

PINKERTON, H. (1927) Oils and fats, their entrance into and fate in the lungs of infants and children. *Amer. J. Dis. Child.* 33, 259.

QUIN, L. H. en O. MEYER (1929) Relationship of sinusitis and bronchiectasis. *Arch. Otolaryng.* 10, 152.

RIEMER, D. en O. F. EHRENTEIL (1960) In: W. E. MARCHAND, *Clinical medicine and the psychotic patient*, bl. 264. Thomas, Springfield (Illinois).

ROSENTHAL, J. (1948) Some aspects of the more common pathological findings in a hospital for chronic diseases. *Geriatrics* 3, 1.

SALM, R. en E. W. HUGHES (1970) A case of chronic paraffin pneumonitis. *Thorax* 25, 762.

SCHNEIDER, L. (1949) Pulmonary hazard of ingestion of mineral oil in the apparently healthy adult. *New Engl. J. Med.* 240, 284.

SINGER, J. J. (1941) Lipoid pneumonia. *Amer. Rev. Tuberc.* 43, 738.

SODEMAN, W. A. en B. M. STUART (1946) Lipoid pneumonia in adults. *Ann. intern. Med.* 24, 244.

STOKES, A. M. (1943) Lipoid pneumonia. *Amer. Rev. Tuberc.* 47, 348.

VOLK, B. W. e.a. (1951) Incidence of lipoid pneumonia in a survey of 389 chronically ill patients. *Amer. J. Med.* 10, 316; (1955) Diagnosis of lipoid pneumonia. *Amer. J. Surg.* 89, 158.

WEIL, H. e.a. (1964) Early lipoid pneumonia. *Amer. J. Med.* 36, 370.

November 1974 ontvangen  
 April 1975 voor publikatie aanvaard

## BRIEVEN AAN DE REDACTIE

### *Spontane miltruptuur*

Naar aanleiding van de mededeling van CLARIJS en LUBBERS (1975) over de spontane miltruptuur, willen wij u berichten over een geval van een spontane miltruptuur bij een meisje van 17 jaar, dat lijdende was aan mononucleosis infectiosa.

Patiënte werd opgenomen nadat ze 's morgens zeer heftig pijn had gehad in de linker bovenbuik en flank. Hierna was ze thuis gecollabeerd. Ze had niet gebraakt. Een trauma werd ontkend. Vier weken tevoren had ze angina gehad, die haar huisarts met een penicillinedrank had behandeld. Een week voor opneming was ze nog niet hersteld, en drie dagen voor opneming werd de reactie van Paul-Bunnell uitgezet (uitslag positief 1:128). De verdere anamnese was schoon.

Bij opneming was het meisje in shock: bloeddruk 65/40 mm kwik, polsslag 120 per minuut. Er waren sterk vergrote klieren langs de achterrand van de musculus sternocleidomastoideus, submandibulair, in de oksels en in de liezen. Aan hart en longen waren geen afwijkingen. Het abdomen was iets opgezet, er werd pijn aangegeven over de gehele buik, maar vooral rechts. Zuchten ging goed, maar het hoesten was pijnlijk. Er waren sporadisch darmgeruisen te horen. Er was geringe kloppijn diffuus over de gehele buik. De ruimte van Traube was gedempt. De buikwand was soepel, er was beslist nergens peritoneale prikkeling. De milt was even palpabel. Rectaal en vaginaal onderzoek leverden geen afwijkingen op.

Laboratorium: Hb 68%, Hcrt. 24 vol%, BSE 37-76 mm, leukocyten 20.200 met 35% lymfocyten en atypische lymfocyten, trombocyten 124.000, thymoltröbelingstest 7 E, alkalische fosfatase 213 U/l (normaal tot 90 U/l), SGOT 215 U/l, SGPT 243 U/l (normaal tot 50 U/l). Met deze laboratoriumwaarden kon

de diagnose mononucleosis infectiosa bevestigd worden. Alleen het lage hemoglobinegehalte en de shock konden nog niet verklaard worden. Met bloedtransfusie's en Haemaceltransfusie's kon de bloeddruk op peil gebracht en gehouden worden.

De volgende ochtend was de buik meer opgezet. Ook hoest- en zuchtpijn waren toegenomen, de buik was nog steeds tastpijnlijk, maar op zich wel soepel. De bloeddruk was goed gebleven, het hemoglobinegehalte was echter na een transfusie van 1000 ml bloed nog slechts 54%.

Aan het eind van de ochtend werd een buikpunctie verricht. We kregen bloed uit de buikholtte en stelden de diagnose op een miltruptuur.

Hierna volgde onmiddellijk een laparotomie. Er werd 3 liter bloed in de buik aangetroffen. De lever was iets vergroot en stomp van rand. Er waren geen vergrote mesenteriale of para-aortale klieren. In de linker bovenbuik was een tumor van bloedstolsels. In deze stolsels lag een milt in diverse stukken. De miltstukken werden verwijderd en wogen bij elkaar 360 gram. De patholoog-anatoom (collega P. M. ARKENBOUT) vond histologische afwijkingen, passend bij de ziekte van Pfeiffer.

Het post-operatieve verloop was aanvankelijk gestoord door een transfusiëreactie. Hierna herstelde patiënte vlot.

Echter, drie weken na de operatie was heropneming nodig wegens hoge koorts, mogelijk veroorzaakt door een infectie in het miltbed. Met een antibiotische kuur (doxyclyne) genas ze volledig. Het lage hemoglobinegehalte werd met ijzerpillen gecorrigeerd.

