

## INGEZONDEN

*Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten*



### BEHANDELING VAN KINKHOEST MET HYPERIMMUUN SERUM

Naar aanleiding van de publicatie van collega E. A. COHEN *N. T. v. G.* blz. 3094, 2 Oct. 1948 over kinkhoest bij een zuigeling behandeld met menselijk hyperimmuun serum, moge ik het volgende opmerken.

Zoals schrijver duidelijk laat uitkomen, is het hyperimmune serum momenteel nog zeer moeilijk te verkrijgen. Het lijkt mij derhalve nuttig te wijzen op goede resultaten die men bij jonge zuigelingen met kinkhoest kan bereiken met methodes, die in de practijk regelmatig zijn toe te passen.

In het bekende leerboek van MITCHELL-NELSON schrijft WILLIAM L. BRADFORD, dat passieve immunisatie van zeer groot belang is bij jonge zuigelingen, die in contact geweest zijn met kinkhoest. Passieve immunisering kan geschieden door intramusculaire inspuiting van 20—40 cm<sup>3</sup> plasma van volwassenen. Hierdoor konden 50 pCt. der zuigelingen, die met pertussis in contact waren, volledig worden beschermd; bij de overigen is het beloop der ziekte in verreweg de meeste gevallen zeer mild. Voorwaarde is, dat het plasma gedurende de eerste week na het contact wordt ingespoten.

Doch ook wanneer een zuigeling reeds in het stadium convulsivum is gekomen, ziet men vaak goed resultaat van herhaalde kleine inspuitingen met bloed van volwassenen. Bij voorkeur zal men hiervoor het bloed van een der ouders nemen. Gewoonlijk immers wordt door de schoolgaande kleuters de pertussis in het huisgezin gebracht, daarna volgt dan besmetting van de zuigeling. De ouders zijn derhalve vaak in recent, intensief contact met de kinkhoestbacil en het is te verwachten, vooral wanneer zij vroeger reeds kinkhoest hebben gehad, dat hiervan een verhoogde titer der antilichamen in hun bloed het gevolg is. Het is mij niet bekend of reeds stelselmatig titerbepalingen onder deze omstandigheden werden verricht.

Hoe dit zij, al dan niet bepaald door aanwezige antilichamen heeft in de practijk een methode, die sedert jaren door prof. VAN LOOKEREN CAMPAGNE wordt toegepast, goede resultaten bij de behandeling van jonge zuigelingen met pertussis. Afhankelijk van de leeftijd van het kind worden om de andere dag 10 tot 30 cm<sup>3</sup> bloed van een der ouders (onstolbaar gemaakt met 10 pCt. citraatoplossing van 2.5 pCt.) in de lange rugspieren gespoten; al naar de toestand van het kind worden in totaal 3 tot 5 injecties gegeven. Het verdient aanbeveling de behandeling zo vroegtijdig mogelijk te beginnen.

Voorzichtigheidshalve zal bij Rhesus negatieve meisjes Rhesus negatief bloed te kiezen zijn, hetgeen in de practijk bezwaar kan opleveren. Het zou dan mogelijk zijn in plaats van het totale bloed, bloedplasma of bloedserum te gebruiken.

De ervaringen met deze methode in de Groningse kindercliniek opgedaan zijn zeer bevredigend, en de toepassing hiervan is m.i. aan te bevelen zolang men nog niet over voldoende hyperimmuun serum beschikt.

Arnhem, 1 November 1948

A. P. G. H. KNEGTEL

### CARCINOMA PROSTATAE MET SKELETMETASTASES, BEHANDELD MET OESTROGENE STOFFEN

Naar aanleiding van het artikel van coll. J. GROEN (*N.T.v.G.*, blz. 3292, 1948) kan ik nog een geval mededelen, waarbij met dimenformon een zeer treffende, hoewel niet blijvende verbetering is bereikt.

