

**VRAAG EN ANTWOORD**

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

**DE BEHANDELING VAN BIJEN- EN WESPENSTEKEN**

*Vraag No. 60.* Hoe behandelt men tegenwoordig de anafylactische shock, die soms ontstaat door een steek van bijen of wespen?

*Antwoord.* Bijengif bevat histamine-achtige, hemolyserende neurotoxische stoffen.

a. *Lokaal* veroorzaakt het een urticariële zwelling. De klassieke behandeling bestaat uit het appliceren van alkalische vloeistoffen (verdunde ammonia, papje van soda, sigarettenas), doch logischer schijnt het advies, een antihistaminica-bevattende zalf toe te passen of ter plaatse een injectie met procaine-adrenaline te geven.

Deze lokale reacties kunnen gevaar opleveren indien de laesie gelokaliseerd is in de hypopharynx of glottis, waardoor een levensgevaarlijke obstructie van de luchtwegen kan ontstaan. In deze gevallen komt subcutane toediening van adrenaline of parenterale toediening van antihistaminica in aanmerking. Men vindt ook steeds aangegeven de intraveneuze toediening van calcium, waarvan de ratio onduidelijk is. Zeker komt ook in aanmerking de intraveneuze toediening van dexamethason in een dosis van 5 mg.

b. Algemene verschijnselen kunnen het gevolg zijn van óf een groot aantal steken tegelijk óf het terechtkomen van het gif rechtstreeks in de bloedbaan. Er ontwikkelt zich dan een ernstig toxisch beeld, gepaard gaande met collaps, koorts, longoedeem. Hiertegen wordt aanbevolen: calciumgluconaat 20 pct, 20 ml intraveneus, strofantine K gecombineerd met aminofylline (bij longoedeem), injecties van metaraminobitartraat (bij collaps), eventueel gevolgd door intraveneuze infusies met noradrenaline; verder dexamethason en antihistaminica.

c. Een anafylactische shock kan bij gesensibiliseerde personen ontstaan door een enkele steek. Subcutane en eventueel intraveneuze toediening van adrenaline ( $1\frac{1}{2}$ -1 mg, zeer langzaam opspuiten) komt hier het eerst in aanmerking. Daarnaast de maatregelen genoemd onder b.

**STERKE REACTIE OP DIFTERIE-KINKHOESTVACCIN**

*Vraag No. 61.* Mijn dochttertje, geboren oktober 1959, werd in augustus en september 1960 met de difterie-kinkhoestentstof van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid geïmmuniseerd. Na de tweede enting volgde een sterke lokale en algemene reactie, reden waarom de toenmalige huisarts de derde enting niet verrichtte. Nu ik zelf in de algemene praktijk werkzaam ben, waar ik onlangs met een kinkhoestgeval werd geconfronteerd, rijzen er bij mij een aantal vragen.

1. Staat mijn dochttertje bloot aan een verhoogde infectiekans via haar praktizerende vader?

2. Moet haar onvolledige immunisatietoestand gecorri-

geerd worden, eventueel met behulp van een entstof van ander fabrikaat?

3. Hoe moet men als arts van een zuigelingenbureau in het algemeen handelen in geval van een allergische(?) reactie na immunisatie (KDTP)?

4. Welke factor(en) is (zijn) verantwoordelijk voor deze reactie?

*Antwoord.* Een kinkhoestpatiënt is besmettelijk voor zijn omgeving gedurende het catarrale stadium en in mindere mate tijdens de eerste week van het paroxismale stadium. Daar kinkhoest hoofdzakelijk bij kinderen voorkomt en kinkhoestbacteriën in den regel niet worden gevonden bij gezonde volwassenen, lijkt de kans dat een praktizerend arts in dit opzicht bijzonder gevaar oplevert voor zijn kinderen wel heel klein te zijn. Met meer reden kan men denken aan jeugdige patiënten die in contact zouden komen met kinderen in het doktersgezin.

Het is uiteraard niet te zeggen wat in het onderhavige geval de oorzaak is geweest van de sterke lokale en algemene reactie op de DK-entstof. Voorzover een dergelijke reactie niet van ernstige aard is, behoeft geen andere behandeling dan bedrust te worden voorgeschreven. Bij enting met kinkhoestvaccins zij men echter bedacht op convulsies of andere verschijnselen van het centrale zenuwstelsel, die soms voorkomen. In zulke gevallen moet men ter vermindering van ernstiger complicaties, volgende injecties met de kinkhoestcomponent achterwege laten.

