



Over den invloed der tuberculosis cutis op die der andere organen

<https://hdl.handle.net/1874/299509>

A. qu. 192. 1930

Over den invloed der tuberculosis cutis op die der andere organen.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT OP GEZAG
VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS DR. A. A. PULLE, HOOG-
LEERAAR IN DE FACULTEIT DER WIS- EN NATUUR-
KUNDE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT DER
UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE
FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP
DINSdag 20 MEI 1930, DES NAMIDDAGS TE 4 UUR,
DOOR NICOLAAS CORNELIS VAN VONNO, ARTS,
GEBOREN TE UTRECHT.

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

1930

DRUKKERIJ N.V. V/H BROESE & PEEREBOOM — BREDA.

OVER DEN INVLOED DER
TUBERCULOSIS CUTIS OP
DIE DER ANDERE ORGANEN

DE RECHTEN VAN
DE MENSEN
IN DE NEDERLANDEN

RIJKSUNIVERSITEIT TE UTRECHT



2375 408 2

Over den invloed der tuberculosis cutis op die der andere organen.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT OP GEZAG
VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS DR. A. A. PULLE, HOOG-
LEERAAR IN DE FACULTEIT DER WIS- EN NATUUR-
KUNDE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT DER
UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE
FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP
DINSdag 20 MEI 1930, DES NAMIDDAGS TE 4 UUR,
DOOR NICOLAAS CORNELIS VAN VONNO, ARTS,
GEBOREN TE UTRECHT.

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

1930

DRUKKERIJ N.V. V/H BROESE & PEEREBOOM — BREDA.

AAN MIJNE VROUW.

Bij het voleindigen van mijn proefschrift heb ik op deze plaats de gelegenheid U te bedanken, Hooggeleerden der Medische Faculteit der Utrechtsche Hoogeschool, van wie ik het voorrecht had mijn opleiding te genieten.

Zeer in het bijzonder geldt dat U, Hooggeleerde VAN LEEUWEN, Hooggeleerde Promotor! Gij toch waart het, die mij hebt geholpen bij de eerste schreden op het pad der Huidziektenleer. Gij waart het ook, die met Uw groote kennis, met Uw helderen blik en Uw critisch oordeel, mij ter zijde stond in zooveel vragen en vraagstukken, mijn proefschrift betreffende. Onder Uwe leiding is dit proefschrift geboren!

Zeergeleerde SEDEE! Dankbaar ben ik U voor de lessen en raadgevingen, die ik van U mocht ontvangen, tijdens mijn assistentschap. Met genoegen denk ik terug aan onze werkzaamheid aan Uw belangrijke poliklinieken te Utrecht, vooral aan die van het St. Antonius-Ziekenhuis en die van de E.E. Fraters St. Joannes de Deo. Gij waart het, die mij belangrijke introducties bezorgdet bij de Hooggeleerden Herxheimer en Sabouraud, welke in groote mate tot mijn opleiding bijdroegen. Door Uw toedoen kon ik met den vollen omvang der praktijk kennis maken tijdens mijn schoonen tijd in Rotterdam.

Zeergeleerde KLEIPOOL! Als ik de plaatsnaam Rotterdam noem, gaan mijne gedachten terug naar den tijd, dat ik met U aan het Finsen-Instituut en de Wester-Polikliniek mocht samenwerken! Ik dank U op deze plaats voor alle bereidvaardigheid en vriendschap, die Gij mij hebt bewezen.

Zeergeleerde LAMMERS! Gij dient genoemd, als ik mijn Rotterdamschen tijd memoreer. Toen ik bij U mocht werken op Röntgenologisch en Radiologisch gebied, was Het Rotterdamsche Instituut tot Bestrijding der Kanker nog niet zoo schitterend geoutilleerd als thans. Maar juist in de beginperiode leerde ik het meest kennismaken met Uw critischen blik en vriendelijke hulp, waarvoor ik U altijd dankbaar zal blijven.

Zeergeleerde VAN DUGTEREN! In den tijd, dat ik met U in Breda mocht samenwerken, heb ik achting gekregen voor de practisch-wetenschappelijke wijze, waarop Gij mij voorgingt in ons vak. Aan U dank ik zeer veel van hetgeen ik heb mogen bereiken.

Excellentie VERSCHUUR! Aan U mijn oprechten dank voor de bereidwilligheid en hulp, waarmede Gij mij hebt geholpen bij mijn statistisch werk aan den Raad van Arbeid te Breda, waarvan Gij, toen ik mijn gegevens verzamelde, Voorzitter waart.

Zeergeleerde BEINTEMA! Uw werk van het Consultatiebureau der Nederlandsche Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose is voor mij een prachtig materiaal geweest. Ik dank U te dezer plaatse voor de vriendelijke wijze, waarop U mij ten dienste waart.

Zuster VAN DER BOM! Ik zou ondankbaar zijn, als ik U vergat. Ik dank U voor Uwe medewerking bij het uitzoeken van zoo veel ziektegeschiedenissen en bescheiden. Ook Gij hebt een werkzaam aandeel gehad aan mijn werk.

INHOUD.

Inleiding	Blz. 11
---------------------	---------

HOOFDSTUK I.

Literatuuroverzicht met inleiding	13
---	----

HOOFDSTUK II.

A. <i>Welke lijders aan eenigen vorm van huidtuberculose leden mede aan eenigen vorm van tuberculose van een ander orgaan</i>	43
a. Korte beschrijving der onderscheiden vormen van waargenomen huid-tuberculose	45
b. Hoe kwam ik aan deze huid-tuberculose patiënten . .	48
c. Tabellen	50
B. <i>Welke tuberculeuse huidafwijkingen vond ik bij lijders aan longtuberculose in het Westelijk gedeelte van Noord-Brabant?</i>	57
a. Inleiding	57
b. Hoe kwam ik aan die longtuberculose patiënten? . .	58
C. Conclusies	62
D. Wat is het lot van mijn patiënten lijdende aan tuberc. cutis?	63

HOOFDSTUK III.

Aetiologische en Immuno-biologische beschouwingen . .	67
a. Het immuniteits-mechanisme	69
b. Over het huid-orgaan als producent van immuunstoffen	70

HOOFDSTUK IV.

Literatuurlijst	81
Stellingen	86

INLEIDING.

Het doel van mijn onderzoek is, om voor een bepaald gedeelte van Nederland na te gaan het lot mijner patiënten met t. b. c. cutis, voornamelijk wat betreft het al of niet optreden van t. b. c. van andere organen. Dit naar aanleiding van de veel gehuldigde opvatting, dat t. b. c. der huid de andere organen zou beschermen tegen besmetting. Ter vergelijking heb ik gezocht naar patiënten met goedaardige tuberculose van andere organen, om te zien, hoe frequent hierbij de t. b. c. cutis voorkomt.

Ik heb hiervoor gekozen het tijdvak 1919—1929 en als materiaal voor dit onderzoek had ik de beschikking over de gegevens omtrent longtuberculose-lijders van het Consultatie-Bureau der Nederlandsche Vereeniging tot Bestr. der Tub. en van den Raad van Arbeid te Breda. Vooral dit laatste materiaal leent zich prachtig voor onderzoek. Ik meen de eerste te zijn, die daarvan in Nederland gebruik maakt en ik twijfel niet, of hierna zullen anderen volgen.

Daarnaast stelde ik mijn eigen materiaal over hetzelfde tijdperk van lijders aan huidtuberculose (in alle vormen) en ik ging na, met welke orgaan-tuberculose deze aandoeningen eventueel waren gecompliceerd, tevens hoe groot de sterfte was van lijders aan huid-tuberculose, de duur van hun huidlijden.

Tenslotte ging ik na den wederzijdschen invloed van huid- en orgaan-tuberculose in verband met het vraagstuk der immuniteit.

Ik meende goed te doen een meer uitgebreid overzicht te geven van de literatuur over deze onderwerpen, vooral om eens de meeningen der clinici te vergelijken vóór en ná de ontdekking der Koch'sche bacil.

Waar ik mijn bevindingen uit uitgebreide statistieken kon verzamelen, meende ik tevens goed te doen, kortelings de statistieken van andere onderzoekers aan het slot van het literatuur-overzicht te memoreeren. Waar de buitenlandsche statistieken tot 1929 reiken, kan men die met de Nederlandsche vergelijken.

HOOFDSTUK I.

LITERATUUR-OVERZICHT MET INLEIDING.

LITERATUUR.

OVERZICHT.

Een volledige, overzichtelijke opsomming van alle literatuur over mijn onderwerp te geven, zou zeer zeker ondoenlijk blijken te zijn, al ware het alleen maar, omdat de plaats daarvoor in mijn werk ontbreken zou. Ik heb mij daarom beperkt tot een uittreksel van de literatuur en heb daarbij mijn critische beschouwingen gevoegd.

Het eerste werk van eenige beteekenis betreffende het vraagstuk van de huid-tuberculose bij lijders aan orgaan-tuberculose, is dat van E. BESNIER (1880). Het is zijn werk, dat nog altijd belangrijk genoemd kan worden en misschien wel van klassieke beteekenis is. Hij was het toch, die het principe poneerde:

„Les tuberculeux ne deviennent pas des lupiques, les lupiques „deviennent fréquemment tuberculeux!” (La Pratique dermatologique — Tome III — Paris 1902 — Lenglet: Lupus. Pag. 318).

Vele onderzoekers nemen en namen dat aan.

BARDLEBEN, hoewel hij niet wist, dat lupus huid-tuberculose was, nam ook lupuslijders waar, die aan Phthisis pulmonum stierven.

En HOLM critiseert de waarnemingen van Bardleben en verklaart de sterfgevallen van hem zóó, dat hij alleen waarnam die personen, die uitgebreide en sterk destructieve lupus aan neus en mond hadden. Alleen die ernstige gevallen stierven.

In 1883 zeide BESNIER: „Le lupus na mène pas à la phthisie”!

LAILLER (van het Ziekenhuis St. Louis te Parijs), schreef:

„Les lueux paraissent exposés à contracter la tuberculose pulmonaire. Elle est chez eux une cause fréquente de mort, parfois „elle revêt une forme aiguë, le plus souvent elle est torpide et se „prolonge longtemps.”

Wij vinden deze woorden terug in het proefschrift van QUINGUAND, die over dit onderwerp een mededeeling, hem persoonlijk door LAILLER gedaan, volledig aanhaalt.

QUINGUAND heeft er aan herinnerd, dat bij de lupuslijders de phthisis dikwijls torpide en latent is en hij heeft drie hoofdvormen beschreven (die men nog nader omschreven vindt in de analyse, die wat verder in dit proefschrift gemaakt is).

Hetgeen de waarnemingen van de schrijvers, die de tuberculose bij de lupuslijders niet hebben gezien, op een dwaalspoor gebracht

heeft, zegt BESNIER, is, dat de huidtuberculose geruimen tijd onbepaald plaatselijk kan optreden, dat de tuberculeuze voortschrijdingen naar de inwendige organen zeer langzaam en onopgemerkt plaatsvinden, dikwijls door kleine, voorbijgaande crises, afwisselend door lange rustperioden gekenmerkt. Bij velen van deze lijdens kan men bij een nauwkeurig onderzoek waarnemen, dat hetzij aanknoopingspunten van de scrophulose (Lymphatische diathesis, conjunctivitis, enz.), hetzij beginnende aandoening der longen bestaan, hoewel de patiënten geruimen tijd den uiterlijken schijn van een goede gezondheid behouden.

Maar deze schijnbare of werkelijke onschadelijkheid van de lupus, die te begrijpen zou zijn, waar het betreft een plaatselijke tuberculose, is jammer genoeg verre van volstrekt; nu eens snel. (twee á drie jaren), dan weer zeer langzaam (10, 20, 30 jaren en meer), komt de infectie te voorschijn, hetzij door spontane uitzaaiing, hetzij misschien begunstigd door verwondingen, ontstaan op die plaatsen, die door de lupus zijn aangetast en welke zoodanig zijn, dat zij een auto-inoculatie teweegbrengen.

De ziektereeks is begonnen met de aantasting van de huid en het slijmvlies door het tuberculeuse element en eindigt met een diepere of ingewandsinfectie, welke den kringloop begint te doorloopen gedurende een minder of meerder groot aantal jaren. De lupuslijder is thans een „t. b. c.-lijder” geworden.

Deze infectie valt waar te nemen bij alle vormen van lupus, maar het is noodig dit te zeggen, vooral bij den typischen vorm, zelden in het geval, waar de lupus weinig uitgebreid voorkomt; torpide of zeer langzaam in haar ontwikkeling, kan zij plotseling snel naar voren komen in die gevallen, waarin de aandoening actief is, plaatselijk overrompend, spontaan destructief.

Na een algemeene periode, gedurende welke de uitwendige klierziekte alleen zichtbaar is (maar waarin men toch bij behoorlijk onderzoek de eerste aanwijzingen aantreft van een infectie van het longweefsel), ziet men, hetzij een snelverlopende phthisis, hetzij een verdachte pleuritis, hetzij een langzaam voortschrijdende phthisis of een anderen vorm van actieve tuberculose zich ontwikkelen.

De waarnemingen, vermeld door Quinguand in zijn proefschrift, geven een voorstelling van deze vormen. Het oogenblik scheen nog niet gekomen, om de juiste numerieke verhouding, die bestaat tusschen lupus en t. b. c. der inwendige organen, te noemen.

Bij de waarnemingen van LAILLER en van QUINGUAND voegen zich die van AUBERT en van DOUTRELEPONT. Zij becritiseeren het werk van Lailler en Quinguand en noemen hun werk geen

wetenschappelijke bewijsvoering, maar slechts een gemoedelijk praatje. Een dergelijke opvatting zou, om te worden aanvaard, slechts gebaseerd mogen zijn op de basis van een volledige statistiek, samengesteld volgens wetenschappelijke voorschriften en gereedigeerd volgens bepaalde eischen. Zij vragen een nauwkeuriger opsomming van feiten, ter bestudeering en voor elke ziekte een onderzoek van meerdere jaren.

Bij het onderzoeken van de lupuslijders van hun kliniek of polikliniek gedurende de maand Juni of Juli van het jaar 1882, namen zij de volgende feiten waar:

1. Man, oud 45 jaar, aangetast door lupus vulgaris van den neus en van de bovenlip en van den linkerwang.
Complicatie: longtuberculose.
2. Meisje, oud 33 jaar. Lupus vulg. van den hals. Bloedspuwingen. T. b. c. van de beide longtoppen, vooral links.
3. Jongeman, oud 21 jaar. Lupus vulg. van den rechterwang. Ontstaan op z'n tiende jaar. Bloedspuwingen sedert 6 maanden. Snelle uitbreiding der longtuberculose — kraken der beide longtoppen.
4. Meisje, oud 12 jaar. Ulcereerende lupus van den neus, dateerende van voor 2 à 3 jaar, met snelle uitbreiding. Lupus in de keelholte. Ruwe ademhaling aan beide longtoppen. Op 10 Juli 1883 (een jaar na de eerste waarneming der uitwendige teekenen), is het kind sterk vermagerd — ronchi in beide longtoppen, sterke matheid, etc.
5. Meisje van 17 jaar — ulcereerende lupus van den neus, dateerende uit haar kindsheid; dofheid der rechterlongtop — ruwe en verlangzaamde ademhaling ter plaatse.

Verzamel ik het geheele materiaal, dan kom ik tot 38 lupusgevallen, die in Juni-Juli 1883 in het Ziekenhuis of op de polikliniek van St. Louis in behandeling waren.

Daaronder vind ik 8 gevallen, waarbij manifeste orgaan-tuberculose werd vastgesteld, dat is dus bij 21 %.

De schrijver merkt op, dat bij langere observatie misschien meerdere gevallen zouden gevonden worden, omdat een orgaan-tuberculose van uitermate latent karakter kan zijn.

Hij concludeert dan door zich af te vragen, of al zijn gevallen dan niets zeggen en ook als bewijs kunnen worden aangevoerd, dat: „le lupus ne mène pas à la tuberculose!”

E. BESNIER heeft naar aanleiding van deze gegevens opgemerkt, dat de organisatie van den dienst in het Ziekenhuis St. Louis niet zoodanig is, dat daaruit gemakkelijk statistische feiten zijn te vinden. Hij eindigt met te zeggen: „Ik beweer niet, dat alle lupus-

lijders worden of zullen worden tot phthisici. Ik weet zelfs geen verhoudingscijfers te geven. Maar ik heb wel degelijk waargenomen, dat lupuslijders op de manier van alle personen, welke aan eenige plaatselijke tuberculose lijden, doorlopend blootstaan aan een algemeene (tuberculeuze) besmetting en dat de prognose van lupus in het algemeen een twijfelachtige is.

BESNIER zegt daarbij, dat de „bloedige behandeling der lupus nog praedisponceert voor secundaire phthisis.

Men kan dus opmerken, dat Besnier in deze publicatie alle twijfel wakker roept, dat secundaire phthisis bij lupuslijders niet bestaat. Immers duidelijk zegt hij: „que les cas de phthisie secondaire sont plus communes ou au moins plus hâtifs chez ces sujets que chez les autres.” Vanaf dien tijd is dan ook door andere onderzoekers, verband gezocht tusschen lupus en longtuberculose, al ontbreken nog statistieken om die met de door mij gevonden cijfers te vergelijken.

In 1883 publiceert QUINGUAND een artikel, dat in verband met Besnier's opmerkingen, belangrijk is. De titel er van: „De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire” wijst al in deze richting. Hij plaatst hierin den samenhang tusschen orgaan-tuberculose en lupus op den voorgrond. Hij, die toen nog niet wist, dat lupus tuberculose was, bekeek de gevallen klinisch zeer scherp en bespreekt dan ook achtereenvolgens:

- a. de aanwezigheid van tuberkels in het lupusweefsel;
- b. de inoculatieproeven, waarvan hij de toepassing aanbeveelt, als leidende tot een juiste diagnose der tuberculose.

Deze „eisch” stellende, wijkt hij af van de resultaten der inoculatieproeven van dien tijd, die steeds negatief uitvielen. Want het gelukte KOCH immers pas in 1902, deze proeven te doen slagen;

- c. zijn klinische waarnemingen, dat lupus- en orgaan-tuberculose zeer vaak samengaan.

Naar aanleiding van Quinguand's publicatie heeft E. BESNIER nog verschillende opmerkingen gemaakt; deze laatste toch schrijft dat degenen, die zeggen, dat er geen verband bestaat tusschen lupus en orgaan-tuberculose, ongelijk hebben en hun meeningen niet op juist-waargenomen feiten gronden.

Hij zegt, dat men daarvoor het materiaal veel zorgvuldiger moet gadeslaan: men moet de voorgeschiedenis der lupus-lijders nagaan, hun hereditaire momenten op tuberculose nazoeken, hen vervolgen bij hun nakomelingschap, hen onderzoeken en blijven onderzoeken, ook na de „genezing” van de lupus.

Dit laatste feit is belangrijk. Want — zoo zegt hij — niets is

gemakkelijker dan tuberculose aan te toonen in de familie der lupuslijders, zij het scrophulose of andere manifestaties! Want bij lupuslijders kan de zorgvuldige waarnemer in de meeste gevallen zekere teekenen van scrophulose waarnemen.

Uitzonderingen hierop zijn zeldzaam. Steeds vermengen zich de tuberculose en scrophulose in de hereditaire lijn. Ik heb, zoo zegt hij, al sinds lang deze beide begrippen in mijn diagnostiek verbonden en ik noem lupuslijders scrophulo tuberculosen.

Hierna bespreekt de auteur zijn inoculatie-proeven, waarmee hij zich weder op het terrein der aetiologie der lupus begeeft, waarvan ik geen melding, in verband met mijn onderwerp, maken kan.

De nauwkeurige beschouwende BESNIER zegt het zelf zoo karakteristiek, als hij schrijft, dat, als men met bezadigde ervaring kijkt en vooral den observatie-tijd zeer lang kiest, het samengaan van scrophuleuse aandoeningen, koude abcessen en lupus tot longtuberculose toe, opvallend is in vele gevallen. Hij noemt dit een „pathologische” serie, maar zegt er bij, dat vaak heel lang na het optreden van een kliertuberculose (als dit proces zelfs geheel genezen is), nog een longtuberculose kan optreden.

Wat de frequentie lupus — longtuberculose betreft, wordt niet veel vermeld. „La phtisie pulmonaire n'est pas absolument une rareté chez les lupeux”, zoo heet het. Hij wijst er dan op, dat het vaak heel lastig is een orgaan-tuberculose vast te stellen, iets wat men nu met de moderne diagnose-techniek nog kan beamen.

HEBRA EN KAPOSI hebben vaak bij uitgebreide lupus zich een chlorose zien ontwikkelen, ook sterke vermagering, soms ook longtering namen zij waar.

NEUMANN bespreekt de mogelijkheid, dat lupus zich compliqueert met longtuberculose.

LAILLER, die geen cijfers noemt van lupuslijders, die longtuberculose kregen, zegt: Lupuslijders schijnen voorbeschikt te zijn, om longtuberculose te krijgen. Bij hen is het een veel voorkomende doodsoorzaak.

GINTRAC merkt voor het eerst op, dat „le lupus ulcéreux coincide souvent avec la tuberculose”.

TILBURY FOX stelt vast, dat „la maladie semble avoir une prédilection marquée; les lupiques sont phtisiques ou ont une tendance à le devenir”.

CORNIL en VIDAL zeggen, dat lupuslijders geen longtuberculose krijgen.

RENOUARD (1888) onderzoekt zijn tuberculosepatiënten en vond er geen persoon bij, die „met een lésion lupique” had gedebutteerd.

Hij schrijft o.a., dat lupus een plaatselijke tuberculose is, die in het organisme dringt, langs:

- 1o. de *bloedbaan* en wel in de meeste gevallen;
- 2o. de *lymphklieren*, een zelden voorkomend feit;
- 3o. het *lymphatisch systeem*, langs centripetalen weg, b.v. door tuberculeuse klierandoeningen en wel voornamelijk die verkaasde vormen, die secundair zijn aan lupus en wel in de streek van de afvoerende lymphbanen. Hij zegt, dat die besmetting vaak met groote tusschenpoozen plaats vindt.

Het is interessant, dat RENOUEAU, die nog volkomen onbekend was met de actiologie der tuberculose en den verwekker niet kende, met schranderheid en juist klinischen blik reeds behandelt, hetgeen LEWANDOWSKY in 1916 in zijn: „Die Tuberkulose der Haut” bespreekt: Juist zijn aangifte van de wegen, waarlangs de tuberculose in het organisme doordringt, geeft blijk van zijn juist, klinischen blik op de gevallen, die hij observeerde. Ook roert hij hier de klierandoeningen aan, waarvan ik later aan de hand van mijn eigen gevallen, een nadere bespreking zal verbinden.

Hij zegt verder, dat onbekende invloeden de longtuberculose na zeer langen tijd bij lupuslijders manifest kan maken. Hij beschrijft gevallen van longtuberculose, die aldus te voorschijn kwamen na 50 jaar, na 52 jaar.

In totaal beschrijft RENOUEAU 593 gevallen. Hij merkt ook op, dat lupus voornamelijk bij jeugdige personen optreedt. Hij beschrijft verschillende omstandigheden en ziekten, die de lupus tot orgaan-tuberculose kunnen activeeren en noemt daaronder zwangerschap, chlorose, anaemie, syphilis, of ook „maladies tuberculeuses”: roodvonk, mazelen, diphtherie en typhus. Hij herhaalt dan Jaccard's gezegde, dat juist diphtherie en typhus aanleiding kunnen geven tot broncho-pneumoniën (acute, sub-acute of chronische) en als daarbij de persoon is: „en état de prédisposition héréditaire” dan worden deze longaandoeningen: „le point de départ de tuberculose pneumonique”.

Hij beschrijft verder de vormen, waaronder de „généralisation tuberculeuse” zich voordoet, waarbij hij zegt, dat meestal de verkaasde vormen optreden, zelden de fibro-sclerotische.

Verder bespreekt de schrijver nader zeer uitvoerig de verschillende vormen, waaronder de orgaan-tuberculose zich presenteert bij lupuslijders.

De slotsom van zijn onderzoekingen is gelijkvormig aan de meening van Quinquand, want hij schrijft: Er zijn inderdaad lupuslijders, die geen waarneembare longafwijkingen vertoonen, maar in een aantal gevallen (dat grooter is, dan men meent), stelt men

lichte verschijnselen vast, die op een beginnend optreden der tuberculose wijzen. Hij noemt die „*formes intermittentes avec intervalles de repos de la maladie.*” En kenmerkend schrijft hij, wat Quinguand met veel omhaal van woorden schreef: „*La phthisie chez les lupeux est de celle qu'il faut rechercher.*”

JACCOUD en DEBORE eischen, dat men vanaf het eerste optreden der huidaandoening zijn aandacht aan de longen moet geven om gedurende de geheele ontwikkeling of (en) behandeling ervan, door regelmatig onderzoek van de longen iedere afwijking tijdig te herkennen, omdat de vroeg-ontdekte longtuberculose zeer goed naar behandeling luistert.

RENOUARD citeert verschillende onderzoekers en zegt daarvan, dat de veelvormige evoluties van de phthisis minder frappant zijn dan de verschillende lupus-varieteiten, hoewel bij beiden latente en geaccentueerde vormen voorkomen. Hij merkt op, dat de lupus erythematodes van het gelaat, de uitgebreide lupus vulgaris en de lupus ulcerosa aanleiding geven tot verschijnselen van progressieve uitbreiding tot z.g.n. chronische tuberculose, terwijl de lupus erythematodes generalisata, de actieve lupus vulgaris, die niet naar scarificaties luistert, gevolgd worden door een acute longtuberculose, soms na langen, soms na korten tijd.

