

- GOLDFARB, M., M. C. THORNER en G. C. GRIFFITH (1956) *Amer. J. med. Sci.* **231**, 186.
- GUNTHER, L., R. N. BAUM, S. R. ELEK, D. JOHN en I. LEVY (1956) *Amer. Heart J.* **52**, 290.
- HAFKENSCHIEL, J. H. en A. CERLETTI (1954) *J. Pharmacol.* **110**, 23.
- HÄUSLER, H. P. en W. HÖRTNAGL (1953) *Wien. klin. Wschr.* **65**, 473.
- HEINRICH, K. en L. DELIUS (1954) *Ther. d. Gegenw.* **93**, 173.
- HOBURG, H. (1956) *Münch. med. Wschr.* **98**, 199.
- KAZMEIER, F., H. LOHSE en W. SCHILD (1956) *Ärztl. Wschr.* **11**, 233.
- LASCH, F. en K. THEINL (1955) *Wien. klin. Wschr.* **67**, 258.
- LEUSEN, I., G. DEMEESTER en J. DE WITTE (1955) *Arch. int. Pharmacodyn.* **102**, 153.
- LINDAHL, B., F. LUND en J. KARNELL (1954) *Svenska Läk. T.* **51**, 2261.
- LÖFFLER, W., A. F. ESSELLIER en G. FORSTER (1953) *Schweiz. med. Wschr.* **83**, 290.
- MAEKAWA, M. en Y. OGATA (1955) *Jap. Circulation J.* **00**, 218.
- MAHER, C. C. en C. W. PULLEN (1955) *Rocky Mtn. med. J.* **52**, 436.
- MENGÜ, J. (1953) Proefschrift Istanbul.
- PERRETTA, A., J. J. GUIDO, E. J. SALES en J. J. DUMAS (1956) *Orientación méd. (B. Aires)* **5**, 137.
- PETERSEN, A. M. (1957) *T. norske Laegeforen.* **77**, 156.
- ROTHLIN, E., R. BIRCHER en W. R. SCHALCH (1953) *Schweiz. med. Wschr.* **83**, 267.
- ROTHLIN, E. en R. BIRCHER (1954) *Ergebn. inn. Med. Kinderheilk.* **5**, 457.
- SANABRIA, A. (1955) *Cardiologia (Basel)* **26**, 287.
- SCHMID, H. J. (1955) *Schweiz. med. Wschr.* **85**, 228.
- SHAH, S. J., S. RUBLER en R. E. WESTON (1956) *J. Amer. med. Ass.* **161**, 1543.
- SIEDEK, H. en G. KOLLERT (1955) *Wien. klin. Wschr.* **67**, 279.
- STOLL, A. en W. KREIS (1934) *Helv. chim. Acta* **17**, 592; (1952) **35**, 1318; (1953) *Schweiz. med. Wschr.* **83**, 266.
- STOLL, A. en J. RENZ (1952) *Helv. chim. Acta* **35**, 1310.
- TAMM, R. H. (1956) *Helv. paediat. Acta* **11**, 78.
- TROLLET, J., G. CONNE en R. DREYFUSS (1953) *Praxis* **42**, 310.
- WILLEMS, H. (1954) *Medizinische*, bl. 1163.
- ZILLI, A. en A. A. LUISADA (1955) *Exp. Med. Surg.* **13**, 118.

's-Gravenhage, Mei 1957

F. A. NELEMANS

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid der Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

RETENTIO PLACENTAE

Naar aanleiding van de mededeling van collega F. C. KUIPERS zou ik gaarne de volgende persoonlijke ervaring willen meedelen.

Op 17 september 1956 werd hier een III-para in partu opgenomen. Patiënte was nimmer op onze pre-natale polikliniek geweest, doch was in haar zwangerschap door een van de (westers geschoolde) inheemse vroedvrouwen gecontroleerd. Deze had — volgens de patiënte — niet veel aandacht geschonken aan het feit dat vijf dagen tevoren het vruchtwater was afgelopen en had de patiënte naar huis gezonden met de instructie, zich weer te melden, zodra de weeën begonnen. De weeën kwamen echter niet, wel „started the patient to smell”. Dit was voor haar een reden om zich tot ons te wenden.

Bij onderzoek vonden wij een gezonde jonge vrouw, met stinkende uitvloed. Bij toucher bleek de zeer zachte schedel vrijwel op de bekkenbodem te staan. Er was een duidelijke tympania uteri, de temperatuur was 39,5° (rectaal). Door expressie werd een volkomen gemacereerde foetus geboren. Aangezien de placenta na een uur nog niet tevoorschijn was gekomen, werd 0,5 ml Piton gegeven. Hierop kwamen geen weeën. Twee uur na de geboorte van het kind werd alles voorbereid om de placenta manueel te verwijderen. De cervix en de vagina-wand bleken zo gezwollen dat het ostium cervicis niet te vinden was. Speculum-onderzoek had geen resultaat. Wij vonden slechts een groen-zwart verkleurde, sterk gezwollen weefselmassa, waarin geen ostium te onderkennen was.