Ook wij werden dus verrast door spontane miltruptuur bij een jonge patiënte met de ziekte van Pfeiffer. Met een miltscintigrafie met technetiumsulfide-colloïd (MOLIER e.a. 1975) kan de diagnose waarschijnlijk vroeger gesteld worden. Met een buikpunctie, al dan

niet met een spoeling, kan de diagnose intra-abdominale bloeding zeker sneller gesteld worden.

#### LITERATUUR

CLARIJS, W. W. J. en E. J. C. LUBBERS (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1461.

MOLIER, H. L., H. W. O. DELEU en A. J. BELFER (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1458.

Nijmegen, september 1975  
St. Canisius-Ziekenhuis

H. J. M. JOOSTEN  
J. H. J. ENNEKING

## VRAAG EN ANTWOORD

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

### *Gonorrhoe-behandeling in de huisartsenpraktijk*

Vraag 36. Het artikel „Behandeling van gonorrhoe door de huisarts” (*Ned. T. Geneesk.* (1975) bl. 1353) doet bij mij als huisarts toch de vraag opkomen wat voor ons de beste behandeling is voor gonorrhoe, mede n.a.v. het advies dat gegeven werd in een eerder verschenen artikel in het *Ned. T. Geneesk.* (1974) bl. 1532.

Antwoord. Het is eigenlijk niet goed mogelijk om aan te geven wat voor de huisarts (en ook voor de specialist) de beste behandeling van gonorrhoe is. Er zijn talrijke uitstekende behandelingen, waaruit een keuze gedaan dient te worden. Wanneer men al deze therapieën in een artikel zou opsommen, zou dat tot verwarring en willekeur aanleiding kunnen geven. Vandaar dan ook dat men naar een meer uniforme behandeling streeft. Ook in het rondschrijven van Dr. H. BIJKERK, hoofd van de afdeling Besmettelijke Ziekten van de Geneeskundige Hoofdinspectie, d.d. januari 1974 aan de artsen in Nederland over de behandeling van patiënten met vroege infectieuze syfilis of gonorrhoe, werden om praktische redenen slechts enkele behandelingsmethoden opgegeven.

De bactericide werkzame penicilline is nog steeds het middel der keuze bij de behandeling van gonorrhoe. In het artikel in de rubriek Voor de Praktijk van VAN DIJK en VAN DER KROON (1975a) is voor twee toedieningsmogelijkheden van penicilline gekozen en daarnaast is een alternatieve therapie met doxycycline genoemd. Aan de behandeling met 4,8 miljoen E bicilline intramusculair zouden wij de voorkeur geven, mede ook omdat deze therapie in vele gevallen tevens adequaat is voor concomitante syfilis in het incubatiestadium.

Dit neemt niet weg dat er verschillende therapeutische mogelijkheden zijn, hetgeen o.a. blijkt uit het ingezonden stuk van STOLZ (1975) en de reactie daarop van VAN DIJK en VAN DER KROON (1975b). Men blijft steeds zoeken naar nieuwe vormen van behandeling. Soms zijn dit varianten van reeds bestaande vormen, zonder duidelijke voordelen, soms betreft het echter medicamenten of doseringsschema's die een stap voor-

uit betekenen wegens gemakkelijker toedieningsvorm, betere verdraagbaarheid, betere resorptie, hogere bloedspiegels, of chemisch niet verwant zijn aan andere bij de behandeling van gonorrhoe gebruikte preparaten.

Het door de vraagsteller bedoelde artikel in het Tijdschrift in 1974 betreft een mededeling van NEERING e.a. over de behandeling van ongecompliceerde gonorrhoe met een enkelvoudige dosis pivampicilline (1400 mg) en probenecide (1 g). Bij 46 patiënten werd een zeer hoog genezingspercentage bereikt. Het artikel verscheen in de rubriek Brieven aan de Redactie en was bedoeld om mede aan de hand van eigen ervaringen de aandacht te vestigen op een goede en goedkope behandelingsmogelijkheid, zoals die ook in recente buitenlandse literatuur beschreven is.

*Literatuur:* BIJKERK, H. (1974) Brief no. 38552. Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Geneeskundige Hoofdinspectie. — DIJK, E. VAN en H. V. M. VAN DER KROON (1975a) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1353; (1975b) 119, 1589. — NEERING, H., J. R. L. RUDING en H. J. DIRKSEN (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1532. — STOLZ, E. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1588.

### *Mazelenvaccinatie*

Vraag 37. Indien het juist is dat er onzekerheid bestaat over de duur van de beschermende werking van de mazelenvaccinatie, is het dan verantwoord (1) nu reeds op zo'n grote schaal deze vaccinatie te gaan toepassen, waardoor de kans bestaat de complicaties van de mazelen naar een later tijdstip te verschuiven; (2) de ouders van te vaccineren kinderen de voordelen duidelijk voor ogen te houden, maar min of meer te zwijgen over bovengenoemde onzekerheid?

Antwoord. De vraagstelling als hier omschreven past niet alleen bij mazelen maar kreeg destijds ook de nodige aandacht naar aanleiding van de poliovaccinatie. Een besluit tot algemene immunisatie tegen een infectieziekte berust meestal op afweging van nadelen of onzekerheden tegen de te berekenen voordelen.

Voor ons land mag de beslissing tot vaccinatie tegen mazelen van tamelijk recente datum zijn, maar men