Hij zegt het zoo: „*Le lupus peut guérir sans donner lieu à la tuberculose pulmonaire, mais c'est une rareté.*”

Soms heel lang bestaande lupusvormen kunnen nog longcomplicaties geven. Soms ook neemt men een gestadige uitbreiding van de lupus waar, zonder beïnvloeding van den algemeenen toestand (1 lupusgeval, dat 40 jaar duurde bij een 60-jarige vrouw, uitgebreid over $\frac{2}{3}$ gedeelte van de oppervlakte van gelaat en hals). Hij merkt ook op, dat orgaantuberculose als complicatie eener huidtuberculose in sommige gevallen toch nog goedaardig kan verlopen.

Het literatuur-overzicht zou niet volledig zijn, als ik eenige statistieken uit vroegere jaren niet releveerde. Men moet aan de „oude” statistieken relatief groote waarde hechten, omdat men immers de verwekker der tuberculose niet kende en uit klinische gegevens, zonder eenige bacteriologische, serologische of vaccino-diagnostische aanknoopingspunten tot cijfers moest komen.

Ik vestig de aandacht op het groote verschil in uitkomsten der statistieken van verschillende onderzoekers.

Chronologisch heb ik de statistische gegevens van de auteurs onder elkaar geplaatst. Hunne statistieken bedoelen aan te toonen, in hoeveel gevallen de huidtuberculose gecompliceerd is met longtuberculose. BLOCK let ook op de klieraandoeningen van tuber-

culeusen aard. Daarop zal ik bij mijn resultaten ook de aandacht vestigen.

In de statistieken van BROCC (1907) en JADASSOHN wordt ook het voorkomen van huidtuberculose bij orgaan-tuberculose besproken.

Aan LELOIR komt de eer toe „qu'il a posé en premier le principe de la fréquence”.

A. *RENOUARD.*

Onder 87 behandelde lupuspatiënten in 1883 (onder Besnier), vertoonden 15 personen hetgeen GRANCHER noemt: „schème de congestion”; 8 ervan vertoonden tuberculeuse longinfiltratie van langeren of korteren duur; 10 andere hadden chronische tuberculose, zetelende in de ingewanden, in de longen. Een er van stierf aan een meningitis tuberculosa (gediagnostiseerd door Prof. FOURNIER). Twee van hen vertoonden een acute longtuberculose, 2 de chronische vorm.

In percenten uitgedrukt, vond hij dus op 87 lupuslijders 33 lijdende aan eenige orgaan-tuberculose, d.i. dus bijna 40 %.

Ook bij andere onderzoekingen bij zijn lupuslijders vond RENOUARD personen „en voie de tuberculinisation”, maar zijn getallen hebben geen volstrekte juistheid, die toestaan er een overzichtelijke statistiek van te maken.

RENOUARD heeft de gewoonte afzonderlijke gevallen in extenso te citeeren en vergeet daarbij vaak zijn statische vraagstelling.

LAILLER heeft aan RENOUARD 171 ziektegeschiedenissen toevertrouwd, alle van lupuslijders, strekkende over de jaren 1869—1884. Onder die 171 waren 126 lupus vulgaris gevallen; 36 lupus erythematodes en 10 andere vormen. Zeven er van vertoonden koorts en vermagering, nachtzweeten. Bij 19 werd klinisch manifeste longtuberculose vastgesteld, waarvan er 4 stierven en bij de autopsie de klinische diagnose werd bevestigd. 1 had larynxtuberculose; 1 tuberculosis peritonei; 2 tuberculose van het genitaal apparaat; dat is dus op 171 gevallen van huidtuberculose 26 klinische vastgestelde gevallen van orgaan-tuberculose, dat is ongeveer 15 %.

Een publicatie van BESNIER zelf over hetzelfde tijdvak gaat over 137 gevallen, waaronder 86 lupus vulgaris, 32 lupus erythematodes, 19 andere vormen van lupus. Onder die 137 personen waren er 15, die zekere verschijnselen hadden van manifeste longtuberculose; 1 met endo-peri-cardiale complicatie; 1 met tuberculose van den rechter bijbal — 1 met longtuberculose met doodelijken afloop.

Percentsgewijze vindt BESNIER dus zelf 15 gevallen van orgaan-tuberculose bij 137 lupuslijders, dat is dus *bijna* 11 %.

B. *LELOIR*.

Deze heeft in 1886 een artikel gepubliceerd over: „Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose”.

LELOIR bespreekt daarin een geval, waarin op duidelijke wijze bleek, dat vanuit den lupushaard een tuberculeuse lymphangitis ontstond, welke weer de aanleiding was tot het ontwikkelen van een aantal scrophulodermata, die ontstonden langs de aangedane lymphbanen en eindigden met de absorptie van het tuberculeuze virus langs de lymphbanen van het lichaam en een longtuberculose veroorzaakten aan de zijde, overeenkomende met het aangetaste lid.

LELOIR haalt meerdere, andere gevallen aan, waarbij hij aanneemt een absorptie van tuberculeus virus uit scrophuleuse klieraandoeningen, die hij betitelt met den naam: „*érysipèle blanc*”, soms ook wel: „*lymphangite réticulaire érysipelateuse*”.

In deze gevallen van pseudo-erysipelas speelt zich in de onderkaaksklieren, soms ook in de sub-claviculaire klieren een reactie af met sub-febriele verschijnselen en terwijl te voren het onderzoek een negatief resultaat had, manifesteerden zich nu teekenen van tuberculeuse longtopinfiltratie.

Hij geeft over de jaren 1885/1886 een statistiek van behandelde lupuslijders in het „hôpital St. Hubert”. Hieronder waren 8 vrouwen lijdende aan lupus, waarvan 5 duidelijke teekenen gaven van tuberculeus longlijden.

Er waren 9 mannelijke lupuslijders, waaronder er ook 5 aan longtuberculose leden en waarvan er één een tuberculeuse knieaandoening had.

Samenvattend vond hij dus op 17 lupus-patiënten 10 gevallen van longtuberculose. Het aantal is klein en inderdaad lijkt dit percentage longlijders onder lupuspatiënten wat groot, maar om historische redenen is het belangrijk zijn statistiek even te vermelden.

C. *HASLUND*.

Dr. Haslund uit Kopenhagen (Finsens Medizinske Lys Institut, Kopenhagen) vond bij 60 % zijner patiënten de auto-infectie, waarover LELOIR reeds sprak.

Hij schrijft dit percentage toe aan de gemakkelijkerheid, waarmee hij zijn lupuslijders tot het einde heeft kunnen volgen, omdat het aantal inwoners van Kopenhagen zooveel kleiner is, dan dat van

Parijs, Londen of Weenen, en zijn lupuslijders dus in een kleiner centrum bijeenwoonden.

D. *HYDE*.

„Relations between Lupus vulgaris and tuberculosis”.

Deze Engelsche statistiek reikt over de jaren 1878—1884 en gaat over 350 lupusgevallen, waarvan de meeste aan het gelaat waren aangedaan.

Van deze 350 gevallen beschrijft hij 20 gevallen zeer uitvoerig. Hij heeft nooit een onbetwistbare longtuberculose bij een lupuslijder gevonden.

Zijn resultaten wijken dus belangrijk af van de hiervoor genoemde, hoewel uit denzelfden tijd dateerende.

E. *WHITE*.

Deze schrijft in 1894, dat de recente statistieken bewezen hebben, dat er een coïncidentie bestaat tusschen de ontwikkeling van lupus bij personen, lijdende aan kliertuberculose, gewrichts- of beentuberculose.

Hij zegt, dat de combinatie lupus en orgaantuberculose menigvuldiger voorkomt, dan men te voren zou denken.

Sommige waarnemers hebben getallen van 30—60 % gevonden en White destilleert uit de statistieken van zijn tijd, dat 6—15 % der lupuslijders sterft aan longtuberculose.

F. *BROCQ* (1898).

BROCQ bespreekt het opvallende verschil in uitkomst tusschen zijn tijdgenooten HYDE en WHITE. Hij trekt partij voor HYDE en zegt, dat, als het getal lupuslijders, direct door longtuberculose is aangetast, inderdaad 6—20 % bedraagt, zooals de laatste Parijsche statistieken aangeven, het aantal sterfgevallen, veroorzaakt door longtuberculose, zich verhoogt met 15 à 20 % en dat dus de lupuslijders geen grooter aantal van deze aantoonen dan andere personen.

Tusschen de regels door kan men lezen, dat BROCQ van dezelfde meening is, als zijn tijdgenoot VIDAL, die meende, dat lupus niet van tuberculeus-origine was.

BROCQ zegt, dat hij onder zijn eigen lupuspatiënten nooit een enkel geval van longtuberculose heeft kunnen vinden en terwijl hij ontkent, dat de Koch'sche bacil de verwekker van lupus kan zijn, ontkent hij ook de waarde van de inoculaties!

In 1907 zegt BROCQ, zich de ideeën van LENGLET herinnerende,

dat lijders aan orgaantuberculose maar zeer zelden aangetast zijn door lupus.

Hij zegt, dat deze dermatose veelvuldig voorkomt bij lijders aan uitwendige tuberculose, die veel minder virulent is, en in 1921 herhaalt hij zijn meening en zegt:

„Les tuberculeux avérés pulmonaires ou viscéraux ne sont que „fort rarement atteints de lupus. On ne peut toutefois, se défendre „d'un certain étonnement en présence de l'aspect si spécial de la „variété typique du lupus vulgaire, de son évolution si particulière, de la bonne santé constante de la plupart des individus non-hospitalisés qui en sont atteints”, maar hij voegt er tevens aan toe, „dat zijn laatste woord over deze quaestie nog niet is gezegd.”

G. PETRINI.

PETRINI beweert, dat de hereditet een belangrijke rol speelt bij de uitbreiding van lupus van de huid tot longtuberculose. Hij geeft geen cijfers omtrent de frequentie van longtuberculose bij lupuslijders. In het algemeen is zijn artikel arm aan cijfers en vergelijkende getallen.

H. LENGLET.

LENGLET geeft geen cijfers en wijst er in zijn monografie op, dat de huidtuberculose zich meestal in de eerste jeugd ontwikkelt en de oogenschijnlijk goede gezondheid van de meeste huidtuberculose-lijders geeft hem het recht tot de meening, dat er een verschil bestaat tusschen de tuberculeuse huid-infectie en die van een inwendig orgaan.

Hij neemt aan, dat lupus zich nooit als een actieve virulente vorm van tuberculose uitbreidt tot de inwendige organen. Uitwendige tuberculose is weinig virulent. Hij vindt dan ook de titel „scrophulose” der oude clinici beter. Als een ernstige vorm van virulente huid-tuberculose noemt hij de tuberculose miliaris cutis, die echter veel van de gewone lupus verschilt.

I. OLLIVIER.

Theoretisch zou lupus geen gunstiger terrein tot ontwikkeling hebben, dan dat van de longen of van de ingewanden. Er bestaat volgens hem een soort van antagonisme tusschen in- en uitwendige tuberculose en hij citeert de oude opvatting: „Les tuberculeux ne devienent pas de lupiques”. Hij verheft dit tot een wet met zeer weinig uitzonderingen.

Als hij zijn eigen materiaal nauwkeurig nagaat, vindt hij onder

al zijn t. b. c. patiënten geen enkel geval van lupus. Hij verdiept zich dan verder in vele theoretische beschouwingen, terwijl alle statistische gegevens ontbreken. Wel heeft hij opgemerkt, dat er waarheid is in de opvatting van E. BESNIER, dat: „Le lupus est fréquemment suivi de tuberculose pulmonaire”!

K. DEMME.

DEMME vindt in 1908 bij lijdens aan periphere tuberculose veelvuldig secundaire, tuberculeuse viscerale aandoeningen.

Onder 863 gevallen van been- en gewrichtstuberculose vond hij 163 gevallen, dat is 20 %, van secundaire tuberculeuse viscerale aandoeningen; onder 692 gevallen van kliertuberculose vond hij 202 complicaties van inwendige tuberculose. Dit is 30 %.

Op 51 gevallen van lupus vulg. vond hij 22 gevallen, dat is 40 % gecompliceerd.

Onder deze laatste 22 gevallen vond Demme 9 gevallen van longtuberculose, 4 gevallen van buiktuberculose en 9 gevallen van meningitis tuberculosa.

L. DUBOIS-HAVENITH.

Deze geeft veel zwakkere verhoudingscijfers. Hij vindt op 103 lupusgevallen 5 gevallen van orgaantuberculose; in 22 gevallen positieve tuberculose in de anamnese.

M. HUTCHINSON.

Deze zegt, dat hij in zijn langjarige practijk slechts 2 of 3 lupuslijders longziek heeft zien worden.

Hij wijst er op, dat alle onderzoekers het er over eens zijn, dat de tuberculeuse klieraandoeningen speciaal die onder den onderkaak, de ontwikkeling van de lupus voorafgaan.

N. BLOCK.

BLOCK behandelt 23 gevallen, waarbij de primaire ziekte een scrophuleuse klieraandoening was. Op 45 gevallen vond hij geen complicaties van de zijde der longen.

O. JADASSOHN.

Deze herinnert er aan, dat in vele gevallen lijdens aan huidtuberculose, speciaal die aan lupus vulgaris, tevens lijdende zijn aan viscerale tuberculose, meer speciaal longtuberculose.

Een statistiek geeft aan, dat 30 % der lupuslijders longtubercu-

loselijders worden. De lupus, zegt hij, heeft geen invloed op de ontwikkeling van haar tuberculeuse complicaties.

Het ging in het algemeen om een chronisch proces dat af en toe acuut kan worden, maar hoewel longtuberculose vaak de ontwikkeling der lupus compliceert, ziet men toch slechts bij hooge uitzondering lupus optreden bij een longlijder.

P. FORCHHAMMER.

FORCHHAMMER heeft een uitgebreide en gedetailleerde studie gemaakt over deze quaestie. Hij begint met JADASSOHN en BARDLEBEN te citeeren. Hij beweert, dat de meeste lupuslijders die genezen zijn, sterven vóór zij 30 jaar oud zijn, aan longtuberculose.

Over een tijdvak van 20 jaar heeft hij bij kinderen de volgende initiale localisaties der tuberculose kunnen vaststellen:

- A. Periphere localisatie: 1566 gevallen, waaronder:
- 1o. localisatie aan gewrichten en beenderen: 823 gevallen.
 - 2o. „ „ de huid : 51 „
 - 3o. „ „ de klieren : 692 „
- B. Inwendige orgaantuberculose: 366 „

Zijn gevallen hebben zich voorgedaan in het tijdperk van 1896—1906 en werden behandeld aan het Lichtinstituut te Kopenhagen.

Van deze gevallen heeft de schrijver zelf behandeld, of zijn onder zijn leiding behandeld: 1.234 gevallen.

144 gevallen werden uit het oog verloren, d.i. 3.5 % van de 1190 overblijvende gevallen zijn er 143 gestorven = 12 %, waarvan 62 aan niet-tuberculeuse aandoeningen en 81 aan tuberculeuse aandoeningen.

1896—1898 ...	217	43 = 20 %	18 = 8 %	25 = 12 %
1899—1900 ...	312	48 = 15 %	23 = 7 %	25 = 8 %
1901—1903 ...	364	37 = 10 %	14 = 4 %	23 = 6 %
1904—1906 ...	297	15 = 5 %	7 = 2 %	8 = 3 %
	1190	143 = 12 %	62 = 5 %	81 = 7 %

Van de 81 overleden tuberculoselijders waren er:

- a) 7 aan inwendige orgaantuberculose bij lupus van het gelaat en wel: 1 miliair t. b. c., 3 buiktuberculose, 3 t. b. c. meningitis.
- b) De andere gevallen waren toe te schrijven aan longtuberculose.

Forchhammer merkt op, dat een groep van 11 van zijn gevallen lupus vertoonden, verbonden aan andere vormen van periphere tuberculose.

Moet de dood nu geweten worden aan de longtuberculose, dan wel aan andere periphere aandoeningen?

Het ging om drie gevallen van spondylitis cervicalis,
drie gevallen van tuberculeuse kniegewrichtsaandoening,
drie gevallen van meervoudige been- en gewrichtstuberculose.

Bij deze gevallen waren geen uitgesproken tuberculeuse klier-aandoeningen.

Bij deze laatste 9 gevallen waren er 8 aangedaan met lupus aan het gelaat en 1 met lupus van de extremiteiten.

Een kleine groep van 7 gevallen was overleden aan longtuberculose, gecompliceerd met ernstige nieraandoeningen. Het waren allen gelaats-lupuslijders, chronische zieken, die 10 tot 20 jaren in behandeling waren en aan chronische longtuberculose leden van weinig voortschrijdend karakter.

De schrijver geeft geen details omtrent den aard van de nieraandoeningen.

Resumeerende heeft Forchhammer 81 tuberculoselijders, waarvan 7 leden aan viscerale tuberculose, de 74 anderen aan longtuberculose.

Op die 74 gevallen, waaruit wij de hierbovengenoemde 16 gevallen elimineeren, hebben wij dus 58 gevallen met het duidelijk beeld van lupus vulg. gecompliceerd met longtuberculose, gevolgd door den dood.

Op deze 58 gevallen was maar in 8 gevallen longtuberculose primair aan de lupus. De lupus verscheen op het gelaat in drie gevallen een jaar na het optreden van de longtuberculose; in twee gevallen na twee jaar; in drie gevallen na drie jaar en in één geval na vier jaar.

FORCHHAMMER BESLUIT MET TE ZEGGEN, DAT DE LUPUS VULGARIS MAAR ZELDEN VOORKOMT BIJ LONGTUBERCULOSE EN DAT, ALS DEZE VOORKOMT, ZIJ MAAR WEINIG INVLOED HEEFT OP DE EVOLUTIE VAN DE PHTHISIS. WANNEER TUBERC. CUTIS LUPOSA GECOMBINEERD IS MET LUPEUZE SLIJMVLIESAANDOENINGEN HEEFT HIJ EEN ALGEMEENE BESMETTING VAN HET ORGANISME KUNNEN WAARNEMEN.

Op de 50 gevallen, waarbij de lupus vulg. zich compliceerde met longtuberculose, constateerde FORCHHAMMER:

9 mannelijke zieken;

41 vrouwelijke zieken.

Bij hun dood was de ouderdom van de patiënten:

in 29 gevallen minder dan 30 jaar	= 58 %
in 13 „ tusschen 30 en 50 jaar	= 26 %
in 8 „ boven 50 jaar	= 16 %

De leeftijd van de lijdens bij het verschijnen van de lupus is geweest:

in 8 gevallen: onder de 10 jaar	= 16 %
in 26 „ tusschen 10 en 20 jaar	= 52 %
in 8 „ „ 20 en 30 jaar	= 16 %
in 8 „ boven 30 jaar	= 16 %

dus in 68 % van de gevallen is de lupus verschenen vóór den 20-jarigen leeftijd.

In deze 50 gevallen ging het om lupus aan het gelaat, waarvan 40 tegelijk met lupus van de slijmvliezen.

Omdat Forchhammer de ontwikkeling der ziekten niet heeft kunnen volgen tot het einde, krijgt hij geen volstrekte conclusies. Hij denkt, dat de behandeling van lupus en de genezing daarvan aanmerkelijk de kansen doet stijgen voor het optreden van de longtuberculose.

Q. EIBE.

EIBE geeft de volgende cijfers:

Op 28 gevallen van lupus vulgaris vond hij 11 sterfgevallen = 40 % (waarvan: 6 aan longtuberculose), 7 zijn genezen = 25 %, terwijl er nog tien in behandeling zijn = 35 %.

Hij besluit met te zeggen, dat lupuslijders meer dan alle andere lijdens aan periphere tuberculose, aangetast worden door een algemeene infectie.

R. SCHEPELERN (1908).

SCHEPELERN geeft interessante cijfers:

1o. betreffende de 20 eerste lupusgevallen, die het Ziekenhuis verlieten tusschen 1876 en 1883; 7 daarvan konden niet worden gevolgd. Van de andere 13 zijn er drie genezen, 3 zijn er nog ziek en 7 zijn er dood, alle aan longtuberculose.

Als men deze zieken in categoriën indeelt naar den aard van hun aandoeningen, krijgt men:

Groep I: 8 gevallen van lupus van de huid en van de slijmvliezen van het aangezicht, zonder ernstige plaatselijke complicaties.

Van deze 8 gevallen zijn er 7 aan tuberculose-vervolgaandoeningen gestorven.

Groep II: 5 gevallen van lupus gecompliceerd met plaatselijke aandoeningen, zonder dat bekend is, of deze complicaties al of niet ernstig zijn. De lijdens leven allen nog. Enkel dus de zuivere gevallen van lupus van de huid en van de

TABEL A.

Leeftijd Gesl.

Lupus vulg. beperkt tot één lichaamsgedeelte.

Lupus vulg. disseminata

Scrophuloderma

Tuberculosis verrucosa en overgangsvormen.

zonder aandoeningen der slijmvliezen. tuberc. pulm. met tuberc. pulm.

Longtuberc.

Longtuberc.

Longtuberc.

jaar	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.		
1—10	M. — Vr. 2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1 4 4 5	
11—20	M. 8 Vr. 2	—	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	16 20 36	
21—30	M. 8 Vr. 2	1	—	5	1	1	3	—	—	1	1	—	16 14 30	
31—40	M. 2 Vr. 2	1	—	7	2	1	2	—	—	2	—	—	14 4 13	
41—50	M. 4 Vr. 1	—	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	9 3 6	
51—60	M. 1 Vr. 1	1	—	—	1	—	—	1	—	1	1	—	3 2 8	
61—70	M. — Vr. 1	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	6 — 2	
	23	3	—	27	11	3	11	1	1	7	2	1		
	26			41			18			10		10		100

TABEL B.

Leeftijd Gesl. Lupus vulg. beperkt tot één lichaamsgedeelte. Lupus vulg. disseminata Scrophuloderma Tuberculosis verrucosa en overgangsvormen.

zonder met
aandoeningen
der slijmvliezen.
tuberc.
pulm.

	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.	
tot 5 jr.	4	1	—	4	2	—	2	—	—	3	2	—	18 } 50 32 }
6—10	7	—	—	10	2	—	2	—	—	1	—	—	16 } 30 14 }
11—15	2	—	—	5	1	—	1	—	1	—	—	—	4 } 6 2 }
16—20	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2 } 8 6 }
21—25	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	— } 2 2 }
26—30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2 } 4 2 }
	23	3	—	27	11	3	11	1	1	7	3	—	100
	26			41			18			10			

TABEL C.

Bewoners
van: Gesl.

Lupus vulg. beperkt tot
één lichaamsgedeelte.

Lupus vulg.
disseminata

Scrophuloderma

Tuberculosis verrucosa
en overgangsvormen.

zonder
aandoeningen
der slijmvliezen.
tuberc.
pulm.

met
tuberc.
pulm.

Longtuberculose Longtuberculose

	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.	Zonder afw.	Ind.	prog.				
Platte- land	M. Vr.	3 5	2 1	— —	4 18	1 5	2 2	2 4	— 1	— 1	1 3	— —	2 1	— 1	15 38	53
Steden	M. Vr.	9 6	— —	— —	5 5	4 1	1 —	2 3	— —	— —	2 1	4 —	— 1	— —	27 20	47
		23	3	—	27	11	3	11	1	1	7	3	—	7	2	1
			26			41			13			10			10	100

slijmvliezen van het aangezicht, beide bij voorkeur met een algemeene infectie gecompliceerd.

Er zijn dus typen van lupus vulgaris, die eindigen met viscerale localisatie en ook de lupus neemt, ongelukkig genoeg, een zeer belangrijke plaats in onder de periphere tuberculose.

S. *NATHAN RAW* vond op 3500 gevallen van phthisis slechts 1 geval van lupus.

T. *F. GROEN*.

Deze heeft in 1922 een belangrijk artikel gepubliceerd over de lupus vulg. in Noorwegen. Deze statistiek gaat over 379 gevallen. Hij constateert, dat lupus zeldzaam is in Noorwegen; 1 geval op 500 inwoners en $2\frac{1}{4} \times$ meer voorkomend bij de vrouwen, dan bij de mannen.

In Finmark, waar de tuberculose veel voorkomt, is lupus hoogst zeldzaam. Hier zou het klimaat van invloed zijn op het niet verschijnen.

GROEN rapporteerde 379 gevallen van lupus, waarvan er 25 stierven, die allen lupus hadden aan het gelaat.

Hiervan waren er 168 jonger dan 15 jaar. $\frac{2}{3}$ van het aantal kwam uit de betere standen, $\frac{1}{3}$ uit de mindere standen.

In 6 gevallen waren de lupuslijders reeds longlijders vóór hun lupus optrad.

U. *HOLLAND* (1921).

HOLLAND zegt, dat 74 % van zijn lupuslijders longtuberculose kregen.

Onder 235 gevallen van lupus vulg. vond hij 21 personen, die longtuberculose hadden, vóór de lupus verscheen, dat is 9 %.

In 1925 publiceert hij nog belangrijke gegevens, omdat hij hier bij alle verdachte gevallen een uitgebreid Röntgenonderzoek der longen toepaste.

Onder 235 lupuslijders vond hij $74\frac{1}{2}$ % lijdende aan longaandoeningen, waarvan er 18 stierven aan longtuberculose.

