

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 aange-toond, dat toediening van corticosteroiden de shock door een andere dodelijke dosis van bacteriële endotoxinen kan voorkómen. Het is hierbij van belang, dat de benodigde

dosis corticosteroiden — en de daarmee bereikte bloedspiegel — veel hoger is dan de bijnier van deze proefdieren bij maximale prikkeling zelf kan leveren en onder deze omstandigheden ook in werkelijkheid produceert (MELBY c.s. 1959). In analogie hiermede is het zeer wel denkbaar dat de bijnier van de mens naar de mate waarin bacteriële toxinen worden geproduceerd, de ene keer wel in staat is de werking van deze toxinen te neutraliseren en daardoor een infectieuze shock te voorkómen, maar de andere keer tekortschiet, omdat zijn fysiologische vermogen niet zo ver reikt. In deze laatste gevallen zou tijdige toediening van corticosteroiden, niet in fysiologische, maar in farmacologisch werkzame doses van nut kunnen zijn.

Met collega WETERINGS ben ik het geheel eens, dat het onjuist is, aan zulk een toediening de gedachte van bijnierinsufficiëntie te koppelen, en ook, dat het beter zou zijn, zelfs het woord relatieve bijnierinsufficiëntie niet te gebruiken. Dan toch krijgt een eventuele toediening van corticosteroiden te veel het stempel van een fysiologische substitutie-therapie, waardoor het gevaar dreigt, dat men de bijwerkingen van een onfysiologische dosis te licht gaat wegen. Dit was dan ook het doel van deze klinische les.

Ik ben WETERINGS dankbaar, dat hij nog de diagnostische waarde van het bacteriologisch onderzoek van purpura memoreert. De vermelding ervan heb ik nagelaten, waarschijnlijk, omdat het bij patiënt A — met negatief resultaat — wel gedaan was, zodat de keuze van het antibacteriële middel toch alleen op klinische gronden moest geschieden; voor de tweede patiënt bij wie het resultaat wel positief was, had het bloeduitstrijkpreparaat ons reeds zekerheid gegeven. Vermoedelijk is deze omissie een gevolg van het feit, dat het mij bij het schrijven van de klinische les niet zo zeer ging om de diagnose bij twee lijders aan het syndroom van Waterhouse-Friderichsen, maar om de beschouwing van het probleem bijnierbloeding, bijnierinsufficiëntie, corticosteroiden-therapie, infectieuze shock, waarvoor dit syndroom de meeste aanknopingspunten biedt.

Literatuur: WILLIAMS, H. W. (1942) *Med. J. Aust.* II, 557. — MELBY, J. C. en W. W. SPINK (1958) *J. clin. Invest.* 37, 1791. — KASS, E. H. en M. FINLAND (1957) *Ann. Rev. Med.* 8, 1. — MELBY, J. C., R. H. en M. FINLAND (1957) *Ann. Rev. Med.* 8, 1. — MELBY, J. C., R. H. EGDAHL, I. BOSSENMAIER en W. W. SPINK (1959) *Lancet* I, 441.

Leiden, 8 augustus 1959

W. R. O. GOSLINGS

EEN VOLDRAGEN EXTRA-UTERIENE ZWANGERSCHAP TIJDENS DE BARING GEDIAGNOSTISEERD

De mededeling van collega VAN DER HULST (1959), dat zijn publikatie van een voor de operatie gediagnostiseerde, voldragen buitenbaarmoederlijke zwangerschap met een levend kind, de eerste is in de literatuur, geeft ons aanleiding tot vermelding van twee dergelijke gevallen.

Het eerste geval is gezien door collega DJIE LIANG NIO (1958). Hij stelde de diagnose, toen hij in consult werd geroepen bij een 25-jarige primipara, wegens een dwarsligging. Bij bimanueel onderzoek werd de uterus als een aparte „tumor” naast het kind gevoeld. Na laparotomie werd een levend kind van 2380 gram geboren.