Wij gaven haar tweemaal daags 300.000 E procaine-penicilline en eenmaal daags een gram streptomycine. Bovendien werd gedurende 4 dagen dagelijks 4 × 0,2 ml Piton toegediend in de hoop dat daardoor weeën zouden ontstaan of dat in ieder geval de uterus zo gecontraheerd zou worden dat curettage mogelijk was. Helaas had dit geen succes.

Op de zevende dag werd de navelstreng spontaan geboren, terwijl er stukken necrotisch weefsel (cervix?) per vaginam „geboren” werden. De temperatuur was intermitterend en varieërende van 37,8 in de ochtend tot 40,1° in de avond.

Op de achtste dag begon de temperatuur te dalen, terwijl de uterus, die tot nu toe op een slappe zak leek, meer gecontraheerd was, met de fundus ongeveer drie vingerbreedten onder de navel. Van curettage was echter geen sprake, aangezien er in het speculum slechts flardig necrotisch weefsel te zien was.

Op de tiende dag was patiënte bijna koortsvrij; haar algemene toestand was goed, nog steeds was er een stinkende uitvloed met necrotisch weefsel.

Op de 14e dag verliet patiënte tegen medisch advies, op verzoek van de familie het ziekenhuis. De temperatuur schommelde toen tussen de 37,2 en 37,8°. Ik gaf haar sulfa-tabletten mee, en extractum secalis cornuti liquidum (driemaal daags 15 druppels) en verzocht haar, na drie dagen op de polikliniek terug te komen.

Ruim drie maanden later zag ik de vrouw terug. Zij had een normale uterus, de parametria leken normaal, slechts de cervix ontbrak. Er was geen fistel ontstaan. Patiënte voelde zich uitstekend, had echter sinds de bevalling niet weer gemenstrueerd.

In februari meldde zij zich met dezelfde klacht. Wij probeerden met Lynoral en progesteron de menses op te wekken. Zonder succes. Hoogst waarschijnlijk was door de intra-uteriene infectie de gehele mucosa te gronde gegaan.

Ik meen, dat de bovenstaande waarneming een steun is voor de opvatting van collega KUIPERS, die aan conservatieve behandeling de voorkeur geeft. De risico's die men bij een dergelijke behandeling aanvaardt, wil ik niet verkleinen, maar de risico's bij primaire uterus-extirpatie onder de veelal primitieve omstandigheden in de rimboe zijn ook niet gering.

Het is mogelijk, dat de placenta (geheel of gedeeltelijk) geresorbeerd is. Immers, ook een extra-uteriene placenta kan worden geresorbeerd, zoals de volgende geschiedenis moge aantonen:

In april 1956 werd een patiënte opgenomen in partu. Bij onderzoek vonden wij een extra-uteriene graviditeit die vrijwel à terme was. Wij besloten tot laparotomie, en er werd een levend kind geboren van 2,2 kg. Uit angst voor bloedingen lieten wij de placenta, die over de uterus, de rechter bekkenwand en het colon ascendens geïnserieerd was, in situ, bonden de navelstreng af, en sloten de buik. Patiënte genas per primam. Zij werd na de bevalling geregeld gecontroleerd. Pas

in december, dus na acht maanden was er geen placentaweefsel meer te voelen.

Waarom zou een extra-uteriene placenta wèl en een intra-uteriene placenta niet geresorbeerd worden?

Literatuur: KUIPERS, F. C. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1751.

Hwidiem, oktober 1957

J. D. VERVOORN

EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK BIJ HET
SYNDROOM VAN BESNIER-BOECK
(SARCOIDOSIS)

Naar aanleiding van het artikel van mej. M. A. BAAS en P. J. A. VAN VOORST VADER zou ik de vraag willen stellen of de criteria voor de diagnose sarcoidosis niet wat al te ruim zijn genomen. De auteurs schrijven:

„De diagnose sarcoidosis werd gesteld, wanneer in beide hili vergroting van de lymfeklieren werd waargenomen en (of) het hiervoor kenmerkende beeld in de longen werd aangetroffen. De diagnose werd gesteld onafhankelijk van het feit, of de reactie met altuberculine 1/100 positief of negatief was”.

VAN RIJSSEL wees er in zijn proefschrift op, „hoe ongelijk de opvattingen, het materiaal en de diagnostiek zijn”, en dat zelfs moet worden betwijfeld of de diagnose histologisch met zekerheid kan worden gesteld (bl. 3, 4 van het proefschrift).

Op bl. 1112 van genoemd artikel trof mij het volgende: „Eenmaal bestonden tuberculose en sarcoidosis gelijktijdig”. Gaarne zou ik naar aanleiding hiervan de vraag willen stellen of een dergelijke coincidentie enkel op grond van de criteria van de auteurs kan worden vastgesteld, bv. zonder dat huidafwijkingen, febris uveo-parotidea en (of) ostitis multiplex cystoides erbij worden gevonden.

Wel is van belang de mededeling der auteurs: „Alle patiënten werden langer dan een jaar, meestal vele jaren geobserveerd (bl. 1111).

