

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zo nodig enige bekorting aan te brengen



PERITONITIS EN PENICILLINE

Blijkens de in dit *Tijdschrift* verschenen artikelen van J. KWEEKEL (26 April 1947) en dr. J. S. VAN COEVORDEN (20 Dec. 1947) komt er meer belangstelling voor de behandeling van peritonitis met penicilline.

Kort na de bevrijding, deelde de chirurg van de te Groningen aanwezige Canadezen mij mede, dat bij flink ontstoken appendices (en zeker bij peritonitis) in het Canadese leger altijd penicilline wordt gegeven (zowel intraperitoneaal als intramusculair) en wel met uitstekende resultaten.

Ik heb toen dan ook dadelijk mijn best gedaan penicilline te verkrijgen. Door de commissie voor toewijzing van dit nieuwe middel, dat na de bevrijding nog zeer schaars was, werd mij aanvankelijk toewijzing geweigerd, „aangezien penicilline tegen coli-infecties niet werkzaam was”.

Nadat in het *Year Book of general surgery 1945* mededelingen werden opgenomen van G. B. FAULEY, DUGGAN, STORMONT en PFEIFFER (*J. A. M. A.* 126, 1944) omtrent succesvolle behandeling van operatief verwekte peritonitis bij honden en ik mij wederom tot de commissie van toewijzing wendde, refererend aan dit artikel, werd mij aanvankelijk zeer weinig, maar naarmate de voorraden groter werden, meer toegewezen. Van toen af heb ik als regel penicilline gecombineerd met sulfonamides gebruikt.

In het tijdvak van uitsluitend sulfonamides, verloor ik in Oct. 1944, een jongeman aan peritonitis een dag na de operatie. Nadat penicilline werd toegevoegd heb ik geen sterfgevallen meer gehad; ook niet bij volledig ontwikkelde peritonitis. Nog onlangs opereerde ik een jongeman, bij wie alle verschijnselen van peritonitis bestonden.

Aangezien de oorzaak niet meer duidelijk was, werd mediaansnee verricht. De buik was vol stinkende etter. Na appendectomie (geperforeerde appendix) werd de gehele buik met gazen gereinigd, een faecessteen verwijderd, nagespoeld met zoutsolutie, enz. Terstond nabehandeling met sulfathiazol per injectie en penicilline 300.000 E. p. 24 uur. Ik kon mij eigenlijk niet voorstellen, dat pat. van een dergelijke uitgebreide peritonitis zou genezen. Het postoperatieve beloop was echter tegen alle verwachting in zeer rustig. Geen infiltraat of absces heeft zich ontwikkeld. Met de eenvoudigste middelen kon de darmperistaltiek weer op gang worden gebracht en patiënt is vlot genezen. Penicilline is m.i. een belangrijke aanwinst in de behandeling van peritonitis, gecombineerd met sulfonamides.

Is het noodzakelijk sulfonamide intra-peritoneaal in te brengen? Na de mededeling van ARROWSMITH, BRINKLEY en MOORE 1), die agranulocytose zagen ontstaan na inbrengen van 5 g sulfanilamide in de peritoneumholte, zou ik Coll. VAN COEVORDEN niet gaarne volgen in zijn methode om bij iedere flink ontstoken appendix, ter plaatse een tampon *intra-peritoneaal* in te brengen gedrenkt in 3—6 g sulfathiazol. Bovendien vindt coll. VAN COEVORDEN van 33 peritonitislijders, waarvan 14 een diffuse vorm toonden, bij 11 in de nabehandeling een infiltraat, dat bij 3 een absces werd, zodat geïncideerd moest worden.

Dit verwondert coll. VAN COEVORDEN niet: hij verklaart dit door achterblijven van infectieus materiaal, resp. faecolieth (zie zijn mededeling blz. 3682). Juist dit achterblijven van infectieus materiaal kan m.i. grotendeels worden voorkomen.

