

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