 2509-2513.

En enkele kortere reacties hierop in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*

----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----

Zo verwierf ik, behalve een jaar vrijstelling van het betalen van collegegeld, een werktafel in het Groot-Laboratorium van het Fysiologisch Laboratorium en bovendien praktisch de vrije beschikking over alles, wat dit laboratorium te bieden had.

Deze bijna teugelloze vrijheid eist een nadere verklaring.

Het Fysiologisch Laboratorium was ronduit gezegd op een dieptepunt. Van Rijnberk, deze hoogbegaafde maar grillige, in de omgang uiterst moeilijke man, had zijn eigen belangstellingssfeer waarin hij niemand toeliet.

Hij maakte geen school, had geen leerlingen, geen kring van jongere onderzoekers om zich heen, was verdiept in medisch-literaire en journalistieke activiteiten en in zijn historische collecties.

Hij stimuleerde niet en kon hoogstens, bijna terloops, een suggestie geven uit zijn onuitputtelijke bron van literatuurkennis.

Daar hij geen enkele moeite deed, een jonge onderzoeker te begeleiden of te laten meedelen in de aantrekkingskracht van zijn studiegebied, stootte hij velen af. Later begreep ik, dat dit vak ook voor hem geen fascinatie meer had.

Zo was het oude, grote doolhof tussen Jodenbreestraat, Waterlooplein en Lazarussteeg bijna leeg, een enkeling werkte geïsoleerd ergens in het gebouw; alleen voor het practicum had de hoogleraar wat belangstelling. Dat ik mij door deze weinig aantrekkelijke situatie niet liet afschrikken had twee oorzaken.

Ten eerste de enorme voldoening die voor de onderzoeker is weggelegd. Het is moeilijk, dit gevoel nauwkeurig te beschrijven, nog moeilijker het te verklaren.

Zeker heeft mijn latere leermeester Cannon met zijn term 'superior playing' - spelen op hoger niveau - de semantische roos geraakt. Ik geloof nòg dat een volwassene een onuitputtelijke bron van geluk kan vinden indien hij de ernst van het kinderspel - en wat is voor het kind ernstiger dan zijn spel - kan behouden of terug winnen.

Als tweede oorzaak zou ik willen noemen dat ik tegenover Van Rijnberk in een niet geheel ongunstige positie scheen te verkeren. Hij vond het, geloof ik, wel aardig een jongen met de literaire achtergrond van mijn oom, de destijds beroemde schrijver, en van de uitgeverij van mijn vader, in zijn omgeving te hebben.

Het onderwerp dat hij mij toewierp - anders kan ik het niet noemen - nl. de verlengde samentrekking van skeletspieren, leidde na enig richtingloos geknoei tot het bewerken van de verschijnselen welke na veratrine-vergiftiging in skeletspieren waargenomen kunnen worden; dit onderzoek, uiteraard met vele onderbrekingen, werd het thema van mijn proefschrift in 1926; ik kom hier later op terug.

Zo gingen wij in de stroomversnelling van geneeskundige feitenkennis en houding-vorming, geënt op de onverbidde-lijke groei naar de volwassenheid, op het doctoraal-examen af.

Het doctoraal geneeskunde gold (geldt) als een van de zwaarste academische examens, niet alleen om de grote hoeveelheid stof, die verwerkt moest worden, maar vooral ook omdat al die stof paraat in een zeer kort tijdsverloop, moest worden gereproduceerd.

Destijds - ik weet niet precies hoe dit nu is - was er geen enkel tentamen, en de tijd tussen de twee delen was niet langer dan drie weken.

En toch heb ik aan dat doctoraal alleen maar blijmoedige herinneringen en dat ik niet alleen stond bewijst het volgende verhaal.

KLEINE KÖPENICKIADE

Zoals bij oudere-jaars gebruikelijk was (wij waren inmiddels vijfde-jaars geworden) vormden zich groepjes met een zekere overeenkomst in studie-gewoonten, welke samen repe-terden.

Als je geluk had kon in zo'n groepje een geweldige onderling stimulerende werking ontstaan. Ik meen dat ik inderdaad zo gelukkig was goed terecht te komen.

Wij repeteerden dat de stukken eraf vlogen; dreunden voor elkaars kritisch oor symptomen, rijtjes, ziektevormen, ziekteoorzaken, diagnoses (natuurlijk geen therapie).

Het is ongelooflijk maar waar: een week of zes voor het examen waren wij uitgerepeteerd; er viel niets meer te herkauwen.

Aanvankelijk wat landerig maar geleidelijk, naarmate het dwazer werd met groeiend enthousiasme, begonnen wij toen ziekten en ziekte-toestanden te fantaseren.

'Als je nu eens dit had, wat zouden de verschijnselen zijn?'

Als nu eens de nieraanleg (mesonephros) door een embryologische vergissing bleef bestaan, zei er een, dan kreeg je een functionerende nier langs de wervelkolom door de hele borstkas. Ja, zei dan een ander, en aan die kant moest dan een testis ontbreken, want de mesonephros vormt de afvoerwegen van de zaadklier.

Ja juist, vond nummer drie, en als die halve man een longontsteking krijgt, breekt het proces door in het primitieve nierbekken, de patiënt krijgt... 'Pieshoest' riep een oud-H.B.S.-er, en een oud-Gymnasiast sprak: 'Uroptoë'.

Wij keken elkaar verbluft aan. Waarom niet?

Wij besloten dat deze parel der wetenschap niet verborgen mocht blijven. 'Een geval van Uroptoë' verdiende een plaats in de geheiligde kolommen van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Wij vergaten ons examen - niets kon heilzamer zijn - en ontwikkelden de strategie, nodig om ons geesteskind in het licht van de publiciteit te krijgen.

Het was direct duidelijk, dat het geval zich niet in Nederland kon afspelen; met het noemen van één naam zouden we al verloren zijn. Gelukkig hadden wij nog koloniën, Nederlands Oost-Indië was het aangewezen land van herkomst, des

te gemakkelijker omdat één van ons groepje uit Indië afkomstig was en daar nog vele relaties had.

Het klinische tafereel werd dus in een of andere buitenbezitting gelegd: een officier van gezondheid kreeg een koelie onder behandeling met tekenen van longontsteking; hij gaf echter grote hoeveelheden dunne vloeistof op, welke bij onderzoek urine bleek te zijn. De man ging dood, sectie toonde het bestaan van een persisterende oernier aan, 'een in de borstholte gelegen worstvormig orgaan van pl. min. 15 cm', met een verbinding naar de pleura-holte. Aan dezelfde kant ontbrak de testis, en aan die kant had het lichaam vrouwelijke vormen.

Het artikel geschreven door Officier van Gezondheid der tweede Klasse Hendriks, werd naar een Indische relatie gestuurd met het verzoek het opnieuw te adresseren aan de Redactie van het Tijdschrift.

Wij hadden nog overwogen een foto van de oernier bij te voegen in de vorm van de afbeelding van een stuk Gelderse worst, maar dit vonden wij toch al te bar. Overigens verwachtten wij geen ogenblik, dat iemand van het 'Tijdschrift' erin zou lopen, en hadden nog een aantal naar ons idee duidelijke aanwijzingen ingebouwd om het ongeloofwaardige van het verhaal te onderstrepen.

Zo was bijvoorbeeld de laboratoriumproef, waarmee het bestaan van urine in het sputum werd aangetoond, gefingeerd. De eenzijdige vrouwelijke vorm was baarlijke nonsens. Eerste Luitenant Hendriks merkt in zijn 'Slotbeschouwing' schoolmeesterachtig op, dat het voorkomen van een persisterende oernier 'zeldzaam' is, maar weet - uit zijn bibliotheek in de rimboe - drie gevallen te citeren, waarvan twee uit niet-bestaande geneeskundige tijdschriften.

En als iemand, tenslotte argwanend geworden, zou gaan informeren naar Officier van Gezondheid der tweede Klasse Hendriks, dan zou het een koud kunstje zijn om crachter te komen dat zulk een persoon niet bestond.

Zo gingen wij lichtvoetig naar het examen, en vergaten de koelie met zijn zeldzame ziekte.

Tenminste, ik had alle reden om de zaak heel snel te vergeten. Enkele dagen na het examen vroeg Van Rijnberk mij of ik zin had een reisje naar de Verenigde Staten te maken. Het bleek dat de Netherland America Foundation, een culturele stichting, over wat geld beschikte, overgebleven van een tijdens de oorlog (ik spreek natuurlijk nog steeds over de oorlog 1914-1918) gevormd handelsfonds. Dit geld was voldoende om een paar academisch gevormde jongelui een studiereisje door de V.S. te laten maken van een week of zes. Ik zag niet direct het nut in van een verblijf van zes weken in Amerika, maar zei natuurlijk niet neen.

Toevallig was net het boek van de Leidse farmacoloog Storm van Leeuwen verschenen: 'Een studiereis door Amerika'. (Je schreef toen nog een boek als je een poosje in Amerika geweest was.)

Uit dit boek leerde ik het bestaan van de Rockefeller Foundation, welke blijkbaar studiebeurzen gaf, en van Alexander Forbes die aan de Harvard University werkte en elektro-fysiologie bedreef.

Ik schreef dus aan de Rockefeller Foundation dat ik een reisbeurs had voor een kort verblijf in Amerika, en informeerde naar de mogelijkheid dit verblijf tot een jaar te verlengen. Ook schreef ik Forbes met de vraag, of ik bij hem zou kunnen komen werken.