Het is in deze hevige gevallen van appendicitis, in navolging van mijn leer-

1) *Ann. Int. Med.* 21 Aug. 1944.

meester, dr. A. OIDTMANN, mijn gewoonte, rondom het coecum de gehele buik met gazen af te dammen, alvorens tot appendectomie over te gaan. De gazen absorberen vocht of etter, indien er peritonitis bestaat en beschermen tegen eventuele nieuwe infectie van het peritoneum, door manipulaties bij geperfoerde of op het punt van perforatie zijnde appendix. Bovendien heeft men aan het eind van de operatie bij het verwijderen van de tampons meestal het geluk, dat een faecolieth uit de diepte mee naar boven komt. De kans op achterblijven van infectieus materiaal of faecesstenen, wordt dus zeer beperkt. Infiltraten of abscessen zag ik hierna zeer zelden, in de laatste 2 jaren in het geheel niet (chemotherapeutica en antibiotica).

Volgens deze techniek geopereerd en nabehandeld met matige doses sulfonamide en 3-400.000 E, penicilline per 24 uur zag ik de ernstige gevallen van appendicitis ongecompliceerd en zonder sterfgevallen verlopen.

Een hogere dosering met penicilline bleek niet nodig te zijn.

Groningen, 5 Januari 1948

W. E. JAK, chirurg en vrouwenarts

CAVE PHENOTHIAZINUM

KEIZER waarschuwt tegen een onoordeelkundig gebruik van phenothiazine als vermifugum (zie zijn artikel in dit *Tijdschrift*, no. 8, blz. 424).

Reeds eerder wees ik er op (dit *Tijdschrift*, Noodnummer V, blz. 45), dat wanneer men zich slechts aan de voorschriften houdt en het middel vooral niet langer geeft dan twee dagen, zeer bevredigende resultaten worden verkregen zonder ernstige reacties van de patiënt. Mijn ervaring in Indië met het middel opgedaan bevestigt deze mening geheel.

Bij ernstige mijnworminfecties met zware anaemieën werden bij het gebruik van phenothiazine in de op de gebruiksaanwijzing aangegeven dosis, geen ernstige haemolytische reacties gezien. Bij 15 patiënten met een haemoglobinegehalte lager dan 60 pCt. daalde het bij twee nog iets nl. van 50 pCt. tot 45 pCt. en van 35 pCt. tot 25 pCt., terwijl het bij velen steeg, bv. bij drie patiënten vóór de kuur 35 pCt., na de kuur 45 pCt.

Slechts éénmaal zag ik een wat ernstiger reactie namelijk een daling van het haemoglobinegehalte van 75 pCt. op 55 pCt. Ook bij twee patiënten met icterus catarrhalis verergerde het ziektebeeld niet. Over de uitkomsten van het phenothiazine bij mijnworminfecties hoop ik later iets mede te delen.

Tomohon-Minahassa, 5 Januari 1948

J. BONNET

SYNDROOM VAN MEIGS

Ter aanvulling en verduidelijking van het belangwekkende geval door dr. VERSCHURE en dr. LIPS beschreven moge ik nog het volgende opmerken: Uit de beschrijving van het gezwel zou men ten onrechte kunnen opmaken, dat het een adnexgezweel was. Dit nu was zeker niet het geval. De adnexa waren volkomen normaal, met name was aan de eierstokken niets abnormaals te bespeuren. De tumor, een myoom ter grootte van een meloen, was deels vast, deels polycysteus, met vocht gevuld en ging van het corpus uteri onder de linker tubahoek uit. De basis was vrij breed, maar de diepte gering, zodat de enucleatie gemakkelijk was. Opmerkelijk waren de vaten, ter dikte van een potlood, die als een veneuze plexus over het oppervlak van het gezwel liepen.

Het geval van dr. VERSCHURE en dr. LIPS wijkt dus in zoverre af van de tot nu toe door MEIGS en anderen beschreven gevallen, dat er hier als oorzaak van de ascites geen eierstokgezweel maar een cysteus baarmoedermyoom werd gevonden. Dit maakt — zo mogelijk — het geval nog belangwekkender.

Nijmegen, 19 Januari 1948

G. M. J. C. LAGERWERFE.