

Kindergeneeskunde

Kattekrabziekte. — MARGILETH (1968) deed een systematisch onderzoek naar de betekenis van huidreacties voor de diagnose kattekrabziekte. Bij 115 van 145 patiënten met plaatselijke lymfeklierzwellingen, niet veroorzaakt door een bacteriële infectie, was de intracutane huidreactie met kattekrab-antigeen positief. „Fout-positieve” reacties komen volgens de literatuur vooral voor bij dierenartsen en slechts bij 4,4 pct van gezonde proefpersonen. „Fout-negatieve” huidreacties kunnen verkregen worden binnen vier weken na de besmetting, en wanneer men slechts één type kattekrab-antigeen gebruikt.

Van de 115 positief reagerende patiënten hadden 107 contact met katten gehad, 2 met honden, 1 met een aap en bij 5 was geen aanraking met dieren op te sporen. Van de overige 30 hadden slechts 17 aanraking met dieren. Het contact behoeft niet te bestaan uit een krab of een beet. In enkele gevallen komen ernstiger ziektebeelden voor, zoals atypische pneumonie, recidiverende parotitis, recidiverende lymfadenopathie of encefalopathie. Een-kwart van de patiënten heeft koorts en klachten van algemene malaise.

De ziekte komt het meest voor in de late herfst en in de winter. Een micro-organisme als oorzaak van de ziekte is niet bekend. De behandeling is symptomatisch; gesloten lymfeklierpunctie is zowel van diagnostisch als therapeutisch belang. Het is nog niet gelukt, een virus te isoleren. Het antigeen voor de huidproef moet worden vervaardigd uit door punctie verkregen etter. De ziekte heeft meestal een bijzonder goede prognose, met volledig herstel binnen de twee maanden. Isolatie is niet noodzakelijk.

MARGILETH stelt dat de ziekte moeilijk te voorkomen is doordat er steeds meer huisdieren worden gehouden. Er zijn thans in de Verenigde Staten 24 miljoen huisdieren. Het is van belang, op de hoogte te zijn van de ziekte en van de diagnostische mogelijkheden bij mensen met een langdurige, goedaardige lymfadenopathie.

Literatuur: MARGILETH, A. M. (1968) Cat scratch disease: nonbacterial regional lymphadenitis. *Pediatrics* 42, 803.

P. A. VOÛTE Jr.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

CONSERVATIEVE BEHANDELING VAN ACUUT ANEURYSMA DISSECANS

Naar aanleiding van het referaat in dit *Tijdschrift* moge ik het volgende opmerken.

Sinds enige jaren doet genoemde conservatieve behandeling zich voor als een interessant alternatief voor onmiddellijke chirurgische therapie. Mijns inziens moet men daarbij duidelijk onderscheid maken tussen aneurysmata van de thoracale en van de abdominale aorta. De eerste hebben bij acute chirurgische behandeling een uitermate slechte prognose. Bij de laatste zijn de kansen ook bepaald niet gunstig, doch van een andere orde van grootte. De promotors van de conservatieve behandeling (WHEAT en PALMER) hebben in hun publikaties om onbegrijpelijke redenen dit probleem niet scherp gesteld. Dat geldt ook voor het hier gerefereerde artikel in de *Diseases of the chest* (1968, 54, 372). Bij nadere bestudering der 18 beschreven gevallen lijkt het nagenoeg zeker dat het hier wederom uitsluitend thoracale aneurysmata betreft. Nergens wordt betoogd dat de conservatieve behandeling ook gunstig afsteekt tegen de chirurgische

in geval van een abdominaal aneurysma dissecans.

Ik kan het referent niet kwalijk nemen dat hij niet duidelijk gewezen heeft op de hier dreigende verwarring. Het referaat houdt zich nauwkeurig aan de tekst van het artikel. Toch zal menige lezer van het *Tijdschrift* gebaat zijn met een kritisch woord, dat ervoor waarschuwt, de aanbevolen behandeling zonder nadere overweging de voorkeur te geven boven acute chirurgische therapie. Daardoor zouden wel eens kostbare uren verloren kunnen gaan.

Literatuur: Referaat (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 946.

Utrecht, 24 juni 1969

J. WIEBERDINK

TOTALE INVERSIO UTERI

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling door de collegae KLOMP en OUD (1969) de volgende ervaring:

Tijdens een tournee in het toenmalige Nederlands Nieuw-Guinea (omstreeks 10 jaar geleden), werd ik omstreeks het middernachtelijk uur gewekt met een verzoek om hulp uit een nabijgelegen kampong. In deze kampong waren wij de gehele dag aan het werk geweest, enkele huizen verwijderd van de plaats waar blijkbaar een vrouw in partu had „gelegen”. Volgens de vage gegevens zou er sprake zijn van een vastzittende placenta.

