

huisartsenpraktijk gezien worden: de luchtweginfecties, vaak zelflimiterend, veelal niet bacterieel, behoeven dus geen antibiotica. Ook vele wondinfecties genezen vaak zonder antibiotica. Mijn conclusie dat de meeste (80%) infecties zonder antibiotica genezen, lijkt dus gewettigd. Het is jammer dat Boerema mijn stuk niet nog kritischer gelezen heeft, dat hij zichzelf niet beter op de hoogte heeft gesteld van de allerlaatste literatuur voordat hij tot deze reactie overging, en dat hij de indruk wekt het ernstig te betreuren dat ik zijn eigen werk niet citeerde.

#### LITERATUUR

- 1 Verhoef J. Over het voorschrijven van antibiotica. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 581-3.
- 2 Degener JE. Resistentie tegen antimicrobiële middelen van bacteriën voorkomend binnen en buiten het ziekenhuis. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1983. Proefschrift.
- 3 Mouton RP. Urineweginfecties. In: Mouton RP, Michel MF, Kaay HJ van der, eds. Medische microbiologie. 6e druk. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983: 348-59.
- 4 Stamey TA, Mihara G. The effect of nalidixic acid on faecal and vaginal carriage of enterobacteriaceae in 54 women. In: Waaij D van der, Verhoef J, eds. New criteria for antimicrobial therapy: maintenance of digestive tract colonization resistance. Amsterdam: Excerpta Medica, 1979: 234-42.
- 5 Kunin CM. Duration of treatment of urinary tract infections. Am J Med 1981; 71: 849-54.
- 6 Anonymus. Single-dose treatment of urinary tract infections. (Editorial.) Lancet 1981; i: 26.
- 7 Souney P, Polk BF. Single-dose therapy for urinary tract infections in women. Rev Infect Dis 1982; 4: 29-34.
- 8 Carlson KJ, Mulley AG. Management of acute dysuria. Ann Intern Med 1985; 102: 244-9.
- 9 Wong ES, McKevitt M, Running K, et al. Management of recurrent urinary tract infections with patient-administered single-dose therapy. Ann Intern Med 1985; 102: 302-7.
- 10 Anonymus. Self-medication for recurrent urinary infection? (Editorial.) Lancet 1985; i: 1199-200.

Utrecht, juni 1985

J. VERHOEF

### *Prothese-artroplastiek wegens arthrosis deformans van het carpometacarpale gewricht van de duim*

In het artikel van Deenstra en Rijnders (1985; 744-7) wordt helaas de gebruikelijke operatie wegens artrose van het carpometacarpale gewricht van de duim, nl. de abducerende wigosteotomie van de basis van os metacarpale I niet genoemd. Deze operatie is eenvoudiger dan het inbrengen van een prothese; er is minder kans op complicaties en door het os metacarpale weer in abductie te brengen neemt de ontstane hyperextensie in het metacarpofalangeale gewricht van de duim eerder af dan toe. De immobilisatieduur (6 wk.) is even lang als bij het inbrengen van een prothese. Wilson volgde 21 patiënten over een periode van 2 tot 17 jaar met goede resultaten.<sup>1</sup> Een vergelijkend onderzoek lijkt aangevoerd te zijn.

#### LITERATUUR

- 1 Wilson JN, Bossley CJ. Osteotomy in the treatment of osteo-arthritis of the first carpo-metacarpal joint. J Bone Joint Surg 1983; 65b: 179-81.

Vught, april 1985

F.J.K. KRAMER

Collega Kramer danken wij voor zijn aanvulling betreffende de operatieve behandeling van artrose van het carpometacarpale (CMC-) gewricht van de duim. Dat de abducerende wigosteotomie van de basis van os metacarpale I de gebruikelijke operatie is in deze gevallen was ons niet

bekend. Ook Wilson en Bossley schrijven dat de wigosteotomie slechts sporadisch in de literatuur wordt vermeld. Vanaf 1979 hebben wij de door ons beschreven methode toegepast, dit naar aanleiding van de gunstige resultaten die ons over de behandeling bereikten. De resultaten van de door ons behandelde patiënten verschillen niet of nauwelijks van die beschreven door Wilson en Bossley. De controleperiode is bij deze auteurs veel langer. Wellicht is de wigosteotomie een goed alternatief voor de behandeling van artrose van het eerste CMC-gewricht. Artrose van de andere gewrichtsvlakken van het os trapezium lijkt ons met deze methode niet goed te behandelen.

Utrecht, juni 1985

W. DEENSTRA  
W. RIJNDERS

### *Serologische controle op syfilis van zwangere vrouwen in Amsterdam*

Bij de inleiding van het artikel van Coutinho et al. in dit tijdschrift (1985; 802-3), zou ik een korte aantekening willen maken, waarbij ik echter aan de verdere inhoud en intentie van hun mededeling geen enkele afbreuk wil doen. De auteurs stellen dat de placentaire transmissie van de spirocheet zich voornamelijk na het 2e trimester voordoet. Hierdoor wordt de indruk gewekt dat zij de in de oudere literatuur gestelde zienswijze, dat de spirocheet de placenta in ruim het eerste trimester niet kan passeren, aanhangen. Inmiddels mag als vrij algemeen bekend worden verondersteld dat de spirocheet in elk stadium van de zwangerschap van moeder naar foetus kan overgaan, waarbij zich echter na de 16e zwangerschapsweek congenitale afwijkingen gaan ontwikkelen.<sup>1</sup> Deze afwijkingen worden dan ook gezien als een reactie van het zich ontwikkelende immuunstelsel bij de foetus op de spirocheet en niet als een direct toxisch effect van de *Treponema pallidum*. De infectie bij de foetus is dus niet afhankelijk van het al of niet kunnen passeren van het micro-organisme via de placenta op enigerlei tijdstip, maar van het reactievermogen van het toekomstige individu.

#### LITERATUUR

- 1 Holms K. In: Isselbacher, et al., eds. Harrison's principles of internal medicine. International Student Edition. Tokyo: Mc Graw-Hill Kogakusha, 1980: 720-1.

's-Gravenhage, mei 1985

G. GERRETSEN

Collega Gerretsen wijst er terecht op dat de *Treponema pallidum* ook in het eerste trimester van de zwangerschap de placenta kan passeren. Afwijkingen als gevolg van deze infectie worden echter pas gezien vanaf het tweede trimester, wanneer het immunologische apparaat van de foetus zich ontwikkeld heeft en in staat is tot een reactie. De betreffende passage in onze inleiding is derhalve onjuist gesteld. Bedoeld werd te zeggen dat de schade als gevolg van transmissie naar de foetus voornamelijk plaatsvindt vanaf het tweede trimester van de zwangerschap. Essentieel blijft dat goede behandeling van syfilis bij de moeder in het eerste trimester afwijkingen bij het kind kan voorkómen.<sup>1</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Budell JW. In: Wedgwood RJ, Davies SD, Ray GG, Kelley VC, eds. Infections in children. Philadelphia: Harper and Row, 1982; 923.

Amsterdam, mei 1985

R.A. COUTINHO  
F. JANSEN SCHOONHOVEN  
TH. VAN DER HELM