Op beide verzoeken kwam een gunstig antwoord. De Rockefeller Foundation zou mijn reisbeurs aanvullen ten einde een verblijf van een jaar mogelijk te maken; Forbes liet weten dat iemand uit het land van Eindhoven steeds méér dan welkom zou zijn.

Want Eindhoven betekende de snaargalvanometer.

Dit vereist enige toelichting.

Galvanometers zijn reeds heel oude instrumenten om elektri-

sche stromen te meten; zij hadden echter het nadeel dat zij alle een grote traagheid hadden, dus niet geschikt waren om snel wisselende stroomsterkten te registreren.

Gebruikmakend van de wet, volgens welke een geleider, loodrecht in een magnetisch veld geplaatst, afwijkt afhankelijk van sterkte en richting van een elektrische stroom, die erdoor gevoerd wordt, wist Eindhoven met een zeer dunne metaaldraad in een zeer sterk elektromagnetisch veld een instrument te construeren, dat, dank zij de geringe massa van de geleider in staat was, zeer zwakke en snel wisselende elektrische stromen te volgen. Zo kon Eindhoven als eerste de elektrische verschijnselen vastleggen welke de samentrekkingen van het hart vergezellen, het elektrocardiogram, waarvoor hij de Nobelprijs kreeg.

Nu is de moderne elektrocardiograaf, het draagbare kastje met 8 of 10 afleidingen, heel iets anders dan de oorspronkelijke snaargalvanometer van Eindhoven, waarvan het Fysiologisch Laboratorium in Amsterdam een getrouw duplicaat had.

Een kamer van behoorlijke afmetingen herbergde de apparatuur, in de eerste plaats een machtige elektromagneet, bekrachtigd door een grote accumulatorenbatterij. De polen van de magneet waren doorboord zodat twee microscopen elkaar met de objectieven aankeken. Tussen de microscopen was een metalen raampje geschoven; hierin was een met goud of zilver bestoven kwartssnaar gesoldeerd, ter dikte van ongeveer 10 - 50 duizendste mm. De ene microscoop vergrootte de schaduw van de snaar, verkregen door het licht van een booglamp op het oculair te laten schijnen, de andere microscoop projecteerde het vergrote schaduwbeeld via een spleetopening op een fotografische plaat, die door een valmechanisme met regelbare snelheid langs de spleet gevoerd werd.

Ik zal later nog op dit helse apparaat terug komen, maar volsta hier met te memoreren dat deze nieuwigheid in Amerika zeer de aandacht had getrokken en een uitvoerige teke-

Forbes nam mij mee naar tal van sociale en artistieke evenementen: bij Cannon werd ik thuis genood waar ik dan door zijn vrouw werd onderworpen aan vlijmscherpe verhoren over Nederlandse gewoonten. Soms bekreep mij een licht gevoel van onrust als ik dacht, dat het door mij verschaft 'materiaal' ongetwijfeld terecht zou komen in de damesbladen, waarvoor zij artikelen leverde.

Het stipendium van de Rockefeller Foundation was \$ 250,- per maand, ruim voldoende voor een behoorlijke kamer en drie maaltijden per dag.

Kleine egoïst als ik was, dacht ik: wat kun je meer verlangen?

Kort na mijn komst in Boston was ik met een dagboek begonnen en ik maakte er gewoonte van de blaadjes eens per week aan mij ouders te sturen, die deze dan weer doorgaven aan mijn vrienden.

Hierop kwamen regelmatig reacties, zodat mijn contact met thuis goed bleef.

Nog een andere band met Nederland was het **Tijdschrift voor Geneeskunde**, dat in de bibliotheek van de Harvard Medical School aanwezig bleek. Daar dit als drukwerk werd verzonden liep het een paar maanden achter.

Wie beschrijft mijn gevoelens toen ik in februari 1924 een nummer van november 1923 in handen kreeg, waarin 'Een geval van Uroptoë' in volle glorie was afgedrukt.

Ik was sprakeloos: eerst letterlijk van verbazing, en toen figuurlijk omdat ik besepte, dat ik dit aan niemand van mijn Amerikaanse vrienden kon vertellen, ten einde het 'Tijdschrift' en alles wat daaraan vast zat niet te blameren.

Nadat ik in mijn eentje een tijdje had zitten schudden van de lach schreef ik mijn mededaders een opgewekte brief; ik kreeg een tamelijk droef antwoord: 'Jij zit lekker buiten schot, maar wij knijpen 'm als ouwe dieven dat Rijnberk erachter komt en zich bij de faculteit zal beklagen. Wat moet er dan van onze examens terecht komen?'

Deze duistere voor gevoelens zijn niet bewaarheid; hoe het

mogelijk is blijft onbegrijpelijk maar waar: het artikel met al zijn baarlijke onzin wekte geen enkele reactie (behalve veel later in de derde bundel 'Moderne Aphorismen uit de interne Kliniek' van de Rotterdamse arts A.F. Soer die opmerkt dat het verschijnsel van uroptoë 'aan het ongelooflijke grenst'. (Gelijk had hij).

Ruim dertig jaar later heb ik het geheim geopenbaard op een feestje van de faculteit waar het onder algemene vrolijkheid werd ontvangen.

WOODSHOLE; AFSCHIED VAN DE U.S.A.

Aan het eind van het studiejaar had ik nog wat tijd van mijn fellowship over; ik bracht deze in Woods Hole door.

Dit is een plaatsje een eindje ten Zuiden van Boston, op een landtong in de Atlantische kust gelegen, waar het bekende Marine Biological Institute is gevestigd.

Aan de ene kant van de landtong is het water veel kouder dan aan de andere; vandaar dat in en om Woods Hole een ongekende rijkdom en variatie van allerlei zeedierte kan worden gevonden.

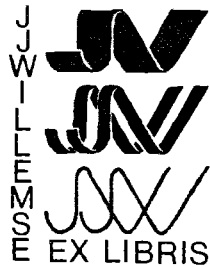
In Woods Hole heb ik hoofdzakelijk geluierd; het was een genoeg 's ochtend uit te trekken met het speelgoedstoombootje van het Institute, dat, voorzien van een door de onderzoekers opgestelde boodschappenlijst, erop uittrok om de gevraagde dieren te verzamelen.

Het leek wel of de kapitein wist bij welke golf hij moest stoppen om met absolute zekerheid een gegeven aantal exemplaren van een gegeven diersoort op te halen. Hij miste nooit en dat was wel indrukwekkend.

Een bijzondere attractie van Woods Hole was dat tal van min of meer bekende figuren uit de fysiologie en de biologie daar met hun gezin vakantie hielden, zodat allerlei kennismakingen mogelijk waren.

Behalve de glimp die ik opving van de toen reeds hoogbejaard-

- Old men forget.
King Henry V, iv, iii



DOORGAAND VERKEER

autobiografische fragmenten

door
A. Querido

UITGEVERSMAATSCHAPPIJ DE TIJDSTROOM
LOCHEM - POPERINGE

worden aangenomen, dat waarschijnlijk hier geen verwonding van de baarmoeder had plaats gevonden, maar enkel de doorgankelijkheid der eileiders was bewezen met een twijfelachtig steriele permangaanoplossing van onbekende sterkte. In ieder geval was achter de baarmoeder een vloeistof op bedenkelijke wijze ingespoten, en hadden hierna zich ernstige verschijnselen van buikvliesprikkeling voorgedaan. Hierom raadde ik opening van het achterste scheidewelf aan, om van dit vocht zooveel mogelijk te doen afvloeien.

De operatie geschiedde na overbrenging van patiënte naar het ziekenhuis, zoo spoedig mogelijk onder aethernarcose, en inderdaad stroomde na opening van het buikvlies een aanzienlijke hoeveelheid vrijwel ontkleurde vloeistof af. Patiënte die vóór de operatie 9 keer had gebraakt, deed dit na den ingreep onder narcose nog slechts eens, terwijl bij het ontwaken de heftige pijn geheel verdwenen was. De ingebrachte tampon werd den 4den dag verwijderd, de subfebriële temperatuur zakte den 3den dag tot onder 37°, terwijl winden reeds op den 2den dag waren geloosd. Na 14 dagen werd patiënte uit het ziekenhuis ontslagen.

Uit deze mededeeling blijkt ten duidelijkste, hoe de vrije verkoop van geneeskundige artikelen een gevaar oplevert voor den leek.

Zwolle, October 1923.

H. VAN DER SPECK, arts, EEN GEVAL VAN UROPTOË.

Den roden Juni van dit jaar werd in ons ziekenhuis te Karang-Anjar een 24-jarige inlander opgenomen; patiënt was zeer dyspnoisch, klaagde over pijn in de linker zijde en gaf een typisch sputum rufum op; daar hij bovendien hooge koorts had, lag de diagnose croupieuze pneumonie voor de hand. Reeds bij de eerste inspectie trof het ons, dat patiënt een eigenaardige asymmetrie vertoonde; daar hij echter een zwaar zieken indruk maakte, onderzochten wij dit aanvankelijk niet nader. Verder was hij somnolent en wat in de war en ook incontinent. De linker balzak helft scheen normaal gevuld, bevatte echter een uiterst makkelijk terug te brengen breuk; de teelbal was niet te voelen. Bij het physisch onderzoek werd een massief infiltraat van de linker onderkwab gevonden.

Patiënt kreeg 10 mgr. morphine; de volgende twee dagen ging zijn toestand wat achteruit.