V. *GROVEN*.

GROVEN vond onder 585 gevallen van lupus vulg. 29.9 % longtuberculose.

W. MARTENSTEIN (1921).

Deze heeft in zijn statistieken het eerst rekening gehouden met feiten, waarop ik ook de aandacht zal vestigen.

Behalve, dat hij nagaat in welke frequentie huidtuberculose gecombineerd is met orgaantuberculose, let hij ook op de verschillen in frequentie bij het mannelijk en het vrouwelijk geslacht, op den tijd van optreden der eerste tuberculeuze verschijnselen van de huid, welke verschillen er bestaan in frequentie tusschen bewoners van steden en bewoners van het platteland.

a. *Frequentie van longtuberculose als complicatie van huidtuberculose.*

Op 100 gevallen vind hij 25 gevallen van longtuberculose. Dit is een uitkomst, die veel kleiner is dan die van LELOIR en GROVEN.

Onder die 25 longtuberculose lijders waren 20 gunstige gevallen en 5 progressieve.

Dit zijn cijfers, die ongeveer conform zijn aan die van FORCHHAMMER.

Onder de 25 longtuberculoselijders waren er 8 van het mannelijk geslacht (dat is op 42 mannelijke zieken 20 %) en 17 van het vrouwelijk geslacht (dat is op 58 vrouwelijke zieken 30 %).

Onder de 5 progressieve longtuberculoselijders waren er 4 vrouwen en 1 man. De vrouwen blijken dus een mindere weerstandsvermogen der longen te hebben. Met FORCHHAMMER concludeert MARTENSTEIN, dat de gevallen van lupus vulg. van de huid en slijmvliezen, vaak gecompliceerd zijn met longtuberculose.

b. *Verslag van het verschijnen van de tuberculeuze longaandoeningen en van den duur van het t. b. c. huidproces.* (Zie respectievelijk tabel A. en B. blz. 30 en 31).

Als men deze gevallen gadeslaat, vindt men, dat de zieken, naarmate deze jonger zijn en het tuberculeuze huidproces langer bestaat, in het algemeen meer neiging vertoonen tot het krijgen van longtuberculose, maar juist op den puberteitsleeftijd en om en bij de 30 jaar treden de ernstige gevallen van progressieve tuberculose op. Deze vormen ontmoeten elkaar als het ware in een complicatie.

c. *In welke verhouding zijn de bewoners van de steden en van het platteland lijdende aan huidtuberculose mede aangedaan door longtuberculose?*

Zie hiervoor tabel C., blz. 32.

In 1925 geeft Martenstein nog een aanvullende publicatie. Hij bespreekt hier 2 series van 100 zieken, lijdende aan verschillende vormen van huidtuberculose, waaronder hij 43 gevallen van long-

tuberculose vindt, dat is 21.5 %. Hiervan waren 10 gevallen van progressieve phthisis.

En in de meeste van deze secundair gecompliceerde gevallen betreft het lupus, die tot één lichaamsgedeelte was beperkt. (Gelaat en neusslijmvliezen).

In de tweede plaats op 12 % der gevallen betreft het tot één lichaamsgedeelte beperkte lupus van de huid zonder aandoening van het slijmvlies. Voornamelijk tusschen 20 en 30 jaar vindt men de meeste procenten bij lupuslijders en in steden is het percentage tuberculeuse complicaties grooter dan op het platteland.

X. *ENGELBRECHT.*

Deze zegt, dat onder de inwoners van het platteland meer lupus voorkomt, dan bij de stedelingen en dat de meeste onderzoekers de bovine infectie over het hoofd hebben gezien. Bij de stedelingen echter vindt men de meeste longcomplicaties.

Op het platteland komt bij vrouwen viermaal meer dan bij mannen voor de combinatie van huidtuberculose en longtuberculose en meestal in ernstigen vorm.

In de steden vindt men dit onderscheid niet. In de steden, zoowel als op het platteland, constateert men, dat het voornamelijk de lijders zijn, waarbij de tuberculeuse aandoening is gezeteld op de slijmvliezen, of in het gelaat, waar de meeste gevallen van secundaire longtuberculose voorkomen.

AA. *LANCASHIRE 1921.*

Deze verdedigt het beginsel van de Weensche School (KAPOSI en HEBRA), waarbij hij geen verband aanneemt tusschen lupus en tuberculose van de longen en/of de buikingewanden.

In 1923 komt LANCASHIRE nog eens op zijn artikel terug. Hij wijst op de tegenstelling, die bestaat tusschen zijn meening en die van LELOIR en de auteurs, die de ideeën van LELOIR hebben verdedigd. LANCASHIRE zegt, dat het gaat om een slechte interpretatie van de statistieken, hoewel hij op geen enkele wijze aan de juistheid van de verschillende cijfers wil twijfelen.

LANCASHIRE gelooft met KAPOSI dat de algemeene toestand van het individu niet wordt gemodificeerd door de lupus. Als in enkele gevallen de lupus zich manifesteert door zeer uitgebreide laesies, kan hij zich voorstellen, dat de longtuberculose coïncideerend optreedt. Hij legt er dan nadruk op, dat zijn lupuslijders er meestal verbluffend gezond uitzagen. Hij grondt zijn meening op herhaalde onderzoeken, in vele jaren verricht.

De schrijver geeft een verklaring van het feit, dat de andere onderzoekers in alarmeerende artikelen uit hun waarnemingen zeer verschillende conclusies hebben getrokken. Hun lupuslijders waren slachtoffers van de longtuberculose, die door constitutioneele praedispositie bestond en vervolgens door hun omgeving (bijzonder slechte hygiënische omstandigheden, waaronder zij leefden; gebrek aan voedsel, etc.) een reeds aanwezige ziekte tot acute uiting brachten. Hun tuberculose was niet afkomstig van hun lupus, maar van oorzaken, die hun phthisis provoceeden; de lupus zelf kon daarvan geen oorzaak zijn.

BB. STELWAGON.

Deze vond op 159 lupusgevallen 62.3 % lijdende aan actieve tuberculose.

CC. SEQUEVRA.

Deze wijst er op, dat lupus vulg. vaak samengaat met beentuberculose, gewrichtstuberculose en kliertuberculose en zelden met longtuberculose.

DD. ADLER.

J. ADLER beweert, dat huidtuberculose en orgaantuberculose zelden samengaan. Hij verzamelde in 7 jaren tijds (1901—1908) 660 gevallen van lupus, die behandeld werden met Finsenlicht, waaronder slechts drie stierven aan longtuberculose.

EE. CARL WITH (1925).

Deze publiceert eenige statistieken, waaruit ik de onderstaande heb uitgezocht, betreffende het voorkomen van beentuberculose bij lupuslijders:

LEEFTIJD	MANNELIJK GESLACHT		VROUWELIJK GESLACHT		TOTAAL	
0—14 jaar	184	7.6 %	326	10.7 %	510	9.6 %
15—19 "	184	4.9 %	331	1.3 %	515	2.9 %
20—24 "	183	4.6 %	233	5.7 %	416	5.3 %
25—48 "	251	2.4 %	907	3.3 %	1158	3.1 %
50—80 "	47	6.4 %	281		328	
	799	7.5 %	2127	8.2 %	2927	8 %

Bij de vrouwen waren deze aandoeningen veel meer voorkomend, dan bij de mannen, maar dit verschil varieert naar den leeftijd.

Met den leeftijd daalt het percentage.

Wat de plaats van optreden van de beentuberculose betreft, zijn de bovenste ledematen het meest aangedaan en wel in $\pm 5\%$ der gevallen (4.7 % voor het mannelijk geslacht en 5.1 % voor het vrouwelijk geslacht).

Onder deze gevallen zijn vooral de vingers aangedaan en wel in 72 gevallen, d.i. 2.5 %; de armen in 6 gevallen; de onderarmen in 17 gevallen; de handen in 46 gevallen (1.6 %), de ellebogen in 28 gevallen (1 %).

De onderste ledematen zijn voor 1.6 % in de gevallen betrokken.

Over het verband tusschen de gewrichtstuberculose en lupus geeft With de volgende cijfers:

LEEFTIJD	MANNEN		VROUWEN		TOTAAL	
0—14 jaar	184	3.8 %	326	2.8 %	510	3.1 %
15—19 "	184	3.3 %	331	1.5 %	515	2.1 %
20—24 "	133	3 %	283	2.8 %	416	2.9 %
25—49 "	251	2.4 %	907	1.9 %	1158	2 %
50—80 "	47	2.1 %	281	1.4 %	328	1.5 %
	799	4.5 %	2128	4.56 %	2927	4.5 %

Onder de aangedane gewrichten noemt With:

1o. Art. Sterno Clavicul. — 1 geval.

2o. Schoudergewicht — 3 gevallen en 3 $\times$ met littekenvorming.

3o. Ellebogen. Meest voorkomende aandoening. 2.1 % : 28 acute gevallen; 33 gevallen met littekenvorming.

4o. Pols. 4 gevallen.

5o. Vinger- en handgewrichten. 11 $\times$ aangedaan; 9 gevallen met littekenvorming.

6o. Gewrichtsaandoening van het bekken: 8 gevallen en 11 $\times$ met littekenvorming.

7o. Gewrichtsaandoening aan de voeten: 7 gevallen aangedaan, 7 $\times$ met littekenvorming.

With zegt, dat zijn statistieken niet toelaten conclusies te trekken omtrent het bij voorkeur voorkomen bij een bepaald geslacht, maar hij geeft onderstaande statistiek betreffende de leeftijden, waarop de chirurgische tuberculose optreedt bij een lupuslijder:

Leeftijd	Twijfelachtige lupus	Lupus
0— 1 jaar	24	5
1— 2 „	17	10
2— 3 „	12	6
3— 4 „	5	8
5—10 „	5	5
	63	34

FF. *RUEDIGER.*

Deze citeert de statistieken van VON PETERSEN van de kliniek van het Ziekenhuis te PETROGRAD:

30 % heeft huidtuberculose zonder complicatie;

70 % waren lijders aan huidtuberculose en tuberculose van andere organen.

Deze cijfers komen min of meer overeen met de gegevens van andere auteurs.

GG. *FRANCOIS,* *DE KEYSER,* *HALKIN,*

hebben in hun rapport uitgebracht in 1926 op het Derde Congres van Huidziektenleer te Brussel voornamelijk de behandeling der lupus besproken. Zij zeggen weinig belangrijks over de quaestie van huidtuberculose en die van andere organen.

In hun, uitsluitend in het Fransch, uitgegeven rapport zeggen zij in verband met dit laatste: „Huidtuberculose treedt voornamelijk op bij jonge mensen. De manifestaties der tuberculose van andere organen bij deze personen zijn als secundaire infecties op te vatten en worden veroorzaakt door een herleven van latent gebleven ziektekiemen. De huidtuberculose is een verschijnsel van algemeene tuberculeuse besmetting.

HH. *SEUTTER* (1926).

Deze bespreekt in zijn artikel: „Sur la tuberculose pulmonaire et le lupus vulgaire” de tegenstrijdigheid tusschen de Weensche School met KAPOSÍ aan het hoofd en die van de Fransche, met BESNIER als leider. Hij stelt de statistieken aan een scherpe critiek bloot, hij verwerpt van vele de waarde, omdat het aantal gevallen niet groot genoeg is en de waarnemingen niet altijd juist en volledig zijn geschied en dan heeft aan vele onderzoekingen de radiologische diagnostiek ontbroken.

In het algemeen geeft hij toe, dat lupus zelden voorkomt bij phthisici.

Aan een tekortkomen van veel heeft hij door een belangrijke publicatie in 1928 voldaan.

In het belangrijke centrum Weenen onderzocht hij bij 200 lupus-lijdens 198 personen met X-stralen. Onder die 200 lupus-lijdens waren er 18 lijdens aan lupus erythematodes.

Onder zijn 200 gevallen waren 84 lupuslijdens met teekenen van longtuberculose (42 %) en 11 gevallen van progressieve tuberculose.

Onder de 200 gevallen waren 134 vrouwen en 66 mannen.

Onder de 84 longtuberculose-lijdens waren er 27 van het mannelijk geslacht en 57 van het vrouwelijk geslacht.

In tegenstelling met MARTENSTEIN vindt SEUTTER speciaal bij de vrouwen den minsten weerstand tegen tuberculeuse infectie van de longen.

Op het punt van den leeftijd zijn beide auteurs het eens, dat tuschen 20 en 30 jaar de meeste complicaties optreden.

Volledigheidshalve laat ik hieronder de tabel volgen:

OMSCHRIJVING	Gesl.	Zonder afw.	Hilus verdich- ting	Indur proces	Progr.	TOTAAL
Lupus vulg. beperkt tot één lichaamsgedeelte	M.	9	10	6	3	28 (14 %)
zonder aandoening der slijmvliesen	Vr.	24	18	23	4	69 (35.5 %)
Lupus vulg. beperkt tot één lichaamsgedeelte	M.	4	10	12	1	27 (13.5 %)
met aandoening der slijmvliesen	Vr.	10	9	19	3	41 (20.5 %)
Lupus vulg. disseminata	M.	3	3	5	0	11 (5.5 %)
	Vr.	10	6	8	0	24 (12.5 %)
		60	56	73	11	200

Onder de gevallen, waarbij het longonderzoek positief was, vertoonden 36 gevallen van de 200 (18 %) een begrensde lupus op een bepaald lichaamsgedeelte en onder deze gevallen vertoonden 7 personen een actieve longtuberculose.

Onder de lupusgevallen beperkt tot een zeker lichaamsgedeelte met aandoening van de slijmvliezen vindt men 35 gevallen van longtuberculose (17½ %) waarvan 4 progressieve tuberculose.

Onder de lupus vulg. disseminata vindt men 13 gevallen van longtuberculose.

SEUTTER publiceert geen statistieken over het lot van zijn tuberculoselijders.

Zijn statistiek geeft een aantal longafwijkingen als complicatie van lupus vulg., dubbel zoo groot, als die van MARTENSTEIN. Inderdaad zijn de onderzoeken van MARTENSTEIN in zoverre incompleet, dat de radioscopie de physische waarnemingen konden vervolmaken en vaak kleine afwijkingen met de Röntgenfoto's duidelijk kunnen worden vastgesteld.

MARTENSTEIN en SEUTTER vinden wel eenzelfde verhouding voor lupus (5 %).

Men kan dus zeggen, dat de gevallen van ernstige phthisis zeldzaam zijn bij lijders aan lupus vulg. Veel meer vindt men bij lupuslijders longafwijkingen met neiging tot lidteekenvorming. Dat is het bewijs, dat er een verband moet bestaan tusschen de tuberculose van de huid en de tuberculose van de inwendige organen, speciaal die van de longen.

Een groot aantal lupuslijders zijn of zijn lijdende geweest aan andere tuberculeuse aandoeningen, zooals scrophuleuse aandoeningen der oogen, der klieren, of zijn lijdende geweest aan tuberculeuse beenprocessen. Vooral deze beide laatste aandoeningen zouden vaak het uitgangspunt zijn van tuberculosis cutis.

KK. ZIELER.

Deze vestigt er de aandacht op, dat men zelden ongelukken ziet bij het gebruik van tuberculine bij de behandeling van tuberculeuse huidaandoeningen, zelfs bij massale therapeutische giften, terwijl men vaak ernstige ongelukken ziet aan het begin bij het gebruik van tuberculine voor de behandeling van inwendige orgaan-tuberculose.

LL. DARIER (1928).

Deze vindt in de meeste gevallen bij lupuslijders tuberculeuse aandoeningen der regionale klieren. Hij onderschrijft de meening van BESNIER door te zeggen: „les phthisiques ne deviennent pas lupiques, tandis que les lupiques deviennent souvent des tuberculeux pulmonaires”.

„Lupus tast bij voorkeur aan, hoewel niet exclusief, die personen, die een scrophuleuse habitus hebben.”

Men weet heden ten dage, dat de klassieke „scrophulose” waarschijnlijk een bacillaire infectie beteekent, die het lichaam of acuut aangrijpt, of langeren tijd latent kan blijven. Toch is longtuberculose (in het algemeen inwendige orgaantuberculose) een vrij veel voorkomende doodsoorzaak bij lupuslijders.

Bij hen verloopt echter de tuberculeuse infectie veelal sleepend. „Beaucoup de lupiques jouissent d'une santé excellente. J'en ai vu plusieurs qui se sont mariés et ont eu une progéniture excellente et florissante”.

HOOFDSTUK II.

**WELKE LIJDERS AAN EENIGEN VORM VAN
HUID-TUBERCULOSE LEDEN MEDE
AAN TUBERCULOSE VAN EEN
ANDER ORGAAN ?**

A. WELKE LIJDERS AAN EENIGEN VORM VAN HUIDTUBERCULOSE LEDEN MEDE AAN TUBERCULOSE VAN EEN ANDER ORGAAN?

a. INLEIDING.

Opvallend is de veelvormigheid der huidtuberculose. Alle vormen van huidtuberculose, volgens welk klinisch beeld zij zich voordoen, hebben dezelfde aetiologie.

De practijk stelde als eisch, dat iedere klinisch onderscheiden vorm van huidtuberculose, een aparten naam droeg. De aetiologische diagnose „huidtuberculose” bleek niet voldoende.

Reeds LEWANDOWSKY voelde dit, toen hij een graphisch schema opstelde, dat de samenhang aanduidde tusschen de hoofdvormen van de huidtuberculose.

Ik heb mij bij mijn nomenclatuur aan de voorslag van JADAS-SOHN gehouden. Ik spreek daarom van „tuberculosis luposa”. Ik spreek van „tuberculosis colliquativa” in plaats van „scrophuloderma”. Als ik hier nader in de gelegenheid ben de gevallen te bespreken, dan vestig ik de aandacht op de klinische diagnostiek der verschillende vormen van huidtuberculose, die ik bij mijn patiënten waarnam.

Ik trachtte syphilis uit te sluiten, door in twijfelachtige gevallen de sero-reacties volgens WASSERMAN en SACHS-GEORGI te doen verrichten.

Onder de 253 gevallen van huidtuberculose, die ik waarnam, in hetzelfde tijdperk als waarin ik de hierna genoemde onderzoeken deed, werden 18 maal deze reacties verricht. Ik deed geen cavia proeven. Ik beschouwde mijn patiënten als clinicus en ik erken gaarne een foute diagnose, die ik in een aantal gevallen eventueel mocht hebben gemaakt.

Het aantal huid-tuberculose-patiënten acht ik voldoende gefundeerd om als basis voor mijn conclusies te kunnen dienen, ook al moet ik de mogelijkheid van een aantal vergissingen erkennen.

I. TUBERCULOSIS LUPOSA.

De tuberculosis luposa, meestal kortweg „lupus” genoemd, is wel de meest belangrijke vorm van huidtuberculose. Deze bestaat uit langzaam groeiende haarden, waarin met de glasspateldruk de

karacteristieke lupus-infiltraten uit de omgevende hyperaemie te voorschijn treden, de z.g.n. lupusvlekken.

Deze lupus-infiltraten, die er glasachtig tot appelgelei-kleurig uitzien, worden optisch veroorzaakt door een vettige homogenisering van tuberculeus infiltraat.

De lupus-infiltraten zijn meestal door een dunne epidermis bedekt en zijn gemakkelijk met de sonde in te drukken, zoodat zij gemakkelijk bloeden.

II. *TUBERCULOSIS COLLIQUATIVA.*

De Fransen spreken van „tuberculose gommeuse”. M.i. verdient de Franche benaming de voorkeur boven de betiteling van „scrophuloderma” der oudere Duitsche auteurs.

De primaire T.C. is zeldzaam. Klinisch neemt men het eerst waar een kogelvorming knobbeltje, dat zich in de sub-cutis en in de diepere lagen der cutis ontwikkelt.

Palpeerend kan men de aandoening zeer juist waarnemen. Het knobbeltje vergroot zich door gelijkmatige periphere uitbreidingen, vergroeit met de huidoppervlakte, waardoor deze er meestal bultig uitziet. De huid verkleurt meestal bruin.

Klinisch constateert men dan het verschijnsel, waaraan de aandoening haar naam ontleent, nl. verweeking. Men voelt de fluctuatie. Perforeert de aandoening, dan kan, naarmate de perforatieopening grooter is, het geheel meer of minder het karakter van een zweer aannemen. (Bruinachtig-, slappe-, ondermijnde randen en onregelmatige, geelwitte, granuleerende bodem). Zoo kunnen groote „zweervlakten” ontstaan, die met elkaar met gangen en kanalen communiceeren. Dit is dus het primaire tuberculeuse gumma.

De secundaire zijn hiervan te onderscheiden, ook zeer duidelijk klinisch. De tuberculose der onder de huid gelegen klieren of beenderen fixeert de huid, het tuberculose-proces gaat op de huid over en perforaties volgen.

III. *TUBERCULOSIS CUTIS ULCEROSA.*

Deze ontwikkelt zich als vervolg van een pathologischen toestand. Een primair tuberculeus ulcus is er niet, want de tuberculeuse zweer kan alleen uit een te voren bestaande huidverandering door necrose of verweeking ontstaan. Dat wij „dit eerste stadium” soms niet waarnemen, beteekent niet, dat het er niet geweest is.

Ik zag slechts eenmaal één geval van tuberculosi miliaris ulcerosa bij een lijder aan zware inwendige tuberculose, die in het ziekenhuis in 1927 stierf.

IV. *TUBERCULOSIS INDURATIVA* (*Tuberculeuse indurée*) —
(*Erythema induratum*).

Deze aandoening is met den naam BAZIN verbonden (1861). Klinisch neemt men eerst waar een roode, paarse, leikleurige, cirkelvormige huidverkleuring. In de cutis en sub-cutis is later een halfweek ei-vormig infiltraat te palpeeren; drukpijnlijkheid (*nodules douloureuses*). De grootte wisselt van een hazelnoot tot appelgrootte. Secundair kan hieruit ulceratie ontstaan. (Oppervlakte necrose).

- V. a. *TUBERCULOSIS LICHENOIDES*.
b. *TUBERCULOSIS PAPULONE CROTICA*.
c. *TUBERCULOSIS VERRUCOSA*.

a. *TUBERCULOSIS LICHENOIDES*.

Wat deze vorm betreft, ook wel lichen scrophulosorum genoemd, is zij klinisch te beschouwen als 'n tuberculid. De knobbeltjes steken boven het niveau van de huid uit, meestal roodachtig met livide kleuren. Meestal is de oppervlakte met schubben bedekt.

b. *TUBERCULOSIS PAPULONE-CROTICA*.

Klinisch gesproken, zou ik hier moeten zeggen: PAPALUS-, PAPULO-PUSTULEUS-, PAPULO-NECROTISCH, PAPULO-SQUAMEUS, PAPULO-ULCEREUS TUBERCULID. Inderdaad zijn deze vormen klinisch te onderscheiden. Houden wij ons aan het characteristicum „necrose”, dan kunnen wij onder den titel „papulonecrotisch tuberculid” de geheele groep rangschikken. De elementaire laesie en de lidteekens zijn klinisch zóó karakteristiek, dat andere vormen gemakkelijk uit te sluiten zijn. Klinisch komt de acne necrotia naar voren, waarvan de lidteekens op die van T.P.N. lijken, doch eerstgenoemde komen alleen aan de haargrens voor.

c. *TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS*. (RIEHL—PALTAUF 1886).

Klinisch is deze vorm duidelijk van andere te onderscheiden. De primaire efflorescentie reeds verschilt daarvan, omdat die van tuberculosis verrucosa als een week, in de huid gelegen infiltraat begint, dat door peripherie groei zich uitbreidt.

Wij bemerken een epitheel verdikking en dit, met het in de cutis gelegen infiltraat, geeft de efflorescentie het characteristicum. Weekheid der aandoening is klinisch veelal te diagnostiseeren door de onpijnlijkheid, meestal ook door de roode hof, die er om heen ligt. Bij er over strijken voelt men de hoornvorming als een ruwheid, later ziet men zelfs papillomateuse woekering; soms reikt de verhoorning

over de geheele efflorescentie; soms ligt zij in het centrum. Ook klinisch verschillen de litteekens met die van lupus vulgaris. Klinisch wijst het geheele proces op een oppervlakte-ziekte der cutis.

Omdat mijn diagnose van huidtuberculose bijna uitsluitend op klinische waarnemingen is gebaseerd, heb ik deze groepen afzonderlijk gesteld van de luposagroep.

Ik meende goed te doen, deze verdeeling te motiveeren, door de afzonderlijke ziektebeelden de revue te laten passeeren.

HOE KWAM IK AAN MIJN PATIENTEN, LIJDENDE AAN TUBERCULOSIS CUTIS?

Deze patiënten kwamen alle uit dezelfde landstreek, als waaruit ik mijn longtuberculose-lijders recruteerde. Ook over hetzelfde tijdperk verzamelde ik de lijders aan huidtuberculose, van de poliklinieken te Breda, Roosendaal en Tilburg.

Wat de eerste betreft, gedurende de volle tien jaar (1919—1929).

Wat de tweede betreft, sinds Juni 1928;

Wat de derde betreft sinds September 1923.

Van deze patiënten kreeg ik een overzicht over belangrijke feiten.

Van 1 Januari 1919 tot 1 Januari 1930 kon ik uit mijn praktijk 253 gevallen van huidtuberculose verzamelen, die klinisch of poliklinisch werden behandeld. Zij zijn afkomstig van dezelfde landstreek als die waarover ik in mijn volgende statistieken zal spreken, dat wil dus zeggen, van het Westelijk gedeelte van Noord-Brabant, een klein gebied van Zeeland (Oostelijk gedeelte).