Het betreft hier een patiënt van 59 jaar, die in April 1944 mictieklachten

creeg. Zowel 's nachts als overdag urineerde hij zeer frequent en had daarbij wat pijn. Hij nam toen in een paar maanden ongeveer 20 kg in gewicht af. Op 5 Sept. 1944 was de retentie volledig, zodat een blijvende catheter noodzakelijk werd. De prostaat was vergroot en pijnlijk bij druk en daar het volgens de chirurg een inoperabel gezwel was, werd patiënt symptomatisch behandeld. Zijn toestand ging toen langzaam achteruit en in Nov. 1945, dus ruim 1 jaar later, was hij zeer vermagerd, voelde zich erg moe en kon zonder hulp niet van bed opstaan. Er was pijn bij druk op de symphysis pubis; de prostaat had de grootte van een kleine appel, voelde hard aan en was bij druk zeer pijnlijk. Het ureumgehalte van het bloed was 0.450 g/l; in de urine was eiwit en in het sediment waren vele leucocyten en bacteriën. Het zure phosphatasegehalte van het bloedserum was toen 4.77. Op de röntgenphoto van het bekken was in de symphysis een metastase te zien. Er werd toen begonnen met dimenformon-behandeling. Ik gaf patiënt 200.000 E. dimenformon intramusculair per dag gedurende 4 weken, waarna objectief en ook vooral subjectief een grote verbetering volgde. De catheter, die patiënt tot dusver ten hoogste 2 à 3 uur kon missen, werd verwijderd en behoefde niet meer te worden ingebracht. De mictie was weer spontaan, nog frequent maar niet meer pijnlijk. Patiënt voelde zich veel beter, at veel beter en was niet meer zo moe; hij kon de gehele dag opstaan en door huis lopen. Bij toucher was de prostaat veel zachter geworden en niet pijnlijk meer. Op de röntgenphoto was de metastase niet zo duidelijk meer te zien. Hij is toen met de halve dimenformondosis, dus 100.000 E per dag verder behandeld, waardoor de algemene toestand steeds verbeterde. Het zure phosphatasegehalte daalde tot 2.3. Na enige weken deed patiënt thuis weer lichte kantoorwerkzaamheden en nam in gewicht toe. De catheter was niet meer nodig. De dosis dimenformon is toen geleidelijk verminderd en begin 1947 kreeg patiënt nog 1 tot 2 keer per week 50.000 E dimenformon. Patiënt liep toen alweer buiten en in Juli 1947 maakte hij fietstochten van 15 tot 20 km. In September 1947 verergerde de toestand evenwel plotseling; de mictie werd weer pijnlijk en frequent; er was soms haematurie; patiënt was erg misselijk, braakte en had pijn in de maagstreek. De algemene toestand ging snel achteruit en dimenformon had geen effect meer. Patiënt werd cachectisch en overleed na 10 dagen. Verschijnselen van feminisatie deden zich bij hem nooit voor.

Ook hier was dus een opmerkelijke verbetering ontstaan van vrij lange duur na dimenformon; later veranderde het ziektebeeld geheel onverwacht in slechte zin. Het blijvend toedienen van zeer grote doses oestrogene stoffen lijkt mij zeer gewenst.

Groningen, 23 October 1948

J. SCHRAGE

#### EEN GEVAL VAN MALIGNIE LYMPHOCYTAIRE CHORIO-MENINGO-ENCEPHALITIS

In verband met bovengenoemd belangwekkend artikel in het nummer van 30 Oct. van dit *Tijdschrift*, zou ik gaarne willen opmerken, dat het thans mogelijk is bofvirus op eenvoudige wijze te isoleren.

Het verdachte materiaal (lumbaal vocht b.v.) wordt daartoe in de amnionholte gebracht (techniek BEVERIDGE 1)) van bevruchte kippeneieren, die 8—10 dagen bij 38° C voorbebroed zijn. Na de enting worden deze eieren bij een temperatuur van 35° bebroed. Dagelijks worden de eieren geschouwd en bij de gestorvene wordt terstond het amnionvocht geoogst. Na 4 dagen worden de overlevende eieren bij een temperatuur van + 4° C gebracht en daarna wordt het amnionvocht afgetapt. Met caviae-, schapen- en mensenerythrocysten wordt volgens de HIRST-techniek (zie o.a. MULDER 2)) het amnionvocht op bofvirus onderzocht.

1) W. BEVERIDE. *Science* dl. 106, blz. 324, 1947.

2) MULDER c.s. *N.T.v.G.* 91, bl. 3058, 1947.