Op den 13den Juni, na de morgenvisite, begon hij weer over hevige benauwdheid te klagen, en gaf hij monden vol op van een dun, sterk troebel vocht, dat onmiskenbaar naar urine riekte. Wij vonden nu een matheid, die bijna de geheele linker helft der borstkas innam, en het hart belangrijk naar rechts verdrong. Volgens de zuster was patiënt sinds den vorigen avond niet meer incontinent, maar loosde met regelmatige tusschenpoozen urine.

Door de eigenaardige geur van het sputum kwamen wij er toe, de murexide-reactie te doen; deze was positief; hierop toonden wij ook ureum en kreatine met de gebruikelijke reacties aan.

De punctie der linker pleura-holte leverde 1000 cM³ van een lichtgele, sterk troebele vloeistof, die zonder moeite als urine werd geïdentificeerd. Het bloedbeeld gaf een normaal aantal roode bloedcellen, een polynucleaire leucocytose met verschuiving naar links, en ontbreken der eosinophile cellen. Het bloed had een eigenaardige, chocolade-bruine tint; na centrifugeeren bleek het serum uiterst donker te zijn; hierin kon melanine aangetoond worden.

Patiënt ging snel achteruit en overleed 26 uur na de punctie.

Daar het geval mij geheel duister was, verrichtte ik de lijkopening, geholpen door den Off. van Gezondheid tweede klasse P. DE JONGE, die in het naburige Kedong Atjab lag.

Wij hadden nu gelegenheid de asymmetrie te bestudeeren, welke ons reeds tijdens het leven van den patiënt getroffen had. De geheele linker zijde was beïdend vetrijker dan de rechter, vooral de linker bilstreek won het met stukken. Wij geven hier eenige cijfers ter vergelijking:

Lengte: 152.5 cM.; totale borstomvang: 74 cM. Links 40; rechts 34 (afstand midden borstbeen tot doornuitsteeksel). Buik ter hoogte van navel totaal: 69.5. Halve omtrek: links 37, rechts 32.5. Omtrek dij: links 44, rechts 40. Dikte vetlaag borst: links 1.2, rechts 0.6. Dito buik: links 3.7, rechts 2.1.

De linker pleuraholte was bijna geheel gevuld met zulk een vocht als bij punctie was ontlast: de linker long was tegen de wervelkolom aangedrukt en met een dik fibrine-beslag bekleed. Bij het wegnemen van deze long zagen wij door het parietale borstvlies heenschmeren een geelbruin, langwerpig orgaan, glad van oppervlak, met aan de laterale zijde een onregelmatige, scherpbegrensde krater 2 bij 2 cM., met dikken etter gevuld. Korthedshalve vermeld ik slechts, dat de linker long op doorsnede een typisch infiltraat vertoonde voor een croupeuse pneumonie, dat de onderkwab en twee derde van de bovenkwab besloeg, en in de onderkwab op 3 vingers afstand van de margo vertebralis in abscesvorming was overgegaan, welk absces het borstvlies had doorbroken. Verder was de buitenzijde van het hartzakje ontstoken en met fibrine bedekt. Aan de andere organen waren geen afwijkingen te vinden, behalve aan het uro-genitale stelsel. De linker nier was slechts boongroot en met een geheel geoblitereerden ureter van 3 cM. lengte met de blaas verbonden. Van den linker teelbal en zijn afvoersysteem was geen spoor te vinden.

Het orgaan, dat wij achter het borstvlies gevonden hadden, bleek van den derden tot den twaalfden borstwervel te reiken. Het mat 14 bij 3 cM. en ging aan den lateralen kant over zijn geheele lengte over in een membraan-achtigen zak, welke door een pinkdikke buis werd voortgezet, die met de groote vaten meeliiep, dan langs de linea innominata, om vóór de blaas langs in de prostaat uit te monden. De bovenvermelde krater vonden wij 4 vingers van de bovenpool in het membraan-achtige deel. Mediaan achter dit orgaan vonden wij een geel, goed afgescheiden strengetje, drie bij twee centimeter; het orgaan ontving elf korte vaten uit de borst-aorta.

Samenvattende hebben wij dus voor ons een croupeuse longontsteking met abscesvorming, welk absces doorgebroken is in het bekken van een dystopische nier met ongewoon ureter-verloop, benevens de aanwezigheid van een derde, sterk atrophische nier met typisch verlopenden ureter, en de afwezigheid van een teelbal met afvoerkanalen.

Als wij dit geval wat nader beschouwen, merken wij op, dat het voorkomen van een nier in de borstholte zeldzaam is. MAC DUNCAN kon in zijn referaat over nier-anomalieën 1) slechts 4 gevallen aanhalen, waarbij hijzelf een vijfde voegde. Hij meent de afwijking te kunnen verklaren door een aangeboren breuk van het middenrif. Ik merk echter op, dat in mijn geval het middenrif ongedeed was. Bovendien wijst de loop van de pisbuis erop, dat wij hier niet met een normale nier te doen hebben, die slechts op een abnormale plaats ligt; het uitmonden voorbij de blaaskringspier in de prostaat doet aan het gedrag van het vas deferens denken. Als men zich herinnert, hoe in jonge ontogenetische stadia het vas deferens overeenkomt met de gang van WOLFF, die de afvoerbuis van de oernier is, dan kunnen wij niet anders dan aannemen, dat het

1) *Am. Journ. of Embryol.* 18, 1910.

orgaan, dat wij retro-pleuraal aantreffen, de persisterende oernier. is. Met deze veronderstelling is in volkomen overeenstemming:

1^o. De atrophische nier.

2^o. De aanwezigheid, mediaal van dit orgaan, van het beschreven gele strengetje, dat dan de rest van de niet verder ontwikkelde testes-aanleg moet zijn.

3^o. Het ontbreken van den teelbal op de normale plaats. Dit laatste verklaart de halfzijdige vetzucht; ik herinner slechts aan de waarneming van JOH. VON SCHMIDT 1), waarbij op eenzijdige testis-exstirpatie volgde de ontwikkeling van een borstklier aan dien kant.

De incontinentia urinae vindt in de anatomische verhoudingen een gereede verklaring, evenals het meest opden voorgrond tredend verschijnsel in het klinisch beeld, de uroptoë, duidelijk wordt door de doorbraak van het absces in het oernierbekken.

Op één punt wil ik nog nader ingaan. Het is van oudsher een strijdvraag, of de oernier al of niet een functioneerend orgaan is. WEBER bestrijdt dit heftig 2), maar BONNET heeft de argumenten van WEBER afdoende weerlegd 3). Ik meen, dat deze waarneming een sterke steun is voor de theorie van BONNET.

De aanwezigheid van melanine in het serum was mij geheel duister. Met de methode van BERSELIUS 4) toonden wij een gehalte aan van 5 pro mille. Misschien kan een der lezers van dit *Tijdschrift* hieromtrent een inlichting geven.

Karang-Anjar (bij Semarang), September 1923.

DR. J. VAN DONGEN, LOSSCHEURING DER PLACENTA DOOR EEN TE KORTE NAVELSTRENG MET GEBOORTE VAN EEN LEVEND KIND.

De te korte navelstreng komt niet veelvuldig voor. De beteekenis van de korthed van den funiculus umbilicalis voor de baring hangt o.a. af van de plaats van aanhechting der placenta aan den baarmoederwand en van de aanhechtingsplaats van de navelstreng aan de placenta. Vandaar dat de navelstreng bij normale aanhechting van de placenta volstrekt te kort wordt (men onderscheidt ook een betrekkelijke korthed van de navelstreng door omstrenge-ling), wanneer de lengte niet meer dan ongeveer 30 cM. bedraagt en bij lage aanhechting van de placenta, wanneer de streng slechts 20 cM. meet. SARCHY 5) berekende de veelvuldigheid van de te korte navelstreng op 0.06 pCt., PEU vond op 4000 verlossingen 4 maal een zoodanige korthed der navelstreng, dat deze een stoornis

1) *Korr. Bl. Böhmisch. Aerzte*, Febr. 1907.

2) 1897, *Morph. Arb.*, Bd. 7.

3) 1914, *Ergebn. d. Anat. u. Entwickl. gesch.* Bd. 21.

4) *Gesamm. Werke*, Bd. X, bldz. 347.

5) *Inaugur. Dissert.*, München 1913.

Klinisch denken en beslissen in de praktijk. Een man met een pneumonie en stinkend waterig sputum; de waarheid 80 jaar later

H.VAN DER SPECK, J.W.M.VAN DER MEER, A.J.P.M.OVERBEKE EN W.HART

Opzet van dit artikel. De ziektegeschiedenis wordt beschreven zoals die zich in de praktijk heeft voorgedaan. Daarbij is het commentaar weergegeven van ervaren klinici, die niet op de hoogte waren van het beloop van de ziekte en de uiteindelijke diagnose. Het gaat om de didactische waarde van de praktijksituatie.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A, een 24-jarige man van Indonesische afkomst, werd in het ziekenhuis opgenomen. Patiënt was zeer dyspnoësch, klaagde over pijn in de linker zijde en gaf typisch sputum rufum op. Daar hij bovendien hoge koorts had, lag een pneumonie (waarschijnlijk veroorzaakt door pneumokokken) voor de hand, zeker toen bij fysisch onderzoek een massaal infiltraat van de linker onderkwab werd gevonden (hetgeen röntgenologisch werd bevestigd). Reeds bij de eerste inspectie trof het de behandelend arts dat de patiënt een eigenaardige asymmetrische lichaamsbouw had, waarbij de linker lichaamshelft geprononceerder en ontwikkelder leek te zijn dan de rechter. De patiënt was verder somnolent, wat in de war en ook incontinent. De linker helft van het scrotum bevatte een gemakkelijk te reponeren breuk; een testikel was daar niet te voelen. Verder werden bij het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen gevonden. Het laboratoriumonderzoek toonde een leukocytose met verschuiving naar links en ontbreken van eosinofiele granulocyten. De bezinking was verhoogd: 55 mm/1e uur; de hemoglobineconcentratie was 7,6 mmol/l. De creatinineconcentratie in het bloed was 130 µmol/l (verhoogd), de uitslagen van leverbiochemisch onderzoek waren niet-afwijkend.