In dit gedeelte van ons land is de bevolking weinig wisselend, met geringe fluctuaties, zoowel in de steden als de dorpen. Dit is van belang voor deze enquête, want des te grooter de steden zijn, des te meer heeft men kans op verloop en de juistheid der conclusies zal hieronder lijden. In verhouding tot andere gebieden van ons land zijn er geen groote verschillen voor Noord-Brabant, wat het voorkomen van tuberculose — in het algemeen — betreft, zoodat te dezen opzichte geen grove fouten zijn te maken. Het ware belangwekkend om eens na te gaan in hoeverre er voor ons land verschillen zijn wat betreft de verhouding tusschen de huidtuberculose en die der longen. Het materiaal, dat hiervoor op verschillende wijzen is te verkrijgen, is belangrijk.

Onder de vormen van huidtuberculose heb ik bij mijn onderzoek gerekend:

1. *Tuberculosis luposa* — 151 gevallen.
2. *Tuberculosis colliquativa* (scrophuloderma) (tuberculose gommeuse) — 42 gevallen.
3. *Tuberculosis ulcerosa* (11 gevallen).
4. *Tuberculosis indurativa* (erythema induratum Bazin) — 22 gevallen.
5. *Tuberculosis lichenoides* — *papulo-necrotica* — *verrucosa* — in één groep van 27 gevallen,

waarvan 169 van het vrouwelijk en 84 van het mannelijk geslacht. De meeste gevallen van huidtuberculose beginnen in de eerste tientallen levensjaren, vooral geldt dit voor de *tuberculosis luposa*; de verruceuse vormen verschijnen meestal pas op lateren leeftijd, zooals andere onderzoekers ook reeds hebben kunnen vaststellen, en voornamelijk treft men dezen vorm aan bij de boerenbevolking.

Onder de 151 gevallen van *tuberculosis luposa* waren 101 van het vrouwelijk en 50 van het mannelijk geslacht. Het $\frac{5}{8}$ gedeelte der lijdens had de huidtuberculose tusschen 0 en 40 jaar. Omdat drie mijner patiënten respectievelijk 62—65—91 jaren oud waren, kan men zeggen, dat de hooge leeftijd geen bescherming geeft tegen *tuberculosis luposa*.

Van de 42 gevallen van t. b. c. coll. werd $\frac{1}{4}$ gedeelte nog ziek na het 25 levensjaar, hiervan waren 22 patiënten van het vrouwelijk geslacht en 20 van het mannelijk. De gevallen van t. b. c. indurativa zag ik voor 18 gevallen van de 22 bij vrouwen en allen vóór het 30ste levensjaar. Die van t. b. c. ulcerosa in totaal 11, waren voor 6 gevallen bij vrouwen, de andere 5 waren van het mannelijk geslacht. Van de groep 5 zag ik 4 gevallen voor het tiende levensjaar, de meeste echter later, en de verruceuse vormen allen na het 40e jaar.

Het was in vele gevallen lastig gegevens te verkrijgen omtrent het meervoudig voorkomen in eene familie van eenigen vorm van tuberculose, voor een goed deel berusten deze gegevens op verstrekte inlichtingen van de lijdens zelf, voor het andere gedeelte waren verschillende collega's zoo vriendelijk mij van inlichtingen te dienen, waarvoor ik hun hierbij dank zeg.

Bij het totaal van 253 gevallen van huidtuberculose kon ik bij 46 in de familie-anamnese tuberculose vaststellen, waarvan 21 aan long- of eene andere orgaan-tuberculose, 14 aan t. b. c. luposa, 11 aan t. b. c.-luposa en andere tuberculose gecombineerd. Ik heb mij voor deze gevallen beperkt tot die gevallen, waarvan ik de verstrekte gegevens als alleszins betrouwbaar kon heeten, de dubieuse gevallen liet ik achterwege en wat betreft de longtuberculose eischte ik als bewijs een rapport van den R. v. A. te Breda of (en) Roosendaal,

een Sanatorium-rapport, eene verklaring van een internist of specialist op het gebied van longonderzoek of van een consultatiebureau. Hierin stemmen mijne uitkomsten overeen met die van andere onderzoekers, wien ook is opgevallen het familiair optreden van t. b. c. luposa, of het familiair voorkomen van t. b. c. in het algemeen.

Wat is het belang, dat tuberculose in de omgeving der patiënten voorkomt? Is dit niet, dat super-infectie waarschijnlijk is? Dergelijke patiënten zijn dus in veel ongunstiger conditie dan degenen, die wel t. b. c. cutis hebben, doch die niet aan nieuwen toevoer van tuberkelbacillen van buiten zijn blootgesteld.

Hier laat ik eenige overzichten volgen, die een indruk geven van de gevonden feiten.

Tabel I geeft de plaatsen aan (bij mannen en vrouwen) van het eerste optreden der tub. huidaandoening.

Tabel II geeft den ouderdom der patiënten en den duur der tub. huidafwijkingen.

Tabel III geeft in curve aan de leeftijden van het begin der tuberculosis luposa.

Tabel IV geeft de frequentie aan over de jaren 1919—1929, voor beide geslachten, als voor het mannelijk en vrouwelijk afzonderlijk.

TABEL I.

PRIMAIRE AANDOENINGEN DER T.B.C. LUPOSA.

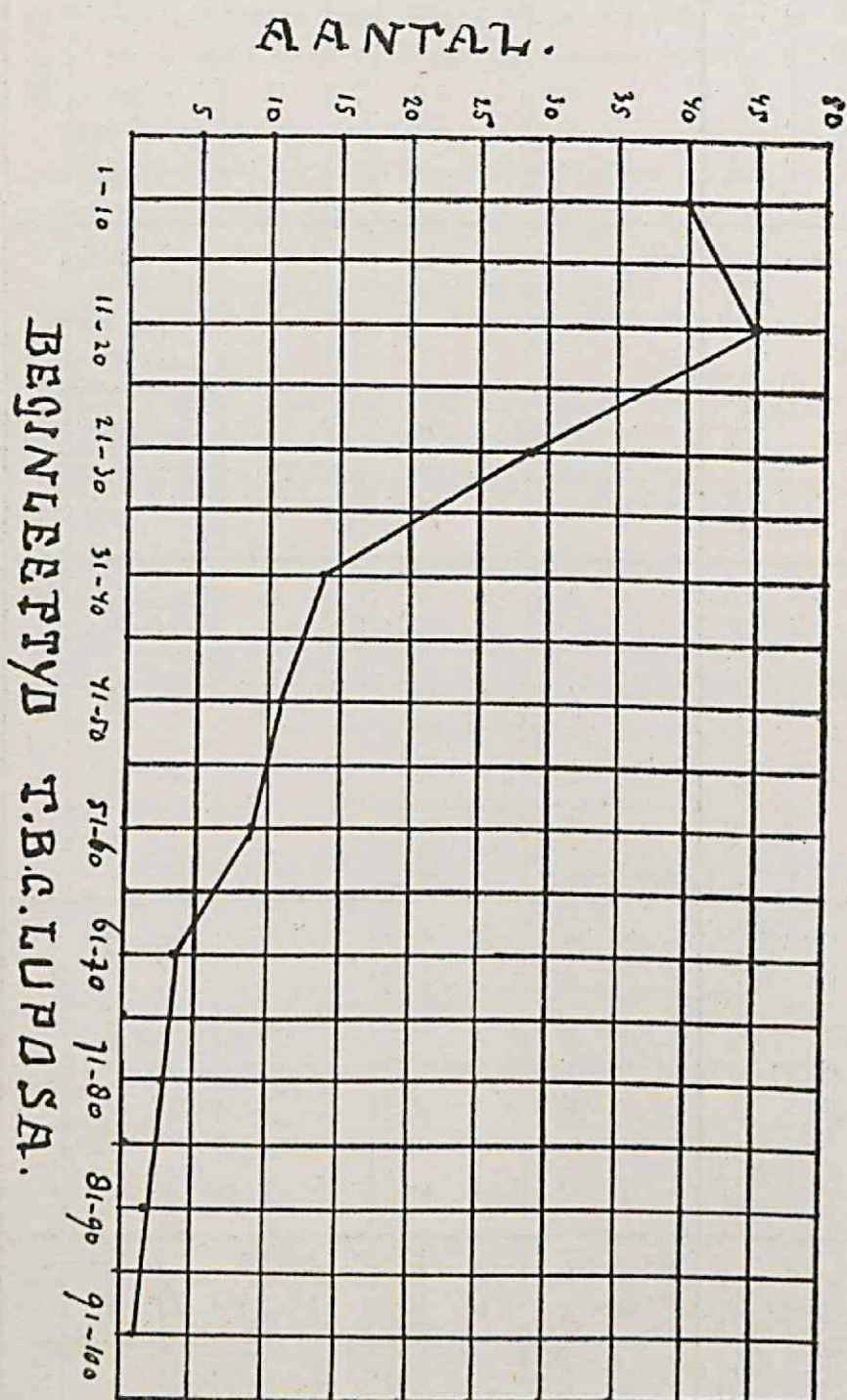
PLAATS	MANNEN (50)	VROUWEN (101)
Beh. Hoofdhuid	1	3
Gelaat	19	68
Hals	9	9
Romp	2	5
Arm(en)	11	10
Been(en)	5	9
Genit. app.	2	—
Nates	1	2

TABEL II.

OUDERDOM DER GEVALLEN. — DUUR DER TUB. HUIDAANDOENINGEN.

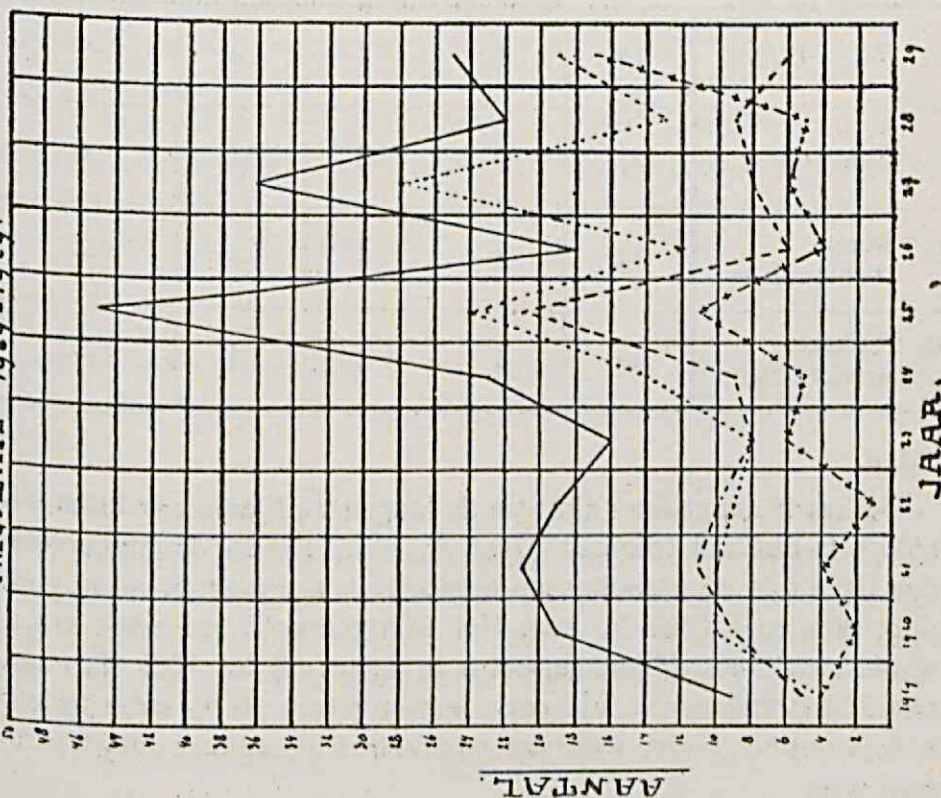
LEEFTIJD		0 — 20				21 — 40				41 — 60				61 — en meer			
DUUR DER HUIDAFWIJ KING.	LONGEN	Duur tot 1 j.	3 j.	10 j.	boven 10 j.	tot 1 jaar	3 j.	10 j.	boven 10 j.	tot 1 jaar	3 jr.	10 j.	boven 10 j.	tot 1 jaar	3 jr.	10 j.	boven 10 jr.
tub. cut. luposa	Ziek	—	—	—	3	—	4	4	4	—	2	—	—	1	1	—	—
tub. cut. ulcerosa	Gezond	2	6	18	8	4	14	17	20	3	13	9	9	6	6	1	—
tub. colliq.	Ziek	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gezond	2	4	3	2	—	—	7	5	3	3	—	6	4	—	—	—
tub. cut. indurat	Ziek	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gezond	—	—	3	4	4	2	3	3	2	—	—	—	—	—	—	—
Totaal	Ziek	—	—	—	3	—	4	6	7	—	2	—	—	1	1	—	—
	Gezond	4	10	24	14	8	16	27	37	8	16	9	15	10	4	1	—
Percentage			6.6 %				16.2 %				4 %				12.5 %		

TABLE. 3.



FREQUENTIE 1909-1919.

TABEL
NO 4.



TOTALE
MANNEN
VROUWEN
NOG IN GEEN.
EENDE '19.

Keer ik thans tot mijn oorspronkelijke vraag terug.

Welke tuberculeuse orgaan-afwijkingen vond ik bij mijn lijders aan huidtuberculose?

Ik kan voor gemakkelijk overzicht hieronder een tabel laten volgen.

TABEL BETREFFENDE HET GECOMBINEERD VOORKOMEN VAN EENIGE ORGAANTUBERCULOSE BIJ 253 LIJDERS AAN HUID-TUBERCULOSE IN HET WESTELIJK GEDEELTE VAN NOORD-BRABANT.

	Tuberc. luposa (151 gev.)	Tuberc. ulcerosa (11 gev.)	Tuberc. colliq. (42 gev.)	Tuberc. indur. (22 gev.)	tub. lichen; pap. necr.; verrucosa (27 gev.)
a. TUB. PULM.	18	1	3	3	1
b. Kliertuberc.	121	9	32	14	4
c. Been-tuberculose	4	2	4	—	—
d. Tuberc. oogaandoeningen	11	1	1	1	—

Ad. a.

Het mede aangedaan zijn van de longen bij lijders aan huidtuberculose is dus vrij frequent. Over de vormen dezer longtuberculose zou ik, als ik ze pathologisch-anatomisch analyseerde — nog vele opmerkingen kunnen maken. Het Röntgenbeeld gaf vaak verrassende resultaten. Mijne gegevens brengen mij tot 10.2 %, *m.a.w.* van 253 gevallen van *tub. cutis* was ongeveer 10 % mede lijdende aan longtuberculose, waarvan ongeveer 5 % actieve longtuberculose was.

Bij de tuberc. luposa is het longziekte-cijfer groter (14 %). Opvallend is ook, dat als de slijmvliezen bij t. lup. mede zijn aangedaan, de longen ook meer ziek zijn — ik kom bij die gevallen tot 21.5 %.

Wat vonden andere onderzoekers?

Pele (in Tsecho-Slowakije) vond een tuberculeuse longaandoening bij 20 % van zijn lijders aan huidtuberculose. *Leipold* vond 24.7 %. *Bruusgaard* (Oslo) 29.56 %. *Preininger* (Hongarije) 34.8 %. *Pritter-Somoggi* (Boedapest) in 81.1 % bij mannen en in 68.8 % bij vrouwen (dus gemiddeld in 75 %). *Witkina* en *Maklakova* (Petrograd) in 78 % der gevallen. *Martenstein* 21.5 %. *Peters-Brock* 11.5 %.

Slaan we nog even tabel II na, dan ziet men, dat hoe langer de tub. luposa bestaat, hoe meer de longen zijn aangedaan. Tusschen de 21 en 40 jaar is het cijfer van het gecombineerd voorkomen van longtuberculose en huidtuberculose het grootst.

Ad b.

Wat mij onmiddellijk opviel was, dat onder de 253 lijders aan huidtuberculose er 182 waren die tuberculeuze klieraandoening(en) gehad hadden of er nog aan leden. Een overwegend aantal toch vertoonden litteekens aan den hals of (en) aan den streek der onderkaak, als overblijfselen van vroeger aanwezige veretterde tuberculeuze klieraandoeningen. Men ziet dus, dat de combinatie van huidtuberculose en kliertuberculose het menigvuldigst is.

Ad c.

De *been-tuberculose* zag ik vier gevallen bij de tub. luposa; in drie gevallen de z.g. spina-ventosa, in het vierde geval een t. b. c. costae.

Ad d.

Tuberculeuse oogaandoening(en) zag ik bij de 151 gevallen van tub. luposa in 11 gevallen, waarvan er 9 het beeld vertoonden van de conjunctivitis scrophulosa; het eene geval was een eenzijdige tuberculosis conjunctivae (lupus v. d. conjunctiva?). Bij de tub. ulc.; tub. colliq.; tub. indur-patiënten zag ik samen 1 geval van keratitis phlyctaenulosa.

Ten slotte stelde ik mij nog één vraag:

Hoeveel patiënten lijdende aan tuberculosis cutis waren lijdende aan tuberculose van (een) ander(e) orgaan (organen) vóór ze bij mij kwamen ter behandeling (A) en hoeveel kregen er een „manifeste” tuberculose (B)? Voor een gemakkelijk overzicht laat ik het antwoord hierop in tabelvorm volgen:

	151 gevallen		11 gevallen		42 gevallen		22 gevallen		27 gevallen	
	Tub. luposa		Tub. ulcerosa		Tub. colliq.		Tub. indur.		Tub. lich.; pap. necr; verr.	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Longtuberculose	6	12	—	1	1 (?)	2	—	1	—	1
Kliertuberculose	108	4	8	1	30	2	11	3	3	1
Beentuberculose	4	—	2	—	1	3 (?)	—	—	—	—
Tub. oogaandoeningen	9	1	1	—	1	—	—	1	—	—

De gevallen, waarvan ik geen volstrekte zekerheid had, voorzag ik met een vraagteken.

B. WELKE TUBERCULEUSE HUIDAFWIJKINGEN VOND IK BIJ LIJDERS AAN LONGTUBERCULOSE IN WEST-BRABANT EN IN WELKE FREQUENTIE?

a. INLEIDING.

De verhouding tusschen tuberculosis cutis en longtuberculose is eigenlijk pas goed te bestudeeren na de ontdekking van den tuberkelbacil door KOCH in 1882, al maken hierop meerdere statistieken omtrent de frequentie van huidtuberculose bij lijdens aan longtuberculose (voornamelijk uit de sanatoria) een uitzondering. Want gaat men tot vóór 1882 terug, dan merkt men aan de geheele literatuur, dat men niet wist, dat „lupus” tuberculose was, al wist men zeer goed deze aandoening van andere dermatosen te onderscheiden.

De oude clinici namen nauwkeurig waar, beschreven ook hunne waarnemingen juist. Zij gaven hun meeningen en beschouwingen weer en vulden daarmee de leemten in de kennis der aetiologie der aandoeningen aan.

Wat namen dan de oude clinici waar bij „lupus”-patiënten?

Het valt moeilijk uit de literatuur van het einde der 19de eeuw de beschouwingen over het mogelijk tuberculeus karakter der waargenomen huidaandoeningen te scheiden van hetgeen men waarnam bij lupuslijders. „L'origine tuberculeux du lupus” moet als het ware steeds worden weggedrukt.

BRISSAUD; MERKLEN bespraken reeds uitvoerig in 1877—1883 de lupus, maar meer in onderscheiding en in vergelijking met andere aandoeningen, dan dat zij aan de vraagstelling voldeden, welke ik U zoodra zal voorleggen. Zij zochten meer naar de vraag, of „lupus” (men sprak toen van scrophuloderme) een vorm van tuberculose was, dan dat zij bij hun gevallen van huid-tuberculose nagingen, of deze met tuberculose van een ander orgaan was gecompliceerd.

In de literatuur zijn en heeft in het algemeen de tuberculose der verschillende organen het voorwerp van afzonderlijke studies uitgemaakt en in heel veel gevallen heeft men geen rekening gehouden met den toestand van de huid.

Zoo uitgebreid, zoo volledig ook de daarbij behoorende statistieken mogen zijn, in het algemeen is bij de bespreking ervan wei-

nig aandacht geschonken aan de beschrijving van de huid. Het nadeel van oudere statistieken is ook, dat daarbij veel specifieke reacties en onderzoekings-methoden, waarvan wij thans gebruik maken, niet werden gedaan. Ik noem daarvan de reactie van VON PIRQUET; het microscopisch onderzoek van het sputum; de Röntgen-doorlichtingen, enz.

Ik heb mij, wat mijn onderzoek betreft, beperkt tot het Westelijk gedeelte van Noord-Brabant en als ik daarbij onderscheid maak tusschen de steden en het platteland, zooals andere onderzoekers ook deden, dan moet ik eerlijk zeggen, dat het begrip „stad” in dit gedeelte van ons land maar betrekkelijk is. Zoo zijn dan ook de gegevens van mijn onderzoek in dit opzicht van minder groote waarde.

Het verschil in frequentie der tuberculose in verschillende streken van ons land is zonder twijfel belangwekkend. Ik heb niet de overtuiging gekregen, dat het Westelijk gedeelte van Noord-Brabant in eenig opzicht daarin verschilt met andere gedeelten van ons land, al zal het misschien mijn Noord-Brabantsche Collega's bijzonder interesseeren, iets omtrent het voorkomen van longtuberculose in dat landsgedeelte te lezen.

OVER WELK MATERIAAL VAN LONGTUBERCULOSE-LIJDERS BESCHIKTE IK EN HOE KWAM IK DAARAAN?

Ik had hiervoor twee bronnen:

- 1o. het materiaal van den *Raad van Arbeid te BREDA*;
- 2o. het materiaal, afkomstig van het *Consultatiebureau der Nederlandsche Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose te Breda*.

Ad. 1o. Het materiaal van den Raad van Arbeid te Breda.

Deze Raad is als centrum te beschouwen van de geneeskundige onderzoekingen en rapportage daarvan voor wat betreft de Invaliditeitswet, van het Westelijk gedeelte van Noord-Brabant. Hier komt een belangrijk aantal personen ter onderzoek, om uit te maken, of er redenen bestaan ter voorkoming van invaliditeit tot behandeling over te gaan. Er melden zich dus een zeer groot aantal personen.

In de jaren 1921—1929 (deze instelling dateert van 1921) kon ik uit ongeveer 3050 personen 98 verzamelen afkomstig uit het Westelijk gedeelte van Noord-Brabant, bij wie longtuberculose aangenomen.

De dossiers van deze gevallen bevatten zeer uitvoerige gegevens.

Deze zijn samengesteld uit een beginrapport van den huisarts, een rapport van de klinische observatie, één van een specialist-internist (met resultaten van sputum-onderzoek en Röntgen-longonderzoek) en een verslag bij (eventueele) opname van den lijder of de lijdster in een sanatorium voor longlijders — meerdere maandverslagen — een eindrapport — meerdere contrôle-rapporten, enz.

Uit al die verslagen noteerde ik de gegevens van ouderdom, geslacht, de anamnese (die ik naar mate deze van familiezijden positief was met één of meer „p's” merkte). Ook de complicaties van de longaandoeningen gaf ik aan voor zoover die aanwezig waren (b.v. secundaire pleuritis; secundaire larynx-tuberculose; buikvlies-tuberculose, enz.) De reactie van VON PIRQUET noteerde ik ook; daarnevens de resultaten van het sputumonderzoek (1 of meerdere malen verricht); daarnaast de huidafwijkingen (zoo die aanwezig waren). Daar andere onderzoekers ook steeds noteerden of de lijders van het platteland of uit de steden kwamen, vermeldde ik dat ook in mijn lijst, ofschoon de steden in het Westelijk gedeelte van Noord-Brabant in werkelijkheid maar klein zijn en in vergelijking met de buitenlandsche statistieken beter maar tot het platteland gerekend dienen te worden.

Ik schreef ook in mijn tabel de resultaten van het Röntgen-onderzoek der longen. Het beroep noteerde ik eveneens en in de laatste kolom schreef ik de gegevens, die als hoofddiagnose in het (de) rapport(en) werden genoemd.

Zoo blijkt het materiaal van den Raad van Arbeid inderdaad zeer belangrijk en bevattend vele en juiste gegevens.

De invloed van het beroep op het ontstaan of de ontwikkeling van de tuberculose, heeft in vele statistieken, waaronder ook vele Nederlandsche, een onderwerp van behandeling uitgemaakt. Ik heb gemeend uit mijn gegevens geen conclusies te kunnen trekken. De reactie van von PIRQUET is nog altijd van groote diagnostische beteekenis, vooral als daarmede de bevindingen van andere diagnostische gegevens, zooals het onderzoek van het sputum en de Röntgenfoto's kunnen worden geverifieerd.

Beschouwen wij eerst de 98 gevallen, afkomstig van den R. v. A. te Breda, alle gevallen van vermoedelijke tuberculose vanaf 1921. In 53 gevallen betreft het personen waarbij de t. b. c. besmetting met zekerheid is vastgesteld, voornamelijk wat betreft het resultaat van het sputum-onderzoek. 34 van deze 53 gevallen vertoonen een positieve of sterk positieve reactie van von PIRQUET. Onder de 34 waren er 22, die naast hun longtuberculose nog elders tuberculeuse aandoeningen hadden. Deze complicaties getuigen van een algemeene tuberculeuse besmetting van het organisme.

Wij vinden onder deze gevallen *slechts één geval van lupus*. (No. 43).

