

Furunkels en furunculose*

DOOR L. MEIJER, HUISARTS TE ZWARTSLUIS

Steenpuisten zou men kunnen rubriceren onder wat *Groen* heeft geschetst als de „interessante geneeskunde van de kleine ongemakken; ongemakken, die de huisarts bij massa's ziet, waar allerlei vraagstellingen uit te halen zijn, die niet alleen interessant, doch van groot praktisch belang kunnen zijn". Zo kan de vraag opkomen waarom men in de dagelijkse praktijk zo veel furunkels ziet en of dit zou kunnen worden toegeschreven aan een rol, die hygiëne, voeding, familiale dispositie en natuurlijk diabetes daarbij kan spelen; en ook de vraag, of dit verband zo essentieel is als ons op de collegebanken werd voorghouden.

Twee patiënten, wier ziektegeschiedenis hier aanstonds zal volgen, gaven mij aanleiding meer kennis over dit onderwerp te vergaren. Bij *Carol* vond ik de furunkel beschreven onder het hoofdstuk pyodermie: de furunkel wordt veroorzaakt door pyogene stafylokokken. De lokalisatie aan de uitmonding van de haarfollikel verklaart de neiging tot dieptegroei en centraal ontstaat nekrose. *Carol* waarschuwt tegen uitdrukken, tengevolge waarvan, door verspreiding, in de omgeving nieuwe infectie kan volgen. Ook vestigt hij er de aandacht op dat rekening moet worden gehouden met diabetes.

Doch thans eerst de ziektegeschiedenissen van mijn patiënten:

Patiënt I is een jonge, getrouwde man, brandstoffenhandelaar van beroep, die negen jaar geleden aan furunkels ging lijden en toen penicilline kreeg. In 1956 en 1957 heeft hij tweemaal penicilline gehad. In juli 1956 ontwikkelde zich een furunkel in de nek; daarop volgden achter elkaar nieuwe furunkels tot een aan de linker middelvinger in november 1957 de laatste bleek te zijn. De aandoening bleek in zijn familie niet voor te komen; evenmin werd daar diabetes aangetroffen.

In juni 1957 verwees ik deze betrekkelijk onverschillige man, die ongeregeld bij mij kwam — en van wie worde aangetekend, dat hij door zijn beroep niet met olie in aanraking kwam — naar de dermatoloog. Deze adviseerde stafylokokken-toxoid. Patiënt kreeg zeven injecties, wekelijks één subcutaan, met opklimmende doses, de laatste injectie in augustus 1957.

Sindsdien gaat het patiënt goed. Ik onderzocht verschillende keren de urine op suiker, het resultaat was steeds negatief. De bloedsuikercurve, die was gemaakt, leverde niets op. De furunkels van deze patiënt waren tweemaal daags verbonden met diachylon. Patiënt waste zich geregeld met G 11 zeep, gebruikte bakkersgist — zonder duidelijk resultaat — nam sodabaden en gebruikte bloem van zwavel met water en jagerskruid: één theelepel per dag. Hij had, volgens zijn zeggen, nimmer varkensvlees gegeten en nuttigde weinig fruit, hoewel men hem had aangeraden veertien dagen fruit te eten, hetgeen hem van zijn kwaal zou verlossen. Het furunkelrisico werd uitgesloten toen hij wilde overgaan tot het sluiten van een betere ziekteverzekering.

Patiënt II was een jonge, ongetrouwde vrouw, bij wie ik in

februari 1956 werd ontboden en die een enorme furunkel bleek te hebben op het rechter labium major. Patiënte kreeg penicilline en verder lokaal diachylon. In april verwees ik haar naar de dermatoloog voor toxoid-injecties. Ook werd een bloedsuikercurve gemaakt. De curve van patiënte, wier moeder lichte diabetes had, bleek niet geheel normaal en zij kreeg een eenvoudig dieet voorgeschreven. De in augustus gemaakte dagcurve bleek normaal te zijn.

