

in man to see what its immediate effect is . . . A controlled clinical trial is the quickest way to get knowledge; it improves enormously the good fellowship amongst doctors, and has to my way of thinking an undoubted educational value".

De discussies na al deze voordrachten waren uitgebreid en levendig. Het doel van het symposion werd hierdoor geheel bereikt. De aanwezigheid van tolken en apparaten voor simultane vertaling in het Frans, Duits of Engels droeg hiertoe in grote mate bij. Bij de discussie werden wij getroffen door de „internationale" tegenstelling tussen het „we" van de Engelsen en het „ich" van sommige andere deelnemers. Wellicht dat in de toekomst de bovengenoemde „educational value" van de „controlled clinical trial" ook hierin tot uiting komt.

Dit symposion was een van de eerste die dit seizoen te Wenen plaatsvonden. Het fraaie weer zette luister bij aan het enthousiasme van vele Oostenrijkse autoriteiten om stad en land een goede indruk te laten maken op de deelnemers. Het resultaat is, dat voor de symposion-gangers een associatie is ontstaan tussen het besproken en het zeer aangename verblijf te Wenen.

De op dit symposion gehouden inleidingen zijn in gestencilde vorm uitgegeven. Op verzoek worden zij toegezonden aan hen, die belangstelling voor het behandelde onderwerp hebben. Aanvragen hiertoe richt men aan CIOMS, 2 Place de Fontenoy, Parijs, 7e.

Amsterdam, 16 juni 1959

CHR. L. RÜMKE

## INGEZONDEN

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

### BEDRIJFSONGEVALLEN

Dr. BRESLAU (1959) spreekt in zijn artikel over de wenselijkheid van team-work bij de behandeling van ongevals-patiënten. Hij ontwerpt een „getrainde ploeg van specialisten"; de zenuwarts wordt daarbij niet genoemd.

Ik betreur dit.

*Literatuur:* BRESLAU, W. J. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 1391.

Doetinchem, 13 juli 1959

TH. P. PIJNENBURG

Het lag geenzins in mijn bedoeling, alle specialisten die bij de behandeling van ongevalspatiënten betrokken zijn, op te noemen. Het is duidelijk, dat in tal van gevallen de neuroloog bij de behandeling van ongevalspatiënten node kan worden gemist. Collega PIJNENBURG ben ik dank verschuldigd, dat hij daarop nog eens nader heeft gewezen.

Amsterdam, 15 augustus 1959

W. J. BRESLAU

### HET SYNDROOM VAN WATERHOUSE-FRIDERICHSEN

Naar aanleiding van de klinische les van Dr. W. R. O. GOSLINGS (1959) over infectieuze shock, bijnierbloeding en therapie met corticosteroiden, zou ik gaarne enige opmerkingen willen maken. Over het syndroom van Waterhouse-Friderichsen schreef ik in 1951 in dit *Tijdschrift* een uitvoerig artikel, waarin ik trachtte duidelijk te maken, dat dit syndroom niet kon worden verklaard door bijnierbloeding. Mijn argumenten werden samengevat in 7 punten. In de nieuwe literatuur vindt dit standpunt steun.

Bij GOSLINGS rijst de vraag, in hoeverre de bijnierbloeding of eventuele -insufficiëntie betekenis heeft voor het ontstaan van de infectieuze shock. Hij noemt de basis voor deze theorie

wel zeer smal. Ook memoreert hij, dat UHL (1953) in een geval van meningokokken-sepsis een normaal gehalte vond in de uitscheiding van 17-ketosteroiden. HARRISON (1958), LABHART (1957) en PASCHKIS (1958) vragen zich eveneens af, of er in dergelijke gevallen wel acute bijnierinsufficiëntie is. Tot heden wordt echter het syndroom van Waterhouse-Friderichsen nog steeds beschreven onder acute bijnierinsufficiëntie en houdt men vast aan behandeling met corticosteroiden, niettegenstaande het daaraan verbonden risico.

Voor het ontstaan van de infectieuze shock gaf ik in mijn artikel een andere verklaring, nl. een verlamming van het perifere autonome net of de neuronen daarvan. Op grond van deze theorie is tevens de cyanose, die wisselt in plaats en intensiteit, verklaarbaar, alsmede de toeneming van het aantal petechiae, nadat klinisch reeds genezing is ingetreden.

Het is jammer, dat er in de gevallen, door GOSLINGS beschreven, geen poging werd gedaan om uit de petechiae een uitstrijkpreparaat te maken. Immers, in 80 pct der gevallen zijn hierin meningokokken te vinden, waarna men snel een juiste keuze van het antibacteriële middel kan doen.

*Literatuur:* GOSLINGS, W. R. O. (1959) Infectieuze shock, bijnierbloeding en therapie met corticosteroiden. *Ned. T. Geneesk.* **103**, 1329. — HARRISON, G. A. (1958) *Principles of internal medicine*. — LABHART, A. (1957) *Klinik der inneren Sekretion*, bl. 317. — PASCHKIS, K. E. (1958) *Clinical endocrinology*, bl. 357. — UHL, H. S. (1953) Nor-epinephrine in the treatment of acute meningococemia with shock (Waterhouse-Friderichsen syndrome) and an evaluation of adrenocortical function. *New Engl. J. Med.* **249**, 229. — WETERINGS, P. A. A. (1951) Het syndroom van Waterhouse-Friderichsen. *Ned. T. Geneesk.* **95**, 2040.

Zeist, 21 juli 1959

P. A. A. WETERINGS

In aansluiting op de opmerkingen van collega WETERINGS naar aanleiding van mijn klinische les, zou ik gaarne nog het volgende naar voren willen brengen. De opvatting dat een bijnierbloeding een centrale rol speelde bij het syndroom van Waterhouse-Friderichsen was eigenlijk al niet meer houdbaar sinds de publikatie van WILLIAMS (1942), die bij 9 van 17 patiënten met dodelijk verlopen, fulminante meningococcus-sepsis geen bijnierbloeding vond. Dit punt was ook geen vraag voor mijzelf, maar ik meende deze toch te moeten stellen voor de didactische opbouw van mijn klinische les. Al mag men de bijnierbloeding niet beschouwen als de oorzaak van het syndroom Waterhouse-Friderichsen of de infectieus-toxische shock bij andere infecties en zelfs al mag men met grote waarschijnlijkheid (zie de recente onderzoeken van KASS en FINLAND (1958) en van MELBY en SPINK (1958)) niet meer spreken van een insufficiënte bijnier, dan houdt dit nog niet in, dat het gehalte van het bloed of weefselvocht aan 17-hydroxycorticosteroiden niet van belang zou zijn voor het ontstaan van een infectieus-toxische shock, wat dan ook tenslotte het mechanisme mag zijn, dat voor het hemodynamische beeld aansprakelijk is. Men moet hierbij niet aan de absolute waarden denken, maar aan de verhouding tussen de spiegel van deze stoffen in bloed en weefselvocht en de hoeveelheid of concentratie van toxische stoffen die door de infectie werden geproduceerd. In deze gedachte past de klinische waarneming, dat lijders aan morbus Addison reeds bij relatief lichte infecties snel in shock geraken. Verder wordt deze opvatting gesteund door de vele proeven op dieren, waarbij werd aangehouden, dat toediening van corticosteroiden de shock door een andere dodelijke dosis van bacteriële endotoxinen kan voorkómen. Het is hierbij van belang, dat de benodigde