

een rol te kunnen spelen. Tevens kan daarbij blijken welke afhankelijkheidsstructuur zich binnen de achtergrondinformatie aftekent.

Na de bovenstaande beschouwing kan men zich afvragen wat in de praktijk van onze ambitieuze plannen zal terecht komen. Het is redelijk deze vraag te stellen, tenzij men slechts een „stoplap” presenteert waarmee men de noodzaak wil ontlopen om zich intensief en kritisch bezig te houden met het zoeken naar een eigen referentiekader.

Wanneer onze grotendeels „voor-wetenschappelijke” vermoedens over de relevantie van de interveniërende variabelen en van het denkmodel ook maar ten dele worden bevestigd, is reeds veel bereikt. Wanneer dat niet in voldoende mate het geval zou zijn, worden wij nog eens te meer geconfronteerd met het feit, dat de huisartsgeneeskunde als zelfstandige, omschreven, aan anderen overdraagbare tak van wetenschap nog steeds in statu nascendi is.

## NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

### *Drie patiënten met febris typhoidea*

DOOR H. G. WAISFISZ, HUISARTS TE RIDDERKERK

Hoewel op zichzelf febris typhoidea in deze eeuw der antibiotica geen ziekte met schokkende gevolgen meer is, valt uit de ervaringen met deze drie patiënten wel een en ander te concluderen.

In het najaar van 1966 werd de toen 20-jarige man D. B. acuut ziek, na enkele dagen van een vaag onwel zijn te hebben doorgemaakt. Hij had maar één klacht, een heftige hoofdpijn door het gehele hoofd. Bij onderzoek zag hij er ziek uit, hij transpireerde sterk. Het algemene onderzoek bracht geen afwijkingen aan het licht. De temperatuur bedroeg 40,4 graden Celsius, de frequentie van de pols bedroeg 90 slagen per minuut, er bestond een dicrotie. Op grond van de relatieve bradycardie en dicrotie werd de diagnose tyfus overwogen. Verder onderzoek bestond die dag uit het opsturen van faeces voor een kweek (streeklaboratorium Rotterdam), het bepalen van de bezinkingssnelheid der erythrocyten, het tellen van het aantal leukocyten en verder uit het onderzoek van de bloeduitstrijk en van de urine. Helaas zijn de uitslagen van deze bepalingen verloren gegaan. Men moet van mij aannemen dat de bezinkingssnelheid der erythrocyten normaal was en dat er een leukopenie bestond met een matig overwogen van de neutrofielen. Terstond na dit onderzoek werd dezelfde dag nog overgegaan op orale chloramfenicol-behandeling, daar de uitslag van de kweek nog wel een week zou duren. De patiënt genas snel en voorspoedig. Na een week kwam de bevestiging van de klinisch gestelde diagnose: Salmonella typhosa.

Het probleem van de besmettingshaard kon ook snel worden opgelost. Het kweken van de faeces van de verdere familie, bestaande uit de ouders, leerde dat de vader positief reageerde. Hij was nooit ziek geweest en er moest worden aangenomen dat een vroegere besmetting subklinisch was overwonnen, waarna hij bacillendrager was gebleven. De gemeentelijke en provinciale autoriteiten werden

*Samenvatting.* De ziektegeschiedenissen van drie patiënten met febris typhoidea worden beschreven. Naar aanleiding van de gevolgde behandeling zijn bepaalde conclusies getrokken ten aanzien van de huisarts-patiënt-relatie.

ingelicht. Aan de vader werd een nader onderzoek aangeboden en een galblaasoperatie werd in het vooruitzicht gesteld. Hij weigerde, waarop met een chloramfenicol-kuur werd begonnen. Hiermede werd het gezin, dat tot de praktijkkring van mijn associé behoorde, weer aan deze collega overgedragen en ik verloor hen uit mijn gezichtsveld.

Eind april 1968 werd de 47-jarige moeder van dit gezin acuut ziek, na enkele dagen van een vaag onwel zijn te hebben doorgemaakt. Zij klaagde over heftige hoofdpijn, vooral in de nek. Bij onderzoek van deze, een matig zieke indruk makende, zeer adipeuze vrouw, was de enige bevinding een meningeale prikkeling en een temperatuur van 39,5 graden Celsius. Als diagnose werd een beginnende meningitis overwogen, op bacteriële of virale basis. Aan het ziekbed werd begonnen met ampicilline intramusculair; deze therapie werd vervolgens oraal voortgezet. Helaas zat er een weekeinde tussen, zodat nader completerend onderzoek pas na twee dagen door de assistente werd verricht. De bezinkingssnelheid der erythrocyten bedroeg 4 tot 8 mm, het aantal leukocyten 3 200, de verdeling: 30 lymfocyten en 70 neutrofielen met een lichte linksverschuiving. Algeheel urine-onderzoek bleek negatief te zijn. De diagnose moest dus worden herzien. Nader onderzoek: reactie van Paul-Bunnell negatief, S.G.P.T. 10 E. Na vijf dagen was de koorts inmiddels gedaald tot 38 graden Celsius, de hoofdpijn was verdwenen. Wel kreeg de patiënte

een exantheem met sterke jeuk op de ampicilline. De leukopenie bleef aanwezig met overheersing van de neutrofielen.