In september daarop volgend, toen patiënte, die zeide geregeld furunkels aan bovenbenen en billen te hebben gehad, van vakantie was teruggekeerd, begon het opnieuw en volgde de eerste opname. De internist constateerde een normale bloedsuikercurve en achtte het waarschijnlijk dat de glucosurie het gevolg was van de infectie. Besloten werd, dat zij voorlopig niet te veel suiker zou moeten eten.

In het voorjaar van 1957 ging alles goed; toen zij in de herfst van vakantie uit het zuiden terugkeerde, begonnen echter wederom furunkels haar te kwellen, in die mate, dat zij haar woonplaats niet bereikte en ziek kwam te liggen bij familie, die zij na terugkeer binnen onze grenzen, het eerst had weten te bereiken. Zij ging kruiden drinken, kwam enkele weken later terug in haar woonplaats, ondervond opnieuw hinder van opkomende furunkels en vroeg Stannoxyl te mogen gaan gebruiken. In november volgde de tweede opname. De internist kon wederom geen aanwijzingen vinden voor een diabetes mellitus. Zij kon naar huis terugkeren zonder furunkels. Het eiwitpectrum was normaal, geen aggamaglobulinemie. De kweek van de pus toonde matige gevoeligheid van stafylokokken aan voor penicilline, groter gevoeligheid voor achromycine en aureomycine. Na een penicillinekuur werden achromycine en aureomycine toegediend met tussenpozen van veertien dagen, teneinde de darmflora niet te veel te beschadigen. Daar tussen door nog een kuur met Propidon, een Frans stafylokokken-toxoid, dat, met korte tussenpozen gegeven, een felle koortsreactie ontlokt.

Patiënte heeft tegen einde december 1957 haar laatste furunkel gehad, is nadien 5 kg aangekomen, eet weer alles, uitgezonderd varkensvlees.

Ten aanzien van patiënt I bestaat het vermoeden dat zijn beroep aanleiding kan geven tot het ontstaan van furunkels, hoewel furunkels ook bij beoefenaren van andere beroepen voorkomen; de indruk is, dat deze man baat heeft gevonden bij toxoid-injecties. Wat patiënte II betreft mag worden aangenomen dat Propidon goed werk kan hebben gedaan.

Beide patiënten heb ik niet meer teruggezien met furunkels en er zou dus van een genezing, na een periode van eruptie, kunnen worden gesproken. Ook wratten verschijnen in erupties en verdwijnen wel zonder dat men er iets aan doet; dit wordt vooral waargenomen bij kinderen, bij wie men overigens weinig furunkels aantreft.

Het is eigenlijk wel merkwaardig dat er weinig literatuur over dit onderwerp is te vinden. In de *Archives of Dermatology* is gedurende de laatste negen jaar geen enkel artikel over furunculose verschenen; in de laatste elf jaargangen van *Hautarzt* kan men slechts een enkel kort artikeltje daarover aantreffen en daarin wordt aanbevolen met een puntig houten staafje, gedoopt in fenol liquefactum, de abcesholte

* Naar een voordracht gehouden voor het centrum Zwolle van het N.H.G.

aan te boren en die, na ontlasting, te sluiten met een plombe, bestaande uit sulfathiazol en urea pura. Deze methode zou in het beginstadium weinig pijnlijk zijn en tot goede resultaten leiden.

Ook in Nederlandse tijdschriften is er over furunculose weinig geschreven en het verband tussen furunculose en voeding schijnt door niemand te worden gezocht. *Bekius* beschrijft drie patiënten, die furunculose kregen tengevolge van geregeld contact met smeerolie en in een klinische les waarschuwt *Mulder* de huisarts op zijn hoede te zijn voor influenza in een gezin, waarvan een of meer leden furunkels hebben. De huisarts zou verstandig doen in een dergelijk geval het gezin bij een naderende epidemie tegen influenza te vaccineren en indien influenza optreedt wordt aanbevolen hoge doses penicilline te geven, bijvoorbeeld twee miljoen eenheden per dag, om een stafylokokken superinfectie van luchtwegen en longen te voorkomen.

