

auteurs schrijven immers: „That a similar ischaemia is found in the chronic hypertensive suggests that placental ischaemia is the result, and not cause, of hypertension, though we can postulate an exacerbation of a preexisting hypertension by placental ischaemia as an additional mechanism, which would account for the known tendency of the chronic hypertensive to develop a superimposed pre-eclampsia”.

4e. Dat door middel van „benzeen-water partition” een scheiding in mineralo- en glyco-corticoïden zou worden verkregen, is zeker niet exact.

5e. Dat MASTBOOM³ als nieuw element in zijn constructie het anti-diuretische hormoon (ADH) inschakelt (overigens zonder de aanleiding hiertoe te vermelden) dient te worden toegejuicht. Dat aan het ADH eigenschappen worden toegeschreven en onthouden die niet in overeenstemming zijn met nieuwere gegevens, kan wellicht zijn verklaring vinden in het feit dat als uitsluitende bron door hem opgegeven wordt „een ongepubliceerde studie van E. DEKKER”.

6e. Dat MASTBOOM de voor zijn betoog toch uitermate belangrijke proeven waarbij DOC in hoge doses aan zwangeren met en zonder toxicose werden toegediend (zonder dat deze hiervan enige invloed ondergingen) niet vermeldt, schaadt de objectiviteit van zijn betoog. Zeker waar deze proeven zijn verricht door iemand die MASTBOOM¹ op een andere plaats „niemand minder dan DIECKMANN⁶” noemt.

MASTBOOM¹ meent zijn veronderstellingen het best te kunnen aanduiden door de term „voorzichtige suggesties”. Ter wille van een objectief oordeel moge ik in dit verband een passage uit een artikel afkomstig uit het laboratorium van I. H. PAGE⁷ vermelden waarin, ten aanzien van „relationships of DCA-like factors and toxemia of pregnancy”, wordt gezegd (mede naar aanleiding van MASTBOOM's artikel): „As just indicated, this relationship has received more arguments from analogy and speculation than it has from experiments. The evidences which might suggest participation of DCA-like factors of adrenal or even placental origin are wholly indirect, with the possible exception that toxemic women excrete increased amounts of biologically active salt-retaining urinary corticoids”.

Literatuur: ¹J. L. MASTBOOM (1953) *N.T.v.G.* **97**, 1729. ²O. HECHTER c.s. (1951) *Recent Progr. Hormone Res.* **6**, 215. ³J. L. MASTBOOM (1953) *N.T.v.G.* **97**, 1250. ⁴E. VENNING (1951) *Recent Progr. Hormone Res.* **7**, 502. ⁵J. C. MCCLURE, BROWNE en N. VEALL (1953) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.* **60**, 141. ⁶W. J. DIECKMAN (1952) *The toxemias of pregnancy*. The MOSBY Comp., St. Louis. ⁷G. M. C. M. MASSON, L. A. LEWIS, A. C. CORCORAN en I. H. PAGE (1953) *J. clin. Endocrin. Metab.* **13**, 300.

Utrecht, 28 Juni 1953

L. A. M. STOLTE

Ten einde belangstellenden in het eclampsievraagstuk in de gelegenheid te stellen na te gaan of bovenstaande bedenkingen van STOLTE steekhoudend zijn, vestig ik de aandacht op een kortgeleden verschenen mededeling (*Ned. T. v. Verlosk.* **53**, 85, 1953) waarin deze en andere tegenwerpingen van STOLTE aan een nauwkeurig onderzoek worden onderworpen.

Amsterdam, 12 Juli 1953

J. L. MASTBOOM

(Discussie gesloten. REDACTIE)

BLENNORRHOEA NEONATORUM

Met de beantwoording van vraag 35 in het nummer van 6 Juni j.l.¹ ben ik het niet geheel eens.

De prophylactische behandeling van blennorrhoe wordt nog altijd beheerst door angst; een angst die goed te begrijpen valt als wij de blinden-statistieken van ongeveer 70 jaren geleden bekijken, waarin een belangrijk aantal gevallen van blindheid ten gevolge van blennorrhoe voorkomt (Nederlandse statistiek 1889/90: 5,8 pCt).

Maar de toestand is wat gonorrhoe betreft wel zeer gunstig veranderd. In de tijd van CREDÉ kon men van een volksziekte spreken, thans is blennorrhoe zeer zeldzaam geworden. Bovendien is de therapie sterk vooruitgegaan.

Mijns inziens is de kans op blennorrhoe niet groter dan 1 op 1000 geboorten. De vraag is nu: Moeten wij 1000 pasgeborenen met een niet geheel onschadelijk en niet geheel afdoend middel indruppelen? (Ook CREDÉ kreeg in 1882 op 418 geboorten nog 2 blennorrhoe-gevallen, ondanks indruppelen met 2 pCt nitrargenti), om in het gunstigste geval één blennorrhoe-geval uit te schakelen, dat wij tegenwoordig in een paar dagen geheel beter hebben?