Uit een klinische beschouwing van dit geval zij medegedeeld:

No. 43 — A. C. v. R. — 21 jaar oud — mannelijk geslacht — deze persoon meldde zich op 7 October 1922 met de verdenking van lijdende te zijn aan tuberculose van de longen. In het begin was hier noch de percussie, noch bij auscultatie iets te vinden, maar na een herhaald onderzoek van het sputum en radiografische contrôle der longen werd een jaar later de longtuberculose vastgesteld.

Weer een jaar later vertoonde de zieke aan den hals 2 lupus-plekken. Op 21 November 1926 werd een tuberculeus proces der linker knie vastgesteld met pijpzwervorming.

Ad. 20. Materiaal afkomstig van het Consultatiebureau der Nederlandsche Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose te BREDA.

De gegevens, die ik verzameld heb van dit consultatiebureau zijn afkomstig van een veel grooter aantal gevallen, dan die van den Raad van Arbeid.

Deze gegevens zijn vaak, ondanks hun korthed, zeer volledig.

Belangrijk is het ook, dat, wat deze categorie van patiënten betreft, de gevallen gevolgd kunnen worden gedurende zeer langen tijd, hetgeen mogelijk maakt het geheele ziekteverloop te bestudeeren. Wat de aandacht trekt, is de belangrijkheid van de familie-anamnese, die van deze ziektegeschiedenissen afkomstig zijn. Inderdaad heeft bij de meeste gevallen een familieonderzoek plaats gehad.

Zoo zou een aparte beschouwing kunnen worden gewijd aan de verschijning van tuberculosis cutis bij acute tuberculose en bij chronische tuberculose en over de rol, die familie-anamnese bij tuberculosis cutis in het algemeen speelt.

In totaal heb ik over hetzelfde tijdvak als bij den Raad van Arbeid: 1102 dossiers nagezien. Deze dossiers zijn in den loop der jaren met steeds grooter wordende nauwkeurigheid samengesteld, waarbij de laatste jaren het Röntgenologisch onderzoek een belangrijke rol speelde. In het begin was het bacteriologisch onderzoek van het sputum een zeldzaamheid; de radioscopische contrôle ontbrak geheel. Vandaar dat ook de gevallen afkomstig van de laatste jaren betrekkelijk belangrijker zijn, dan die van vroeger. Verschillende gegevens over het verloop der ziekte, zijn in de kolommen ondergebracht.

Ik heb uit den aard der zaak speciaal gelet op het voorkomen van eenigerlei huidaandoening en waar het noodig was, door een

afzonderlijk onderzoek vastgesteld, of van eenige tuberculeuse huidaandoening sprake kon zijn.

De niet-tuberculeuse huidaandoeningen zijn niet in de kolommen vermeld.

Door het groote aantal ziektegeschiedenissen is het niet mogelijk een uittreksel daarvan hier af te drukken. Ik heb alleen die gevallen vermeld, waarbij het tuberculeuse karakter der longaandoeningen vaststond.

Ziehier dus 99 gevallen van met zekerheid vastgestelde longtuberculose. De gegevens omtrent de juistheid hiervan zijn in de kolommen te vinden.

Bij deze 99 gevallen heb ik slechts drie gevallen van tuberculis cutis gevonden en dit kleine aantal staat toch nog niet in juiste verhouding tot het getal 99, want ik ben er van overtuigd, dat onder de 1102 personen, die zich aan het Consultatiebureau hebben aangemeld, veel meer gevallen van longtuberculose zijn, maar ik heb deze gevallen niet vermeld, omdat de diagnose niet volstrekt zeker was en niet gegrond kon zijn op volstrekt bevestigende bevindingen.

Beschouwen wij in het kort de drie tub. cutis-gevallen:

1o. No. 261.

Mej. C. v. T., 28 jaar, vervoegde zich dd. 6 November 1912 aan het Consultatiebureau. — Vader en moeder zijn beide tuberculoselijders — Patiënte heeft duidelijk longafwijkingen en positief sputum — Ik vind in haar dossier, dat zij een lupus vulg. aan de neus vertoont. Zij is gestorven in 1913. Onder haar familieleden komt geen tub. cutis voor.

2o. No. 781.

S. — 14 jaar oud — vervoegde zich dd. 22 November 1922 aan het Consultatiebureau — het tuberculeus karakter van zijn longaandoeningen werd vastgesteld. — Wij vinden, dat hij op 4 Jan. 1923 een lupus vulg. plek aan de scrotum vertoonde. — Hij is in datzelfde jaar gestorven.

3o. No. 962.

Meisje van 9 jaar — Is voor het eerst in het Consultatiebureau onderzocht op 7 Januari 1915. — Ik vind in haar dossier: Reactie van Von Pirquet en Röntgen-onderzoek positief — sputum positief. Zij had een tuberculeuse huidaandoening aan beide handen, voorts aan de tweede en derde vinger rechts en in de vierde vinger links (tub. cutis luposa). Zij is 1 Februari 1928 genezen ontslagen. — Zij maakt het thans goed.

C. CONCLUSIES.

Ga ik de huid tuberculose-gevallen, die ik aan mijn eigen praktijk kon ontleenen, nog eens critisch na, dan was ik in staat daaruit verschillende vragen te beantwoorden.

Uit A. (de lijders aan eenigen vorm van huidtuberculose in het Westelijk gedeelte van Noord-Brabant), vond ik op 253 gevallen van huidtuberculose 24 gevallen van longtuberculose.

Uit B. 1. (de gevallen van den Raad van Arbeid te Breda) vond ik bij 53 personen, waarbij met zekerheid de tuberculeuse besmetting van het organisme werd vastgesteld, slechts 1 geval van huidtuberculose.

Uit B. 2. (personen die het Consultatie-bureau voor Tuberculose bezochten), vond ik op 99 gevallen van zekere longtuberculose slechts 3 gevallen van huidtuberculose.

Zet men de resultaten uit deze drie bronnen verkregen eens naast elkaar, dan kan men hieruit eenige conclusies maken:

1. Dat in het algemeen de huid geen bijzondere affiniteit heeft voor tuberculose.
2. Dat bij tuberculosis cutis de lymphklieren in overwegend aantal ziek zijn geweest of ziek zijn.
3. Dat de complicatie longtuberculose bij mijn lijders aan huidtuberculose betrekkelijk weinig voorkomend is.
4. Dat gezonde personen meer vrij blijven van longtuberculose dan lijders aan huidtuberculose.
5. Dat bij lijders aan huidtuberculose zich niet makkelijk een longtuberculose ontwikkelt.
6. Dat hoe langer de huidtuberculose bestaat, hoe meer kans er bestaat voor het optreden van longcomplicatie(s).
7. Dat longtuberculose kan ontstaan gedurende en trots een huidtuberculose.
8. Dat bij tuberculosis colliquativa en bij tuberculosis luposa, welke daaruit is ontstaan of tezamen bestaande, het minste een tuberculeuse longcomplicatie optreedt.
9. Dat huidtuberculose nooit primair is. Al blijkt uit de anamnese, dat de patiënt geen klachten heeft, en daarom het bestaan van eenige orgaan-aandoening ontkent, toch bij nauwkeurig onderzoek kan worden vastgesteld, dat hij allang tuberculose had.
10. Dat lijders aan tuberculosis luposa vaak in opvallend goede gezondheidssomstandigheden zijn.
11. Dat bij lijders aan huidtuberculose eene tuberculose van een ander orgaan, anders als de long(en), vrij zelden voorkomt.

D. WAT IS HET LOT VAN MIJN LIJDERS AAN TUBERCULOSIS CUTIS?

10. Wat het aantal betreft, dat van ieder jaar nog in behandeling was op het einde van 1929, verwijs ik volledigheidshalve nog terug naar tabel IV, op blz. 53 afgedrukt.

Ik bedoel daarmee, dat hunne tuberculeuse behandelingen of zijn afgeloopen, maar nog regelmatige contrôle eischen, of dat hun proces nog niet als „genezen” mag worden beschouwd. Te dezen opzichte kan worden opgemerkt, dat in het algemeen de genezing van een tuberculeus huidproces een gunstigen invloed heeft op den algemeenen toestand van den persoon. Hetzelfde toch heeft men kunnen vaststellen bij het genezen (resp. operatief verwijderen) van een (of van andere) tuberculeus(e) orgaan (organen).

20. Hoe was de sterfte onder mijn lijders aan tuberculosis cutis, waargenomen in het tijdperk 1919—1930?

Van mijn 253 gevallen van huidtuberculose kon ik 200 gevallen vervolgen.

Van deze 200 patiënten overleden er 21, dat is dus ongeveer 10 %.

Deze overleden aan:

Algemeene tuberculose	3
Longtuberculose	2
Meningitis tuberculosa	1
Croupeuse pneumonie	4
Besmettelijke ziekten	2
Andere ziekten	9

Vergelijk ik deze uitkomsten eens met de sterfte-cijfers bij mijn materiaal:

a. Afkomstig van den Raad van Arbeid te Breda.

Van mijn materiaal van den Raad van Arbeid kan ik op dezelfde manier de gegevens nagaan: Totaal aantal 98 gevallen, waarvan 53 gevallen van volstrekt positieve longtuberculose. (Ook hieronder zijn veel meer gevallen, maar ik heb mij beperkt tot die patiënten, waarvan ik met absolute juistheid de diagnose t. b. c. pulmonum kon aannemen. Van deze 53 gevallen kon ik bij 13 het overlijden vaststellen, dat is dus bij ongeveer 25 %. *Het valt op, dat zij in het algemeen spoedig stierven, de tijd varieert tusschen 3 en ½ jaar.* Van de 13 stierven er 12 in of binnen 2 jaar, de meesten nog vroeger. Bij 3 van hen was de longtuberculose gecombineerd met tuberculeuse afwijkingen van andere organen, zooals weer uit de bijgevoegde tabel blijkt. Zes lijders kwamen uit de stad, de andere 7 van het platteland.

b. Van dat afkomstig van het Consultatie-Bureau Breda der Nederlandsche Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose.

Van 1102 personen, die het Consultatiebureau bezochten, waaronder er 99 waren, waarbij de diagnose t. b. c. pulmonum volstrekt vaststond (alhoewel er zeer veel meer onder zijn, maar waarvan ik geen volstreckte juistheid kan aannemen), kon ik bij 36 het overlijden vaststellen, dat is dus bij 40 %. *Het valt op, dat zij in het algemeen spoedig stierven, de tijd varieert tusschen 11 jaar en 1 maand.* Van de 36 gevallen stierven er 26 in of binnen 2 jaar, de meesten nog vroeger. Bij 7 van hen was de longtuberculose gecombineerd met tuberculeuse afwijkingen aan andere organen, zooals uit de bijgevoegde tabel volgt. Het valt ook op hoe van de vastgestelde 36 gevallen van dood aan tuberculose er 24 van de stad komen, terwijl maar 12 van de dorpen stammen. Hier is misschien een verband tusschen de totaalcijfers, die ik vond bij alle gevallen samen, waarbij er 306 van de dorpen kwamen, en de rest (796) uit de steden kwamen. Voor het landsgedeelte, waar ik mijne enquête instelde, gaan dus de bevindingen, dat tuberculose het meest op het platteland voorkomt, niet op.

In tabelvorm de gegevens uit a. en b. samenvattende vind ik dus:

Tot. aantal gev.	Pos. pulm. t. b. c.	Sterf- gev.	Comb. tub.	Stad.	Land.	Stierven binnen 2 jaar.	
1102	99	36	7	24	12	26	CONS. BUREAU
98	53	13	24	6	7	12	Raad van Arbeid.

En nu een vraag, die ik uit deze gegevens kan beantwoorden.

GAAN LUPUSPATIENTEN SNELLER DOOD DAN PATIENTEN LIJDENDE AAN T. B. C. DOCH ZONDER TUBERCULOSE VAN DE HUID?

MEN KAN HIERUIT CONCLUDEEREN, DAT DE STERFTEKANS VAN LIJDERS AAN T. B. C. CUTIS GERINGER IS DAN DE LIJDERS AAN TUBERCULOSE ZONDER T. B. C. CUTIS.

Het percentageverschil uit mijne gegevens zal een ieder gemakkelijk opvallen. Welke verklaring zou hiervoor te vinden zijn?

Zonder een nieuw gezichtspunt te openen over de leer der dispositie voor tuberculose, kan men wel zeggen, dat de dispositie van de infectie met tubercelbacillen voor den mensch een algemeene

is. Het is niet waarschijnlijk dat bij den mensch een natuurlijk-aangeboren immuniteit tegen tuberculose voorkomt. De sectie-verslagen en de resultaten der proeven wijzen erop dat bijna bij ieder mensch een infectie met tubercelbacillen is voorgekomen, hoe zich het individu, de familie, het ras, in het verloop van den infectietijd ook heeft gehouden. Bij de dispositie is het belangrijk de verhouding te kennen, omtrent het optreden van lupus bij lijders aan longtuberculose. Zooals mijne gegevens hebben bewezen komt lupus hoogst zelden bij longtuberculoselijders voor. Het feit bestaat, dat de huid minder gedisponeerd is om lijdende te worden aan tuberculose, dan alle andere organen van het lichaam. Dit heb ik ook kunnen bewijzen uit mijne gegevens, want de combinatie LUPUS EN LONGTUBERCULOSE is het minst voorkomend bij alle bestaande mogelijkheden van de combinatie LONGTUBERCULOSE EN ORGAANTUBERCULOSE. Misschien is de lage temperatuur, het chemische en anatomische substraat van de huid, die niet gunstig zijn voor den groei van den tubercelbacil, en als het ware een barrière vormen tegen de tuberculose, hiervoor een verklaring. De dispositie van de menschelijke huid voor tuberculose is in ieder geval kleiner dan die van andere organen. Uit mijn statistieken blijkt, dat in verhouding tot andere organen, de huidtuberculose het geringst in frequentie voorkomt. *In verhouding tot de orgaantuberculose is de huidtuberculose ook betrekkelijk goedaardig en langzaam voortschrijdend, terwijl de mortaliteit erbij geringer is dan bij longtuberculose.*

In het algemeen kan men ook de huid een slechte voedingsbodem voor de tuberculose noemen. In vergelijking met andere orgaan-aandoeningen met t. b. c. vindt men in de huid betrekkelijk weinig tubercelbacillen. Ook is de vitaliteit der tubercelbacillen, optredende in de huid, betrekkelijk gering, en als men bovendien nog aanneemt, dat ieder mensch in zijn leven een bepaalde tuberculeuse infectie, zij deze nog zoo gering, doormaakt, dan kan men hieruit besluiten, dat men in zijn verdere leven een zekere graad van immuniteit bezit, waarvan dan de huid, eerstens door zijn geringe vatbaarheid, tweedens door de geringe vitaliteit der tubercelbacillen, het meest profiteert. Zoo kan ik mij dan ook voorstellen, dat mijn cijfers bewijzen kunnen, dat de sterfte aan lijders aan huidtuberculose geringer is dan die aan orgaantuberculose. (40 % en 25 % mortaliteit bij longtuberculose, 10 % bij lupus; beter gezegd stierf maar 3 % der lupuslijders aan eene tuberculeuse aandoening). Inderdaad spreken deze cijfers voor zichzelf.

HOOFDSTUK III.

**AETIOLOGISCHE EN IMMUUN-BIOLOGISCHE
BESCHOUWINGEN.**

a. INLEIDING.

HET IMMUNITEITS-MECHANISME.

Behring en Kitasato (1890) waren de eersten die aantoonde, dat de immuniteit van kunstmatig tegen tetanus geïmmuniseerde muizen geassocieerd was met het vermogen van het cel-vrije bloed om de toxische stoffen, die de tetanus-bacteriën produceerden, te neutraliseeren. Zij gebruikten voor het eerst het woord „antitoxine”. De functie van het anti-toxine wordt gemanifesteerd op de volgende wijze: Als een doodelijke hoeveelheid toxine gemengd wordt met een ongeveer gelijke hoeveelheid anti-toxisch serum, veroorzaakt een inspuiting van dit mengsel bij een daarvoor gevoelig dier geen schadelijk effect. De actie van het toxine is gebonden door de binding in het mengsel. Het serum van het geïmmuniseerde dier heeft dus die bindings-eigenschap. Dit phenomeen berust niet op de geheele destructie van het toxine door het anti-toxine, (zooals men b.v. ziet als men het mengsel verhit tot een temperatuur, die voldoende is om het antitoxine te destrueeren), maar een minder of meerdere losse chemische combinatie van antitoxine en toxine vindt in het mengsel plaats, zooals *Lew* zegt: „the poisonous properties of the toxin being held in abeyance as long as the union exists”. De reactie-grad tusschen toxine en anti-toxine is afhankelijk van temperatuur, concentratie, aard van het medium waarbij of waarin de reactie zich afspeelt. De bindingssnelheid van het anti-toxine met het corresponderende toxine, verschilt in verschillende gevallen.

De aard van de toxine-anti-toxine-reactie heeft in de leer van het mechanisme der Immuniteitsleer, tot veel verschil van opvatting aanleiding gegeven.

Ehrlich zeide, dat de reactie een zuiver chemische was, gelijk aan de neutralisatie van een sterk zuur door een base van gelijke sterkte. Maar als men de literatuur hierover precies nagaat, zal men merken, dat de toxine-antitoxine-neutralisatie niet zoo eenvoudig is. Het toxisch filtraat bevat vele stoffen van verschillende toxische-combinatie-kracht (toxons-toxoïds-epitoxoïds, enz.). De structuur van het toxine-molecuul heeft tot vele en velerlei hypothesen aanleiding gegeven.

Bordet beschouwt de toxine-anti-toxine combinatie in verschillende graden van toxiciteit, veroorzaakt door verschillen in completie

en saturatie van de individueele toxine-eenheden. Het proces zou te vergelijken zijn met die van de reactie van Jodium op stijfsel, waarbij een verdunde J.-opl. een licht-blauwe kleur geeft, een sterker oplossing een donker-blauwe.

Men zou zijn theorie daarom een „adsorptie theorie” kunnen noemen, een adsorptie-phenomeen tusschen twee colloïden van tegengestelde elektrische lading.

Zinsser heeft in 1923 van dezelfde opvatting blijk gegeven.

OVER HET HUID-ORGAAN ALS PRODUCENT VAN IMMUUNSTOFFEN.

Uit hetgeen voorafging zal men een groot aantal verhoudingen kunnen vinden tusschen de huidt.b.c. en het organisme.

De verwekker van de t.b.c. is bekend — met juistheid is de diagnose: tub. cutis te stellen. Daarnaast zijn vele vragen gekomen omtrent de wetten der immuun-biologie, naar welke de vormen der huidtub. verlopen. Ook hangt de huidtuberculose — in verschijningsvorm — af van den immuniteitstoestand van het organisme. Deze toestand bepaalt den groei van het ziektebeeld dat ontstaat, deze zou ook den vorm of den bijzonderen aard ervan kunnen bepalen. Er is toch geen huidaandoening, die zich in zoo veel vormen kan demonstreeren, als de tuberculeuse, afgezien nog van de vele „overgangsvormen” der huid-tuberculose, waarvan Lewandowsky spreekt in zijn schema.

De biologische studie van Jesionek is als het ware de detective-roman van de zich tusschen tuberculeuse agentien en bindweefselbestanddeelen van het organisme afspelende chemische reacties. Zij zouden aanleiding geven tot het ontstaan van resorbeerbare stoffen.

Deze specifieke refractaire stoffen zouden de basis vormen van de tuberculeuse constitutie. Deze stoffen zouden invloed hebben niet alleen op het bindweefsel, doch ook op de daarin aanwezige tubercelbacillen, nog veel meer o.a. ook op de parenchym-cellen van het huidorgaan.

Deze cellen zouden dan de eigenschap krijgen een bepaalde affiniteit tot de tuberculine te bezitten en ook tuberculo-lytische functies uit zich doen geboren worden. Deze eigenschappen zouden ze dan over het organisme kunnen verspreiden. Alleen de huid zou die eigenschappen bezitten — andere organen niet.

In het tuberculeuze organisme zou onder invloed van deze specifieke refractair-stoffen, het huidparenchym een sterk verhoogde anti-tuberculeuse functie krijgen. Het tot stilstandkomen van eenige tuberculeuze aandoening in het lichaam, als ook de spontane gene-

zing van een tuberculeuze ziektehaard, zouden gebonden zijn aan de anti-tuberculeuse functie van het huidparenchym. Die huidparenchymcellen zouden dan alleen hun anti-tuberculeuse kracht in vol- len omvang in 't werk kunnen stellen, als de huid in „natuurlijken” toestand verkeert.

De huid van den „Kulturmensch” zou zich niet in dezen natuur- lijken toestand bevinden. Hoe meer de mensch geleerd heeft zich van de natuurkrachten onafhankelijk te maken, zooveel te meer zou- den de h. p. c. van hunne phylo-genetische eigenschappen hebben ingeboet.

Daarom beveelt Jesionek rationeele huidverzorging aan; daardoor zouden de h. p. c. physisch worden geprikkeld.

Hoe men zich ook het mechanisme van anti-stoffen, contra-anti- genen, moge denken, deze stoffen worden in de weefsels (organen) gevormd. Zoo is dan ook denkbaar, dat de huid deze produceert. Zoo wordt dikwijls beweerd, dat de aanwezigheid der tubercel- bacillen in de huid oorzaak zou zijn voor het ontstaan van anti- stoffen in de huid, en zodoende zou de huid beschermen tegen infectie van andere organen. (Lewandowsky-Grüner-Hamburger).

Inderdaad is hiervoor veel te zeggen, ik moge in dit verband verwijzen naar het gedeelte over de immuun-biologische beschou- wingen, dat hierna volgt.

De bacteriële prikkel oefent op de huid een invloed uit. Het cavia-experiment van KONIGSFELD bewees, dat tuberkelbacillen de niet verwonde huid kunnen doordringen; microscopisch gaf dit echter geen afwijkingen aan de huid. Als de huid verwond was zag men die wel. Zonder twijfel is aan te nemen eene filterwerking van de huid, zooals BOHME die beschreef. Toch vielen alle proeven met diverse infectiekiemen (DIPHThERIE-SCARLATINA, enz.) negatief uit.

Daarmede verviel ook het principe van de „immunité locale” van BESREDKA. De specifieke anti-lichamen werden in de huid nooit aangetoond. FELLNER meende in de entpapels van de Pir- quetsche reacties bij lijders aan tuberculose stoffen gevonden te hebben, die de tuberculine-acties versterkten, hij noemde ze pro- kutinen. KLEMPERER en BESSAU herhaalden de onderzoekingen, maar vonden deze stoffen niet, hoewel MARTENSTEIN, JADAS- SOHN, THOMAS de bevindingen van FELLNER bevestigden. Na- dere identificatie van de prokutinen ontbrak echter. Al mag men eene reactie van von PIRQUET of van PONNDORFF een locale tu- berculose noemen, bij de behandeling van eenige huidtuberculose heeft de tuberculine-therapie nooit eenig effect geboekt. Hoewel maar spaarzaam in mijne praktijk toegepast, heb ik er meer schade dan

succes van gezien. De groote allergie van de huid voor humane tuberculine bewijst niet, dat onder invloed daarvan de huid tot producent van tuberculose-immuunstoffen wordt gestempeld. Zooals ik meen te weten wordt de intracutane tuberculine-therapie tot behandeling der huidtuberculose ook niet meer toegepast. Ook de zeer recente onderzoekingen en praktische toepassingen van de immuunstoffen van CALMETTE heeft noch voor de vraag of er eene esophylaxie van de huid bestaat, noch voor de specifieke behandeling der huidtuberculose een antwoord of oplossing gebracht.

E. HOFFMANN, KELLER en SCHILLING, ROST, KELLER, MARCHIONI betoogen allen over de immuniteitsfunctie van de huid; de huid zou de immuunstoffen produceeren, waarvan ik uit mijn materiaal de bevestiging niet kon vinden. Het feit dat de huid zooveel weerstand heeft, beteekent in het geheel niet dat deze de bron is van de immuniteit. *Nog altijd noem ik de huidtuberculose eene endogene tuberculose.* Want vraagt men zich af, hoe lupuslijders aan hun tuberculose zijn gekomen, dat wil zeggen, hoe kwam de huidtuberculose tot openbaring, dan wijs ik op hun lymphklierandoeningen, waarvan ik bij 72 % van mijn huidtuberculose-materiaal de feiten vond. *Ik neem dan ook aan, dat het lymphsysteem de immuunstoffen leverde.* In dit licht bezien kan ik de publicatie van DR. MED. E. HOFFMAN aan een gegronde critiek onderwerpen. (DIE NACH INNEN GERICHTETE SCHUTZ-UND HEILWIRKUNG DER HAUT.-ESOPHYLAXIE *). HOFFMANN noemde reeds in 1919 de naar binnen gerichte geneeskracht der huid esophylaxie. De „SCHUTZFUNKTION” van de huid is zonder twijfel aanwezig, ik noem daarvan de rol van de huid bij de cutane afweerreacties tegen acute infectieziekten, waarbij de afvoer der toxinen voornamelijk van belang is. Maar het feit dat de huid zich in den loop der phylo- en ontogenese tot een esophylactisch beschuttingsorgaan ontwikkelt en met afweer-ontsteking krachtig reageert en parasieten en giftstoffen kan vernietigen of verzwakken, beteekent nog niet, dat de huid de producent is van de immuunstoffen der tuberculose. Dat die beschuttingsfunctie der huid versterkt kan worden door de katalytische werking van licht, speciaal van ultraviolet licht, bewijst ook niet, dat er van eene productie van immuunstoffen kan worden gesproken. Ook de antagonistische verhouding der huid en de inwendige organen, zooals bij de tuberculose plaats zou vinden, bewijst hare functie niet van producent van

*) Onder huid-esophylaxie verstaat E. Hoffmann een op het geheele lichaam gerichte beschuttings-functie van de huid (als orgaan), zoowel tegen 'schaden van binnen als van buiten.

immuunstoffen. De rol die men bij de syphilis aan de huid geeft in dit verband is mijns inziens ook meer aan het lymphsysteem te danken, dan aan de huid zelf. De allergische reacties van de huid bewijzen het ook niet.

