

nadruk willen leggen op de bijdrage die nieuwe diagnostische methoden leveren tot het pre-operatief stellen van de diagnose mesenteriumkyste. We hebben dan ook gemeend te kunnen volstaan met het vermelden van de door de patholoog-anatoom afgegeven weefseldiagnose.

De indeling van mesenteriumkysten is uit de door ons geraadpleegde literatuur verkregen. Wij zijn ons ervan bewust dat hierover discussie mogelijk is. Enkele door vroegere medewerkers uit onze kliniek beschreven patiënten hebben wij niet in onze tabel opgenomen doordat de desbetreffende ziektegeschiedenissen niet meer beschikbaar zijn. Van ons patiëntje V uit de serie is de heldere kystevloeistof niet op salmonella gekweekt.

Wij zijn de collegae Estourgie en Van Beek erkentelijk voor hun kritische reactie en zien hun publikatie over dit onderwerp met belangstelling tegemoet.

Groningen, april 1981

R. C. G. GALLANDAT HUET  
G. KOOTSTRA  
R. P. ZWIERSTRA

### *Parametritis door een IUD*

In het artikel van A. VERHOEVEN (1981) wordt ten onrechte zowel in de titel als in de tekst gesteld dat er een positief verband is aangetoond tussen het dragen van een IUD en het voorkomen van parametritis. Deze stelling gaat niet op omdat ten eerste niet bewezen is dat de parametritis van de beschreven patiënte veroorzaakt werd door het IUD. Ten tweede wordt in de bespreking geen onderzoek genoemd waarbij de frequentie van parametritis wordt nagegaan bij vrouwen met of zonder IUD. Collega Verhoeven mag dan ook niet verder gaan dan het verband te suggereren en had de titel van zijn artikel moeten veranderen in „Parametritis bij een IUD”. Bovendien hoeft hij zijn bevindingen niet te melden als complicatie aan het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen.

*Literatuur:* VERHOEVEN, A. T. M. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 319.

Rotterdam, februari 1981

B. VAN DER LUGT

Parametritis als hoofddiagnose met op de voorgrond tredende symptomen is een uitermate zeldzame aandoening in de gynaecologische praktijk in Nederland. Sedert 1973 zagen wij behalve de beschreven patiënte slechts éénmaal een parametritis (na een sectio caesarea) op ca. 12.000 klinische opnames, bij patiënten die niet leden aan een maligne ziekte. In de laatste 15 jaar is er veel gepubliceerd over het causale verband tussen „pelvic inflammatory disease” en IUD-gebruik (ESCHENBACH en SODERSTROM 1980). Het IUD-draadje, bacteriën op het oppervlak van „corpora aliena”, micro-ulcera en endometrane synechiae, resulterend in éénzijdige tubo-ovariële abcessen, anaërobe bacteriën en chronisch relatief symptoomloze endometritis en endosalpingitis worden hiervoor verantwoordelijk gesteld. Parametritis is slechts één van de klinische uitingsvormen, zij het een zeldzame. De aangehaalde literatuur getuigt ook juist van deze zeldzaamheid. Parametritis komt niet voor zonder een typische bekende oorzaak zoals salpingitis, diverticulitis, cystitis (ernstige vormen), (traumatische) baring of abortus, operatieve of instrumentele ingrepen aan de uterus (waaronder IUD-insertie), of als nevenverschijnsel van maligne celfiltratie (JEFFCOATE 1975). Een

verband tussen de beschreven parametritis en het IUD acht ik dan ook bewezen, voor zover er althans in de klinische geneeskunde een bewijs mogelijk is.

Of men deze bijwerking meldt aan het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen, onderdeel van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, is een kwestie van semantiek. Ik beschouwde het als een morele verplichting deze ernstige bijwerking te melden aan dit bureau op de volgende gronden:

1. Wij kennen niet, zoals in de V.S., een Center for Disease Control, via welk bureau complicaties als die van het Dalkonschildje bij zwangerschap en de „tamponziekte” ontdekt werden.

2. Waarom zou men bijwerkingen van „de pil”, meestal niet voorgeschreven als „geneesmiddel”, wél, en een in toenemende mate toegepast antinidatie-middel als het IUD niet melden aan de, enige hiertoe in Nederland, bestaande instantie? Ik kan collega Van de Lugt verzekeren, dat het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen het tot zijn werkterrein achtte hiervan kennis te nemen en met de melding erg ingenomen bleek!