VRAGEN AAN DE ERVAREN CLINICUS (INTERNIST)

1. Wat is op grond van deze wat summere gegevens uw differentiële diagnose?

Geneeskundige Troepen.

H.van der Speck, officier van gezondheid, tweede luitenant.
Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Algemene Interne Geneeskunde, Nijmegen.

Prof.dr.J.W.M.van der Meer, internist.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Postbus 75.971, 1070 AZ Amsterdam.

Prof.dr.A.J.P.M.Overbeke, chirurg n.p.; dr.W.Hart, internist, uitvoerend hoofdredacteurs.

Correspondentieadres: dr.W.Hart (hart@ntvg.nl).

Zie ook het artikel op bl. 2539.

2. Welke aanvullende diagnostiek zou u willen afspreken?
3. Welke behandeling zou u voorstellen?

COMMENTAAR VAN DE CLINICUS

1. Gezien het lobaire infiltraat in de linker long, de leukocytose en de koorts ligt een pneumokokkenpneumonie het meest voor de hand. Vanwege de verwardheid van patiënt en de incontinentie kan echter ook nog gedacht worden aan een atypische pneumonie, veroorzaakt door *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella* of *Chlamydia pneumoniae*. Indien het ziektebeeld langzaam en geleidelijk was ontstaan zou dit meer passen bij een atypische pneumonie. In de verstrekte gegevens wordt echter geen melding gemaakt van de snelheid van het ziektebeloop. De gestoorde nierfunctie kan passen bij beide typen pneumonie. Een ander ziektebeeld dan een pneumonie lijkt niet waarschijnlijk, ook al zijn longembolieën of een maligniteit niet geheel uitgesloten.

De asymmetrische lichaamsbouw begrijp ik niet. Kan uit de heteroanamnese worden opgemaakt of deze afwijking al sinds de kinderleeftijd aanwezig was? Zou er iets anders aan de hand kunnen zijn met patiënt? Bijvoorbeeld subcutaan emfysem?

2. Als aanvullende diagnostiek zou ik een grampreparaat van het sputum maken, bloed voor kweken afnemen en de recente voorgeschiedenis uitdiepen. Verder kan overwogen worden of HIV-diagnostiek aangewezen is bij deze betrekkelijk jonge man die opeens een pneumonie krijgt. Ook moeten de bloedgaswaarden worden bepaald, zodat de ernst van de gaswisselingsstoornis kan worden vastgelegd. Tenslotte moet nog uitgesloten worden dat patiënt naast een pneumonie ook een meningitis heeft. Bij twijfel zou ik een lumbaalpunctie laten verrichten.

3. Het ziektebeeld bij patiënt moet behandeld worden als een ernstige pneumonie. Mijn keuze zou zijn de combinatie van intraveneus toegediende amoxicilline (1 g 4 dd) en erytromycine (eveneens 1 g 4 dd). Ook moet zoveel mogelijk zuurstof worden toegediend via een mond-neusmasker.

VERVOLG VAN DE ZIEKTEGESCHIEDENIS

Op de 3e dag van de opname begon patiënt bij de ochtendvisite te klagen over toename van de benauwdheid

en hoestte hij grote hoeveelheden dun, zeer troebel vocht op, dat onmiskenbaar naar urine rook. Hij was niet meer incontinent. Bij onderzoek werd nu een demping gevonden die bijna de gehele linker helft van de borstkas innam en waarbij het hart naar rechts werd verdrongen. Op grond van de merkwaardige geur van het sputum werd hierin de creatinineconcentratie bepaald. De gevonden waarde bedroeg 7 mmol/l. Op de terstond gemaakte thoraxfoto werd de aanwezigheid van een grote hoeveelheid pleuravocht met verplaatsing van het hart bevestigd. Bij pleurapunctie werd ruim 1000 ml lichtgele, zeer troebele vloeistof verkregen, die zonder moeite als urine werd geïdentificeerd. Patiënt kreeg hierna snel een ernstige respiratoire insufficiëntie en overleed dezelfde dag.

VRAGEN AAN DE CLINICUS

4. Wat zou, gezien deze gegevens, de verklaring zijn voor de achteruitgang en het overlijden van patiënt?
5. Welke aanvullende diagnostiek was geïndiceerd geweest?
6. Had het beleid anders moeten zijn?

COMMENTAAR VAN DE CLINICUS

4. Blijkbaar is door de grote hoeveelheid pleuravocht aan de linker zijde het hart zo sterk verschoven naar rechts dat de veneuze terugvloed in het gedrang is gekomen. Alternatieve verklaringen zijn dat er tevens veel pericardvocht is of dat het afnemen van het pleuravocht voor reëxpansielongoedeem heeft gezorgd. Dat laatste is echter minder waarschijnlijk, want dan zou veel meer dan 1000 ml moeten zijn afgetapt. De creatinineconcentratie van 7 mmol/l (ongeveer 50 keer zo hoog als in het bloed) geeft aan dat het vocht vrijwel zeker urine is. Hoe kan dat? Ik heb geen idee. Kennelijk is de werkelijkheid soms nog bizarder dan de fantasie. Leed patiënt wellicht aan polycystische nieren en zou er een ruptuur van een grote niercyste naar de pleuraholte zijn opgetreden? Van deze complicatie heb ik overigens nog nooit gehoord.
5. Opnieuw kan men zich afvragen hoe de situatie van deze patiënt zo acuut is verslechterd. Had men deze grote hoeveelheid pleuravocht niet eerder kunnen zien aankomen? Waren er tekenen van pericardieffusie op de thoraxfoto, of was er een pulsus paradoxus? Hoe was de bloeddruk in de dagen na opname? Wat is er gedaan om aanvullende informatie te verkrijgen over de vreemde lichaamsbouw?
6. Het is onbekend hoe patiënt werd behandeld en er wordt geen melding gemaakt van het klinische beeld vlak voor het overlijden van patiënt. Deze gegevens zijn bepalend voor een eventueel oordeel over het gevoerde beleid. Wanneer er sprake was van snel toenemend pleuravocht of als er een vermoeden was van toename van pericardvocht, had men onmiddellijk moeten ontlasten.

OBDUCTIE (MACROSCOPIE)

Bij obductie viel de asymmetrie op die reeds was opgevallen toen patiënt nog leefde. De gehele linker zijde was beduidend vetrijker dan de rechter. De lichaams-

lengte bedroeg 152,5 cm. De borstomvang aan de linker zijde was 40 cm, aan de rechter zijde 34 cm. De buikomvang ter hoogte van de navel was links 37 cm, rechts 32,5 cm. De dikte van de vetlaag van de borst was links 1,2 cm, rechts 0,6 cm.

De linker pleuraholte bevatte vocht. De linker long was met een dik fibrinebeslag bekleed. Bij het weg nemen van deze long zag men door het pariëtale borstvlies een geelbruin, langwerpige orgaan heen schemeren met een glad oppervlak en aan de laterale zijde een onregelmatige, scherp begrensde krater (2 × 2 cm) die met dikke etter was gevuld.

Het sneevlak van de linker long vertoonde het typische infiltraat van een kroepuze pneumonie; die besloeg de onderkwab en tweederde van de bovenkwab. In de onderkwab werd een abces gevonden dat het borstvlies had doorbroken. Er was een fibrineus beslag van het pericardium parietale. Aan de andere organen waren geen afwijkingen te vinden, behalve aan het urogenitale stelsel. De linker nier was slechts boongroot en was door een geheel geoblitereerde ureter van 3 cm lengte met de blaas verbonden. Van de linker testikel en de linker ductus deferens was geen spoor te vinden. Het merkwaardige orgaan dat in de thorax was aangetroffen mat 14 × 3 cm en reikte van de 3e tot de 12e borstwervel. Aan de laterale kant ging het over de gehele lengte over in een membraanachtige zak, die zich als een pinkdikke buis voortzette. Deze liep met de grote vaten mee en vervolgens langs de linea innominata, om voor de blaas langs in de prostaat uit te monden. De eerder vermelde krater bevond zich 4 cm van de bovenpool, in het membraanachtige deel. Mediaan achter dit orgaan werd een geel strengetje van 3 × 2 cm aangetroffen. Het orgaan ontving 11 korte vaten uit de thoracale aorta.

VRAGEN AAN DE CLINICUS

7. Wat is volgens u de verklaring van dit ziektebeeld?
8. Hoe zijn de bevindingen vanuit de anatomie dan wel de embryologie te verklaren?

