

zijn op deze complicatie en dat een snelle verwijdering van de hechting of hechtingen de meest aangewezen behandeling is. Overigens recideerden bij onze beide patiënten de incontinentieklachten niet na verwijdering van de hechtingen: dit kan alleen worden verklaard door littekenvorming, die na de suspensie-operatie ontstaan en die ook na verwijderen van de hechtingen leidt tot een effectieve suspensie van de vagina.

Het lijkt ons dus dat de observatie van Kok en Van Essen en onze eigen bevindingen niet pleiten tegen de operatie volgens Stamey en Pereyra: het lijkt alleen noodzakelijk attent te zijn op de beschreven complicatie.

Rotterdam, juli 1985

F.H. SCHRÖDER

Pijn in de buik en nachtelijk zweten, een bijzondere combinatie

Zeer geïnteresseerd lazen wij de klinische les van Slingerland et al. (1985; 721-4), te meer daar wij niet lang geleden een patiënte met een tuberculeuze peritonitis behandelden. Omdat in dit artikel en in de ingezonden reacties daarop, met het antwoord daarop van Slingerland en Meerman (1985; 1204-5) steeds jonge, niet-Nederlandse mannelijke patiënten worden beschreven, berichten wij over onze bejaarde Nederlandse patiënte, die in haar destijds 80-jarige bestaan zelfs Twente nog nooit verlaten had.

Patiënte kwam op het spreekuur met klachten over een opgezette buik sinds 14 dagen, met vooral 's nachts stekende pijn links boven in de buik, wat opgezette voeten, overmatig transpireren en iets verminderde eetlust. In de gerichte anamnese waren verder geen bijzonderheden, de defecatie was normaal en het gewicht eerder toe- dan afgenomen. Op de thoraxfoto waren oude topafwijkingen te zien, zoals een jaar tevoren toen zij een uterusextirpatie met voor- en achterwandplastiek onderging. Bij lichamelijk onderzoek maakte zij geen zieke indruk, en werden alleen een opgezette buik met tekenen van ascites en een wat forse lever vastgesteld; de lichaamstemperatuur was maximaal 37°C. Laboratoriumonderzoek: BSE 48, Hb-gehalte 7,6 mmol/l, aantal leukocyten 3,8.10⁹/l met normale verdeling, γ-GT 36 U/l, alkalische fosfatasegehalte 128 U/l, LDH-gehalte 213 U/l; normale transaminasengehalten. Echografisch werden de bevindingen bij het lichamelijke onderzoek bevestigd en tevens werden galstenen vastgesteld; ook de gynaecoloog vond geen aanwijzingen voor een tumor. De

reactie van Mantoux was negatief. Ascitespunctie leverde heldergeel vocht met licht verhoogd LDH- en hoog eiwitgehalte en veel ontstekingscellen (met name lymfocytair elementen) zonder aanwijzingen voor een kwaadaardige aandoening. De banale kweek van ascites was negatief; Ziehl-Neelsenpreparaat en Löwenstein-kweek werden helaas niet verricht. Toch beducht op een klein ovariumcarcinoom, werd een laparoscopie verricht, waarbij het beeld werd gezien van een carcinomatosis peritonei, overigens zonder zichtbare afwijkingen aan de ovaria. Biopten van enkele voor metastasen verdachte plekken toonden tot onze verrassing en opluchting fibreus en vetweefsel met talrijke epitheloïdceltuberkels met reuzencellen, deels van het Langhans-type. Het Ziehl-Neelsen-preparaat ervan bleek een negatief resultaat op te leveren. Behandeling met isoniazide (INH), rifampicine en pyrazinamide leidde spoedig tot klinisch herstel; alle verhoogde uitslagen waren normaal geworden, afgezien van alkalisch fosfatasegehalte (bij galstenen). Achteraf bleek dat in het preparaat van de uterusextirpatie het jaar tevoren in het myometrium een conglomeraat van epitheloïdceltuberkeltjes met meerkernige reuzencellen was aangetroffen, ongetwijfeld de bron van deze peritoneale tuberculose.

Kortom, niet alleen bij jonge mannen van vreemde origine, maar ook bij hoogbejaarde Nederlandse vrouwen kunnen pijn in de buik en nachtelijk zweten berusten op een peritonitis tuberculosa. Waren wij alerter geweest, dan hadden we patiënte wellicht de laparoscopie kunnen besparen.

Oldenzaal, juli 1985

A.H.O.D. OVINK
E. VAN ROON

De ingezonden brief van de collegae Ovink en Van Roon toont eens te meer aan dat tuberculose altijd in de differentiaaldiagnose van buikpijn thuishoort. Ook bij deze patiënte was er behalve de buikpijn een aantal tekenen die de diagnose kunnen doen vermoeden: het transpireren, de topafwijkingen en vooral de samenstelling van de ascites: met name de lymfocytair elementen. Gezien de oude afwijkingen lijkt de oorsprong van de tuberkelbacillen in dit geval niet ter discussie. Omdat de incidentie van tuberculose in ontwikkelingslanden groter is, zal peritonitis tuberculosa waarschijnlijk vaker voorkomen bij migranten uit deze gebieden.

Rotterdam, juli 1985

L. MEERMAN
R. SLINGERLAND

BOEKAANKONDIGINGEN

W. MENG, G. KNAPPE en J. DABELS, *Klinische Endocrinologie*. 420 bl., fig., tabellen. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1985. Prijs: geb. M. 95,-.

Deze monografie geeft een door zijn beknoptheid overzichtelijk beeld van de klinische endocrinologie. Diabetes mellitus wordt niet besproken; de fertiliteitsproblematiek wel. Ook de aandoeningen waarbij endocrien actieve polypeptiden een rol spelen, die aanvankelijk vooral in het darmkanaal werden aangetroffen, krijgen de aandacht.

Duidelijke schema's en fraaie afbeeldingen van ziektebeelden maken het geheel gemakkelijk leesbaar. Het tabellarische overzicht van functietests bevat veel nuttige

gegevens. Het boek is bruikbaar voor studenten en artsen die behoefte hebben aan snelle oriëntatie in een klinisch-endocrinologisch probleem.

H. DOORENBOS

Appropriate technology. Articles published in the British Medical Journal. 73 bl., fig., tabellen. British Medical Association, Londen 1985. Prijs: ingen. £ 5,-.

C. JANZING en J. LANSSEN, *Milieutherapie*. Het arrangement van de klinisch-therapeutische zorg. 148 bl., fig. Van Gorcum, Assen 1985. Prijs: ingen. f 25,-.