Literatuur: BAAS, M. A. en P. J. A. VAN VOORST VADER (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1111.

Magelang, 19 oktober 1957

SOEROSO

Wij hebben in het *Tijdschrift* geen reproductie van één of meer foto's kunnen geven ter staving van onze diagnoses, omdat ons artikel een statistische studie was. De diagnose syndroom van Besnier-Boeck zal in geval van beiderzijdse hilusklierzwellling met negatieve tuberculinereacties wel op weinig tegenspraak stuiten. De gevallen van beiderzijdse hilusklierzwellling met positieve tuberculinereactie hebben wij afzonderlijk besproken; wanneer men deze niet laat meetellen, blijft de uitkomst van het onderzoek onveranderd, zoals wij hebben aangetoond (bl. 1112). Of de röntgenfoto's van de longafwijkingen werkelijk kenmerkend voor het syndroom van Besnier-Boeck waren, is een kwestie van vertrouwen. De differentiële diagnose overwegend, menen wij, dat een vergissing in meer dan een enkel geval nauwelijks kan worden aangenomen.

Het geval waarin het syndroom van Besnier-Boeck en tuberculose bij dezelfde patiënt voorkwamen, betreft een man van 28 jaar; bij hem werden in 1946 erythema nodosum en op de foto zeer grote hilusklierzwellingen en diffuse longafwijkingen gevonden, benevens een huidafwijking op de borst, waaruit proefexcisie is verricht. Al deze afwijkingen waren kenmerkend voor het syndroom van Besnier-Boeck, naar de mening van een internist, een (andere) longarts, een huidarts en een patholoog-anatoom. Toen de patiënt in 1948 onder toezicht van één onzer kwam, was de huidafwijking verdwenen. Hij had een etterende klier in de nek.

De longfoto toonde het oude beeld, doch bovendien was er een infiltraat in de rechter bovenkwab, met een holte erin. De kweek van het sputum bevatte zuurvaste staafjes, typische tuberkelbacillen; helaas is er geen caviaproef verricht. In 1949 is de patiënt overleden. Bij sectie werden de röntgenologische bevindingen bevestigd. De doodsoorzaak was waarschijnlijk endocarditis.

Zoals uit de punten 5 en 6 op bl. 1111 blijkt, is de combinatie van het syndroom van Besnier-Boeck en tuberculose geenszins een uitzondering.

Eindhoven, 12 november 1957.

M. A. BAAS

P. J. A. VAN VOORST VADER

EEN GEVAL VAN AUTOMUTILATIE DER
GESLACHTSORGANEN

Naar aanleiding van het artikel van collega BRUENS veroorloof ik mij een beschrijving van een geval dat zich hier in het jaar 1940 voordeed en blijkbaar nooit werd gepubliceerd.

Werkende op de heelkundige afdeling van het toenmalige Centraal Burgerlijke Ziekenhuis te Batavia werd ik daar op een ochtend door een verpleger geroepen om twee patiënten te onderzoeken die op brancards de afdeling werden binnengereden. Het waren twee jonge, bleek uitzierende Indonesische mannen, die op mijn vragen geen antwoord gaven. Maar een der patiënten wees naar een doosje dat naast hem op de brancard lag. Toen ik dit opende, bleek de inhoud te bestaan uit twee afgesneden mannelijke geslachtsorganen. Lichamelijk onderzoek der patiënten wees uit, dat er bij beiden in plaats van een penis nog slechts een bebloede, ongeveer 1 cm lange stomp aanwezig was.

Later kwamen wij te weten, dat de twee jongelui homo-seksuele vrienden waren, maar dat een van de twee sinds kort verliefd was geworden op een meisje, en trouwplannen koesterde. Hierdoor was de ander zo jaloers geworden, dat hij een mes mede naar bed nam, zijn vriend in de slaap overviel en hem de penis afsneed. Na zijn daad kreeg hij berouw over wat hij had gedaan en hij strafte zich, door dezelfde mutilatie aan zijn eigen lichaam te voltrekken.

Literatuur: BRUENS, J. H. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1760.

Palembang, november 1957

A. HEILBRUNN

BERICHTEN

BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — „HEALTH EDUCATION”. De toenemende belangstelling voor de vraag hoe men het publiek zal opvoeden tot beter begrip van ziekte en gezondheid, openbaarde zich ook in de vergadering van een comité van deskundigen te Genève. Deze verklaarden dat „Health education is a medicine in itself”. Buiten en boven iedere technische hulp die artsen, verplegenden, vroedvrouwen, technische hygiënisten en anderen verlenen, „there is a corresponding education function which increases the efficacy of the service and endows it with real human and social value”. De deskundigen waren van mening, dat de arts die een recept schrijft, de tandarts die een kies vult, en de verpleegster die een verband legt, hun taak nog slechts gedeeltelijk vervullen. „The social worker, the pharmacist and the physiotherapist also have a pedagogic function in each individual case, in addition to performing their ordinary professional duties”. Zij allen moeten dus worden onderwezen „in health education methods”. Bovendien wenste het comité dat onderwijzers, maat-