COMMENTAAR VAN DE CLINICUS

7. Er was dus inderdaad een pneumonie. Het gebruik van het begrip 'kroepuze pneumonie' doet wel wat ouderwets aan. Tevens interpreteer ik het vreemde orgaan, extrapleuraal gelegen en verbonden met de prostaat, als een abnormaal gelegen nier. Toch lijkt er ook nog een rudiment van de linker nier te zijn. Er wordt niets vermeld over de rechter nier. Als deze normaal was, zou patiënt dus 3 nieren gehad hebben, rechts een normale en links 2 abnormale (1 rudimentaire en 1 met afwijkende ligging en vorm). Blijkbaar is tijdens de pneumonie een pleura-exsudaat ontstaan dat vervolgens is doorgelopen naar het 'nierbekken'. Hierdoor is urine vrijgekomen in de pleuraholte; patiënt is uiteindelijk overleden ten gevolge van de massale vochtophoping, waardoor mogelijk de grote vaten werden 'afgeknikt'.
8. Mijn anatomische verklaring heb ik boven geschetst. Voor een embryologische verklaring van deze merkwaardige afwijkingen zou ik een expert moeten raadplegen.

COMMENTAAR VAN DE PATHOLOOG

Wij hebben hier te maken met een longontsteking met abcesvorming. Het abces is uiteindelijk doorgebroken in een ectopisch orgaan, kennelijk een thoracale functionerende nier met een ongewoon ureterverloop. Het opvoesten van urine en de bevinding van het pleuravocht passen hierbij. Opmerkelijk zijn voorts de aanwezigheid van een derde, sterk atrofische nier met atypisch verlopende ureter en de afwezigheid van een testikel aan de linker zijde. Ik zou benieuwd zijn of de macroscopische bevindingen microscopisch werden bevestigd. Hoe de bevindingen anatomisch en embryologisch te verklaren zijn, zou ik van experts op dit gebied willen vernemen.

COMMENTAAR VAN DE ANATOOM

Het is bekend dat een nier in de thoraxholte gelegen kan zijn. Obstructie en ontsteking van de nier hebben geleid tot perforatie van het orgaan. Maar dat daardoor urine in de thoraxholte terecht is gekomen, die zich vervolgens weer ontlast heeft via een verbinding met de luchtwegen, is wel een heel bijzondere uiting. In Afrika heb ik tweemaal thoracaal gelegen ectopische nieren met stenen en obstructie gezien. Beide patiënten hebben het niet overleefd. In de beschreven ziektegeschiedenis wordt melding gemaakt van een dubbel aangelegd systeem aan de linker kant; hierbij zouden de boven- en onderpool geen contact met elkaar hebben. Dit is embryologisch onmogelijk, tenzij er sprake was van gekruiste ectopie, maar het verslag vermeldt dit niet. Ik neem aan dat de rechter nier normaal was; er wordt immers gesteld dat er aan de andere organen geen afwijkingen waren te vinden. Het in de thoraxholte gelegen orgaan had een verwijde ureter die niet in de blaas uitmondde, maar in de pars prostatica urethrae. Dit kan heel goed passen bij een ectopische uitmonding van het bovenste nierdeel bij een verdubbeling. Het kan in ieder geval de incontinentie van de patiënt verklaren. Deze ectopische ureters monden bij mannen altijd boven de sfincter uit en veroorzaken normaal geen incontinentie, behalve bij infecties. Het is jammer dat niet wordt vermeld hoe lang de patiënt al incontinent was. Opmerkelijk is wel dat de incontinentie stopte op het moment dat de patiënt grote hoeveelheden urine opgaf. Kennelijk was 'de druk toen van de ketel'. Afwijkende lichaamsbouw is absoluut niet kenmerkend voor een dubbel aangelegd systeem en ook niet voor een thoracaal gelegen nier, ectopie, een ectopische ureter of het ontbreken van een testikel aan één kant. Wellicht was het kleine orgaan geen nier, maar een 'mislukte' testikel.

COMMENTAAR VAN DE UROLOOG

Gedurende 3 decennia urologische praktijk heb ik geen geval van een thoracale nier gezien. Dit is niet zo verwonderlijk omdat het een uiterst zeldzame afwijking is. Farman schrijft dat de thoracale nier inderdaad zeer zeldzaam is en dat er daarbij in de regel sprake is van malrotatie; de nier is meestal normaal van grootte en vorm en functioneert normaal.¹ Hij veronderstelt dat de nier door een opening of foramen in het diafragma in de thorax is gekomen. De nier komt daarbij in de thoracale

positie voordat het diafragma zich geheel sluit. Een thoracale positie van de nier kan ook verworven zijn als gevolg van een trauma.² In dat geval zullen er ook wel andere organen in de thorax terecht zijn gekomen en is er een scheur in het diafragma. Dat er in deze casus een derde atrofische nier zou zijn met een atypisch verlopende ureter lijkt onwaarschijnlijk. Ik ben het met de vorige commentator eens dat dit embryologisch onmogelijk is. Bij een dubbele nieraanleg liggen beide nierdelen in één kapsel.³ Ook is het juist dat een ectopische ureter bij de man altijd craniaal van de uitwendige sfincter uitmondt, hetgeen een enkele maal incontinentie tot gevolg zou kunnen hebben.^{2,3} Overigens gaat een ectopische ureter niet altijd gepaard met een nierverdubbeling. Een ectopische ureter is in de regel anatomisch en functioneel niet normaal en is dikwijls gedilateerd, met gestoorde peristaltiek. Vaak heeft het bijbehorende nierdeel dysplastische kenmerken. Doordat wij alleen de macroscopische bevindingen kennen, blijft het gissen wat het boongrote orgaantje met de geobliteerde 'ureter' nu werkelijk was. Het aannemelijkst is dat dit toch de niet ingedaalde testikel was. Het zou ook een bijmilt kunnen zijn.⁴

BESCHOUWING

Bij deze man met een korte ziektegeschiedenis werd een klassieke kroepouze pneumonie vastgesteld die werd gecompliceerd door een longabces, dat vervolgens doorbrak in een ectopisch gelegen nier. Dit leidde tot opvoesten van urine (ook wel uroptoë genoemd) en ophoping van urine in de pleuraholte (urothorax). Uit de commentaren moge duidelijk zijn dat het hier om een bijna onwaarschijnlijke complicatie gaat bij een zeldzame congenitale afwijking. Een literatuuronderzoek in *PubMed* met de zoektermen 'uroptoë' en 'uroptysis' leverde geen referenties op. De zoekterm 'urothorax' leverde 6 referenties op; geen daarvan betrof een thoracale nier. De urineophoping in de thorax was vrijwel steeds traumatisch van origine, of het ging om een operatiecomplicatie. De zoektermen 'intrathoracic kidney' en 'thoracic kidney' leverden 162 referenties op, waarvan er 55 het probleem van de ectopische thoracale nier betroffen. In de meeste publicaties gaat het om casuïstische mededelingen over 1, hooguit 2 patiënten. In 1988 werd door Donat en Donat een literatuuroverzicht gegeven over 140 patiënten.⁵ Veelal gaat het om een, al dan niet bij toeval ontdekte, thoracale massa. Soms gaat de afwijking gepaard met pijn. Complicaties als bij de onderhavige casus troffen wij niet aan. Het is dus niet verwonderlijk dat de klinici, hoewel zij het opgehoeste vocht en het pleuravocht als urine diagnoseerden, zich kennelijk geen goed beeld konden vormen van de onderliggende pathologische afwijkingen. Ook de ervaren clinicus wist geen sluitende verklaring voor het ziektebeeld te geven. Interessant zijn de anatomische, embryologische en urologische bespiegelingen, waarbij echter ook geen eensluidend oordeel wordt gegeven. Waarom de toestand van de patiënt acuut verslechterde en wat de directe doodsoorzaak was, blijft onduidelijk. Het resultaat van de obductie was wat dit betreft onbevredigend.

Asfyxie als gevolg van de uroptoë ligt het meest voor de hand.

EPICRISE

Het is niet voor het eerst dat in het Tijdschrift een patiënt wordt beschreven met uroptoë door een thoracale nier waarin een longabces was doorgebroken. Sommigen van onze lezers, waarschijnlijk de ouderen onder hen, hadden wellicht een déjà vu bij de lezing van deze casus. In 1923 publiceerde het Tijdschrift namelijk een artikel van H. van der Speck, arts te Karang-Anjar bij Semarang, getiteld 'Een geval van uroptoë'.⁶ De geïnteresseerde lezer kan dit artikel vinden op de website van het Tijdschrift als digitale appendix (www.ntvg.nl).

Ongeveer een jaar geleden probeerde één onzer (J.W.M.v.d.M.) het zoekprogramma van het Tijdschrift uit in de elektronische databank met alle artikelen sinds 1857. Hij herinnerde zich uit de mondelinge overlevering deze casuïstische mededeling en ontdekte dat deze gemakkelijk te vinden was. Hij meende te weten dat het vrij algemeen bekend was dat het hier om een verzonnen casus ging. Lezing van de oertekst leek dit, gezien de onwaarschijnlijkheden in de casus, inderdaad te bevestigen. Hiervan uitgaande leek het ons de moeite waard om te zien of er aan dit artikel werd gerefereerd in latere jaargangen van het Tijdschrift, en vooral of er een officiële retractatie had plaatsgevonden, zoals gebruikelijk is bij artikelen waarvan is vastgesteld dat ze op onwaarheid berusten.⁷ Dit bleek niet het geval. Tijdens een vergadering van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde vroegen wij aan een aantal leden of zij deze casuïstische mededeling kenden en zo ja, wat zij wisten van het waarheidsgehalte. Velen bleken de casus niet te kennen en onder hen die er wél mee bekend waren, waren weinigen er zeker van dat het om een verzinsel ging. Sommigen van de experts aan wie we de ziektegeschiedenis vervolgens voorlegden, twijfelden: hoewel de casus onwaarschijnlijk was, leek die niet onmogelijk. De verzamelde commentaren waren zo interessant dat we besloten de casus om te werken tot een hedendaagse patiëntenbespreking volgens de formule van de artikelenreeks 'Klinisch denken en beslissen in de praktijk'.