In een flits herinnerde ik mij reeds eerder in dit gezin de zoon te hebben behandeld, twee jaar geleden. Het kon dus tyfus zijn! Faeces werd ingestuurd, om te kweken, de patiënte ging over op chloramfenicol. Na vijf dagen kreeg zij ook hierop een jeukend exantheem, waarop de medicatie werd gestaakt. De koorts was gedaald tot subfebrile waarden en patiënte werd gemobiliseerd. Innerlijk thans zeker van de diagnose besloot ik een week te wachten. In die week werd nogmaals, thans een tyfusblok ingestuurd. Aan het einde van de derde ziekte-week liep de temperatuur weer op tot 39 graden Celsius, patiënte voelde zich zeer ziek en slap.

Inmiddels werd ook de familie weer onderzocht. De vader bleek nog steeds positief te reageren. Hierop werd een resistentiebepaling aangevraagd van deze salmonellae. Van patiënte kon uit de laatste kweek thans de diagnose worden bevestigd. Uit de resistentiebepaling bleek dat naast ampicilline en chloramfenicol ook tetracycline en nitrofurantoïne in vitro werkzaam waren.

Op mijn verzoek werd patiënte thans opgenomen, mede op aandringen van de familie, om de nieuw in te stellen therapie klinisch aan te vangen. Zij is aldaar met tetracycline intraveneus en nitrofurantoïne behandeld. Hierop volgde een voorspoedige genezing.

De 56-jarige vader van dit gezin, overigens kerngezond, onder de indruk gekomen van al dit onheil, stelde zich thans wel onder behandeling van de internist. Bij galblaasonderzoek bleek een pathologische galblaas te bestaan. De diagnose werd gesteld op cholecystitis calculosa. Met duodenumsondage werd B-gal verkregen, waaruit Salmonella typhosa kon worden gekweekt. De galblaas werd verwijderd, patiënt herstelde voorspoedig. Alle kweken blijven thans negatief.

*Beschouwingen.* Wanneer men tegenwoordig wil spreken van huisartsgeneeskunde, een kreet zonder inhoud waarvan ik een tegenstander ben, dan is een typisch trekje ervan dat de huisarts in de meeste gevallen de therapie direct laat aansluiten op zijn conclusies aan het ziekbed. De patiënten verwachten dit van hem, in tegenstelling tot de patiënten in de kliniek, waar een onderzoeksperiode veelal geduldig wordt verdragen. In de meeste gevallen is de huisarts ook in medische zin tot een dergelijke directe therapie gerechtigd. Door ook hier deze methodiek te volgen, werd bij de eerste patiënt een snelle genezing bereikt. Bij de tweede patiënte werd een en ander echter de oorzaak van grote moeilijkheden, omdat de toegediende ampicilline het kweken (faeces) onmogelijk maakte

waardoor de bevestiging van de diagnose werd uitgesteld.

Tot hospitalisatie werd overgegaan om de twee redenen waarbij de huisartsgeneeskunde zich van de specialismen dreigt af te grenzen. De patiënt verwacht van een koortsende ziekte dat slechts een beperkte tijdsduur zal verlopen tussen begin en einde. Blijkt de ziekte niet de gunstige wending te nemen welke men verwacht, dan wordt de huisarts als autoriteit gewantrouwd en weegt het laatste woord van de specialist zwaarder. Hier vindt dus een duidelijke verschuiving plaats. Het feit dat een allergie bestond voor de reeds gebruikte geneesmiddelen, dat patiënte reeds drie weken ziek was en dat het resultaat van de nieuwe therapie maar moest worden afgewacht – het resultaat in vitro staat nog steeds niet gelijk aan het resultaat in vivo – brachten mij tot het besluit de behandeling klinisch voort te zetten, aangezien het gezin onrustig en ongerust begon te worden.

Helaas bleek na opneming dat patiënte een week op de therapie moest wachten, daar het gehele onderzoek werd herhaald. Dit was onnodig, aangezien de diagnose reeds vaststond en de therapiewegen reeds waren uitgestippeld. Hier bestond dus een stoornis tussen de specialist-huisarts-relatie, waarbij eigen – specialistisch – onderzoek onnodig hoger werd gewaardeerd!

Ook het associatieve karakter van de praktijkvoering heeft in dit geval ongunstig gewerkt. Doordat slechts incidenteel bijstand door mij in dit gezin werd verleend, kende ik „m'n pappenheimers” niet, waardoor het verband tussen de ziekte van de zoon en die van de moeder te laat werd gelegd. Tevens is de vader door mij niet verder vervolgd, zodat het feit dat hij nog steeds bacillendragers was, mij wel moest ontgaan. De conclusie is dan ook, dat elke associatieve praktijkvoering in de curatieve sector zeer intensief dient te worden geïntegreerd of dat deze moet worden beperkt tot incidentele bijstand en vakantiewaarneming. Elke tussenvorm kan voor de patiënt schade betekenen.

Een kunstfout zou mij kunnen worden aangerekend op het moment dat de vader zich weigerde te laten opereren. De onmiddellijke omgeving had op dat moment kunnen worden gevaccineerd. De moeder van dit gezin was dan veel onheil bespaard gebleven. De vader – en dit als troost – had zich dan echter nimmer laten behandelen, hetgeen nu wel is geschied.

Uit deze ziektegeschiedenissen blijkt, dat men alles tot een goed einde kan brengen, dat het ook de huisarts is gegeven een nader uitgebreid onderzoek te laten verrichten met behulp van de tot zijn beschikking staande laboratoria, maar dat enige terughouding met betrekking tot onmiddellijke therapie vaak zinvol kan zijn.