Het andere geval is door ons waargenomen. Op 25 mei 1959 werd naar het ziekenhuis te Keboemen een 36-jarige III-para door de vroedvrouw verwezen onder de diagnose: voldragen zwangerschap met uterusruptuur. Er waren drie symptomen die ons deze diagnose in twijfel deden trekken: a. het ontbreken van shock-verschijnselen; b. de merkbare levensteken bij de vrucht, nl. hoorbare harttonen en een door de buikwand heen voelbaar, actief bewegend, klein

deel; c. het toucher, waarbij de portio uteri nog gesloten bleek. Wij besloten tot laparotomie, met als waarschijnlijkheidsdiagnose: voldragen extra-uteriene graviditeit met levend kind. Bij operatie werd in de buik een gladwandige tumor aangetroffen ter grootte van een zwangere baarmoeder van 40 weken. Na insnijding van de ongeveer 0,5 cm dikke kapsel werd een gaaf en gezond kind van 3700 gram geboren, dat na de geboorte terstond goed schreeuwde.

Literatuur: DJIE LIANG NIO (1958) *J. Indones. med. Ass.* 8, 289. — HULST, J. VAN DER (1959). Een voldragen extra-uteriene zwangerschap, tijdens de baring gediagnostiseerd. *Ned. T. Geneesk.* 103, 877.

Banjoemas
Keboemen 3 augustus 1959

A. A. HASPELS
J. KRAMER

NARCOSE BIJ CURETTAGE

Collega A. L. C. SCHMIDT (1959) komt in zijn Klinische Les via beschrijving van een patiënte, die op een vitale indicatie moest worden gecuretteerd, tot het stellen van de meer algemene vraag, of curettage als zodanig wel een reden voor narcose is. Hij wekt de indruk, dat hiermede alle curettages worden bedoeld, hoewel zijn onderzoek over de pijnlijkheid van de ingreep weer gedaan is bij die „vrouwen, bij wie de bloeding zó hevig was, dat er zo snel mogelijk tot curettage moest worden overgegaan”. Het zijn dus de patiënten bij wie men veel kans heeft, dat zij niet nuchter zijn of bij wie men er niet voldoende zeker van is. Collega SCHMIDT gebruikt als narcoticum chloorethyl, eventueel gevolgd door ether.

Het is duidelijk, dat men in dergelijke gevallen vooral wegens het gevaar van aspiratie, de narcose zoveel mogelijk zal vermijden. Ik meen echter, dat het gevaar bij gebruik van intraveneuze narcotica zoals hexobarbital (=Evipan), thiopental (=Pentothal, Trapanal) en butalithon (=Baytinal) zeker minder is en dat men bij toepassing van deze preparaten vaker narcose zal kunnen geven.

Niet alleen voor de patiënten is de narcose verkieselijker, om pijn en angst te besparen, maar ook voor de behandelende arts is het veel prettiger werken, en is de kans op vlugger en beter ontruimen van het cavum uteri daardoor groter. Vóórdat tot curettage in bovengenoemde gevallen wordt overgegaan, zal ook collega SCHMIDT zeker eerst de digitale ontruiming proberen en hierbij is narcose toch zeker een groot voordeel te noemen, daar men hierdoor geen last van de buikspierspanning en tegenwerking van de vrouw heeft.

Dit alles geldt dus voor bovengenoemde acute gevallen; een aantal dat misschien in andere plaatsen belangrijk is, doch in mijn praktijk zeker een klein percentage van alle curettages inneemt. Het grootste deel vormen de curettages bij abortus incompletus, waarbij slechts weinig abortusresten zijn achtergebleven met weinig bloedverlies, en verder de proefcurettages. In al deze gevallen moet er nogal eens worden gedilateerd, hetgeen de ingreep zeker pijnlijker maakt.

Uit de laatste regels van zijn les blijkt, dat collega SCHMIDT een voorstander is van klinische curettages, een mening waarmede ik het geheel eens ben. Bij alle vrouwen met een abortus incompletus en bij klinisch uit te voeren proefcurettages, kan men er dan ook praktisch zeker van zijn, dat de patiënte nuchter is. Er is dan ook weinig of niets tegen het toedienen van narcose, zeker niet bij gebruik van intraveneuze narcosemiddelen. Contra-indicaties kunnen zich natuurlijk altijd in uitzonderingsgevallen voordoen.

Literatuur: SCHMIDT, A. L. C. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1249.

Eindhoven, 8 juli 1959

J. L. H. SPECKEN