De oplossing bleek toch te vinden. Prof.dr.J.K.van der Korst wees ons erop dat prof.dr.A.Querido (1901-1983), emeritus hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, in zijn autobiografie *Doorgaand verkeer* volledige opening van zaken heeft gegeven:⁸

'KLEINE KÖPENICKIADE

Zoals bij oudere-jaars gebruikelijk was (wij waren inmiddels vijfde-jaars geworden) vormden zich groepjes met een zekere overeenkomst in studie-gewoonten, welke samen repeteerden. Als je geluk had kon in zo'n groepje een geweldige onderling stimulerende werking ontstaan. Ik meen dat ik inderdaad zo gelukkig was goed terecht te komen. Wij repeteerden dat de stukken eraf vlogen; dreunden voor elkaars kritisch oor symptomen, rijtjes, ziektevormen, ziekteoorzaken, diagnoses (na-

tuurlijk geen therapie). Het is ongelooflijk maar waar: een week of zes voor het examen waren wij uitgerepeet; er viel niets meer te herkauwen.

Aanvankelijk wat landerig maar geleidelijk, naarmate het dwazer werd met groeiend enthousiasme, begonnen wij toen ziekten en ziekte toestanden te fantaseren. 'Als je nu eens dit had, wat zouden de verschijnselen zijn?' Als nu eens de nieraanleg (mesonephron) door een embryologische vergissing bleef bestaan, zei er een, dan kreeg je een functionerende nier langs de wervelkolom door de hele borstkas. Ja, zei dan een ander, en aan die kant moest dan een testis ontbreken, want de mesonephron vormt de afvoerwegen van de zaadklier. Ja juist, vond nummer drie, en als die halve man een longontsteking krijgt, breekt het proces door in het primitieve nierbekken, de patiënt krijgt . . . 'Pieshoest' riep een oud-H.B.S.-er, en een oud-Gymnasiast sprak: 'Uroptoë'. Wij keken elkaar verbluft aan. Waarom niet? Wij besloten dat deze parel der wetenschap niet verborgen mocht blijven. 'Een geval van Uroptoë' verdiende een plaats in de geheiligde kolommen van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Wij vergaten ons examen – niets kon heilzamer zijn – en ontwikkelden de strategie, nodig om ons geesteskind in het licht van de publiciteit te krijgen. Het was direct duidelijk, dat het geval zich niet in Nederland kon afspelen; met het noemen van één naam zouden we al verloren zijn. Gelukkig hadden wij nog koloniën, Nederlands Oost-Indië was het aangewezen land van herkomst, des te gemakkelijker omdat één van ons groepje uit Indië afkomstig was en daar nog vele relaties had. Het klinische tafereel werd dus in een of andere buitenbezitting gelegd: een officier van gezondheid kreeg een koelie onder behandeling met tekenen van longontsteking; hij gaf echter grote hoeveelheden dunne vloeistof op, welke bij onderzoek urine bleek te zijn. De man ging dood, sectie toonde het bestaan van een persisterende oernier aan, 'een in de borstholte gelegen worstvormig orgaan van pl. min. 15 cm', met een verbinding naar de pleura-holte. Aan dezelfde kant ontbrak de testis, en aan die kant had het lichaam vrouwelijke vormen.

Het artikel geschreven door Officier van Gezondheid der tweede Klasse Hendriks, werd naar een Indische relatie gestuurd met het verzoek het opnieuw te adresseren aan de Redactie van het Tijdschrift. Wij hadden nog overwogen een foto van de oernier bij te voegen in de vorm van de afbeelding van een stuk Gelderse worst, maar wij vonden dit toch al te bar. Overigens verwachtten wij geen ogenblik, dat iemand van het 'Tijdschrift' erin zou lopen, en hadden nog een aantal naar ons idee duidelijke aanwijzingen ingebouwd om het ongeloofwaardige van het verhaal te onderstrepen. Zo was bijvoorbeeld de laboratoriumproef, waarmee het bestaan van urine in het sputum werd aangetoond, gefingeerd. De eenzijdige vrouwelijke vorm was baarljke nonsens. Eerste Luitenant Hendriks merkt in zijn 'Slotbeschouwing' schoolmeesterachtig op, dat het voorkomen van een persisterende oernier 'zeldzaam' is, maar weet – uit zijn bibliotheek in de rimboe – drie gevallen te citeren, waarvan twee uit niet-bestaande geneeskundige tijd-

schriften. En als iemand, tenslotte argwanend geworden, zou gaan informeren naar Officier van Gezondheid der tweede Klasse Hendriks, dan zou het een koud kunstje zijn om erachter te komen dat zulk een persoon niet bestond. Zo gingen wij lichtvochtig naar het examen, en vergaten de koelie met zijn zeldzame ziekte.'

Het is duidelijk dat Querido bij het schrijven van zijn memoires niet, zoals vandaag de dag, gemakkelijk toegang had tot het oorspronkelijke artikel uit 1923. Hij geeft immers de schrijver een andere naam: 'Officier van Gezondheid der tweede Klasse Hendriks' in plaats van Van der Speck. Erg kwalijk is hem dit niet te nemen.

Nu deze oudere literatuur zo toegankelijk is geworden, lijkt een officiële retractatie op zijn plaats, waarmee alle twijfel over het waarheidsgehalte van de casus ook voor de toekomst wordt weggenomen.⁹

Aan dit manuscript werd een bijdrage geleverd door dr.R.P. Koopmans, internist, prof.dr.J.M.Nijman en prof.dr.R.J.Scholtmeijer, kinderurologen en prof.dr.J.Drukker, anatoom.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ABSTRACT

Clinical reasoning and decision making in practice. A man with pneumonia and ill-smelling watery sputum; the truth revealed after 80 years. – A 24-year-old man was admitted to hospital with pneumonia. On admission he was seen to have an asymmetrical build. During treatment of the lung infiltrate his clinical condition deteriorated. On the third day he coughed up great quantities of fluid which had a urine-like smell. The concentration of creatinine in this fluid was the same as in urine. On X-ray of the thorax, a massive accumulation of pleural fluid was

seen. Shortly after aspiration of 1000 ml of pleural fluid the patient died. At autopsy, an ectopic kidney was found in the left thoracic cavity. The pneumonia had caused an abscess that had broken into the pelvis of this ectopic kidney causing the loss of urine into the pleural cavity (urothorax) and 'uroptysis'. On the basis of anatomical and embryological aspects it is debatable if this case was genuine. It is in fact a duplication of a case report published in this journal in 1923 the reliability of which was never clarified. Biographical information from Professor A. Querido (1901-1983) which has since become available indicates that the case was faked by mischievous medical students preparing for their examinations. They had never imagined that the editors might actually accept it for publication. The case report of 1923 has now been retracted.

LITERATUUR

- 1 Farman F. Anomalies of the kidney. In: Alken CE, Dix VW, Goodwin WE, Weyrauch HM, Wildbolz E, editors. *Malformations. Handbuch der Urologie. Deel VII/1.* Berlijn: Springer; 1968. p. 76.
- 2 Johnston JH, Scholtmeijer RJ. Problems in paediatric urology. *Amsterdam: Excerpta Medica; 1972. p. 57-60.*
- 3 Perlmutter AD, Retik AB, Bauer SB. Anomalies of the upper urinary tract. In: Harrison JH, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA, Walsh PC, editors. *Campbell's urology. 4th ed. Vol 2.* Philadelphia: Saunders; 1979. p. 1322-3.
- 4 Scholtmeijer RJ. Een bijmilt in het scrotum. *Ned Tijdschr Geneeskd 1966;110:90-2.*
- 5 Donat SM, Donat PE. Intrathoracic kidney: a case report with a review of the world literature. *J Urol 1988;140:131-3.*
- 6 Speck H van der. Een geval van uroptoë. *Ned Tijdschr Geneeskd 1923;67:1855-7.*
- 7 Overbeke AJPM. Wangedrag in medisch-wetenschappelijk publiceren. *Ned Tijdschr Geneeskd 1994;138:1822-6.*
- 8 Querido A. Doorgaand verkeer. *Autobiografische fragmenten. Lochem: De Tijdstroom; 1980. p. 41-4.*
- 9 Een geval van uroptoë [retractatie]. *Ned Tijdschr Geneeskd 2003; 147:2539-40.*

Aanvaard op 10 februari 2003

Geschiedenis der geneeskunde

Cosmetische chirurgie, certificaten en de hoofdenbakker van Eeelo

J.N.KEEMAN

Dat de mens vaak niet tevreden is over het hem of haar toegemeten uiterlijk, ook in Nederland niet, mag blijken uit een in 2000 gehouden enquête waarin de Nederlandse vrouw over het algemeen met zichzelf wel tevreden is, maar niet als het gaat om de buik, de borsten of de benen (www.vrouweninnederland.nl). Tegenwoordig viert de cosmetische chirurgie hoogtij. Veel aan ons ouder wordend vieselijk omhulsel kan worden veranderd door middel van ooglidcorrecties, 'peeling', 'shaving', liposuctie, implantaten en wat niet al. Vele van deze cor-

SAMENVATTING

De legende van de hoofdenbakker van Eeelo, een imaginair cosmetisch chirurg, maakt duidelijk dat verbetering van de menselijke fysionomie al halverwege de 16e eeuw veel aantrekkingskracht uitoefende. Om de deugdelijkheid van de behandelaar duidelijk te maken, gebruikte men toen en in latere eeuwen graag een certificaat, waarop de bijzondere kennis en kunde van de heelmester werden getoond. Beide verschijnselen kan men ook in de hedendaagse kranten vinden.

rectieve mogelijkheden worden ons in krantenadvertenties aangeboden, waarin met foto's (soms zelfs met die van de chirurg) de wonderbaarlijke resultaten worden

Dr.J.N.Keeman, chirurg n.p., Herman Heijermansweg 29, 1077 WK Amsterdam (jnkeeman@xs4all.nl).