Er is verband tussen afwijkingen van de longen en furunkels (onder andere *Meeuwissen* en *Schasfoort*). In dit verband zou ik willen wijzen op mijn bevinding, dat overal in de literatuur vooral bij uitgeputte en verzwakte mensen sprake is van furunculose, evenals bij reconvalescenten van een ernstige ziekte, zodat het aanbeveling kan verdienen van deze patiënten het hemoglobinegehalte te bepalen, daar anemie immers dikwijls voor komt.

Van Engelse zijde wordt aangedrongen op inspectie van de mond, van de neus en van de keelholte, steeds wanneer een huidinfectie aanwezig is (*Anning* en ook *Valentine*). De bacteriepopulatie op de huid blijft wekenlang overvloedig, ook nadat de furunkel is genezen; derhalve verdient het aanbeveling hygiënische maatregelen langdurig voort te zetten. Dit geldt vooral ten opzichte van de neus, doch het is moeilijk te beantwoorden in hoeverre men de neus kan reinigen.

Het is mij in de praktijk enkele malen opgevallen dat verschillende leden van één gezin kort na elkaar om raad kwamen vragen voor furunkels. Denkende aan een haardinfectie inspecteerde ik de tonsillen der kinderen. Na verwijdering van gezwollen en ontstoken amandelen verdwenen de furunkels en bleven nieuwe gevallen achterwege.

Te noemen is ook een onderzoek van *Ruys* en medewerkers over de epidemiologie van furunculose bij mijnwerkers. Bij mijnwerkers komt furunculose meer voor dan gemiddeld bij de gehele bevolking. Vraag kan zijn of de oorzaak daarvan moet worden gezocht in verminderde weerstand van de huid.

Van Duitse kant wordt rust als een belangrijk therapeutisch gezien; zonder rust ontstaat versleping langs lymfe- en bloedbaan. *Demmer*, die dit zo ziet, voorspelt een slecht verloop van furunkels bij lokalisatie op bijzonder „beweeglijke” plaatsen in de nabijheid van gewrichten, oksel, nek, gelaat (mimische musculatuur). Hij adviseert rust, net als bij een fractuurgenezing, ergo de dichtstbijzijnde gewrichten daarbij betrekken. Evenals elders in de literatuur waarschuwt ook *Demmer* tegen het uitdrukken van steenpuisten.

Wat de voeding betreft, men geeft, zoals men doet bij elke infectieziekte teneinde de weerstand te verhogen, vitamine C. *Van Putte*, schrijvende over pyodermiebehandeling en stafylokokkeninfecties, acht 500 tot 1.000 g fruit per dag zeer belangrijk. *Prakken* zegt, dat geringe veranderingen in de koolhydraatstofwisseling zonder glucosurie, huidinfecties zouden bevorderen dan wel de genezing daarvan belemmeren. Vinden, zo zou men dan willen vragen, microorganismen door een verhoogd glucosegehalte en andere weefselveranderingen betere groeivoorwaarden? Lijkt het raadzaam het gebruik van koolhydraten te verminderen en tot in hoeverre?

In het prachtige boek, dat hij over huidziekten heeft geschreven, adviseert *Degos* naast beperking van koolhydraten voor furunculosepatiënten dagelijks en gedurende twee maanden aan deze patiënten een hoge dosis vitamine F per os te geven.

Zoekende naar gegevens over arbeidsverzuim in verband met het recidiverende karakter van furunkels, vond ik overal ziekten van de ademhalingswegen als voornaamste categorie genoemd. Dermatosen nemen een gering aandeel als oorzaken van het gemiddelde arbeidsverzuim; een deel van het verzuim komt bij de dermatosen ten laste van „repeaters”! (*Forssman* en ook *Fortuin*).

Een dermatoloog vertelde mij van zijn laatste 25 furunculosepatiënten steeds bloedsuikercurven te hebben gemaakt en slechts in één geval met positief resultaat, waarbij nog kwam dat dit geval zo duidelijk was dat de diagnose welhaast a vue kon worden gesteld. *Prakken* heeft aangeraden bij alle hardnekkige pyodermieën de urine op suiker te onderzoeken en in bepaalde gevallen na suikerbelasting ook een bloedsuikercurve te maken, omdat diabetesbehandeling zodoende pyodermie tot genezing zou kunnen brengen.