De letaliteit van kinkhoest is het hoogst in de eerste zes levensmaanden, en neemt later snel af. Door chemotherapeutische behandeling, vooral in verband met longcomplicaties, is de prognose van kinkhoest aanzienlijk verbeterd. Gezien de leeftijd van het desbetreffende kind en de vaccinatiehistorie lijkt het dus aangewezen, enting met kinkhoestvaccin verder achterwege te laten. Dit geldt echter niet voor de boosterinjectie tegen difterie, en vaccinatie tegen tetanus. Aangenomen dat poliomyelitis-immunisatie heeft plaatsgevonden, zijn hiervan geen ernstige complicaties te vrezen.

**INGEZONDEN****JODIUM VERSUS CHLOORHEXIDINE**

Het antwoord „B” op Vraag 35 (1962) betreffende de keus tussen jodiumtinctuur en chloorhexidine bij vaccinaties kan tot misverstanden aanleiding geven. De reclame-achtig aandoende beschrijving „onaantastbaar, superieur ontsmettingsmiddel” voor jodiumtinctuur maakt het gewenst erop te wijzen dat ook dit middel zijn beperkingen heeft. Hoewel jodiumtinctuur in bacteriologisch opzicht geringe voordelen boven chloorhexidine-tinctuur kan hebben, stellen verschillende bacteriologen de werking op één lijn (LOWBURY e.a. 1960; LAMMERS e.a. 1961). De irriterende werking van jodium mede in beschouwing genomen, komt de redactie van de *Lancet* (1958) tot de volgende conclusie: „At the moment chlorhexidine is perhaps the best compromise between bactericidal effectiveness and harmlessness to the skin”.

Hoewel jodium als zodanig veel minder kost dan chloorhexidine geven de kwalificaties peperduur t.o.v. zeer goedkoop een onjuiste indruk omtrent de kosten van de te gebruiken oplossingen. Jodiumtinctuur 2 pct (Ph.N.VI) kost f 1,60 per  $\frac{1}{4}$  kg, exclusief emballage; chloorhexidine-tinctuur 0,5

pct f 2,- per 250 ml inclusief emballage (groothandelsprijzen); beide hoeveelheden zijn voldoende voor ongeveer 5000 injecties als er inderdaad, zoals het antwoord vermeldt,  $\frac{1}{20}$  ml per keer gebruikt wordt! Van een prijsverschil is dus praktisch geen sprake.

Het „verre verkiezen” van jodiumtinctuur boven chloorhexidine lijkt, mede gezien de uitspraak van de consulent-kinderarts, niet sterk gefundeerd.

*Literatuur:* LAMMERS e.a. (1961) *Algemene farmacotherapie*, bl. 220. Leiden. — *Lancet* (1958) II, 1164. — LOWBURY e.a. (1960) *Brit. med. J.* II, 1039. — Vraag 35 (1962) Desinfectie van de huid. *Ned. T. Geneesk.* 106, 1503.

Amstelveen, 6 augustus 1962

B. H. RYPKEMA

De prijswaarderingen waren — misschien ten onrechte — op de kleinhandelsprijzen gebaseerd: 0,5 pct hibitane-tinctuur 2,5 ml f 0,55; 15 ml f 0,85; 2 pct jodiumtinctuur 10 ml f 0,15; 100 ml f 1,25.

Zonder noodzaak zal men niet gaarne een zeer goed ontsmettingsmiddel door een gewoon goed middel vervangen. De omschrijving „onaantastbaar superieus” zou reclamachtig aandoen indien zij niet op waarheid berustte: het middel is veel beter dan andere, en zelfs hibitane heeft het niet van deze eerste plaats kunnen verdringen.

De „irriterende werking” van jodium werd vooral gezien bij de hoge (6 pct) concentraties die vroeger ten onrechte gebruikt werden: 2 pct jodiumtinctuur is nauwelijks irriterend, waarschijnlijk niet méer dan Hibitane-tinctuur. De door velen, vooral kinderen, als nadeel ondervonden bijtende sensatie bij toepassing in kleine wonden wordt grotendeels door de alcohol veroorzaakt.

Amsterdam, november 1962

REDACTIE

#### NIET-SPECIFIEKE LYMPHADENITIS MESENTERIALIS

Naar aanleiding van het antwoord op vraag 54 (1962) moge ik het volgende opmerken. Onlangs werd mij door de chirurg (collega KREYEN) verzocht, de behandeling over te nemen van een jongetje van vijf jaar, dat door hem geopereerd was, wegens het vermoeden van het bestaan van een appendicitis. Deze jongen werd opgenomen met ernstige buikpijnklachten, terwijl er bij onderzoek een plankharde buik gevonden werd. Bij operatie werden aan de appendix geen duidelijke afwijkingen gevonden. Wel bleek een uitgebreide lymphadenitis mesenterialis te bestaan. Bij verder onderzoek bij deze patiënt werd eveneens een matige lymphadenitis colli geconstateerd. Als oorzaak zou een toxoplasma-infectie, resp. een infectie veroorzaakt door *Pasteurella pseudotuberculosis*, resp. een mononucleose in aanmerking kunnen komen.