*Literatuur:* ESCHENBACH, D. A. en R. M. SODERSTROM (1980) In: E. S. E. HAFEZ en W. A. A. VAN OS, *IUD pathology and management* (Progress in contraceptive delivery systems, vol. III.) M.T.P. Press, Lancaster. — JEFFCOATE, N. (1975) *Principles of gynaecology*. 4e druk. Butterworth, Londen.

Arnhem, maart 1981

A. T. M. VERHOEVEN

### *De traumatische ruptuur van de thoracale aorta*

In twee artikelen in dit tijdschrift wordt de aandacht gevestigd op de traumatische ruptuur van de thoracale aorta (BRUTEL DE LA RIVIÈRE e.a. 1981; EGGERMONT en HIEMSTRA 1981). Zoals duidelijk wordt geschetst betreft het een ernstig letsel met een zeer hoge sterfte. Een vroege diagnose is dan ook van groot belang, beginnend bij het betrekken van de ruptuur van de thoracale aorta in de differentiële diagnose.

In hun artikel noemen Eggermont en Hiemstra een aantal afwijkingen die veelvuldig worden gezien op de thoraxfoto van deze patiënten. Helaas laat de kwaliteit van de foto vaak te wensen over, doordat de opname in liggende houding van de patiënten wordt gemaakt, veelal met verplaatsbare apparatuur, terwijl de patiënt begrijpelijkerwijs nogal eens niet goed zal hebben ingeademd. Een en ander bemoeilijkt een juiste beoordeling van de verkregen beelden.

TISNADO e.a. (1977) beschreven een eenvoudige methode die kan helpen nog eerder aan de juiste diagnose te denken. Door het inbrengen van een radiopake maagsonde kan verdringing van de oesophagus worden gevolgd. Arteriografische bevestiging van de diagnose kan dan volgen. Tisnado e.a. beschreven 7 patiënten met traumatische ruptuur van de aorta. Bij allen was verplaatsing van de maagsonde zichtbaar. Thoraxfoto's van 24 ongevals-slachtoffers toonden wel verbreding van het mediastinum aan, de oesophagus was evenwel niet verplaatst. Wellicht verdient deze simpele diagnostische methode meer bekendheid.

*Literatuur:* BRUTEL DE LA RIVIÈRE, A., Z. AYTUG en J. M. QUAEGBEUR (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 341. — EGGER-

MONT, A. M. M. en H. R. HIEMSTRA (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 337. – TISNADO, J. e.a. (1977) *Radiology* 125, 603.

Eindhoven, maart 1981

H. A. J. SMINK

## *Indicaties en uitwerking van vaatverwijdende middelen*

Blijkens het artikel van L. OFFERHAUS (1981) zijn de effecten die aan zg. vaatverwijdende middelen worden toegeschreven, nimmer wetenschappelijk bewezen. Toch zijn deze middelen, zoals cyclandelaat (Cyclospasmol), isoxsuprine (Duvadilan) e.a., door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen ingeschreven in het register van farmaceutische specialité's. Dat zelfde College heeft de inschrijving van Vasolastine als verpakt geneesmiddel geweigerd omdat het de aangeprezen werking al evenmin zou hebben.

Vanzelfsprekend mag de vraag gesteld worden: Gaat het College nu de eerstgenoemde middelen ook verbieden? Zo ja, dan is het daarmee bepaald niet snel, want cyclandelaat is al 26 jaar oud. Zo nee, is dan de conclusie dat het College soms met twee maten meet, afdoende te weerleggen?

Aan de redactie van dit tijdschrift is het volgende gericht (n.a.v. Redactie 1981): Als patiënten zich door hun artsen laten aanzetten om zich ten gunste van Vasolastine in te zetten, dan bewijst dat in elk geval dat én die artsen én die patiënten vertrouwen hebben in dit preparaat. Wil de redactie suggereren dat deze artsen zulke sukkels zijn dat ze jaar in, jaar uit een waardeloos preparaat blijven voorschrijven? Zo ja, betreft deze „suggestie” dan niet evenzeer artsen die al jaren xantinolnicotinaat (Complamin), co-dergocrine (Hydergine) e.d. voorschrijven? Zo nee, dan zou de redactie er m.i. goed aan doen, haar terminologie, voor zover deze artsen betreft die geneesmiddelen voorschrijven waarvan zowel de patiënten als ook hun artsen constateren dat ze verlichting van klachten geven, eens nader te bezien.

*Literatuur:* OFFERHAUS, L. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 228. – Redactie (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 444.