In vrijwillig gezelschap van alle leerlingverplegers werd in de maanverlichte nacht de 1½ uur durende tocht te voet afgelegd. Ter plaatse gekomen bleek er sprake te zijn van een inversio uteri totalis, zonder verschijnselen van shock of ernstig bloedverlies. Deze inversio uteri bleek manueel zonder narcose goed te reponeren. Gezien de weinig steriele omgeving werd een penicilline-streptomycine-kuur ingezet en 1 leerlingmantri bij de patiënte achtergelaten. Aan het eind van de tournee, 3 dagen later, werd de patiënte per boot mee teruggenomen ter verdere behandeling en observatie in het ziekenhuis. Complicaties deden zich overigens ook verder niet voor.

Concluderend mag men dus stellen:

1. Vermelding van nog een geval van een inversio uteri totalis, met waarschijnlijk pas na ten minste 3 uur een manuele repositie,
2. Een verloop zonder shock of belangrijk bloedverlies is eveneens mogelijk.

Vermoed wordt, dat hier toch ook overmatige druk op de fundus uteri of trek aan de placenta zal hebben plaatsgevonden. Het verdient m.i. dan ook aanbeveling, waar bv. Prof. PLATE op zijn colleges eveneens op wees, de placenta niet te snel en met te veel expressie te willen ontwikkelen. Daarnaast kan men met de linkerhand boven de symfyse de fundus uteri tegenhouden vanaf het tijdstip dat de placenta in de vulva zichtbaar wordt, onder voorzichtige tractie aan navelstreng of placenta.

Literatuur: KLOMP, J. en R. G. OUD (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1192.

Genemuiden, 6 juli 1969

P. L. DE VRIES

GESCHIEDENIS VAN DE CATHETER

In het artikel van collega MOONEN (1969) wordt vermeld, dat FABRICIUS niet alleen zilveren catheters gebruikte, maar ook maakte: ‘catheters „ex cornu” (huid?) met kaarsvet bestreken’.

Het komt mij voor, dat HIERONYMUS FABRICIUS AB AQUAPENDENTE (want deze FABRICIUS wordt hier bedoeld) de des-

betreffende catheters uit hoorn vervaardigde; een andere vertaling lijkt mij niet wel mogelijk, Verderop in het artikel worden ook hoornen catheters vermeld.

Zo heeft ook CORNELIS SOLINGER (1698) (niet SOLINGER, zoals hij in het artikel, ook in de literatuurlijst, wordt genoemd) het opgevat. Hij zegt ergens: „AQUAPENDENS spreekt van Catheters van Hoorn gemaakt, die . . . altijd vogtigh bewaard konde werden, om de buygsaamheids wille.”

Voorts moge ik opmerken, dat men niet kan zeggen, dat J. B. VAN HELMONT in 1659 zijn *Dageraad ofte nieuwe opkomst der Geneeskunst* te Vilvoorde schreef (bl. 1203). Geboren in 1577, was hij reeds in 1644 overleden. Het was zijn zoon FRANCISCUS MERCURIUS VAN HELMONT (1618-99), die in piëteitsvolle verering voor zijn vader de uitgave van de *Dageraad* bezorgde, nadat hij tevoren al een Latijnse editie *Ortus medicinae* (Amsterdam, 1648) in het licht had gezonden. VAN HELMONT Sr. had de *Dageraad* zelf in het Nederlands geschreven.

Literatuur: MOONEN, W. A. (1969) Iets over de geschiedenis van de catheter. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1201. — SOLINGER, CORNELIS (1698) *Alle de medicinale en chirurgicale werken* . . . etc., bl. 165. Amsterdam.

Amsterdam, 9 juli 1969

G. A. LINDEBOOM

De slappe catheters van H. FABRICIUS (AQUAPENDENS) waren vervaardigd „ex cornu” en taalkundig kan men dit inderdaad alléén vertalen door „uit hoorn”. Dat ik toch suggereerde dat ze van huid zouden zijn gemaakt, komt omdat ikzelf, gefascineerd door de opgave waarvoor de oude heelmeesters stonden, vele procédés heb geprobeerd. Van hoorn kan men m.i. wel halfvaste, maar geen echte slappe catheters maken. Van kippe- of konijnvel echter is dit goed mogelijk. De huidstrook wordt om een twijg genaaid met de hoornlaag (!) naar het lumen. Afwerken met bijenwas en bewaren in water of olie. Het maken van het oog bleek het moeilijkste karwei.

's-Hertogenbosch, 28 juli 1969

W. A. MOONEN

PROFYLAXE BIJ ACUUT REUMA

In dit *Tijdschrift* is een referaat (1969) opgenomen naar aanleiding van een door FEINSTEIN c.s. (1968) verricht vergelijkend onderzoek naar de doelmatigheid van de profylactische behandeling bij het voorkómen van recidieven van acuut reuma. Deze auteurs hebben 343 jonge patiënten met acuut reuma in 2 groepen ingedeeld: de eerste groep kreeg iedere maand intramusculair 1,2 miljoen E benzathine-penicilline-G en de tweede groep oraal 400.000 E kalium-penicilline-G $3 \times$ daags gedurende de eerste 10 dagen en daarna 400.000 E $1 \times$ daags gedurende 20 dagen. Zij observeerden de groepen gedurende 4 jaar.

