

INGEZONDEN

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



VARIOLA OF VARICELLAE

Het zij mij vergund enkele opmerkingen te maken, naar aanleiding van het artikel van collega CRUL „Variola of Varicellae” in dit *Tijdschrift* (94, 3650, 1950).

a. „Patiënt verbleef in een repatriëringskamp, zonder enig contact met burgers”. In elk repatriëringskamp waren terrein- en keukenkoelies werkzaam, en baboe's die de was voor de militairen verzorgden. Onder dit personeel werd verschillende malen pokken geconstateerd!

b. Revaccinatie vond plaats op 22 Nov. 1949. De 5e dag na de revaccinatie, was reeds een grote vacciniapust zichtbaar. Volgens deze beschrijving was dus deze reactie niet „primair” (typical primary vaccinia), doch *versneld* (accelerated)! Dan zou patiënt dus een „gedeeltelijke immuniteit” bezeten kunnen hebben, en geleden kunnen hebben aan zogenaamde „modified confluent smallpox”.

c. Het is bekend dat allerlei invloeden werkzaam zijn bij de localisatie van de pokkenerupties, o.a. ook huidirritaties. De overmatige uitslag op borst en buik zou door de geconstateerde overmatige zweetsecretie met huidirritatie goed kunnen worden verklaard en de confluerende dichtheid aan de onderbuik misschien door de druk van een riem of iets dergelijks. Voor de diagnose zou in dergelijke gevallen m.i. van veel belang zijn de „fijnere localisatie” zoals het (relatief) vrij blijven van oogleden, slapen, oksels en liezen.

d. De temperatuur steeg 28 November tot 40.2°, daalde daarna tot bijna normaal en steeg 1 Dec. opnieuw tot 38.4°. Bij malaria tertiana zou men deze top op 30 Nov. hebben verwacht. Op 1 Dec. kwam de uitslag van blaasjes. Zou deze top dan niet hiermede hebben kunnen samenhangen? Zodat de koortskromme op een „pokkentemperatuurcurve” gaat lijken?

Wanneer men met de havenarts van Aden van mening is, dat dit een geval was van „modified confluent smallpox”, kan men de argumenten van collega CRUL tegen pokken, stuk voor stuk weerleggen, daar deze gelden voor de niet gemodificeerde pokken. Ik wil mij beperken tot het hoofdargument „de goede toestand van patiënt bij de uitgebreide huiduitslag”, waarbij ik RICKETS en BYLES in hun „*Diagnosis of smallpox*” citeer: „When a patient suffers an attack with a well modified confluent eruption, the course of the illness is very surprising to the observer”. Hierbij doelen zij op het feit, dat ernstig uitzierende huidverschijnselen niet met ernstige algemene symptomen gepaard behoeven te gaan.

Het zwaartepunt bij het stellen van de differentiële diagnose is bij de beschreven patiënt de interpretatie van reactie op een revaccinatie waarbij een pokpuist ontstond, terwijl de aandacht wordt gevestigd op de hevigheid der algemene verschijnselen. De aard van de reacties op revaccinatie wordt naar mijn mening echter niet bepaald door de hevigheid ervan, doch door de snelheid waarmee de efflorescentie ontstaat en weer verdwijnt.

's-Gravenhage, Januari 1951

W. NANNING,
Dir. Off. v. Gez. 3e kl., destijds
basis-hygiënist te Djakarta

TUBERCULOSE DER GESLACHTSORGANEN

Aan het artikel van L. I. SWAAB meen ik een kleine toevoeging te moeten geven. Er zijn in de laatste tijd vrij veel ervaringen met P. A. S. en streptomycine bekend geworden. RYDEN schrijft over een vrij groot aantal (33) en LEROUX en GUIHENEL geven ervaringen met 110 patiënten. Daarnaast zijn er nog vele andere, die over dit onderwerp hebben geschreven. LEROUX en GUIHENEL komen tot de

conclusie, dat bij de behandeling met streptomycine tuberculeuze haarden kunnen blijven bestaan, van waar uit infectie zich kan verspreiden; de beschreven patiënte X van SWAAB is hiervan een voorbeeld. Zij schrijven: „C'est une des raisons qui conduisent à combiner la chirurgie à la streptomycine”. Deze conclusie wordt ook getrokken door SERED, FALLS, ZUMMO en andere schrijvers.