Naar welke immuun-biologische wetten verlopen dan de vormen van huidtuberculose? Als eene huidtuberculose ontstaat zal zij verlopen naar den toestand van het organisme op het oogenblik van ontstaan. Die IMMUNITEITSTOESTAND van het organisme beheerscht het verloop van de huidtuberculose, daarnaast komt de virulentie der bacteriën. Mijns inziens bepaalt de immuniteitstoestand van het organisme ook, welke vorm van huidtuberculose zal optreden. Het verschil in reactie van de huid beteekent de groote verscheidenheid van vormen van huidtuberculose. De beste indeeling der vormen van huidtuberculose kan men alleen krijgen door eene indeeling naar den samenhang der aandoening met den immuniteitstoestand van het lichaam. De immuun-biologische verschijnselen, die de aandoeningen kenmerken, zijn in het verband mijner bespreking dus van meer belang dan de aandoeningen zelf en speciaal de vormonderscheidingen daarvan, die ik hier onbesproken wil laten. Ik zie in mijn verhandeling ook af van de bacteriologie der aandoeningen, ik noem b.v. het aantoonen van de tuberkelbacillen in het zieke tuberculeuse huidweefsel, ook de dierproeven laat ik onaangeroerd, ook de verschillende bacterie-typen, de histologische onderzoekingen, de complementsbindingsreacties (WASSERMANN—BESREDKA, e.a.), de proeven met tuberculine (PIRQUET—MANTOUX-MORO). Het past niet in het verband mijner bespreking om de proeven van BESSAU nader te belichten.

De immunbiologische eigenschappen van de huid hangen nauw samen met de reactie-gevoeligheid, die zoowel bij actieve als inactieve tuberculose verschillen. Want zoolang het tuberculose-proces actief is, dat wil zeggen, zoolang het organisme met de tubercelbacil den strijd voert, heeft hetzelfde organisme ook een maximum van plaatselijke reactiegevoeligheid. *HET SPECIFIEKE AFWEER-ORGANISME VINDT EEN ONTSTAAN IN DE REGIONAIRE KLIEREN.* Want bij biologisch actieve tuberculose is het onmogelijk door tuberculine de normale reactiegevoeligheid van de huid te verhoogen. De reactiegevoeligheid van de huid wordt door de lymphstroom onderhouden. De geringste specifieke prikkel van de huid uitgaande wordt het regionaire klierpakket tot productie gedwongen. *HET LYMPHSYSTEEM LEVERT DE IMMUN-STOFFEN.* Eene dwaling is het daarom om uit de allergische tuberculine-locaal-reactie van de huid conclusies te trekken omtrent den immuniteitstoestand van het organisme. De begrippen allergie en

immuniteit hebben niets met elkaar te maken. Uit de huidreacties zijn geen gevolgtrekkingen te maken omtrent de meening, dat de huid als producent van immuunstoffen zou optreden. Immuniteit is een teleologisch begrip. Dat er een parallelliteit kan bestaan tusschen allergische reactie en immuniteit ziet men in het geval, waarbij men na mazelen eene afname van de gevoeligheid voor tuberculine en ook van den immuniteitstoestand van het lichaam ziet. Maar eene overeenstemming beteekent dat in het geheel niet. Zooals KLOPSTOCK ook zegt (KLIN. WOCHENSCHRIFT 1925. Blz. 118): Bij eene tuberculeuse infectie gaat de graad der huidovergevoeligheid en de goedaardigheid van het proces geheel niet parallel. En neem ik dan aan, dat bij alle tuberculeuse processen van de huid de tubercelbacil is aangetoond, dan voeg ik er direct aan toe: *HET PRIMAIR AFFECT VAN DE TUBERCULOSE IS NIET IN DE HUID GELEGEN. EXOGENE TUBERCULOSE NEEM IK VOORSHANDS NIET AAN, ZOOWEL UIT DE LEER AAN DE PRAKTIJK ONTLEEND ALS OP IMMUUN-BIOLOGISCHE GRONDEN.* Daarin verschilt dus tuberculose zeer opvallend van de syphilis. Maar als ik dan het stadiumbegrip, dat nog steeds in de Leer der Syphilis bestaat ook op de tuberculose toepas, dan neem ik aan, dat lupus in werkelijkheid het tweede stadium is van eene manifeste tuberculose. Huidtuberculose is eene lymphogene metastase van eene inwendige haard, zeer zeker voor de exanthematische vormen. Zeer duidelijk bewijst dat de colliquatieve tuberculose, die het prototype is van metastatische lymphogene tuberculose, misschien door z.g. Wandercellen versleept. Voorshands neem ik een exogenen vorm niet aan, ik laat dan in het midden of in dit verband z.g. super-infecties voorkomen. Zoo stel ik dan ook de ontwikkeling van een willekeurig tuberculeus proces afhankelijk van den immuniteitstoestand van het organisme. Zoover durf ik niet te gaan, dat ik, zooals andere onderzoekers, een vormindeeling der huidtuberculose grond op den graad van immuniteit van het betreffende organisme (*IMMUUN-BIOLOGISCHE VORMEN*). Het is in dit verband ook goed, dat ik van eenige vormbespreking der huidtuberculose heb afgezien.

De immuniteit speelt een groote rol ten opzichte van de pathogenese der huidtuberculose. Als ik daarbij de endogene infectie, die ik voor mijne gevallen zonder voorbehoud exclusief aanneem, het eerst in het licht der immuniteit beschouw, merk ik op, dat de tubercelbacillen van binnen uit de huid aantasten. *DIT VINDT DAN PLAATS BIJ EEN INDIVIDU, DAT ALREEDE LIJDENDE WAS AAN TUBERCULOSE.* Het karakter der tuberculeuse huidaandoe-

ning wordt dan nader bepaald door de hoeveelheid besmettende bacillen (zooals ik reeds te voren besprak) en de hoeveelheid antilichamen, die het organisme bevat. Beide hoeveelhedsbegrippen zijn maar relatieve. Toen ik den nadruk legde op het voorkomen van kliertuberculose in de anamnese van 72 % mijner huidtuberculose-lijders, bedoelde ik daarmee, *dat de huidtuberculose uitging van onder de huid gelegen klieren. Mijns inziens is dit de meest voorkomende.* **VOOR HET BEGIN DER HUIDTUBERCULOSE BESTOND DUS IN HET LICHAAM EENE MANIFESTE TUBERCULOSE.** Door de lijders zijn dus antistoffen in zekere mate geproduceerd. Dit is ook geconstateerd, *want bij mijn 72 % patiënten met huidtuberculose en initiale kliertuberculose was de reactie van v. Pirquet voor 78 % positief.* Het is deze hoeveelheid antistof die de uitbreiding in de huid tegengaat; dit interne afweermiddel is het waaraan ik de groote waarde hecht voor de immuun-biologie der huid, het is niet de huid zelf, die als producent optreedt. Men zal nu aanvoeren, dat deze opvatting in het geheel niet klopt met de bekende hardnekkigheid van de lupus. Maar de ontwikkeling der bacteriën geschiedt niet in de huid zelf, maar in de daaronder gelegen organen, die, uit den aard van hunne bouw en anatomische gesteldheid, de gunstige temperatuur, zich daartoe beter leenen. Daarom vindt men in de lymphklieren de meeste tubercelbacillen! In ieder geval zeer veel meer dan in de huid, waarin ze bovendien ook veel moeilijker aantoonbaar zijn. Vanuit de tuberculeuse klier plant zich het proces in de huid voort. Is het nooit opgevallen hoe om een doorgebroken tuberculeuse klier zich eene serie tuberculeuse huid-aandoeningen ontwikkelt, een of meerdere scrophulodermata aan de hals of aan de onderkaaksboog zijn toch sprekende gevallen. Zeer herhaalde malen zag ik uit de tuberculeuse lymphklieren eene progrediënte lupus ontstaan. Het is de huidinfectie bij een tuberculeus individu! Ik heb dan ook nooit nagelaten bij het gecombineerd voorkomen van huid- en kliertuberculose de regionale klieren te behandelen, i.c. met Röntgenstralen tot verdwijnen te brengen. Den gunstigen invloed hiervan op het tuberculeuse huidproces zal wel niemand ontkennen.

De veelvormigheid der huidtuberculose kan ik uit hetzelfde principe verklaren, als ik erop den nadruk leg, dat bij verschillende personen eene verschillende dispositie bestaat, terwijl de immuniteits-reactie ook bij de eene persoon verschilt bij die van een ander.

Dan kan men zich nog afvragen, hoe was de immuniteitstoestand, hoe was de hoeveelheid antistoffen van of in het organisme, op het oogenblik, dat de besmetting van de huid met tubercillen plaats vond bij het reeds tevoren tuberculeuse individu? Ik zie hierbij af

van een enkel beschreven geval, waarbij bij een zeer jong individu, huidinfecties met tuberkelbacillen worden beschreven bij een al of niet gelaedeerde huid. Inderdaad schijnen er zuigelings-tuberculosen te bestaan, die evenals die bij caviae, korten tijd na de infectie letaal verlopen. In mijne praktijk ben ik zulke gevallen nog nooit tegengekomen. PHILIPSON en WICHMAN vestigden er reeds de aandacht op, dat het optreden van lupus op kinderleeftijd pleitte voor de exogene origine ervan. LEWANDOWSKY zegt daarvan, dat de lupus bij deze jonge kinderen ontstaat in een tijd, waarbij deze nog geen tuberculose hebben, maar nog niet genoeg anti-lichamen hebben om ze te behoeden. Voor lateren leeftijd neemt hij dan aan, dat bijna ieder mensch een kleine tuberculeuse infectie heeft doorgemaakt van eenig intern orgaan (hij zal hiermede in de voornaamste plaats wel de longen bedoelen), en daardoor anti-stoffen genoeg bezit om de exogene infectie te beletten. Nu is het zich ontwikkelen van de immuniteit bij den mensch nog een raadsel, waarvoor men tevergeefs eene oplossing zoekt. Men neemt zelfs aan, dat een tijdelijke vermindering van de immuniteit de gelegenheid openstelt voor de ontwikkeling van eene exogene tuberculose. JADASSOHN neemt zelfs aan, dat bij zuigelingen een lupus een super-infectie beteekent bij een reeds tuberculeus individu. HUBNER heeft ongeveer hetzelfde gezegd. Maar ik meen daartegen op te merken, dat in een milieu, waarin een kind gelegenheid heeft om van buiten met tuberculose geïnfecteerd te worden, de longen reeds lang aangedaan moeten zijn! Sluit ik dan een enkel geval uit, waarbij een zuigeling van buiten uit een ulcereus tuberculeus huidproces heeft gekregen, dan beteekenen voor mij de vondsten van ORTH en LUBARSCH veel meer, immers zij vonden met NAEGELIS, dat bij de secties bleek, dat ongeveer 92 % der individuen tuberculeus waren!

Rest nog een meening te geven omtrent den weg, die de immun-stoffen volgen. De proeven van LINSER, waarbij hij probeerde aan te toonen, dat de „schutzstoffen” in het bloed geraakten en zoo de tuberculose van andere organen beïnvloeden konden, vielen negatief uit. Hij probeerde actieve tuberculosis luposa met serum van orgaan-tuberculose-zieken te beïnvloeden. Hij nam b.v. serum van een patiënt, waarbij de lupus spontaan was genezen, zooals wel voorkomt. Hij besluit met aan te nemen, dat de „Schutzstoffen” tegen de tuberculose in de huid cellulair verankerd worden en niet in het bloed overgaan. HOFFMANN'S leer der esophylaxie zou daarmede omvervallen!

De endogene infectie van de huid, dat is dus van een tuberculeuse haard uit, geschiedt door propagatie op de lymphwegen,

ook door infectie *per contiguitatem*. Wat de laatste betreft zien we inderdaad het tuberculeuse proces van een onder de huid gelegen klier, fascie, spier, been, op de huid overgaan. Die infectie geschiedt ook langs de lymphwegen, tegen de lymphstroom in. Of daarbij de lymphwegen zelf ziek worden laat ik in het midden.

De publicaties omtrent het vinden van tubercelbacillen in het bloed zijn voor mij niet bewijisgevend, zeker niet voor de humane tubercelbacil. (MARMOREK-LIEBERMEISTER, e.a.). Van een haematogene verspreiding der tuberculose kon ik geen bewijzen bij mijn materiaal vinden. De gevallen van haematogene uitzaaiing van tubercelbacillen (COMBY — NOBL — FINGER — BOURGEOIS — HOFFMANN — ALEXANDER — ARZT — GAUCHER — GUGGEROT — GUGGENHEIM) zijn dat in werkelijkheid niet, maar zuiver exogene infecties.

TUBERCULOSIS CUTIS ONTSTAAT UIT HET INWENDIGE VAN HET ORGANISME, PER CONTIGUITATEM OF LYMPHOGEEN. ALLEEN DE ENDOGENE HUIDTUBERCULOSE MAG „LUPUS” HEETEN. HET OPTREDEN VAN TUB. CUTIS IN DEN TIJD WAARIN OOK DE MEESTE LONGTUBERCULOSE ZICH MANIFESTEERT BEWIJST HET ENDOGENE KARAKTER DER LUPUS.

HOOFDSTUK IV.

LITERATUURLIJST.

LITERATUURLIJST.

1871. BARDLEBEN. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Berlin, 1871.
1877. CORNIL. Des altérations anatomiques des ganglions lymphatiques dans la syphilis, la tuberculose, la dégénérescence amyloïde et les tumeurs. Journal de l'Anatomie et de la physiologie.
1878. GRANCHER. Archives de physiologie. 1878.
- N. HOLM. Klinik Fremstilling at Lupus affektionens Forhold til scrofulosen Kbhvn. 1878.
- HEBRA & KAPOSÍ. Traité des maladies de la Peau (traduction Doyon).
1879. HUTCHINSON. Congrès annuel de l'Association médicale anglaise.
1880. BRISSAUD. Essai sur les tuberculoses locales. Archives générales de médecine. Août-sept. 1880.
- BESNIER. Le lupus et son traitement. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Paris, 1880.
- NEUMANN. Traité des maladies de la peau. (Traduction Darin).
1882. CORNIL & VIDAL. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 1882.
1883. P. MERKLEN. Scrofule et tuberculose. Archives de Dermatologie et de syphiligraphie.
- BESNIER. Le lupus et son traitement (2^o article). Archives de dermatologie et de syphiligraphie. 1883.
- DOUTRELEPONT. Tuberkelbacillen in Lupus. Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. II no. 6 — juin 1883.
- AUBERT. Le traitement du Lupus à l'Antiquaille (Lyon). Archives de dermatologie et de syphiligraphie. Paris. 1883. 2^{ème} série.

- JACCOUD. Traité de Pathologie interne (article Scrofule).
1884. RENOUARD. Le lupus et ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. Thèse Paris 1884.
1886. LELOIR. Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le Lupus vulgaire et la tuberculose.
Annales françaises de Dermatologie et de syphiligraphie.
- L. BROCCQ. Analyse et commentaires de deux articles:
A) Dr. *James NEVINSHYDE* — Rapports du Lupus vulgaire et de tuberculose. Journal of cutaneous and venereal diseases, nov. et déc. 1885.
B) Communication du Dr. WHITE.
- BLOCK. Beitrage Z. Stud. der Lupus Vulgaris. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1886.
1887. TILBURY FOX. Diseases of the Skin. 3rd Ed.
1888. HUTCHINSON. Hervian lectures on lupus. British Medical Journal 1888.
1890. BEHRING en KITISATO. Deutsche Med. Wochenschr. 1890, blz. 1113.
- DUBOIS HAVENITH. Du lupus vulgaire spécialement étudié au point de vue de son étiologie et de sa pathogénie et traitement. Thèse agrégation. Bruxelles, 1890.
1891. EIBE. En Undersögelse over de fra Kysthospitalet paa Repnaes. Tidsrummet 1876—1886 udskrevne scrofulöse patienters nunaerende Helbredstilstand (Hospitalstidende) 1891, no. 23—24.
1895. PETRINI. Quelques mots sur la pathogénie du Lupus vulgaire et sur certaines formes de cette affection. Presse Médicale Roumaine. 25 février 1895.
1900. HUMMEL. Rapport du Lupus et de la tuberculose. Thèse Kazan, 1900.
1902. LENGLET. Article „Lupus” in „Pratique Dermatologique de Besnier, Brocq en Jacquet.”
1905. NATHAN RAW. Human and bovin tuberculosis. British Medical Journal. p. 1018/1905.

1907. L. BROCCQ. Traité de dermatologie pratique. Article „Lupus”.
1908. H. FORCHHAMMER. La tuberculose pulmonaire, cause de mort, au cours de l'évolution du Lupus vulgaire Rubrique „Finsens medizinske Lysinstitut. Kopenhague. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1908.
- SCHEPELERN. Journal de l'hôpital „Kustenhôpital”.
1909. J. ADLER. Tuberculosis of the skin with visceral Tuberculous lesion. British Journal of Tuberculosis. 1909.
1914. ZIELER. Practische Ergebnisse der Hautkrankheiten.
1916. DIE TUBERCULOSE (bearbeitet von H. Iselin—F. Lewandowsky — C. von Pirquet — F. de Oervain — P. Roemer — R. Staehelin.
- DIE TUBERCULOSE DER HAUT. (F. Lewandowsky).
1921. F. GROEN. Le lupus vulgaire en Norvège. (Recherches statistiques). Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1921.
- W. HOLLAND. Etudes bactériologiques et cliniques sur la tuberculose de la peau, et, en particulier, sur le lupus vulgaire.
- Acta-Dermato-venerologica, 1921, tome V.
- MARTENSTEIN. La tuberculose pulmonaire, complication des dermatoses tuberculeuses. tome 130. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1921.
- GROUWEN. Anderw. Tub. bei Lupus und Scrofulo derma. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 1—159.
- BROCCQ. Précis et Atlas de pratique dermatologique,
- LANCASHIRE. Discussion of the association of skin tuberculous with visceral and other tuberculosis manifestations. British medical Journal p. 551 — 8 Oct. 1921.
- STELWAGON. Diseases of the skin 8^e édition, p. 766.
- SEQUEVRA. Diseases of the Skin 2^e édition, p. 235.
- WURTZEN, C. H. Lupus den forvindelse med anden Tuberculos saerlig Lungetuberkulose fest-skrift for Finsen Institut 1921 p. 296/330.

1923. KLEMPERER—PESCHIC. Zur Frage der Beziehungen zwischen Haut u. Immunität. (D. M. Woch no. 13. 1923).
- ZINSSER. „Infection and Resistance”. (3rd Ed. New-York 1923).
1924. BLOCH ET RAMEL. Lupus érythémateux et Tuberculose. (Schweiz. Med. Woch. No. 32 — T. Août 1924.
Fréquence de la tuberculose pulmonaire au cours du lupus vulgaire.
- BESREDKA. De l'immunité locale; culti-vaccination et pansements spécifiques (Presse médicale No. 56. 1924).
1925. JADASSOHN und MARTENSTEIN. Die Tuberculose der Haut. Sonderbeilage zur M. K. H.
- CARL WITH. Le lupus et la tuberculose dite chirurgicale. Annales de Dermatologie und Syphilis. 1925. tome 142. p. 206.
- AUDRY. Organisation des centres de traitement pour le Lupus. Paris Médical, 17 oct. 1925.
- RUEDIGER. Lungentuberculose und Lupus. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 1925.
1925. BINDFORD THRONE. Le lupus érythémateux. (Arch. of Dermatol. and Syphilology. No. 1 July 1925.
- M. MARTENSTEIN. Med. Klinik 1925. Hft. 2. Sonder beilage. Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Hauttuberculose. (Zentralblatt 19/140 1926).
1926. IIIe CONGRES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIS. Bruxelles 1926.
Rapport: Le traitement du Lupus.
- SEUTTER. Lungentuberculose und. Lupus vulgaris. Wiener Klinischer Wochenschrift, n^o. 37, 1926.
- BORDET. L'immunité.
- A. JORDAN. (Archiv. f. D. u. S.) 150/451 — 1926. Haut-Veränderungen bei Lungentuberculose.
1927. LEW. The immunity problems.
- VOLK. Immunitätsproben der Haut (Wien. Klin. Wochenschr. No. 26).

- R. WIGAND. (M. M. Woch. 73/769). Zentralblatt 21/274 '27. Visceraltuberculose und Hautorgan.
1928. JORDAN. Text-book of General Bacteriology.
- HOFFMANN. Die nach innen gerichtete Schütz u. Heilwirkung der Haut (Esophylaxie) mit besonderer Berücksichtigung der Tuberculose (M. Med. W. 18 aug. '28).
- WOLFF EISNER. Die Bedeutung der Haut für Immunität und Immunisierung. (Münch. Med. Woch. No. 45. Nov. 1928).
- DARIER. Traité de dermatologie. (Précis médicaux. Masson, 1928).
1929. KELLER u. SCHILLING. (Klin. Woch. Schr. 1929. 603).
- ROST. Diagnose u. Therapie der Hauttuberculose i. d. Praxis. Leipzig 1929.
- JENO SZANTO (Budapest). Hautver. b. L. tuberc. (D.
1929. A. JESIONEK. Med. Woch. Schr. 89, S. 1899) 1929. Tuberculose und Haut.
- A. ALBERT. Statistische Untersuchungen über Hauttuberculose. (Strahlentherapie. 32 Band — Heft 2 — Blz. 309).

STELLINGEN.