Hun resultaten zijn als volgt: in de injectiegroep is een 6,6 pct „attack rate” van streptokokken-infecties (systematisch maandelijks bacteriologisch onderzoek) en 0,6 pct recidieven van acuut reuma per 100 patiëntbehandeljaren waargenomen; in de „orale groep” bedroegen de percentages resp. 22,7 en 4,8. Op grond van deze gegevens en van voorafgaande onderzoeken concluderen de schrijvers dat sulfadiazine en orale penicillines geen van beide de profylactische effectiviteit van maandelijks injecties met benzathine-penicilline-G hebben.

Onze eigen ervaring is daarmee in overeenstemming. Wij hebben bij 158 patiënten met acuut reuma een profylaxe tegen streptokokkeninfecties en mogelijk reuma-recidief ingesteld met 1,2 miljoen E benzathine-penicilline-G (Penidural) $1 \times$ per maand. Voor de diagnose acuut reuma hebben

wij de criteria van Jones gebruikt. Tijdens de kuur werden op geregelde tijden de bezinking, AST en CRP gecontroleerd, en keeluitstrijken op β -hemolytische streptokokken onderzocht.

De behandelingsduur in deze groep patiënten loopt sterk uiteen (zie de tabel); bij 1 patiënt moesten wij reeds na 1 maand de injecties staken wegens penicilline-overgevoeligheid; de meeste patiënten volgden echter minstens 7-8 (sommigen zelfs 12!) jaar het maandelijks injectieschema. De gemiddelde behandelingsduur bedraagt dan ook 6 jaar en 7 maanden. De patiënten zijn afkomstig uit Maastricht en omgeving en werden meestal door hun huisarts naar ons verwezen. Voor leeftijdsopbouw, geslacht en behaalde resultaten verwijzen wij naar de tabel.

LEEFTIJD, GESLACHT VAN DE PATIËNTEN, EN DE BIJ HEN BEHAALDE RESULTATEN

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal patiënten	62	96	158
Gemiddelde behandelingsduur in jaren	$6^{11}/_{12}$	$6^2/_{12}$	$6^7/_{12}$
Spreiding in jaren	$^5/_{12} - 12$	$^1/_{12} - 12$	$^1/_{22} - 12$
Patiënt-behandeljaren	$426^6/_{12}$	$610^1/_{12}$	$1.036^6/_{12}$
Recidieven	1	2	3
Aantal injecties dat werd toegediend, bedroeg: $1.036,5 \times 12 = 12.438$.			

Uit de tabel blijkt duidelijk, dat er slechts bij 3 van de 158 door ons met benzathine-penicilline behandelde patiënten een recidief van acuut reuma ontstond. Dit betekent een percentage van 0,3 per 100 patiënt-behandeljaren. Het aantal keelinfecties met klinische verschijnselen, waarbij β -hemolytische streptokokken werden gekweekt bij patiënten die tijdens dit onderzoek geregeld benzathine-penicilline ontvingen, bedroeg 12. Dit betekent een percentage van 1,2 per 100 patiënt-behandeljaren.

Tijdens dit onderzoek hebben wij in totaal bij 10 patiënten ongewenste bijwerkingen waargenomen. Wij zagen bij 6 patiënten overgevoelighedsreacties (meestal erythem en urticaria, bij 1 patiënt Quinckes oedeem); 3 patiënten toonden algemene reacties („beroerd, krampen aan het hart”) en 1 patiënt klaagde over lokale pijn en duizeligheid; 2 andere patiënten hadden reacties die hoogstwaarschijnlijk niet aan het geneesmiddel waren toe te schrijven. (Eén patiënte kreeg 2 jaar na de eerste toediening van benzathine-penicilline Quinckes oedeem; na tijdelijk stopzetten van de injecties gedurende 6 maanden kon deze patiënte opnieuw gedurende 8 jaar zonder verdere complicaties geregeld haar benzathine-penicilline-profylaxe volgen. De tweede patiënte had vage klachten na injectie van benzathine-penicilline; een latere toediening van $1/2$ ml ervan werd gevolgd door een huiduitslag; de geraadpleegde huidarts kon echter geen duidelijk verband aanwijzen; na een zeer geleidelijke opvoering van de hoeveelheid benzathine-penicilline kon de profylaxe met deze penicilline eveneens gedurende 8 jaar worden voortgezet zonder dat zich verdere bijwerkingen voordeden.)

Dit betekent bij onze patiënten een ratio tussen het aantal (van op zichzelf niet ernstige) bijverschijnselen en het aantal injecties van 1:1.560 (het totale aantal injecties is ongeveer 12.500). Gezien het feit dat deze groep zeer langdurig aan penicilline werd blootgesteld, is dit een alleszins aanvaardbaar getal.

Het is onze ervaring dat soms een beginnend acuut reuma miskend wordt of dat een keelinfectie door β -hemolytische