Het is te begrijpen, dat bij salpingitis-oöphoritis en endometritis caseosa de haarden van tuberculeuze ontsteking door het medicament niet kunnen worden bereikt.

De meeste schrijvers uit de laatste tijd passen een selectief operatieve behandeling toe. Combinatie hiervan met medicamenteuze voor- en nabehandeling is van groot belang. Bij een tumor ter grootte van een mandarijn, zoals bij Mevrouw Y, kan om bovengemelde reden geen genezing worden verwacht met P. A. S. alleen.

Over de uitsluitend conservatieve therapie heb ik geen mededeling van een genezing tussen 70 en 80 pCt gevonden. Van deze behandeling is slechts bij lichte afwijkingen resultaat te verwachten.

Het onderzoek van menstruatiebloed heeft vele voordelen door zijn eenvoud en om het geringe gevaar, maar de uitkomsten zijn onzeker. Wood geeft aan de biopsie-curettagage een goede kans van 85 pCt, aan de cultuur van het vagina-secreet 41.6 pCt en aan de dierproef 55.5 pCt voor de juiste diagnose. Het is noodzakelijk na biopsie-curettagage met P. A. S. of streptomycine te behandelen, wanneer blijkt, dat er tuberculose bestaat. De koorts, onmiddellijk na microcurettagage bij Mevrouw Y is waarschijnlijk gevolg van een banale infectie geweest. Deze complicatie is nadelig. Spoedige behandeling is dan zeer gewenst.

In de laatste 2 jaar hebben wij 17 patiënten met tamelijk ernstige vormen van tuberculose der genitalia behandeld volgens het „selectief operatieve standpunt” in combinatie met P. A. S. en indien nodig met streptomycine. Eén patiënte is gestorven aan miliaire tuberculose post abortum (conservatief behandeld). 14 Patiënten zijn geopereerd en hiervan zijn thans 13 geheel genezen. Eén van deze patiënten met entero-vaginale fistels werd beschreven in de klinische les van 4 Februari 1950. Eén patiënte kuurt nog. De indicatie tot operatie moest hier op vitale indicatie worden gesteld (acute uitbreiding post abortum met secundaire infectie).

Een artikel over genitale tuberculose, de wijze van behandeling en literatuur is ter perse bij het *Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie*.

Groningen, 12 Februari 1951

B. S. TEN BERGE

TUBERCULOSE DER GESLACHTSORGANEN BIJ DE VROUW

Gezien de zeldzaamheid van de ervaringen met P.A.S., waarop collega SWAAB wijst, meen ik een door mij waargenomen geval te mogen vermelden.

Een vrouw van 29 jaar, die vroeger wegens tuberculose zou hebben gekuurd, kwam wegens metrorrhagieën, welke sinds haar huwelijk, 1½ jaar geleden steeds erger werden, onder behandeling. Aan de genitalia kon ik geen afwijkingen vinden. In het curettement werden (prof. DEELMAN) kenmerkende tuberkels met weinig verkazing gevonden. De menses bleven erg overvloedig, ook klaagde de vrouw over pijn in de buik. Zij werd 1 Juni 1950 opgenomen met een bloedbezinking van 25 mm na één en 52 mm na twee uur. Toen de arts van het consultatiebureau op andere plaatsen geen afwijkingen kon vinden, meende ik een operatie te moeten overwegen. Alvorens hiertoe over te gaan heb ik P.A.S. geprobeerd op aanraden van de arts van het consultatiebureau. De vrouw kreeg 12 g per dag. Op 8 Juni was de bloedbezinking gedaald tot 1½-4 mm, hoewel de menstruatie toen al 12 dagen duurde en pas de volgende dag zou ophouden. Op 17 Juni was de bezinking 4-12 mm.

De vrouw menstrueerde daarna geregeld gedurende 5 tot 6 dagen, nagenoeg zonder pijn. Zij voelt zich goed en ziet er goed uit, terwijl aan de genitalia geen afwijkingen zijn te voelen. Hoewel ik uit nieuwsgierigheid gaarne nog