Scherpenzeel (Fr.), maart 1981

B. THONON

Het is zeer wel invoelbaar dat collega Thonon meent dat het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen met twee maten meet. Er zijn inderdaad twee soorten maten: Eén voor een geneesmiddel met een duidelijk aantoonbare farmacologische werkzaamheid, dat echter in de jaren na zijn registratie de toets van het vergelijkende gecontroleerde klinische onderzoek niet of onvoldoende heeft doorstaan, en een andere voor een geneesmiddel waarvoor van meet af aan het bewijs voor enige farmacologische en klinische werkzaamheid nooit is geleverd. Voor de met de eerste maat gemeten geneesmiddelen, die ik behandelde in mijn *Caput Selectum*, geldt echter dat ondanks verandering van wetenschappelijke inzichten de vigerende geneesmiddelenwetgeving een „verbieden” door de overheid vrijwel onmogelijk maakt. Alleen in geval van duidelijke, niet bij de inschrijving als geneesmiddel bekende, schadelijkheid (zoals bij de biguaniden en bij triazolam en furazolidon), die niet opweegt tegen de mogelijke werkzaamheid, is een schorsing of doorhaling mogelijk, doch in al deze gevallen berust de bewijslast bij de overheid. Bij de genoemde ge-

neesmiddelen was dit bewijs min of meer eenvoudig te leveren. In het geval van geneesmiddelen die onschadelijk en weinig of niet werkzaam zijn, kan een schorsings- of doorhalingsmaatregel bezwaarlijk worden toegepast, te meer omdat de fabrikant na een weigering van het College om de inschrijving verder te continueren het recht van beroep bij de Raad van State heeft, en het middel dan – in afwachting van een definitieve uitspraak – toch in de handel blijft. Overigens heeft ook de fabrikant van Vasolastine twaalf jaar lang van dit democratische recht gebruik mogen maken. Het is echter niet onmogelijk, dat de op handen zijnde E.E.G.-regeling, waarbij de registratie van geneesmiddelen aan (normaliter regelmatig te verlengen) termijnen gebonden wordt, incidenteel zal leiden tot het intrekken van een vergunning voor het in de handel houden van naar moderne inzichten obsoleete geneesmiddelen.

In het verdere verloop van zijn brief vraagt collega Thonon zich af of de artsen die Vasolastine voorschrijven even grote „sukkels” zijn als degenen die jaar in jaar uit nicotinezuurderivaten of co-degocrine voorschrijven. Mijns inziens is het antwoord op deze verzoeking besloten in het naschrift van de redactie (1981) op de ingezonden brief van collega Ronhaar: Het staat iedere arts vrij om een placebo te gebruiken als hij dat met zijn eigen geweten in overeenstemming kan brengen, en als hij er zich van bewust is dat hij een placebo hanteert. Hij bedrijft dan echter de *geneeskunst*, niet de *geneeskunde*. De geneesmiddelencontrole door de overheid kan zich echter uitsluitend met de geneeskundige aspecten bezighouden; de beoordeling van de kunst behoort niet tot haar taak.

*Literatuur:* Redactie (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 444.

Amsterdam, april 1981

L. OFFERHAUS

## *Ernstige bronchusobstructie als reactie op toediening van de tetracosactiden Cortrosyn-depot en Synacthen-depot*

In het waarschuwend artikel van de collegae ROLDAAN en DE JONG (1981) wordt geen aandacht geschonken aan het sterk overwegen van het vrouwelijke geslacht bij het optreden van allergische reacties op tetracosactide-depotpreparaten. Mogelijk komt dit door het toevallige feit, dat de twee door hen waargenomen reacties gelijkelijk verdeeld waren over beide seksen. Bestudering van de door Roldaan en De Jong opgegeven literatuur leert, dat optelling van de daarin met geslachtsaanduiding beschreven patiënten bij de twee patiënten uit Davos een totaal geeft van 11 gevallen, waarvan 8 vrouwen. Opmerkelijk is, dat de allergische reacties niet alleen bij astmatische patiënten, maar ook bij patiënten met multipole sclerose werden waargenomen.

In de loop van 9 jaar zag ik in mijn praktijk bij 14 vrouwen een duidelijke allergische reactie op tetracosactide-depot-injecties. De 14e vrouw overleed daardoor, waarna de toediening aan vrouwen gestaakt werd. De toediening aan mannen werd onveranderd voortgezet, bij 2 hunner werd in 13 jaar een allergische reactie waargenomen, waarvan 1 licht en 1 matig ernstig was. Navraag bij bevriende collegae longartsen leerde mij, dat ernstig verloopende allergische reacties op de toediening van tetracosactide-depotpreparaten ook in hun praktijken bekend waren en, alweer, vooral bij vrouwen. De oorzaak van deze voorkeur is mij niet bekend.

Voor astmatische vrouwen, aan wie meer injecties van