1. Het is niet te miskennen, dat een goed toegepaste Röntgenbestraling van de schildklier, op de pathologisch verhoogde functie invloed uitoefent.
 2. Bakkerseczeem is een allergische dermatose.
 3. De lachgas-narcose heeft het gevaar voor thrombose en embolie verminderd.
 4. Tuberculosis Luposa is op te vatten als eene endogene tuberculose.
 5. Salicylpreparaten zijn het souvereine middel tegen acuut gewrichtsrheuma.
 6. Als bloedstillend middel door capillaire werking verdient de intra-veneuze toediening van Calcium-zouten aanbeveling.
 7. De therapeutische resultaten der behandeling met goudzouten van de tuberculose zijn zeer gering.
 8. Het verdient aanbeveling de epilatie bij parasitaire aandoeningen der behaarde hoofdhuid te verrichten door Röntgen-bestraling uitwendig en Thallium-acetaat per os.
 9. Onder de symptomen der keelamandel-hyperplasie is dat van de belemmerde neusademhaling belangrijk.
 10. Het verlies der contractie-gevoeligheid der spiersubstantie is evenredig met de grootte der atactische bewegingsstoornis.
 11. Iritis gonorrhoeica komt meer in het „chronische” dan in het acute stadium der gonorrhoe voor.
-

Lijst van Lijders aan Tuberculosis cutis in westelijk ged. Noord-Brabant.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Ouderdom bij te optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Kliertuberculose	Overleden	Leeft. opr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats van te optreden der tub. cutis
30	M. B.	19	v.	L.	17	—	—		—		T. cut. L. arm.
101	P. v. A.	19	m.	L.	30	—	l.c.		14		T. cut. L.o. arm.
106	P.	19/20	m.	S.	30	—	l.c.		—		T.c. ped. sin.
114	E. B.	id.	v.	L.	13	—	l.c.		3		T.c. man. d.
114a	M. B.	id.	v.	L.	18	—	l.c.		1/2	a.c.	T. colliq.
142	G. S.	20	m.	L.	8	—	l.c.		1		T. ulc. ped. d.
360	L. G.	20	m.	S.	51	—	—		—		T.c. fac.
393	d. J.	20	v.	L.	21	—	l.c.		—		T. ulc. crur. d.
424	A.	20	v.	L.	52	—	—		10		T. verr. man. d. et. sin.
473	N. V.	20	v.	L.	16	—	—		—		T.c. nasi
518	H. B.	20	m.	L.	24	car. costae d.	l.c.		12	a.	T.c. fac.
541	J. v. L.	20	m.	S.	16	—	l.c.		8		T.c. ped. d.
548	A.	20	v.	L.	31	—	l.c.		17		T.c. corp.
702	S.	id.	v.	L.	17	—	l.c.		12	c.	T. crur. S.
727	J. v. d. R.	id.	v.	L.	17	—	l.c.		—		T.c. fac.
749	S.	id.	m.	S.	38	tub. pulm.	l.c.		42?		T.c. fac.
764	P. v. d. B.	id.	m.	L.	19	—	l.c.		16	b.	T.c. m.d.
831	V.	id.	v.	L.	24	—	—		17		T.c. lich.
1012	S. v. E.	id.	m.	L.	53	—	l.c.		—		T.c. m. d. e. s.
1056	v. d. B.	id.	m.	S.	32	—	l.c.		—		T. colliq.
1069	Z. I.	id.	v.	L.	23	—	l.c.		19	a.	T.c. man. d.
1143	J. v. B.	21	m.	L.	21	—	—		—		T.c. fac.
1207	M. O.	id.	v.	L.	25	—	l.c.		14		L. nasi.
1216	Sch.	id.	m.	S.	62	—	l.c.	1925	—		T.c. fac.
1282	v. E.	id.	m.	S.	19	—	l.c.		15	c.	Er. ind.
1302	A. J.	id.	m.	S.	20	—	l.c.		16		T.c. fac. et nuchae.
1304	P. v. A.	id.	m.	S.	25	tub. pulm.	—		27		T.c. fac.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Ouderdom bij te optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Klier tuberculose	Overleden	Leefte, optred. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats der te optreden der tub. cutis
1321	d. B.	20	v.	S.	40	—	l.c.		22		T.c. fac.
1327	A.v.N.	id.	m.	L.	36	—	l.c.		21		T. coll.
1349	H.v.B.	1921	m.	L.	35	—	l.c.		12		T.c. crur.d.
1506	J. A.	—	m.	L.	15	—	l.c.		18		T. coll.
1675	V.	—	v.	S.	19	—	l.c.		jeugd		idem
1788	W.v.D.	—	m.	S.	51	—	—		—		T. cut. antebr. S.
1819	P.d.R.	—	m.	S.	19	—	l.c.		id.		T.c. ulc. scrot.
1951	A.R.	22	m.	L.	55	—	—		—		T.c. verr.
1961	J.	—	v.	S.	21	Beentub. R. hand	l.c.		24		T.c. fac. T.c. man. d.
2001	P.A.V.	—	v.	L.	16	—	l.c.		12		Tub. ind.
2076	v. d. B.	—	v.	L.	21	—	l.c.		15	a	T.c. fac.
2081	J. P. L.	—	m.	S.	29	—	l.c.		jeugd		T.c. m.
2108	J. M.	—	v.	L.	25	—	l.c.		id.		T.c. antebr. d. e. s.
2132	v. B.	—	v.	L.	74	tub. pulm.	l.c.		?		T.c. fac.
2173	P. L.	—	m.	L.	32	—	l.c.		16		Lupus nasi.
2202	C.	—	v.	S.	16	—	l.c.		—		idem.
2214	C.K.	—	m.	S.	22	—	l.c.		—		T.c. corp.
2239	A. J.	—	m.	L.	26	—	—	1929	—		T.c. fac.
2304	J. S.	—	m.	L.	33	—	l.c.		jeugd		T.c. nasi = T. coll.
2379	H.S.	—	m.	L.	56	—	—		—		T. cut. verr.
2436	J.	—	v.	L.	22	—	l.c.		14	c	T.c. ulc. ped.
2452	v. G.	—	v.	S.	26	tub. pulm.	l.c.		30	b	Lupus nasi.
2464	J.v.d.M.	—	v.	L.	22	oogaand.	l.c.		15 14		T. indur.
2572	A. L.	—	m.	S.	21	—	l.c.		16	a	Lupus nasi.
2611	v. d. B.	23	m.	S.	47	—	l.c.	1928	20?		T.c. capitis.
2682	H.	—	v.	S.	35	tub. pulm.	l.c.		27?		T. coll.
2715	J. G.	—	m.	L.	19	—	—		14		T.c. verruc.
2793	R.	—	v.	S.	44	—	l.c.		j.		T.c. auric. d.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Ouderdom bij 1e optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Kliertuberculose	Overleden	Leeft. optr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats der 1e optreden der tub. cutis
2797	C. d. B.	—	m.	L.	23	—	l.c.		14		T.c. penis.
2905	D. v. G.	—	v.	S.	19	—	l.c.		12		T.c. ulc.
3103	P. S.	1923	m.	S.	22	oogaand.	l.c.		14		T.c. fac.
3210	T. S.	id.	m.	S.	5	—	—		—		T. coll.
3243	T. o. d. R.	id.	m.	S.	1½	—	—		—		T. coll.
3267	M.	id.	v.	L.	24	—	l.c.		14		Lupus nasi.
3393	T. v. H.	24	v.	S.	39	—	l.c.		j.		T.c. l. fac.
3456	d. B.	id.	m.	S.	4	—	—		—		T.c. l. fac. et colli
3509	S. v. H.	id.	v.	L.	50	—	—		—	b	T.c. l. fac.
3609	P. L.	id.	v.	L.	22	—	l.c.		14		T.c. l. fac.
3615	L. v. d. B.	id.	v.	L.	17	—	l.c.		—		T.c. auric. d.
3643	J. G.	id.	m.	S.	41	Tub. pulm. oogaand.	—		34 j.		T.c. fac.
3650	J. d. B.	id.	m.	L.	14	—	l.c.		13		T. coll.
3662	P. E.	id.	m.	S.	14	—	—		—		T.c. indur.
3710	W. v. F.	id.	v.	L.	48	—	—		—		T.c. verruc.
3761	C. E.	id.	v.	L.	14	—	l.c.		j.	b	T.c. fac.
3811	v. K.	id.	v.	L.	18	—	l.c.		j.	c	T.c. indur.
3812	P. S.	id.	v.	L.	6	—	—		5	a	p.n.t.
4015	G.	id.	v.	L.	20	—	l.c.	1927	16		T.c. fac.
4098	S.	id.	m.	L.	52	—	—	1928	—		T. verruc. p.
4190	H. d. K.	25	v.	S.	34	—	l.c.		16		T. fac.
4200	D. v. L.	id.	v.	L.	28	—	l.c.		17		T.c. ulc. crur. d.
4206	B.	id.	v.	L.	22	—	l.c.		—		T.c. fac.
4211	A. S.	id.	v.	S.	4	Tub. pulm.	l.c.		4		T. coll.
4249	C.	id.	v.	S.	25	Tub. pulm.	—		28		T.c. fac. et nuchae.
4258	P. S.	id.	v.	L.	12	oogaand.	—		6		T.c. fac.
4267	W.	id.	v.	S.	18	—	l.c.		16		Lupus nasi.
4315	R. G.	id.	v.	L.	19	—	l.c.		17		T.c. indur.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Ouderdom bij 1e optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Kliertuberculose	Overleden	Leeft, opr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats der 1e optreden der tub. cutis
1321	d. B.	20	v.	S.	40	—	l.c.		22		T.c. fac.
1327	A.v.N.	id.	m.	L.	36	—	l.c.		21		T. coll.
1349	H.v.B.	1921	m.	L.	35	—	l.c.		12		T.c. crur.d.
1506	J. A.	—	m.	L.	15	—	l.c.		18		T. coll.
1675	V.	—	v.	S.	19	—	l.c.		jeugd		idem
1788	W.v.D.	—	m.	S.	51	—	—		—		T. cut. antebr. S.
1819	P.d.R.	—	m.	S.	19	—	l.c.		id.		T.c. ulc. scrot.
1951	A.R.	22	m.	L.	55	—	—		—		T.c. verr.
1961	J.	—	v.	S.	21	Beentub. R. hand	l.c.		24		T.c. fac. T.c. man. d.
2001	P.A.V.	—	v.	L.	16	—	l.c.		12		Tub. ind.
2076	v. d. B.	—	v.	L.	21	—	l.c.		15	a	T.c. fac.
2081	J. P. L.	—	m.	S.	29	—	l.c.		jeugd		T.c. m.
2108	J. M.	—	v.	L.	25	—	l.c.		id.		T.c. antebr. d. e. s.
2132	v. B.	—	v.	L.	74	tub. pulm.	l.c.		?		T.c. fac.
2173	P. L.	—	m.	L.	32	—	l.c.		16		Lupus nasi.
2202	C.	—	v.	S.	16	—	l.c.		—		idem.
2214	C.K.	—	m.	S.	22	—	l.c.		—		T.c. corp.
2239	A. J.	—	m.	L.	26	—	—	1929	—		T.c. fac.
2304	J. S.	—	m.	L.	33	—	l.c.		jeugd		T.c. nasi = T. coll.
2379	H.S.	—	m.	L.	56	—	—		—		T. cut. verr.
2436	J.	—	v.	L.	22	—	l.c.		14	c	T.c. ulc. ped.
2452	v. G.	—	v.	S.	26	tub. pulm.	l.c.		30	b	Lupus nasi.
2464	J.v.d.M.	—	v.	L.	22	oogaand.	l.c.		$\frac{15}{14}$		T. indur.
2572	A. L.	—	m.	S.	21	—	l.c.		16	a	Lupus nasi.
2611	v. d. B.	23	m.	S.	47	—	l.c.	1928	20?		T.c. capitis.
2682	H.	—	v.	S.	35	tub. pulm.	l.c.		27?		T. coll.
2715	J. G.	—	m.	L.	19	—	—		14		T.c. verruc.
2793	R.	—	v.	S.	44	—	l.c.		j.		T.c. auric. d.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Onderdom bij 1e optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Kliertuberculose	Overleden	Leeft. opr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats der 1e optreden der tub. cutis
2797	C. d. B.	—	m.	L.	23	—	l.c.		14		T.c. penis.
2905	D. v. G.	—	v.	S.	19	—	l.c.		12		T.c. ulc.
3103	P. S.	1923	m.	S.	22	oogaand.	l.c.		14		T.c. fac.
3210	T. S.	id.	m.	S.	5	—	—		—		T. coll.
3243	T. o. d. R.	id.	m.	S.	1½	—	—		—		T. coll.
3267	M.	id.	v.	L.	24	—	l.c.		14		Lupus nasi.
3393	T. v. H.	24	v.	S.	39	—	l.c.		j.		T.c. l. fac.
3456	d. B.	id.	m.	S.	4	—	—		—		T.c. l. fac. et colli
3509	S. v. H.	id.	v.	L.	50	—	—		—	b	T.c. l. fac.
3609	P. L.	id.	v.	L.	22	—	l.c.		14		T.c. l. fac.
3615	L. v. d. B.	id.	v.	L.	17	—	l.c.		—		T.c. auric. d.
3643	J. G.	id.	m.	S.	41	Tub. pulm. oogaand.	—		34 j.		T.c. fac.
3650	J. d. B.	id.	m.	L.	14	—	l.c.		13		T. coll.
3662	P. E.	id.	m.	S.	14	—	—		—		T.c. indur.
3710	W. v. F.	id.	v.	L.	48	—	—		—		T.c. verruc.
3761	C. E.	id.	v.	L.	14	—	l.c.		j.	b	T.c. fac.
3811	v. K.	id.	v.	L.	18	—	l.c.		j.	c	T.c. indur.
3812	P. S.	id.	v.	L.	6	—	—		5	a	p.n.t.
4015	G.	id.	v.	L.	20	—	l.c.	1927	16		T.c. fac.
4098	S.	id.	m.	L.	52	—	—	1928	—		T. verruc. p.
4190	H. d. K.	25	v.	S.	34	—	l.c.		16		T. fac.
4200	D. v. L.	id.	v.	L.	28	—	l.c.		17		T.c. ulc. crur. d.
4206	B.	id.	v.	L.	22	—	l.c.		—		T.c. fac.
4211	A. S.	id.	v.	S.	4	Tub. pulm.	l.c.		4		T. coll.
4249	C.	id.	v.	S.	25	Tub. pulm.	—		28		T.c. fac. et nuchae.
4258	P. S.	id.	v.	L.	12	oogaand.	—		6		T.c. fac.
4267	W.	id.	v.	S.	18	—	l.c.		16		Lupus nasi.
4315	R. G.	id.	v.	L.	19	—	l.c.		17		T.c. indur.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Ouderdom bij 1e optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Kliertuberculose	Overleden	Leeft, optr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats der 1e optreden der tub. cutis
4324	P. T.	25	m.	L.	44	—	l.c.		j.		T.c. dors. ped. sin
4329	A.	—	v.	S.	19	—	l.c.		16		T.c. indur.
4364	T.	—	v.	L.	12	—	l.c.		11		T. coll.
4401	J. W.	—	v.	L.	8	—	l.c.		?		T.c. fac.
4552	P.	—	v.	L.	47	Tub. pulm. oogaand.	l.c.	'28	$\frac{22}{j}$	b	T.c. corp.
4633	J.	—	v.	L.	17	—	—		—		T.c. indur.
4686	H. v. P.	—	m.	L.	9	—	—		—		T.c. pap. necr.
4688	v. d. L.	—	m.	L.	6	—	l.c.		6		T. coll.
4694	R.	—	m.	S.	4	abc. frig.	l.c.		4		T.c. fac. et colli.
4724	D. V.	—	v.	L.	22	—	—		—		T.c. fac.
4760	v. W.	—	m.	S.	26	—	l.c.	'27	18		idem
4799	B.	—	v.	L.	65	—	l.c.		j.		T.c. verr. fac.
4809	K.	—	v.	L.	44	—	l.c.		j.		Lupus nasi
4829	L.	—	v.	S.	45	—	—		—		T.c. lup. fac.
4844	d. T.	—	v.	L.	18	—	l.c.		16		T. indur.
4864	R.	—	m.	S.	51	—	l.c.		j.		T.c. ped.
4868	S.	—	m.	L.	54	—	—		—		T. fac.
4880	S. H.	—	v.	L.	37	oogaand.	l.c.		j.	ac	T.c. ulc. cr. d.
4893	P.	—	m.	S.	$2\frac{1}{2}$	Tub. Pulm.	—		—	b	T.c. lichen.
4915	S. d. J.	—	v.	L.	46	—	l.c.		?		L. nasi.
4974	v. W.	—	m.	L.	11	—	l.c.		—		T. coll.
5001	J. d. B.	26	m.	L.	32	Tub. Pulm.	l.c.		28?		T.c. fac.
5174	A. v. L.	—	v.	S.	29	—	l.c.		18	c	L. nasi.
5201	K. B.	—	m.	L.	26	—	l.c.		?		T. coll.
5265	A. v. N.	—	v.	L.	18	—	—		—		T.c. fac.
5292	S. v. T.	—	v.	L.	72	—	—		?		T.c. p. n.
5298	C.	—	v.	L.	18	Tub. Pulm.	—		22		T. coll.
5384	W. v. T.	1926	m.	S.	44	—	l.c.		j.		T.c. l. fac.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Ouderdom bij te optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Kliertuberculose	Overleden	Leeft. opr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats van te optreden der tub. cutis
5393	D.	id.	v.	L.	41		l.c.		9		T.c. l. fac.
5397	N. F.	id.	m.	S.	32	Tub. pulm.	l.c.		22		T.c. l. fac.
5423	K.	id.	v.	L.	46		—		?		T.c. l. man. d.
5665	d. R.	id.	v.	L.	49		l.c.		j.	a	T. indur.
5731	B. R.	id.	v.	L.	49		l.c.		42		T. indur.
5741	S. N.	id.	v.	S.	61		l.c.		?		T.c. l. fac.
5814	T.	1927	v.	L.	44	Oogaand. T. pulm.	l.c.		$\frac{14}{34}$		T.c. l. fac.
5845	d. K.	id.	v.	S.	46		l.c.		10		T.c. l. man.
5866	A. A.	id.	v.	S.	22		—		—		T.c. p. n. (cr. d.)
5949	v. E.	id.	v.	L.	28		l.c.		14?		T.coll.
6006	W.	id.	v.	S.	22		—		—		T.c. l. fac.
6009	L. d. B.	id.	v.	L.	21		—		—		T.c. l. fac.
6015	C. v. O.	id.	v.	L.	27		l.c.		22	c	T. coll.
6032	P. V.	id.	m.	S.	44		l.c.		8		T.c. l. man. d.
6062	F. H.	id.	v.	S.	38		l.c.	1929	22		T.c. ulc. crur. sin.
6094	L. R.	id.	v.	L.	47		l.c.		46		T.c. l. fac.
6120	O.	id.	v.	S.	9	Oogaand.	—		6		Idem.
6124	O.	id.	v.	L.	38		l.c.		?		Idem.
6179	S. v. B.	id.	m.	L.	32		—		—		T.coll.
6300	H.	id.	m.	S.	9		—		—	b	T.c. lich.
6324	S.	id.	v.	L.	28		l.c.		?	a	T.c. dig. V. m. d.
6340	J. d. V.	id.	v.	L.	62		l.c.	1927	14?		T.c. verr.
6356	M. G.	id.	v.	L.	25		l.c.		45		T.c. l. fac.
6426	C. v. B.	id.	v.	L.	10		—		—		T. coll.
6433	M. v. d. B.	id.	v.	L.	18		l.c.		18		T. indur.
6470	S. v. B.	id.	m.	S.	24		—		—		T.c. l. fac. antebr. etc.
6491	S. d. N.	—	m.	L.	28	Tub. pulm.	l.c.		32		T.c. l. fac.
6529	v. D.	1927	v.	L.	34		l.c.		46		Tub. indur.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Ouderdom bij te optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Klier tuberculose	Overleden	Leeft. optr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats van te optreden der tub. cutis
6538	M.	1927	v.	S.	17		—		—		Tub. indur.
6546	M. A.	id.	m.	L.	28	Tub. Pulm.	l.c.	1928	28		T.c. fac.
6550	B. P.	id.	v.	L.	16		l.c.		14		T.c. lichen.
6635	A. B.	1928	v.	L.	17		l.c.		13	a	T.c. l. fac.
6640	L. N.	id.	m.	S.	24		l.c.		j.		Idem.
6662	B	id.	v.	S.	22	Oogaand.	l.c.		8		Idem.
6706	G	id.	m.	L.	24		l.c.	1928	12		Idem.
6747	W	id.	v.	L.	8		l.c.		8		Idem.
6810	T. K.	id.	m.	S.	14		l.c.		12		T. indur.
6822	J. V.	id.	v.	L.	54?	Tub. Pulm.	—		28?		T.c. verr.
6855	M.v.O.	id.	m.	L.	20		l.c.		14		T. colliq.
6883	M. K.	id.	m.	L.	8		—		—		T.c. l. fac.
6890	P. W.	id.	v.	L.	13		l.c.		12		Idem.
7027	J. V.	id.	v.	L.	3		—		—	b	T. colliq.
7154	A.P.G.	id.	v.	L.	8		l.c.		8		T.c. l. fac.
7221	A.	id.	v.	L.	18		—		—	a	T. indur.
7221	C. v. Z.	id.	m.	L.	20	Tub. Pulm.	—		18	a	T.c. l. fac.
7349	v. F.	id.	m.	L.	22		—		—		Lnasi. L. nasi.
7569	S. B.	1929	m.	L.	63		—		—		T.c. lich.
7604	d. K.	id.	v.	S.	19		l.c.		16	c	T.c. l. m. d.
7648	d. J.	id.	v.	L.	60		l.c.		?		Idem.
7721	C.	id.	v.	L.	22		l.c.		15		T.c. l. fac.
7768	P. M.	id.	v.	L.	19	Tub. Pulm.	l.c.		16?		Idem.
7839	T. V.	id.	v.	L.	22	tb. costae	l.c.		20		T. colliq.
7854	d. R.	id.	v.	L.	21		l.c.		j.		Idem.
7948	L. v. D.	id.	m.	L.	15	Tub. man d.	l.c.		14?	b	T.c. ulc.
7965	B.	id.	v.	L.	16		l.c.		j.		T. indur.
8006	F. W.	id.	m.	L.	11		—		—		T. colliq.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Onderdom bij Ie optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Kliertuberculose	Overleden	Leeft. optr. eenige vorm v. tub. — andere dant. cut.	A N	Diagnose en plaats van Ie optreden der tub. cutis
F 24	B. B.	1919	m.	L.	34		l.c.		j.		T. coll.
34	G. E.	id.	v.	L.	20		l.c.		j.		T.c l. ant. d.
48	D.d.V.	1920	v.	S.	22	Tub. pulm. oogaand. Tub. l. onder- arm.	l.c.		18-19	a	T. coll.
54	T. M.	id.	m.	L.	54		l.c.		j.		T.c. l. fac.
102	W. L.	id.	m.	L.	47		l.c.		j.	b	T.c. verr.
134	A. R.	id.	v.	S.	19		—		—		T. indur.
190	C.N.P.T.	id.	m.	L.	51		l.c.		j.		T. coll.
F 1289	v. E.	1921	v.	L.	18		—		—		T.c. fac.
1293	W.	id.	v.	S.	16		l.c.		12?		T.c. fac. et nuchae
1334	A. S.	id.	m.	S.	24		l.c.		j.	a	T.c. l. fac.
1345	M.v.B.	id.	v.	L.	48		—		—		T. verruc.
1372	V.	id.	m.	S.	12	Scroph. oogaand.	l.c.		8		T.c. l. fac.
1402	G.	id.	v.	L.	51		l.c.	1925	j.	b	Idem.
1433	A.v.V.	id.	v.	L.	23		—		—		T.c. lichen.
1465	v. R.	1922	v.	L.	18		—		—		T. indur.
1508	d. R.	id.	m.	L.	24		l.c.	1924	j.		T. coll.
1604	W.	1923	m.	S.	32		l.c.		j.	c	l. mill. dis.
1610	K.	id.	m.	S.	8		l.c.		?		T.c. l. fac.
1615	B. A.	id.	m.	L.	44		—		—		T. verruc.
1636	S. V.	id.	v.	L.	19	beentub. R. enkel.	—		18		T.c. l. fac.
R 38	A. G.	1928	v.	L.	12		l.c.		12		Lupus nari
50	K.	id.	v.	S.	14		l.c.		14		Idem.
56	A.	1928	v.	L.	14	Tub. pulm.	—		15		T. indur.
91	S. v. B.	id.	v.	S.	22		l.c.		16		T. coll.
164	S. B.	1929	v.	L.	24		l.c.		j.		Idem.
288	L.	id.	v.	S.	18		l.c.		14		T.c.l.fac. et man
301	S. P.	id.	m.	L.	38		l.c.		j.		T.cul. l. fac.
319	P. v. B.	id.	m.	S.	16		—		—		T. indur.

No. Journal	Naam.	Jaar	Gesl.	Stad of Land	Ouderdom bij Ie optreden tub. cutis	Tub. V. andere organen	Klier tuberculose	Overleden	Leeft opr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats van Ie optreden der tub. cutis
351	S.	1929	m.	S.	10		l.c.		9		T. cut. l. fac.
1222	C.	1926	m.	L.	10		l.c.		9		Lupus nasi
1297	P. L.	id.	v.	L.	16		l.c.		15		T.c. l. fac.
1315	J. A.	id.	m.	S.	38		l.c.		j.		Idem.
1394	S. H.	1927	v.	L.	32	Tub. Pulm.	l.c.	1928	27	a	Idem.
1501	v. S.	id.	m.	L.	14		l.c.		13		T. colliq.
1560	P.v.M.	id.	v.	L.	18		l.c.		12		T.c. l. fac.
1666	v. d. B.	id.	v.	L.	51		l.c.		j.		T. colliq.
1804	M.	id.	v.	L.	28		—		—		T.c. lichen
1816	S. J.	id.	m.	S.	12		l.c.		11		T.c. l. cap.
1889	B.d.C.	id.	v.	L.	34		l.c.		j.	a	T.c. l. regioglut.
1904	V.	id.	m.	L.	16		l.c.		14		T. indur.
1909	B.v.H.	id.	m.	L.	16		l.c.	1928	12		T. colliq.
1918	J.P.E.	id.	v.	S.	16		l.c.		11		T.c. l. fac. et corp.
1938	J. A.	id.	m.	L.	12		l.c.		12		T.c. corp.
1947	K.d.H.	id.	m.	L.	34		l.c.		j.		T.c. fac.
1952	C.	1928	m.	S.	20	Tub. Pulm. Tub. ped. d.	l.c.	1928	¹⁹ / ₁₆	a	T.c. ulc.
1978	W.	id.	v.	L.	48		l.c.		j.		T.c. fac.
2004	S.R.	id.	m.	L.	54		l.c.		j.		T.c. mutilans.
2009	A. S.	id.	v.	L.	71	Tub. Pulm.	l.c.		?		Lupus nasi.
2121	B. P.	id.	v.	S.	13		l.c.		12		T. coll.
2274	H.v.T.	1929	v.	L.	8		l.c.		8		T. coll.
2301	A.d.B.	id.	v.	S.	16		l.c.		15		T.c. corp.
2409	v.M.	id.	v.	L.	61		l.c.		?		T.c. l. fac.
2442	L. P.	id.	v.	L.	53		—		—	b	T.c. pap. necr.
2466	B.v.C.	id.	v.	S.	9		l.c.		9		T.c. l. fac.
2499	G.v.d.B.	id.	v.	S.	25		l.c.		j.		L. nasi; oris.
2516	N.d.G.	id.	v.	L.	20		l.c.		15	a	Idem.