A tot 22% in groep C en 'acute cholecystitis' bij 13% in groep A tot 22% in groep C. Bij 6,6% van de patiënten in groep A moest een conversie uitgevoerd worden versus 10,2% in groep C.

De morbiditeit in groep A was 7,3% tot 17,3% in groep C. De mortaliteit in groep A was 0,6% tot 2,5% in groep C. In de hele groep van 5884 patiënten bedroeg de morbiditeit 7% en het conversiepercentage 5,2. Patiënten ouder dan 70 hadden een grotere kans op conversie naar de open procedure (5 versus 10%) en op complicaties (7 versus 12%). Gecompliseerd galsteenlijden resulteerde in een 10-voudige toename van conversie en een toename van de morbiditeit tot 27%.

Bij meer dan de helft van de 80-plussers was er sprake van gecompliseerd galsteenlijden, hetgeen tot een acute ingreep leidde, met een mortaliteit van 4%. Dit verschilt niet met dat wat in de literatuur bekend is betreffende open chirurgie bij oudere patiënten.

De auteurs concluderen terecht dat een cholecystectomie ook bij de oudere patiënt veilig laparoscopisch uitgevoerd kan worden. Het advies om bij een bejaarde patiënt al bij vroege klachten een cholecystectomie te verrichten kan niet gegeven worden op basis van de gegevens van de auteurs. Onbekend is bij hoeveel van de bejaarde patiënten in de betreffende regio een expectatief beleid wordt gevoerd. De hoge incidentie van gecompliseerd galsteenlijden bij bejaarde patiënten in de studie doet vermoeden dat ook in deze regio een meer afwachtend beleid wordt gevoerd dan de auteurs suggereren.

LITERATUUR

- ¹ Bingener J, Richards ML, Schwesinger WH, Strodel WE, Sirinek KR. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients. Gold standard for golden years? Arch Surg 2003;138:531-6.

L.TH.DE WIT

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking.)

Een geval van uroptoë

Het verhaal van de verzonnen patiënt met 'uroptoë' heb ik persoonlijk vernomen uit de mond van prof.dr.A.Querido, internist-endocrinoloog te Leiden en neef van de 'Amsterdamse Querido' (2003:2509-13 en 2539-40). Ik was in opleiding bij Querido in Leiden toen hij het verhaal vertelde dat hij vroeger als medisch student met zijn neef – over nog meer mensen sprak hij niet – uit balorigheid een patiënt had verzonnen met de diagnose 'uroptoë'. Hij, 'mijn' Querido, leefde in de veronderstelling dat het bij een grap 'in eigen kring' bleef en hield er geen rekening mee dat het stuk inderdaad zou worden ingezonden naar het Tijdschrift. Toen neeflief hem dit mededeelde, trok hij bleek weg, bang voor de eventuele consequenties van deze 'fraude'. Die gevolgen bleven uit omdat kennelijk niet aan fraude werd gedacht. Als klap op de vuurpijl werd enkele jaren later, weer volgens mijn opleider Querido, een 'tweede' geval van uroptoë gepubliceerd vanuit Zuid-Afrika, waarbij het artikel van de neven Querido werd aangehaald dat in het Tijdschrift was verschenen. De Querido's hebben er nog lange tijd over nagedacht alsnog het stuk terug te trekken en te 'bekennen'. Toen zij echter in het Zuid-Afrikaanse stuk werden aangehaald durfden ze niet meer.

G.HENNEMANN

Rotterdam, december 2003

Wonderlijke reclame voor ziekenhuizen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

'Amsterdam. Stad van toekomst en verleden, van openheid, kleur en dynamiek.' Op de foto staat een jonge man, die een dito vrouw kirrend van plezier in de houdgreep neemt. Het blijkt om een advertentie te gaan waarin een longarts (m/v) wordt uitgenodigd om aan de universiteit te komen werken. Daar kan hij/zij in een dynamische omgeving vol van maatschappelijke betrokkenheid en vernieuwend denken, bla, bla . . . het 'officium nobile' (zo heette dat vroeger) komen uitoefenen. Nadere inlichtingen worden graag verstrekt door prof.Jansen.

Op een andere bladzij doet zich een 'buitenkans voor specialisten' voor. De foto toont een sportieve man (kennelijk de specialist) die lang uitgestrekt op het dek van een enorm zeiljacht van zijn welverdiende rust geniet. Het gaat om de

IJsselmeer Ziekenhuizen, waar het uiteraard ook bruist van dynamiek. Voor nadere inlichtingen mag dhr.Tjepkema gebeld worden.

Natuurlijk werden deze advertenties niet 'vormgegeven' door collega Jansen of Tjepkema. Daar zijn tegenwoordig goedbetaalde adviseurs-managers voor. Alweer 3 jaar geleden attendeerden de collega's Hart en Rooijmans op dit soort wonderlijke reclames (2000:2517-8). De collega's Jacobs en Jacobs plaatsten toen in deze kolommen dat verschijnsel in het bredere verband van het management in de gezondheidszorg en hielden de kostenverhogende werking van deze beroepsgroep, wier gezwollen taalgebruik de evidente tekortkomingen van 'het product' niet kan dekken (2001:243-4).

Gelukkig reflecteren dit soort wervingsacties niet de instelling van de meeste artsen. Maar door hun appèl op de hedonistische instelling van onze veelgeprezen moderne cultuur dragen zij wel bij tot een verdere verbreiding van die mentaliteit, waarvan wij de kwalijke gevolgen voor de gezondheidszorg dagelijks kunnen ervaren. Het zou realistischer zijn als de jonge generatie 'bloed, zweet en tranen' in het vooruitzicht werden gesteld.

E.J.DORHOUT MEES

Vorden, januari 2004

Niet iedere TIA is primair vasculair

Met veel aandacht lazen wij het interessante artikel van collegae Gilhuis et al. over het niet primair vasculaire TIA (2003:1769-72).

Onlangs zagen wij een 42-jarige man die in enkele weken tijd 3 identieke episoden doormaakte van een halfzijdige parese van rechter arm en been (graad 4/5 volgens de Medical Research Council). De symptomen verdwenen steeds spontaan binnen 12-24 h en werden telkenmale uitgelokt door overmatige alcoholinname. Hij vertoonde geen andere intern-geneeskundige klachten of symptomen. Het beeld bij neurologisch onderzoek, uitgevoerd ongeveer 1 week na de derde uitgelokte en spontaan herstelde episode, was normaal. Elektro-encefalografie en duplexonderzoek van de extracraniale halsvaten toonden geen afwijkingen. Bij patiënt werden het overmatig roken (minstens 25 pakjaren) en het drinken van grote hoeveelheden alcohol in korte tijd beschouwd als behandelbare vasculaire risicofactoren. Tevens beoefende hij zonder klach-

maakte een beter onderscheid mogelijk en veroorzaakte dat de vergaarbak 'chlorose' minder vol werd. Anderzijds moet een belangrijk deel van de symptomen die tot de chlorose werden gerekend, worden geïnterpreteerd als een psychogene aandoening waaraan vooral maatschappelijke factoren ten grondslag lagen: het keurslijf van conventies dat de jonge vrouw in de standenmaatschappij van die dagen werd opgedrongen. Het is de verdienste van Catharine van Tussenbroek dat zij al in 1898 op dat verband heeft gewezen en dat zij mede de aanzet heeft gegeven tot veranderingen in de maatschappelijke positie van de vrouw rond de eeuwwisseling.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ABSTRACT

Chlorosis, the lost disease of languid young women. – Chlorosis or 'green sickness' was frequently seen in languid girls and young women in the 19th century but disappeared completely in the first part of the 20th century. The clinical picture comprised menstrual disorders such as amenorrhoea, pallor and many vague symptoms including apathy and hypochondria. At a later stage anaemia and iron deficiency became prominent characteristics. The skin was reported to take on a greenish hue, but this is disputable. Related diseases were hysteria and anorexia. In the middle of the 19th century hydrotherapy was treatment of choice, and later on iron therapy came to the fore. In 1898 Catharine van Tussenbroek, the first female Dutch gynaecologist, pointed to the social factors at the root of the disease: the lack of perspective for young girls in society at that time. The disappearance of the disease can be partially attributed to improved diagnostics but more so to changes in the social position of women around the turn of the century.

