

struction of the Male Urethra in Strictures'. Deze schrijver geeft ook een overzicht van de verschillende operatiemethoden en beschrijft de door hem bij 33 patiënten gebezigde techniek, welke hij sinds 1950 toepast.<sup>1</sup>

Toen ik in October 1952 de door mij beschreven en geopereerde patiënt onder behandeling kreeg, waren het artikel van J. SWINNEY en de publicaties van BENGT JOHANSON mij niet bekend (de copie van zijn artikel werd in Juni 1953 naar de redactie van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* verstuurd).

Collega HOUTAPPEL dank ik dat hij mij op het artikel van J. SWINNEY heeft gewezen, alsmede voor zijn waardering voor het bij mijn patiënt bereikte resultaat.

Haarlem, 26 Maart 1954

A. G. BRANDSMA

*Literatuur:* <sup>1</sup>*Zeitschrift für Urologie* 1953, bl. 361.

### CHRONISCH FISTELENDEN TUBERCULOSE EN INTRAVENEUZE PAS-TOEDIENING

Ik meen te mogen twijfelen aan de juistheid van de door HAEX en LINSCHER<sup>1</sup> getrokken conclusie, dat de grote verbetering in de toestand met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid te danken zou zijn aan de intraveneuze PAS-toediening. Bij een tien jaar bestaande fistelende been- en gewrichtstuberculose is er zeker meng-infectie van de fistelgangen ontstaan, vooral bij een patiënt die gedurende een deel van die tien jaar als fabrieksarbeider werkte. Die meng-infectie werd trouwens in 1948 aangetoond. De intoxicatie- en amyloidosis-verschijnselen zijn bij dergelijke processen voor het grootste gedeelte toe te schrijven aan die meng-infectie, en niet aan het tuberculeuze proces. Dat het tuberculeuze destructieproces, hoewel waarschijnlijk niet genezen, toch wel gestabiliseerd was, blijkt uit het feit dat patiënt bijna vijf jaar zijn werk in de fabriek kon verrichten. Dat intraveneuze toediening van PAS invloed zou hebben op de meng-infectie, is zeer weinig waarschijnlijk, PAS heeft geen algemeen desinfecterende eigenschappen. Ik ben dan ook van mening dat de twee weken penicilline-behandeling de oorzaak is geweest van de verbetering. Dat eenzelfde behandeling in 1948 geen resultaat opleverde, zegt weinig, de bacteriële flora in dergelijke fistels verandert in de loop der jaren. Ook onze eigen ervaring wijst in deze richting. Wij behandelen op het ogenblik een patiënt, die thuis vijf jaar heeft gekuurd, en een fistel onder de rechter lies heeft, uitgaande van een volgens Albee geopereerde spondylitis lumbalis. Bij aankomst was zijn bezinking 107 mm na één uur. Eén enkele penicillinekuur was voldoende om de fistel in 6 weken te sluiten, en die is nu zes maanden dicht gebleven. De bezinking is gedaald tot 2 mm na één uur. WASSERFALLEN<sup>2</sup> beschrijft een patiënte met jarenlang bestaande fistels, met amyloidosis-verschijnselen en sterke albuminurie. Zij werd behandeld met het latere cibazol, dat toen net uitkwam. In onzekerheid verkerend omtrent de dosering kreeg zij tien dagen lang één tablet per dag. Het resultaat was verrassend: de fistels gingen dicht en zij zijn tot nu toe dicht gebleven, de amyloidosis en albuminurie zijn geheel verdwenen. Ook in dit geval was van een invloed op het tuberculeuze proces natuurlijk geen sprake. Van streptomycine zagen wij<sup>3</sup> ook wel eens een dergelijk snel resultaat, waarbij wij ook van mening waren dat de meng-infectie in korte tijd werd overwonnen en niet het tuberculeuze proces. Vele patiënten worden tegenwoordig met een combinatie van tuberculostatica behandeld. Het spreekt vanzelf dat men dan niet meer weet welk effect aan de afzonderlijke medicamenten kan worden toegeschreven. Het lijkt ons ook onjuist uit één enkel dergelijk geval een zelfs voorlopige conclusie te trekken.

Nog een laatste opmerking: ook wij zagen herhaaldelijk na maanden of zelfs na jaren een opflukking bij dergelijke vaak met veel moeite tot sluiting gebrachte fistelende processen, vaak zonder enige verandering van het botproces op de röntgenphoto. In de meerderheid van de gevallen betrof het een opflukking van de meng-infectie en niet van het tuberculeuze botproces. Het in de diepe fistelgangen achterblijven van kaasmassa's en oud granulatie-weefsel is vermoedelijk vaak de oorzaak van deze reactivering. Het opruimen van deze massa's is dan ook een essentieel onderdeel van de behandeling.

*Literatuur:* <sup>1</sup>HAEX en LINSCHER (1954) *N.T.v.G.* **98**, 74. <sup>2</sup>M. WASSERFALLEN (1941) *Schweiz. med. Wschr.* **71**, 159; (1944) *Rev. méd. Suisse rom.* **64**, 473. <sup>3</sup>P. FRANK (1946) *N.T.v.G.* **90**, 366; (1953) *J. méd. de Leysin*, No. 2.