In het geheel aan „Les complications du diabète sucré” gewijde februarinummer 1957 van *La revue* du praticien hebben *Uhry* en *Duizend* een hoofdstuk geschreven — Les complications cutanées du diabète — waarin zij vertellen, dat het vroeg optreden van huidaandoeningen vaak tot de ontdekking van diabetes leidt. Bij diabetes staan huidaandoeningen als complicatie op de derde plaats. Als belangrijkste complicatie noemen deze auteurs afwijkingen aan bloedvaten en ogen. In de tweede plaats stellen zij longtuberculose en daarna volgen huidaandoeningen als complicatie op de derde plaats. Het is bekend, dat steenpuisten in het gelaat bijzonder berucht zijn, anders gezegd, dat men voor steenpuisten in het gelaat bijzonder beducht moet zijn en daarom wekt het geen verwondering dat *Uhry* en *Duizend* de nadruk leggen op een prima verzorging van de huid en dat zij grote zorg vragen voor het steriliseren van de insulinespuiten.

Voor de therapie, hier en daar reeds aangeduid, kan worden verwezen naar het boek van *Degos*. Deze schrijft dat bestraling en toediening van penicilline basistherapie van de furunkel is; bestraling be-

vordert rijping en verkleint het litteken. Hierbij kan dezerzijds dan nog worden opgemerkt, dat antibiotica een recidief niet kunnen voorkomen. Bij een carbunkel is penicilline niet in staat het necrotisch proces tot stilstand te brengen, dus daarbij is chirurgische therapie op zijn plaats.

Furunculose is enige malen onderwerp geweest voor de rubriek *Vraag en Antwoord* in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, hetgeen enigermate typerend kan worden geacht: een steenpuist is een voor de patiënt even lastige als voor de arts moeilijke zaak.

Volledigheidshalve moge ook nog de autohemotherapie worden genoemd: 10 ml eigen bloed uit de armvene in de bilspier inspuiten, bijvoorbeeld om de twee dagen, in totaal 10 tot 15 keer. Het is een poging tot „desensibilisatie”, waarmee wellicht in een enkel geval resultaat te bereiken is.

Rienks breekt een lans voor de galvanocauterbehandeling, welke pijnlijk is en mogelijk lijkt bij beginnende furunkels. Als voordelen noemt hij de kans, dat het infiltraat kan worden geresorbeerd voordat abscesvorming optreedt; men opent geen lymfebanen en gedode en achtegebleven bacteriën werken als een autovaccin. Van Putte, wiens positief gestelde artikel vermoedelijk veel lezers zal hebben gevonden, noemt de handen de grootste bron van infectie en adviseert, behalve wassen met gewone huishoudzeep, een behandeling met CuSO_4 oplossing 1/500. Hij raadt aan geregeld handdoeken en zakdoeken te wisselen en besmette neuzen te behandelen met CuSO_4 oplossing met een watje op een staafje. Ook een Desogenoplossing, twee theelepels op een liter water, kan hier van dienst zijn. In verband met het resistentievraagstuk schrijft Van Putte, mijns inziens terecht, dat men voorzichtig moet zijn met antibiotica. Het is foutief alleen inwendig te behandelen zonder uitwendige maatregelen, want zo kweekt men resistentiestammen.

Dit brengt mij in herinnering in een voordracht te hebben vernomen dat in de meeste ziekenhuizen een pathogene penicillineresistente stafylokokkus circuleert. De meeste opgenomen patiënten, doch ook de verpleegsters, artsen, bezoekers, ook de bezoekers van de polikliniek, worden er mee besmet; de ontslagen patiënten brengen deze „huiskokken” mee naar hun woning en besmetten hun huisgenoten. Door faagtypering zijn deze kokken te onderscheiden. Bij ontslagen patiënten kan penicilline na één jaar weer zijn werk doen, hetgeen hierdoor is te verklaren dat de niet resistente populatie sneller groeit dan de resistente, met andere woorden, er heeft een voortdurende verschuiving van de flora plaats. Aan te nemen is wel, dat penicilline in de huispraktijk in Nederland zijn werk nog wel kan doen, doch voorzichtigheid lijkt geboden.