LITERATUUR

¹ Hijmans van den Bergh AA, Langen CD de, Snapper I, Nieuwenhuizen CLC van. Leerboek der inwendige geneeskunde. 3e dr. Amsterdam: Scheltema & Holkema; 1946.

- ² Wyshak G, Frisch RE. Evidence for a secular trend in age of menarche. *N Engl J Med* 1982;306:1033-5.
- ³ Loudon ISL. Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa. *Br Med J* 1980;281:1669-75.
- ⁴ Stockman R. Observations on the causes and treatment of chlorosis. *Br Med J* 1895;ii:1473-5.
- ⁵ Eulenburg A. Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. 3. Aufl. Wenen: Urban & Schwarzenberg; 1894.
- ⁶ Deneke Th. Ueber die auffallende Abnahme der Chlorose. *Dtsch Med Wochenschr* 1924;27:902-3.
- ⁷ Talma S. Over afwijkingen van den conus arteriosus o.a. bij chlorose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1895;39:289-97.
- ⁸ Nolen W. Over chlorose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1893;37:487-95.
- ⁹ Mess PM. Over de toepassing der zeebadkuur bij ziektevormen van menstruatie en zwangerschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1867;11:46-66.
- ¹⁰ Drinka GF. The birth of neurosis. Myth, malady, and the victorians. New York: Simon and Schuster; 1984.
- ¹¹ Brosius AS. Weir Mitchell's systeem bij de behandeling van neurosen. *Psychiatr Bladen* 1886;4:215-23, vervolg 1887;5:97-107.
- ¹² Hermanides RS. Oud en nieuw over pathologie en therapie der chlorose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1895;39:1146-9.
- ¹³ Pinkhof H. Behandeling der chlorose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1896;40:187-8.
- ¹⁴ Ruitinga P. Diagnostiek van inwendige ziekten. 2e dr. Amsterdam: Scheltema & Holkema; 1951.
- ¹⁵ Kramer PH. Chlorose voorheen en thans. *Ned Tijdschr Geneesk* 1942;86:295-8.
- ¹⁶ Tussenbroek C van. Over het tekort aan levensenergie bij onze jonge vrouwen en meisjes. Rede op de Nationale Tentoonstelling van Vrouwenarbeid. Amsterdam: Vereeniging 'Thugater' ten voordeele van Kinderkleding; 1898.
- ¹⁷ Schoon AIL. De gynaecologie als belichaming van vrouwen. Verloskunde en gynaecologie 1840-1920 [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 1995.
- ¹⁸ Verdoorn JA. Volksgezondheid en sociale ontwikkeling. Beschouwingen over het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw. Utrecht: Aula-boeken; 1965. p. 388 e.v.
- ¹⁹ Romein J, Romein-Verschoor A. De lage landen bij de zee. Utrecht: De Haan; 1940. p. 597.
- ²⁰ Kemperink MG. Medische theorieën in de Nederlandse naturalistische roman. De negentiende eeuw 1993;17:115-71.
- ²¹ Jansz U. Denken over sekse in de eerste feministische golf. Amsterdam: Sara/Van Gennep; 1990.

Aanvaard op 20 januari 2003

Retractatie

Een geval van uroptoë

Uit een artikel elders in dit nummer¹ blijkt onomstotelijk dat het artikel van H. van der Speck dat in 1923 in dit tijdschrift werd gepubliceerd,² een verzonnen patiënt betreft. Het is onwaarschijnlijk dat het Tijdschrift onder het toenmalige hoofdredacteurschap van prof.dr.G. van Rijnberk een 'peer review'-systeem had zoals wij dat sinds enkele decennia kennen.³ Ons is ook niet bekend of – en zo ja, hoe – artikelen in die tijd werden beoordeeld en of het artikel bewust dan wel onbewust is aanvaard voor publicatie. Wel zijn in 1925 en 1938 bijdragen geplaatst over de embryologie van het urogenitale systeem met enkele aberraties, onder andere in de thoraxholte^{4,5} – misschien een teken dat aan de hypothese toch

Zie ook het artikel op bl. 2509.

serieuze aandacht is geschonken. Om alle twijfel over de casuïstische mededeling weg te nemen, heeft de hoofdredactie besloten het artikel van Van der Speck als niet gepubliceerd te beschouwen. Hiermee wil zij onderstrepen dat zij, zover dat in haar vermogen ligt, de integriteit van de wetenschappelijke publicaties in het Tijdschrift wil waarborgen.

DE HOOFDREDACTIE

A case of uroptysis. – An article appearing elsewhere in this issue¹ proves indisputably that the article by H. van der Speck that was published in this journal in 1923² referred to an imaginary patient. It is unlikely that the Journal then had, under the chief editorship of Professor G. van Rijnberk, a system of peer review such as has been in effect for the past several decades.³ We also do not know whether, and if so, how, articles were evaluated at that time and whether the article was accepted for publication consciously or by accident. An indication that serious attention was given to the hypothesis may, however, be the fact that articles on the embryology of the urogenital system, with certain aberrations in the thoracic cavity, for example, were published in 1925 and 1938.^{4 5} In order to eliminate all doubt regarding this case report, the chief editors have now decided to regard the article by Van der Speck as never having been published. In this way, they wish to emphasise that

they intend to do everything in their power to guarantee the integrity of the scientific publications in the Journal.

THE EDITORS

LITERATUUR

- 1 Speck H van der, Meer JWM van der, Overbeke AJPM, Hart W. Klinisch denken en beslissen in de praktijk. Een man met een pneumonie en stinkend waterig sputum; de waarheid 80 jaar later. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:2509-13.
- 2 Speck H van der. Een geval van uroptoë. Ned Tijdschr Geneesk 1923;67:1855-7.
- 3 Gijn J van. 140 jaargangen: terugblik, inblikje en vershiet. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:1-4.
- 4 Mijsberg WA. Functioneert de oernier bij de menschevruucht? Ned Tijdschr Geneesk 1925;69:453-63.
- 5 Deen KJ van. De reactie van de oernier van kippenembryonen in de doorstroomde cultuur op zure vitale kleurstoffen. Ned Tijdschr Geneesk 1938;82:3810-2.

Feuilleton

Wat zít u nu eigenlijk? Visuele stoornissen en nabootsing ervan voor normaal zienden

P.T.V.M.DE JONG

Mensen die vanaf hun jeugd verminderd zien, weten vaak niet wat zij missen en mensen zonder visuele beperking kunnen zich moeilijk voorstellen wat verminderd zien nu eigenlijk inhoudt. Een bekend voorbeeld zijn mannen met kleurenblindheid die aangeven geen enkel probleem hiermee te hebben, maar ook mensen met een onopgemerkte te lage gezichtsscherpte op kinderleeftijd komen voor. De heer V. bemerkte pas op 14-jarige leeftijd dat hij een bril nodig had, omdat hij op 10 mei 1940 de vliegtuigen en parachutisten niet zag die zijn klasgenoten overal in de lucht bespeurden. De schilder Hermanus Berserik (1921-2002) – geen patiënt van mij; met instemming van zijn erven wordt hier en verderop informatie aangehaald – vertelde mij dat hij pas op zijn 20e jaar, toen hij op de kunstacademie zat, voor het eerst merkte dat hij een bril nodig had. Daarna liep hij een week door Den Haag te genieten omdat er ineens zo veel te zien was. Veel lezers kennen de desoriëntatie in het pikkedonker bij stroomuitval en realiseren zich maar zelden dat dit voor blinden de permanente situatie is, zoals op hun website duidelijk wordt aangegeven (www.nvbs.nl).

SAMENVATTING

De meeste artsen weten weinig over hoe personen met visuele beperkingen iets waarnemen. Soms kan men door eenvoudige hulpmiddelen toe te passen een beeld krijgen van wat een dergelijke belemmering voor de betrokkene betekent, bijvoorbeeld door brillen van verschillende positieve sterkte en lichtdoorlatendheid zelf op te zetten, of door casuïstische praktijkervaringen, schilderijen en fotosimulaties te bestuderen. Tot deze laatste behoren een vrouw die afbeeldde wat zij met een verwijderd oog 'zag', een man die zonder ogen vanuit zijn visuele herinnering schilderde, en een schilderij van een pratone schilder die kleuren koos op grond van de tekst op de verftubes. Zo kan men zich ook een beeld vormen van fantoombeeld, verminderde gezichtsscherpte, gezichtsvelduitval, metamorfopsie, dubbelzien, verblindings en visuele agnosie. Ook van stoornissen in fusie van beelden, dieptezien, stereoscopisch zien, donkeradaptatie en kleurenzien, evenals van afname van de visuele functies op hoge leeftijd. Dit artikel bevat figuren in kleur, waarmee de stoornissen worden nagebootst.

Wat is zien überhaupt? Een van de 20 omschrijvingen in *Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal*, daar 'oneigenlijk' genoemd, luidt: 'In, met de geest waarnemen, syn. zich voorstellen'. Daar wij alleen via en niet mét onze ogen maar eerder met onze hersenen zien, zou ik als een definitie van 'normaal zien' willen voorstellen: het in de hersenen interpreteren van beelden op het net-

Interuniversitair Oogheelkundig Instituut KNAW, Meibergdreef 47, 1105 BA Amsterdam.

Prof.dr.P.T.V.M.de Jong, oogarts (tevens: Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Oogheelkunde, Amsterdam, en Erasmus Medisch Centrum, afd. Epidemiologie en Biostatistiek, Rotterdam) (p.dejong@ioi.knaw.nl).

----- end of text -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- einde van de tekst -----