

doen als een ileus. Dit zal niet onbegrijpelijk zijn, gezien de ook in de les genoemde adhesies. Bij 77 patiënten met mechanische ileus, behandeld in een ruraal districtsziekenhuis in Tanzania van 1979-1983, werd 3 maal een strengileus als gevolg van peritonitis tuberculosa vastgesteld.

Overveen, april 1985

J. VAN ROOSMALEN

Als aanvulling op de leerzame klinische les van Slingerland et al. (1985; 721-4) berichten wij over een sinds 10 jaar in Nederland wonende 34-jarige Pakistaan met 2 maanden bestaande zeurende onderbuikspijn met anorexie, gewichtsverlies (12 kilo) en koorts tot 40°C en nachtelijk zweten. De defecatie was geheel normaal. Hij had geen longklachten bij een blanco voorgeschiedenis. Een oom had tuberculose.

Bij opname zagen we een matig zieke man met subfebriële temperatuur. De buik was diffuus pijnlijk bij druk, zonder peritoneale prikkeling of abnormale weerstanden. Bezinking 98 mm, lichte microcytaire anemie. De Mantoux-reactie was 20 mm. Kweken en parasitair onderzoek van faeces, alsmede de Yersinia-serologie, vielen negatief uit. Thorax- en buikoverzichtsfoto en coloninloopfoto waren normaal. Er was een abnormale passage door de dunne darm met prestenotische dilatatie in het laatste ileumdeel. De CT-scan toonde een weke-delenzwelling tussen de dunne-darmlussen en rechts naast het colon ascendens maar geen lymfkliervergroting. Echografisch werd er vocht in de buik waargenomen. Met moeite werd 2 ml bloederige ascites verkregen voor specifieke kweek. Omdat de klachten van patiënt verminderden en de bezinking in 3 weken zonder behandeling tot 43 mm gedaald was, kon hij huiswaarts keren met de waarschijnlijkheidsdiagnose retractiele mesenteritis.

Bij poliklinisch bezoek bleef hij echter over de buik klagen en hij vermagerde; de bezinking bleef rondom 45 mm. De caviakweek van de ascites bleek negatief, hetgeen bij een volume van 2 ml geen verbazing behoeft te wekken.¹ Besloten werd tot een diagnostische laparotomie.² Daags voor de ingreep kwam het bericht dat de Löwenstein-kweek van de nuchtere maaginhoud een Mycobacterium opleverde welke getypeerd werd als een *M. tuberculosis*. De specifieke kweek van het tracheaspoelisel was negatief. Met doelgerichte therapie verminderden de klachten; het gewicht steeg, de bezinking daalde tot 5 mm en de ascites verdween.

De diagnose humane intestinale tuberculose met een mesenteritis c.q. peritonitis tuberculosa werd gesteld wegens een positieve Löwenstein-kweek van de nuchtere maaginhoud. Gezien de normale thoraxfoto en de negatieve tracheaspoeling, lijkt een actieve longtuberculose als verklaring voor deze positieve kweek onwaarschijnlijk. Regurgitatie van met tuberkelbacteriën besmette dunne-darminhoud is als oorzaak aannemelijker dan de zeldzame maaglokalisatie.³ Men veronderstelt dat de humane darmtuberculose secundair is aan de longtuberculose en hematogeen ontstaat of door inslikken van infectieus sputum, al dan niet via galuitscheiding.^{4,5} Misschien was hier reactivatie van een humane intestinale tuberculose bij een röntgenologisch genezen longtuberculose,⁶ maar reactivatie van een in de vroege jeugd in Pakistan doorgemaakte primaire darmtu-

berculose na het nuttigen van met humane tuberkelbacteriën besmet voedsel blijft mogelijk.⁷

LITERATUUR

- ¹ Borhanmanesh F, Hekmat K, Vaezzadeh K, Rezai HR. Tuberculous peritonitis. *Ann Intern Med* 1972; 76: 567-72.
- ² Kipper RE, Moertel CG, Dahlin DC. Mesenteric lipodystrophy. *Ann Intern Med* 1974; 80: 582-8.
- ³ Paustian FF, Monto GL. Tuberculosis of the intestines. In: Bockus HL, ed. *Gastroenterology*. 3e ed. Vol. 2. Philadelphia: WB Saunders, 1976: 750-77.
- ⁴ Sherman S, Rohwedder JJ, Ravikrishnan KP, Weg JG. Tuberculous enteritis and peritonitis. *Arch Intern Med* 1980; 140: 506-8.
- ⁵ Kalsbeek HL. Buiktuberculose mag (nog) niet worden vergeten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 33-6.
- ⁶ Case records of the Massachusetts general hospital, case 33-1980. *N Engl J Med* 1980; 303: 445-51.
- ⁷ Berghauer Pont JAW. Tuberculose van de darm. In: Buchem FSP van, Enneking JAMJ, Formijne P, Lindeboom GA, Mulder J, Querido A, eds. *Nederlands leerboek der interne geneeskunde*. 1e ed. 2e deel. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1960: 91-6.

Den Haag, april 1985

L.T. VLASVELD
B.L. HOGEWIND

Collegae Goedkoop en Van Roosmalen vestigen terecht de aandacht op het feit dat peritonitis tuberculosa in ontwikkelingslanden geen zeldzame ziekte is. Het ziektebeeld is daar meestal duidelijker en kan zich, zoals uit hun commentaar blijkt, ook op andere wijzen manifesteren.¹ In de westerse landen komt peritonitis tuberculosa zelden voor en zal de patiënt in een vroeger stadium voor onderzoek komen. Het stellen van de diagnose is dan veel moeilijker door het ontbreken van afwijkingen bij lichamelijk onderzoek. De patiënt die collegae Vlasveld en Hogewind beschrijven, is hiervan zoals onze patiënten een typisch voorbeeld. Bovendien valt het op dat ook deze patiënt afkomstig is uit een ontwikkelingsland.

LITERATUUR

- ¹ Singh MM, Bhargava AN, Jain KP. Tuberculous peritonitis: An evaluation of pathogenetic mechanisms, diagnostic procedures and therapeutic measures. *N Engl J Med* 1969; 281: 1091-4.

Rotterdam, mei 1985

R. SLINGERLAND
L. MEERMAN

Een klassieke wijze van zelfdoding: met Taxus baccata

Aangezien humane taxusvergiftiging weinig is beschreven, zal de mededeling van Janssen et al. (1985; 603-5) nog minstens vijftig jaar lang worden geciteerd. Al die tijd zal iedereen zich afvragen, waarom niet is medegedeeld, dat de inname van taxus-delen op de een of andere wijze is geverifieerd. Voorzover de mededeling nu gaat, heeft men daar alleen het woord van de patiënte voor. Dat is niet objectief, zelfs als zij een plantkundige van naam is geweest. Overigens kunnen de auteurs zich er beter bij neerleggen, dat tegen een deskundige patiënte toch niets valt te doen.

Rijswijk, april 1985

A.M. VAN DER ARK