In Nederland met zijn gunstige medische verzorging is mijns inziens de nitrargenti-prophylaxe onnodig en is een iets verhoogde waakzaamheid op de 2e en 3e dag na de geboorte voldoende.

Literatuur: ¹Vraag 35, *N.T.v.G.* (1953) **97**, 1475.

Dordrecht, Juli 1953

J. A. SMIT

Ook na kennisneming van vorenstaande uiteenzetting, blijven wij van mening, dat de voordelen van het indruppelen met nitras argenti opwegen tegen zowel het nadeel van het geneesmiddel zelf als — bij niet-indruppelen — dat van een infectie met gonococci.

REDACTIE

VIRILISERENDE EIERSTOKGEZWELLEN

Het artikel van REMOUCHAMPS en GHYSBRECHT¹ en de Redactionele Kanttekening in dit *Tijdschrift*² geven mij aanleiding om een ziektegeschiedenis mede te delen:

In de Redactionele Kanttekening, die op het belang van dit artikel wijst, wordt naar voren gebracht dat de beschreven patiënte zeer waarschijnlijk leed aan polycystisch gedegeneerde eierstokken, maar dat het merkwaardig was, dat hier *slechts één eierstok veranderd* was.

In het artikel van REMOUCHAMPS en GHYSBRECHT is echter geen duidelijke beschrijving van het achtergelaten ovarium te vinden, zodat de mogelijkheid bestaat dat hierin toch wel veranderingen zijn geweest. Ik waag het deze veronderstelling te maken, omdat wij kort geleden een patiënte behandelden met het syndroom van STEIN-LEVENTHAL, waarbij de rechter eierstok zo groot als een kippenei was geworden, doch de linker zó weinig vergroot was, dat zij weinig van een normaal ovarium verschilde. Uit beide eierstokken werd een wig gesneden. Microscopisch kon de diagnose „thecosis ovarii” beiderzijds worden bevestigd.

Deze patiënte was niet zwanger; zij was 19 jaar oud, ongehuwd. Haar klacht was oligomenorrhoe. De menstruatie verscheen bij haar om de 4 tot 6 maanden. De menarche was op haar 15e jaar begonnen. Zij had een viriele beharing, vooral op armen, benen en buik.

De hormonale bepalingen waren als volgt: oestrogeen hormoon: $> 50 < 100$ E./ 24 uur; gonadotrope stof < 6 E.; 17-ketosteroiden tot 10,8 mg/24 uur; bij differentiatie volgens DINGEMANSE bleek het diagram te gelijken op dat van een man, namelijk top IV (androsteron) bedroeg 4, top V (aetiocholanolon) 3,65.

Na de operatie is patiënte normaal gaan menstrueren, de viriele beharing is echter gelijk gebleven. Er waren geen andere virilisatieverschijnselen. De hormonale bepalingen moeten nog worden herhaald.

Merkwaardig is, dat bij een onderzoek, twee maanden na de operatie, de eierstokken een normale grootte hadden, ofschoon er bij de operatie slechts een betrekkelijk kleine wig werd uitgesneden en het rechter ovarium bij het einde van de operatie nog tweemaal zo groot was als een normale eierstok. Blijkbaar is er dus eerst een stimulans tot pathologische groei van het ovarium geweest.

Na de wigexcisie is een circulus vitiosus doorbroken waarna regressie tot normale afmetingen intrad. Het is mogelijk dat een abnormale sterke productie van L.H. na en door de wigexcisie is verminderd, of dat op een andere wijze verandering is gebracht in een hormonaal evenwicht dat tot de polycystische degeneratie van de eierstokken had geleid. Het laatste is het waarschijnlijkst, omdat zoals bekend is, hirsutisme zich niet wijzigt en ook de 17-ketosteroid-diagrammen door de wigexcisie niet worden veranderd.

Uit het bovenstaande volgt dat de vergroting van de beide eierstokken bij thecosis of polycystische degeneratie van de ovaria (syndroom van STEIN-LEVENTHAL) zeer ongelijk kan zijn; dat na wigexcisie regressie van pathologische hypertrophie ontstaat; dat uit de ziektegeschiedenis van REMOUCHAMPS en GHYSBRECHT niet met zekerheid is te lezen dat de afwijking eenzijdig is geweest.

Literatuur: ¹L. REMOUCHAMPS en P. F. GHYSBRECHT (1953) *N.T.v.G.* 97, 1536. ²Ibid. bl. 1553.

Groningen, Juni 1953

B. S. TEN BERGE