No. Journaal	Naam	Jaar	Geslacht	Stad of Land	Ouderdom bij Ie optreden tub. cutis	Tub. v. andere organen	Kliertuberculose	Overleden	Leeft, optr. eenige vorm v. tub. — andere dant. cut.	A N	Diagnose en plaats van Ie optreden der tub. cutis
2548	M.E.V.	1929	v.	L.	25		l.c.		j.		T.c. l. fac.
2610	G.	id.	v.	S.	36		l.c.		j.		Idem.
2635	L. v. B.	id.	v.	L.	19		—		—		Idem.
37	D.	1923	m.	L.	10	Tub. pulm. Tub. pols R.	l.c.		16 17		T.c. l. fac.
101	S. v. D.	id.	m.	S.	16	Tub. L. middenhand	l.c.		19 j.		T. coll.
204	B. B.	id.	v.	L.	61		—	1925	—	a	T.c. Verruc.
214	S. P.	id.	v.	L.	34		l.c.		j.		T.c. l. fac.
316	B. L.	id.	v.	S.	24	Tub. pulm.	—		28		T. colliq.
362	L. v. M.	id.	v.	L.	17		—		—		Idem.
402	M. N.	1924	m.	L.	30		—		—	b	T.c. lich.
419	D. B.	id.	v.	L.	13		l.c.		11		T.c. l. fac. et corp.
461	d. R.	id.	v.	L.	18		l.c.		14		T. indur.
499	S. v. B.	id.	v.	S.	8		—		—		T.c. l. fac.
528	P. B.	id.	v.	S.	24		l.c.		15		Idem.
568	L. R. H.	id.	m.	L.	16		—	1926	—	a	T. colliq.
701	H. N.	id.	v.	L.	21		l.c.		16		T.c. l. fac.
717	M. B.	1925	m.	L.	62		—		—		T.c. ulc.
791	K. v. d. R.	id.	v.	S.	17	Spina V. Tub. pulm.	l.c.		15-18 14		T.c. l. fac.
814	S. v. E. R.	id.	m.	L.	38		l.c.		j.		Idem.
878	J. v. P.	id.	v.	L.	19		l.c.		16		T. colliq.
833	Sch.	id.	m.	L.	91		—		—		T.c. l. m. d.
876	A. P.	id.	v.	L.	8		—		—		T.c. l. fac.
901	A. v. N.	id.	v.	S.	12		l.c.		12		Idem.
914	N. V.	id.	v.	L.	14		l.c.		13		T. colliq.
951	S.	id.	m.	L.	28	Tub. pulm. Tub. r. knie.	—		—	b	Idem.
977	A.	id.	m.	L.	46?		—		—		T.c. p. n.
1001	B. v. R.	id.	v.	S.	36		l.c.		j.		T.c. l. fac. et corp.
1004	R. O.	id.	v.	L.	51		l.c.		j.		Idem.

No. Journal	Naam.	Jaar	Gesl.	Stad of Land	Ouderdom bij Ie optreden tub. cutis	Tub. V. andere organen	Klier tuberculose	Overleden	Leeft. optr. eenige vorm v. tub. — andere dan t. cut.	A N	Diagnose en plaats van Ie optreden der tub. cutis
1019	d. J.	1926	v.	L.	32	Tub. Pulm.	l.c.		j.		T.c.l. fac. et corp.
1170	A.	id.	m.	L.	26		l.c.		j.		Idem.

VERKLARING KOLOM 11: *a.* anamnese positief op tuberc. pulm. of andere organen,
b. „ „ „ tub. cutis.
c. „ „ „ „ „ en andere organen.

1. 2636.

RAAD VAN ARBEID. (Zie blz. 58).

Nummer	Naam	Geb.datum of ouderdom	Geslacht	Anam- nese	Long- afw.	Duur	Compli- caties	Dood	Pir- quet	Spu- tum	tub. huid- afw.	Stad of platte- land	Sanat of ziekenh. beh.	Beroep	Diagn. aantekening.
1	Z.	2	M	p.	L	1921—1923	—	—	+	+	—	L	—	Werkman	diagnose tbc pulm.
2	Z.	11. 3.97	M	pp.	L	" —1924	—	—	+	+	—	S	—	Mag. bed.	Idem
3	H.	20. 9.86	V	p.	L	" —1925	—	1925	+	+	—	L	1 1/2	Bediende	diagnose tbc pulm.
4	H.	29	V	pp.	L	" —1922	—	—	—	n.v.	—	S	—	Zonder	Idem
5	W.	33	V	n.	R & L	" —1923	+	—	—	n.v.	—	L	—	Idem	spondyl. tub.
6	K.	26.11.89	M	ppp.	L	" —1922	+	—	—	++	—	L	—	Idem	lymph. colli d. et sin
7	R.	21	M	p.	L	" —1924	—	—	—	+	—	S	—	Werkman	
8	S.	23	M	pp.	L	" —1927	+	—	—	+	—	S	—	Bureau bed.	Urine: + tbc. bac.
9	V.	3.10.1900	V	neg.	—	" —1926	—	—	—	+	—	S	—	Bediende	
10	B.	21	V	neg.	L	" —1927	—	—	—	—	—	S	1	Idem	
11	D.	32	M	neg.	R	" —1926	—	—	+	+	—	S	—	Drukker	
12	S.	23	M	—	R & L	" —1924	—	—	+	+	—	S	—	Loodgieter	
13	S.	22	M	—	R	" —1925	+	1925	—	—	—	L	2	Zonder	T.B.C. ped. d.
14	R.	19	V	pp.	R	" —1926	+	—	+	?	—	L	1 1/2	Zonder	pleur. tbc. sin.
15	S.	24	M	p.	R & L	" —1925	—	—	+	+	—	S	—	Knecht	tbc dig. II man. d. larynx tub.
16	V.	30	M	ppp.	—	" —1925	+	—	—	+	—	S	1	Bediende	
17	E.	21. 7.06	M	p.	R	" —1924	—	—	—	+	—	S	—	Metaalbewerker	
18	B.	22.10.03	M	pp.	R	" —1922	++	—	—	++	—	L	—	Idem	lymph. colli; tbc. rénal.
19	J.	50	M	—	R	" —1923	—	—	+	+	+	L	—	Timmerman	
20	K.	42	V	neg.	R	" —1924	—	—	—	+	—	L	—	Bediende	
21	H.	23	V	ppp.	L	" —1922	+++	—	—	—	—	L	1/2	Idem	fistula m. S; fist. costae IV et V. d.
22	J.	20	V	p.	R & L	1922—1924	+	—	—	—	—	L	—	Idem	lymph. colli d.
23	M.	19	M	neg.	R & L	" —1925	—	—	+	—	—	S	1/2	Idem	
24	S.	17	M	p.	R & L	" —1926	+	—	++	+	—	S	—	Kleermaker	
25	G.	21	M	neg.	—	" —1933	—	—	—	+	—	S	8 md.	Zonder	l. coll. d. et sin.
26	B.	33	V	p.	L	" —1924	—	—	—	—	—	L	—	Bediende	
27	B.	41	M	neg.	L	" —1922	—	—	—	—	—	S	—	Zonder	
28	B.	21	M	neg.	R & L	" —1927	—	—	—	+	+	L	1	Kweker	
29	M.	37	M	neg.	R	" —1925	+	—	—	+	—	S	—	Nachtwaker	fistula genu d.
30	O.	21	V	p.	R & L	" —1928	+	—	—	++	—	L	—	Naaister	tbc. laryng.
31	R.	29	M	neg.	R & L	" —1923	—	—	+	—	—	S	—	Koopman	
32	F.	28	M	pp.	R & L	1922—1926	+	—	—	++	—	S	—	Idem	tbc. periton.
33	L.	24	V	neg.	R & L	1222—1924	—	—	+	++	—	S	—	Naaister	
34	J.	20	M	neg.	—	" —1924	—	—	—	+	—	S	—	Kant. bed.	
35	G.	17	M	neg.	L	" 1922	—	—	—	+	—	L	—	Bediende	
36	B.	29	V	neg.	R	1922—1924	—	—	—	+	—	S	—	Chocolatière	
37	B.	18	M	neg.	R & L	" —1924	—	—	—	+	—	S	1/2	Koopman	
38	A.	29	M	neg.	R	" 1922	—	—	+	—	—	L	—	Werkman	
39	W.	26	M	neg.	R & L	1922—1923	—	—	+	—	—	L	—	Leerling	
40	S.	17	M	p.	L	2. 1.21 — 29. 2.22	—	—	++	++	—	S	—	Zonder	
41	G.	23	V	pp.	R	15. 4.22 — 11. 6.25	—	—	—	—	—	L	—	Idem	
42	R.	22	M	neg.	L	21. 5.22 — 27. 8.26	—	—	—	n.v.	—	L	1 1/2	Idem	
43	R.	21	M	neg.	R	7.10.22 — 23. 9.27	++	—	—	+	+	L	—	Zonder	Lup. Vulg. reg. colli d.; Tub.
44	O.	19	V	neg.	R	26. 4.22 — 22.12.22	—	—	++	—	—	S	1 1/2		genu. sin.
45	O.	32	M	neg.	L	11.10.22 — 10. 3.25	—	—	—	+	—	L	—	Werkman	
46	N.	19	V	neg.	R & L	25. 4.22 — 10. 3.24	—	—	—	n.v.	—	L	6 md.	Idem	
47	L.	38	M	p.	L	14.22 — 3.10.22	—	—	—	n.v.	—	S	—	Pakker	
48	K.	19	M	neg.	R	10. 4.22 — 24.11.22	—	—	+	+	—	S	1/2	Kant. bed.	
49	K.	20	V	neg.	L	10. 5.22 — 1. 2.23	—	—	—	—	—	L	—	Zonder	

Nummer	Naam	Geb.datum of ouderdom	Geslacht	Anam- nese	Long- afw.	Duur	Compli- cates	Dood	Pir- quet	Spu- tum	tub. huid- afw.	Stad of platte- land	Sanat of ziekenh. beh.	Beroep	Diagn. aantekening.
50	W.	24	M	neg.	R & L	5. 1.22 — 28. 3.23	—			+	—	L	—	Loopjongen	
51	G.	25	V	neg.	R & L	15. 4.22 — 4.11.22				—	—	L	—	Zonder	
52	S.	36	M	neg.	R & L	8. 9.22 — 6. 4.23					—	L	—	Landarbeider	
53	G.	17	M	—	—	31. 7.22 — 12. 5.25			neg.	—	—	L	—	Schilder	
54	B.	31	V	pos.	R & L	29. 7.22 — 1. 5.23				+	—	L	1	Dienstbode	
55	B.	19	M	pp.	R & L	6. 3.22 — 6. 6.24			neg.		—	L	—	Kweeker	
56	A.	29	M	neg.	R & L	9. 5.22 — 12. 2.23				+	—	L	1 1/2	Werkman	
57	V.	33	M	neg.	R & L	11. 5.22 —		9.10.23	+	+	—	L	—	Idem	
58	O.	49	M	pp.	R	16.12.22 — 25. 1.23				+	—	S	—	Sjouwer	
59	V.	19	M	pp.	R & L	20. 4.22 — 26. 6.34			+	+	—	L	8 md.	Idem	
60	M.	23	M	neg.	L	25. 5.22 — 19. 9.25			+	+	—	L	—	Werkman	
61	H.	19	M	p.	R & L	5. 2.22 —		15. 3.24			—	L	—	Idem	
62	G.	17	M	p.	R & L	18. 9.22 — 9. 3.26				+	—	L	1/2	Idem	
63	B.	45	M	pp.	R	18. 9.22 — 8. 4.26					—	L	—	Idem	
64	N.	18	M	neg.	R & L	26. 3.23 — 5. 2.27				+	—	S	8 md.	Idem	
65	M.	17	V	neg.	L	19. 1.23 — 7. 6.25				+	—	L	1	Bediende	
66	L.	23	M	neg.	L	25. 4.23 — 8. 8.26	+			+	—	S	—	Draaier	tbc laryng.
67	K.	20	M	ppp.	L	3. 1.24 — 10. 2.26	+				—	L	—	Werkman	lymph. colli. d. et axill. d.
68	K.	38	M	neg.	L	30. 1.23 — ?					—	L	—	Stalknecht	
69	K.	38	M	p.	L	15.11.23 — 6. 6.25			+		—	L	—	Werkman	
70	G.	23	M	p.	R & L	17. 4.23 — 9. 8.26				+	—	L	1 1/2	Zonder	
71	J.	22	M	neg.	R & L	7. 3.23 — ?					—	L	W	Zadelmaker	
72	J.	22	M	pp.	L	20. 3.23 — 10. 2.29					—	L	2 j.	Sigarenbewerker	
73	G.	37	M	pp.	R & L	24.12.23 — 5. 7.25					—	S	—	Meubelmaker	
74	B.	52	M	p.	R	23. 4.23 — 6. 3.26	+				—	L	—	Kweeker	
75	V.	21	V	p.	R	12. 6.23 — 1. 7.26			+	neg.	—	L	—	Gouvernante	
76	V.	21	M	p.	R & L	14. 6.23 — 15. 5.24			+	neg.	—	L	—	Zonder	
77	S.	18	M	neg.	—	14. 3.24 — 9. 6.26					—	L	—	Kweeker	
78	R.	23	M	neg.	R	27.12.24 — 8. 4.25	+		+	+	—	L	1	Binder	Lymph. colli d. et sin.
79	H.	25	M	neg.	R	13. 8.24 — 5. 5.25			+	+	—	L	—	Schilder	
80	B.	18	V	neg.	L	16. 5.24 — 8. 7.25				+	—	L	—	Naaister	
81	Z.	21	V	neg.	L	17.10.24 — 11. 7.26				+	—	L	1/2	Idem	
82	M.	33	V	pp.	R & L	18. 2.25 — 14. 5.26				—	—	L	—	Zonder	
83	H.	37	V	neg.	R & L	18. 6.25 — 1. 5.26			neg.	neg.	—	S	—	Zonder	
84	K.	20	V	p.	R	30.11.25 — 1. 7.27				neg.	—	L	—	Dienstbode	
85	J.	30	M	neg.	R & L	9.11.25 — 17. 1.27			+		—	L	—	Idem	
86	G.	18	V	p.	L	14. 7.25 — 9. 2.28				+	—	L	8 md.	Idem	
87	R.	21	M	pp.	R & L	7. 7.26 — 12. 1.27				+	—	L	—	Werkman	
88	D.	24	M	neg.	R & L	8. 2.26 — 10. 3.27			+	+	—	L	1/2	Idem	
89	R.	29	M	neg.	R & L	23. 9.26 — 25. 7.27	++			+	—	L	—	Sjouwer	
90	K.	31	V	neg.	R & L	23.10.26 — 28. 7.27			+	neg.	—	L	—	Gouvernante	T. c. coll. ? l. c. d.
91	H.	29	V	p.	R & L	24. 2.27 — 12. 6.28	++				—	L	—	Bediende	
92	B.	30	M	pp.	R & L	24. 2.27 — 30.10.28				+	—	L	—	Werkman	tb. perit; meylitis tub.
93	P.	37	V	neg.	R & L	18. 9.27 — 16. 7.29				+	—	L	1/2	Dienstbode	
94	L.	18	V	p.	L	15. 2.27 — 2. 9.29	+		+		—	L	—	Idem	L. colli suppur. d.
95	H.	22	V	p.	L	13.12.27 — 4. 1.29			+	neg.	—	L	—	Verpleegster	
96	B.	22	V	neg.	L	11. 7.28 — 30. 4.29			+	+	—	L	1	Dienstbode	
97	P.	?	V	neg.	R	8. 9.28 — 2. 4.29	+		+		—	L	—	Idem	L. colli d. et sin.
98	P.	25	V	neg.	R	22. 6.28 — 27.12.29			neg.		—	L	—	Idem	

CONSULTATIE-BUREAU. (Zie blz. 60).

Nummer	Naam	Ouder- dom	Geslacht	Anam- nese	Longaan- doening	Duur	Complicaties	Over- leden	Pir- quet	Spu- tum	Huid- aand.	Stad of platteland	Beroep
1	S	23	V	++	R	30. 5.05 — 24. 8.08		1908		+		Land	Dienstbode
2	S	18	V	+++	R	9. 6.09 — 19. 3.14		1914		+		Stad	Idem
3	V	25	V	++	R & L	23. 6.09 — 20. 3.12				+		Land	Naaister
4	H	15	M	++	R	16. 1.09 — 11.12.12				+		Stad	Zonder
5	L	8	V	++	R & L	30. 1.09 — 18. 3.14				+		Land	Zonder
6	v/d W	34	M	++	R & L	6. 3.09 — 3. 4.09			+	+		Land	Zonder
7	S	25	V	+	L	10. 4.09 — 12. 5.14			+	+		Land	Zonder
8	P	32	V	++	R	8. 5.09 — 16. 7.18				+		Stad	Zonder
9	H	17	V	++	R	12. 6.09 — 11. 8.13				+		Land	Zonder
10	J	29	M	+++	R & L	19. 6.09 — 9. 9.14				+		Stad	Zonder
11	H.	16	V	+	R & L	5. 1.10 — 17. 4.12				+		Stad	Zonder
12	P.	28	V	+	R	5. 1.10 — 22.11.11					++	Land	Kapper
13	L.	28	M	+	R	27. 1.10 — 16. 3.27					+	Land	Zonder
14	W.	16	M	+	R	27. 1.10 — 23. 1.10					+	Land	Zonder
15	L.	32	V	+	R & L	4. 5.10 — 19. 4.13		13.12.13 Dec.11	+	+		Land	Werkman
16	H.	19	M	+	L	?			+	+		Stad	Idem
17	H.	24	M	++	L	24. 3.10 — ?				++		Land	Koffiehuishouder
18	H.	21	M	—	R & L	8. 6.10 — 21. 9.10				++		Stad	Mécanicien
19	C.	33	M	+	R & L	22. 6.10 — ?	tb. costal. d.	1917		++		Stad	Looier
20	F.	32	M	+	R & L	29. 6.10 — 28. 9.10			+	++		Stad	Bediende
21	W.	28	M	+	L	29. 6.10 — 6. 3.12				+		Stad	Zonder
22	H.	5	V	+	R & L	6. 7.19				++		Stad	Werkman
23	W.	40	M	—	R & L	13. 7.10 — 13. 9.10				++		Land	Zonder
24	M.	16	V	—	R	13. 7.10 — 30.11.10				++		Land	Werkman
25	B.	18	M	+	R & L	13. 7.10 — 30. 9.11				++		Land	Zonder
26	N.	29	V	++	R	24. 8.10 — 31. 8.10			+	+		Land	Zonder
27	W.	16	M	+	L	17. 5.11 — 9.10.18			+	+		Stad	Werkman
28	K.	44	M	—	R	5. 7.11 — 17. 1.12			+	+		Land	Zonder
29	C.	22	V	+	R	12. 7.11 — 9. 9.15			+	+		Stad	?
30	W.	16	M	+	R & L	6. 5.12 — 12. 5.15			+	+		Stad	Idem
31	J.	19	V	+	L	15. 5.12 — 16. 7.12			+	+		Land	Idem
32	H.	21	V	+	L	15. 5.12 — ?			+	+		Stad	Idem
33	B.	31	M	—	L	3. 6.12 —		1.5.13	+	+		Stad	Idem
34	U.	24	M	—	L	17. 5.12 — 24. 2.18			+	+		Stad	Bediende
35	S.	54	V	+	L	18. 6.13 — ?			+	+		Land	Zonder
36	C.	28	V	++	L	6.11.13 —	Lupus nasi	1913		+		Stad	Bediende
37	H.	8	M	+	L	8. 1.13 — ?			+	+		Land	Zonder
38	N.	27	M	+	R & L	29. 1.13 — 8. 9.14			+	+		Stad	Coupeur
39	H.	25	M	++	L	29. 1.14 — 17. 2.14			+	+		Stad	Zonder
40	H.	15	M	+	R & L	26. 9.14		1916	+	+		Stad	Zonder
41	P.	5	M	+	R	28. 1.15 — ?			+	+		Land	Zonder
42	K.	29	V	++	R	2. 4.15 — 24. 4.19			++	+		Stad	Zonder
43	V.	39	V	+	R & L	24. 3.16		Apr.16 1917	+	+		Stad	Bediende
44	S.	23	M	—	L	24. 4.16 — 5. 5.15		1917	+	+		Stad	Zonder
45	M.	19	V	++	R	31. 5.16			+	+		Stad	Zonder
46	C.	11	V	++	R & L	3. 8.16 — 30. 1.18			+	+		Stad	Werkman
47	M.	10	M	+	R & L	13. 2.16 — 29. 4.27			+	+		Stad	Zonder
48	G.	8	V	+++	R	7. 3.17 — 3. 5.17			+	+		Stad	Zonder
49	F.	34	V	—	R	30. 5.17 — ?		1918	+	+		Stad	Zonder
50	B.	18	M	—	R	19. 9.17 —			+	+		Stad	Zonder

Nummer	Naam	Ouderdom	Geslacht	Anamnese	Longaandoening	Duur	Complicaties	Overleden	Pirquet	Sputum	Huid-aand.	Stad of platteland	Beroep
51	L.	7	V	+	R & L	22. 1.18 — 23.11.20	Scrof. oculi		+	+	+	Stad	Zonder
52	H.	18	V	++	R	30. 6.18 — 7.12.27	tb. costal		+	+	+	Stad	Bediende
53	W.	21	M	+	R	30. 3.20 — ?			+	+	+	Stad	Electricien
54	K.	18	V	+	R	11. 5.20 — ?			+	+	+	Stad	Bediende
55	S.	14	M	++	R	22.11.21 — ?			+	+	+	Land	Zonder
56	S.	20	M	—	R	20.12.22 — '24		10.1.28	—	+	+	Stad	Zonder
57	L.	17	V	+	R	24. 1.23 — '25	tbc. laryn. sin.	1927		+	+	Stad	Dienstbode
58	S.	21	M	++	R & L	3. 1.23 — '23		23.3.25		++	+	Land	Huisknecht
59	B.	18	M	+	L	14. 2.24 — '24			+	+	+	Land	Zonder
60	S.	25	V	—	R & L	25. 4.24 — 7.11.27			+	+	+	Stad	Zonder
61	R.	16	V	+	L	22. 8.24 — ?	tbc. laryng.	Oct. 27		+	+	Stad	Zonder
62	M.	17	M	+	R	24.10.24 — 23. 1.25				+	+	Stad	Werkman
63	B.	33	V	+	R	30. 1.24 — 1. 2.28			+	+	+	Stad	Kantoorbediende
64	S.	23	V	+	R	6. 2.24 — ?			+	+	+	Stad	Bediende
65	W.	37	M	+	R	20. 2.25 — 17. 8.27			+	+	+	Land	Steenbewerker
66	C.	30	V	+	R & L	9. 4.25 — 18. 1.28			+	+	+	Land	Zonder
67	S.	47	M	++?	R	30. 4.25 — 17. 7.26	Fistula costal d.	1926	+	+	+	Stad	Mécanicien
68	J.	21	M	—	R	28. 3.25 —		1925	+	+	+	Stad	Typograaf
69	J.	16	M	++++	R	11. 6.25 — 25. 1.28			+	+	+	Stad	Leerjongen
70	P.	38	V	—	R & L	11. 6.25 — 2.11.27	Tbc. colli d.		+	+	+	Stad	Bediende
71	K.	31	V	—	R & L	27. 8.25 — 28.12.27	Tbc. tbc. dig. I md.			+	+	Stad	Gouvernante
72	F.	25	V	+++	R & L	7. 1.25 — ?	lar. tbc.	1927		+	+	Stad	Naaister
73	V.	14	V	—	R	8. 4.25 — 3.11.27				+	+	Stad	Zonder
74	A.	20	M	+	R & L	29. 4.25 — 21.12.27				+	+	Stad	Zonder
75	V.	31	M	+	R & L	13. 5.25 — 29. 2.28				+	+	Stad	Werkman
76	G.	22	M	+	L	13. 5.25 —		1926	+	+	+	Stad	Livreiknecht
77	V.	9	M	—	R	27. 5.25 — 1. 2.28	L. colli d.		+	+	+	Stad	
78	R.	21	M	+	R	3. 6.25 — 3. 8.27	Spondylitis tub.		+	+	+	Stad	Kleermaker
79	R.	15	M	—	R	10. 6.25 — 23.11.27				+	+	Stad	Slagersknecht
80	J.	13	V	+	L	10. 6.25 — 4. 1.28				+	+	Stad	Zonder
81	L.	25	M	+	R	15. 7.25 — 10. 8.27				+	+	Stad	Werkman
82	K.	22	V	—	R	15. 7.26 — 19.10.27				+	+	Land	Modiste
83	B.	?	V	+	R & L	22. 7.26 — 15. 2.28				+	+	Stad	Bediende
84	N.	21	V	—	R	18.10.26 —		1927	+	+	+	Land	Bediende
85	J.	17	V	—	R & L	25.11.26 — 28.12.27				++	+	Land	Zonder
86	F.	35	V	+++	L	10. 2.26 — 29. 9.26	L. colli d.		+	+	+	Land	Zonder
87	F.	6	M	+	L	5. 5.26 — 21. 3.28			+	+	+	Stad	Zonder
88	F.	25	M	+	R & L	26. 5.26 — 22. 6.27			+	+	+	Stad	Chocolatier
89	K.	27	V	+	R	9. 6.27 — 7.12.27				+	+	Stad	Bediende
90	A.	28	M	++++	R & L	4. 2.27 — 4. 2.28			+	+	+	Land	Werkman
91	W.	25	V	++++	L	8. 9.27 — ?				+	+	Stad	Zonder
92	N.	19	V	++	R	20.10.27 — 29. 6.28			—	+	+	Stad	Zonder
93	R.	26	M	+	R & L	27.10.27 — ?				+	+	Land	Knecht
94	H.	31	V	+	R	17.11.27 —		1928	+	+	+	Land	Zonder
95	H.	27	V	+	R & L	3.12.27 —		1927		+	+	Stad	Zonder
96	B.	18	V	++	L	15.12.28 — 20. 4.29				+	+	Stad	Zonder
97	D.	27	M	++	R	9. 3.28 — 4. 2.29				+	+	Stad	Gouvernante
98	P.	22	V	—	L	9.11.28 — 6. 6.29				+	+	Stad	Arbeider
99	N.	30	M	++	R & L	11.12.28 — 7.16.29	Abc. tub. man. sin.			+	+	Stad	Zonder Schipper