Serologisch onderzoek leverde echter in deze richting niets op. Wel werd er uit de ontlasting *Coxsackie-B<sub>4</sub>-virus* gekweekt. Enige dagen later werden ook de beide zusjes, een tweeling van drie jaar, opgenomen met hetzelfde ziektebeeld. Ook bij deze beide kinderen werd uit de ontlasting *Coxsackie-B<sub>4</sub>-virus* gekweekt. Bij alle drie patiënten moest dus de diagnose pleurodynie worden gesteld, of in dit geval wellicht beter genoemd myalgia epidemica. Misschien kan deze bevinding steun geven aan de door U geopperde mogelijkheid, dat de niet-specifieke lymphadenitis mesenterialis teweeggebracht wordt door een virus, in dit geval met name het *Coxsackie-virus*, via het darmlumen.

*Literatuur:* Vraag No. 54 (1962) *Ned. T. Geneesk.* 106, 2232.

Spekholzerheide, 7 november 1962

L. H. B. M. VAN  
BENTHEM

## BOEKAANKONDIGINGEN

SÁNDOR MÓRA, *Die Novocain-Blockade des vegetativen Nervensystems*. Theorie und therapeutische Anwendung. 144 bl., 61 fig. VEB Georg Thieme, Leipzig 1962. Prijs: geb. DM. 28; f 27,45.

Theorie, techniek en toepassing van deze behandelwijze, die in de landen achter het ijzeren gordijn blijkbaar veel ahang heeft, worden in deze Hongaarse monografie met aanhaken van een onnoemelijk aantal auteurs uit Oost en West, uitvoerig maar volmaakt kritiekloos besproken. Rijp en groen, „Wahrheit und Dichtung” worden grondig dooreen geklutst. Men bemerkt alras dat procaine (Novocaine)-blokkering (in ruime zin: Impletol-behandeling en intraveneuze procaine-therapie worden niet vergeten) voor iedere denkbare chirurgische en interne aandoening kan zijn aangewezen en nog een goede kans van slagen heeft ook, mits men maar niet versaat en stug volhoudt! De door de Roemeense mevrouw ASLAN gepropageerde gerontologische procaine-(verjongings)-kuur ontbreekt niet.

M. W. VAN WEEL

U. J. WASSNER, *Die untere Leistungsgrenze der Lunge*. Eine experimentelle Untersuchung zur klinischen Ermittlung der unteren Leistungsgrenze der menschlichen Lunge. 102 bl., 35 fig., tabellen. Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1961. Prijs: ingen. DM. 29,60.

Uitgaande van de juiste stelling dat waarden, die betrekking hebben op de ventilatie van de long resp. de longen, een onvoldoende inzicht geven in de mogelijkheden en reserves van de ademhaling, ontwikkelen de schrijvers een techniek die berust op de gegevens die kunnen worden verkregen bij „rebreathing” in een van beide longen. Hoewel hier zeer interessante waarnemingen worden gedaan en het mogelijk lijkt dat deze techniek (die voor de routine toch nog vrij gecompliceerd is) eens een waardevolle aanvulling voor onze preoperatieve beoordeling van de longpatiënt zal betekenen, lijkt het onwaarschijnlijk dat hiermee het vraagstuk afdoende zou zijn opgelost.

N. G. M. ORIE

*Ciba Foundation symposium on the exocrine pancreas*. Normal and abnormal functions. Onder redactie van A. V. S. DE REUCK en M. P. CAMERON. 390 bl., 91 fig., tabellen. J. and A. Churchill Ltd., Londen 1962. Prijs: geb. 55 sh.

De voortreffelijke voordrachten die tijdens het Ciba Foundation symposium over de normale en abnormale exocriene functies van het pancreas werden gehouden zijn thans in boekvorm verschenen. De beste experts hebben hun licht laten schijnen over diverse facetten van dit nog altijd wat duistere onderwerp. De eerste voordrachten handelen over de ultra-structuur en de histochemie van het pancreas; vervolgens wordt aandacht besteed aan de pancreassecretie, de fysiologische controle van de pancreasfunctie en de bepaling van de pancreasfunctie. Het boek wordt besloten met een zeer belangwekkende verhandeling over de genetische en metabole aspecten van het zieke pancreas. Voorzitter van het symposium was Prof. SHERLOCK, die deze taak op voortreffelijke wijze heeft vervuld.

Dit boek, dat de voordrachten met de discussies bevat over zoveel facetten van dit boeiende onderwerp, is van grote waarde voor hen, die zich voor dit gebied interesseren. Ik wil dan ook niet nalaten om deze zeer bijzondere monografie aan te bevelen voor algemene internisten, gastroënterologen, (patho-)fysiologen en patholoog-anatomen.

A. J. CH. HAEX