Een stafylokokkentoxoidkuur van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te Utrecht bestaat uit zeven wekelijkse, subcutane inspuitingen. Men kan onverdund inspuiten, beginnend met 0,10 ml en opklimmen tot $\pm 1,2$ ml is gegeven. Het kan twee dagen koorts en een pijnlijke arm veroorzaken; in dat

geval moet worden teruggedaan tot de helft van 0,10 ml, om vervolgens weer te gaan stijgen. Met Propidon moet na drie inspuitingen van 4 ml om de drie dagen resultaat zijn bereikt; tengevolge van de toediening kan, als reeds gezegd, hoge temperatuur optreden.

Van stafylokokkenvaccin is meestal een groot aantal inspuitingen nodig. Men begint met een lage doses, 10 of 20 miljoen kiemen, subcutaan ingespoten met tussentijden van vier tot zeven dagen. Autovaccin verdient de voorkeur boven stockvaccin, vooral wanneer het therapeutisch wordt toegepast.

Er moge nog op worden gewezen dat diachylonzalf vergiftig is en niet met zwavel kan worden gecombineerd; dit leidt namelijk tot een onwerkzame lood-sulfideverbinding.

Komt een patiënt raad vragen voor zijn steenpuisten, dan zou men dus indachtig moeten zijn aan deze algemene punten, dat men goed doet de huid, die geïnfecteerd is met stafylokokken, schoon en droog te houden, geen vochtige verbanden te gebruiken en dat zwachtelverband de voorkeur verdient boven pleisters. Men denke er aan dat de neus bron van besmetting kan zijn, doch verwaarloos niet de handen (zakdoeken, handdoeken, nagels steeds schoon!). En vooral: men drukke een furunkel niet uit.

Rust is goed. Beweging vergroot de kans op infectie. Ruim gebruik van vitamine C is aan te bevelen. Het gebruik van koolhydraten worde beperkt. Men vergeete niet bij furunculosepatiënten het hemoglobinegehalte te bepalen. De urine worde gecontroleerd op glucose, het vervaardigen van een bloed-suikercurve is, ook al is de kans op positieve uitkomsten gering, niettemin aan te raden. Penicilline is een voortreffelijk geneesmiddel, ook al voorkomt het een recidief niet. Bestraling met infrarood (straalkachel!) lijkt nuttig. Toxoidinjecties geven bij furunculose dikwijls uitstekende resultaten.

Tenslotte moge ik nog aantekenen, dat met het bovenstaande is getracht het furunkelprobleem te benaderen. Opgelost is het nog geenszins.

Februari 1960.

- Anning, S. T. (1953) *Brit. med. J.* I, 721.
Bekius, H. J. (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 1234.
Carol, W. L. L. (1948) *Leerboek der huidziekten*. Scheltema en Holkema's Uitgeversmij n.v., Amsterdam.
Groen, J. (1958) *huisarts en wetenschap*, 1, 131.
Degos, R. (1956) *Dermatologie*. Flammarion. Paris.
Demmer, F. (1952) *Münch. med. Wschr.* 94, 7, 59 en 103.
Forssman, S. (1955) *Bull. Wld Hlth Org.* Vol. 13, 505.
Fortuin, G. J. (1955) *Bull. Wld Hlth Org.* Vol. 13, 513.
Meeuwissen, F. J. J. H. en G. B. A. Schasfoort (1946) *Ned. T. Geneesk.* 90, 807.
Mulder, J. (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 2106.
Niemand-Anderssen, I. (1957) *Hautarzt* 8, 278.
Prakken, J. R. (1954) *Ned. T. Geneesk.* 98, 1512.
Putte, P. J. van (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 2117.
Rubriek *Vraag en antwoord*:
(1948) *Ned. T. Geneesk.* 92, 929.
(1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 1095.
(1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1161.
(1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1759.
Ruys, A. Ch. e.a. (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 806.
Uhry, P. en M. Duizend (1957) *Rev. Prat.* 7, 471.
Valentine, F. C. (1952) *Lancet* II, 351.