Leysin, 15 Januari 1954

P. FRANK

Naar aanleiding van de opmerkingen van collega FRANK willen wij in de eerste plaats opmerken, dat het begrip „gestabiliseerd” voor ons, zeker in dit geval, moeilijk is te aanvaarden. Het criterium, dat collega FRANK noemt voor de activiteit van het tuberculeuze proces,

namelijk dat de patiënt 5 jaar zijn werk heeft gedaan, is ons inziens niet voldoende gefundeerd\*. In een geval zoals in ons artikel is beschreven, is het moeilijk uit te maken welke verschijnselen aan het tuberculeuze proces moeten worden toegeschreven en welke aan de secundaire infectie. Niettemin zijn ook wij van mening, dat de intoxicatie-verschijnselen het gevolg zijn van de secundaire infectie.

Wij kunnen ons ook goed voorstellen, dat in een bepaald aantal gevallen zowel de intoxicatie als de amyloidosis in hoofdzaak het gevolg zijn van de secundaire infectie. In deze gevallen kan men de verschijnselen behandelen met chemotherapeutica en antibiotica. Dit zullen dan ook de gevallen zijn waarin, zoals collega FRANK het uitdrukt, het tuberculeuze proces gestabiliseerd is, en waarbij men met penicilline of sulfonamiden successen kan boeken.

Dat onze patiënt niet tot voornoemde categorie behoort, wordt waarschijnlijk gemaakt door het feit, dat hij geruime tijd na het staken van de PAS-kuur wederom verschijnselen van amyloidosis (sterk verhoogde bezinking, sterke albuminurie) heeft gekregen, zonder klinische activiteit van de secundaire infectie (geen opnieuw opengaan van de fistels, geen algemene intoxicatie-verschijnselen). Integendeel, de patiënt is ondanks de amyloidosis in een uitstekende toestand. Wanneer de secundaire infectie oorzaak zou zijn dat er weer amyloidosis ontstond, zou dit — hierin is collega FRANK het met ons eens — onmiddellijk tot intoxicatieverschijnselen aanleiding moeten geven, zeker, wanneer er retentie van etter was. Het ligt dus voor de hand aan te nemen, dat er wederom activiteit van het tuberculeuze proces is.

Collega FRANK moet, om de gunstige resultaten bij onze patiënt aan de penicillinekuur te kunnen toeschrijven, aannemen, dat de gehele flora van de fistels in de drie jaren, die verliepen tussen de beide penicillinekuren, van penicilline-ongevoelig in penicilline-gevoelig was veranderd. Wij achten dit, hoewel wij het niet uitsluiten (zie ook onze opmerking op bl. 73, alinea 9), niet erg waarschijnlijk.

Algemeen neemt men aan, dat er, wanneer de bodem van de secundaire infectie — in casu het tuberculeuze proces — wordt weggenomen, kans bestaat op spontane genezing van de secundaire infectie. Dat het PAS geen algemeen desinfecterende eigenschappen heeft, zijn wij met collega FRANK eens.

In verband met de laatste opmerking van collega FRANK willen wij nog vermelden, dat wij destijds even hebben overwogen de kaasmassa's en het oude granulatieweefsel radicaal op te ruimen; de fistelgangen waren echter veel te uitgebreid en ingewikkeld. Patiënt is thans wederom in onze kliniek opgenomen en wordt weer behandeld met PAS-stabilisé. Te zijner tijd zullen wij het beloop van dit geval meedelen.

In de door hem aangehaalde literatuur van WASSERFALLEN en hemzelf zijn er geen argumenten voor de visie van collega FRANK te vinden. In de door hem aangehaalde literatuur staat te lezen: „Si nous résumons, nous arrivons à l'impression que le rimifon exerce dans un petit nombre de cas de tuberculose extra-pulmonaire une influence favorable, quelquefois même très spectaculaire. Il est très curieux de constater que les résultats les plus marquants ont été obtenus dans des cas fistulisés et souvent certainement surinfectés.” Deze waarneming is geheel in overeenstemming met de door ons geopperde gedachte, met dit verschil, dat hier sprake is van rimifon, terwijl wij PAS-stabilisé hebben gebruikt. Het is bekend, dat rimifon evenmin een algemeen desinfecterende werking heeft.

Wanneer collega FRANK schrijft, dat het hem onjuist lijkt uit een enkel geval een zelfs voorlopige conclusie te trekken, willen wij hierop slechts antwoorden, dat gevallen zoals het onze tegenwoordig vrij zeldzaam zijn, en dat het ons daarom gerechtvaardigd leek door het publiceren daarvan andere collegae op onze ervaring opmerkzaam te maken. Bovendien kan men uit deze ervaring leren, dat het toedienen van PAS-stabilisé zelfs bij zeer slechte nierfunctie zonder schadelijke gevolgen voor de patiënt kan geschieden.

Leiden, 17 Maart 1954

A. J. CH. HAEX,  
W. G. LINSCHER

\*Mettertijd zullen wij nog een patiënt beschrijven, die ongeveer twee jaar geleden in een ernstige cachectische toestand in onze kliniek werd opgenomen met tuberculose en amyloidosis, maar zonder fistels. Hij werd eveneens — en uitsluitend — met PAS-stabilisé behandeld. De bezinking, die bij opneming 126 mm in het eerste uur bedroeg, was na een jaar normaal geworden en is dit gebleven; de albuminurie is gedaald van 15 tot 2 pro mille. Patiënt had de laatste vier jaar voor opneming normaal gewerkt. Desondanks maakte het klinische beeld bij opneming het niet zeer waarschijnlijk, dat het tuberculeuze proces, waarvoor patiënt daarvoor in een sanatorium was behandeld, gestabiliseerd was.