

waar is. Op dit moment loopt een prospectief, gerandomiseerd onderzoek in verscheidene klinieken, waarbij patiënten met laparoscopisch aangetoonde endometriose onderverdeeld worden in groepen die (a) medicamenteus, (b) chirurgisch of (c) niet behandeld worden. Alleen op deze wijze is te bewijzen of endometriose een progressief verlopende ziekte is of niet.

Onze reactie is niet bedoeld als kritiek op het lezenswaardige artikel, maar als een aanvulling en een bijdrage in de discussie over deze veel voorkomende ziekte bij vrouwen.

LITERATUUR

¹ Blumenkrantz MJ, Gallagher N, Bashore RA, Tenckhoff H. Retrograde menstruation in women undergoing chronic peritoneal dialysis. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 667-70.

² Willemsen WNP, Mungyer G, Smets H, Rolland R, Vemer H, Jap J. Behavior of cultured glandular cells obtained by flushing of the uterine cavity. *Fertil Steril* 1985; 43 (ter perse).

Nijmegen, mei 1985

W.N.P. WILLEMSSEN
A.M.H.W. FRANSSSEN
H.M. VEMER
P. JAP
T. MUNGYER
R. ROLLAND

Gaarne danken wij de collegae Willemsen et al. voor het commentaar bij ons artikel. Dat endometriumcellen op alle momenten van de cyclus in de buik kunnen komen na manipulatie, was ons bekend. Theoretisch gezien zou enting van cellen tijdens de door ons zo genoemde periofolatoire oestrogenendouche waarschijnlijk lijken. In de literatuur wordt er geen gewag van gemaakt. Wij kijken dan ook uit naar de resultaten van het door Willemsen et al. genoemde onderzoek, ook ten aanzien van de progressie van endometriose, welk onderzoek zich overigens over een lengte van jaren zal moeten uitstrekken.

Breda, mei 1985

L.W.A.R. BERGER
M.V.A.M. KROEKS

De aansprakelijkheid van de arts bij het voorschrijven van Tegretol

Hetgeen geschreven is in dit tijdschrift (1985; 607-8) over de aansprakelijkheid van de arts bij het voorschrijven van carbamazepine (Tegretol) noopt mij tot het weergeven van mijn uitgesproken mening in deze. De omschrijving van het optreden van de immunologische vorm van agranulocytose als „peracuut, als een dief in de nacht” berust op incomplete waarneming meest van oudere datum: de agranulocytose optredend bij de beruchtste groep middelen, de pyrazolon-derivaten (het best bekend als de Pyramidon-agranulocytose). Ik heb aannemelijk gemaakt dat een dergelijk acuut optreden van de Pyramidon-agranulocytose alleen dan en na kortstondig gebruik optreedt, als reeds door een voorafgaande gebruikperiode een sensibilisatie is opgetreden, zich geuit hebbende in granulocytopenie of agranulocytose.¹ Als het middel niet eerder werd gebruikt, zal deze bijwerking geleidelijker ontstaan. Dit is ook logisch omdat er voor het ontwikkelen van antilichamen bij dit immunologische proces tijd nodig is. Door laboratoriumcontrole (telling van leukocyten én differentiatie) is de agranulocytose te ontdekken vóór zich klinische manifestaties hebben voorgedaan. Zo is deze dief gewoon overdag in de kraag te vatten.

Agranulocytose van immunologische genese gedraagt zich steeds op de door mij beschreven wijze. Door uitvoerige bestudering van de vele in de literatuur beschreven patiënten met agranulocytose door gebruik van thyreostatica is mij gebleken dat we daarbij dezelfde karakteristiek vinden. Hetzelfde geldt ook bijv. voor de Levamisol-agranulocytose. Het voert in het kader van dit schrijven te ver alle kenmerken en variaties van de immunologische agranulocytose te beschrijven.

Naar mijn mening dient de arts, die middelen voorschrijft waarvan het bekend is dat zij agranulocytose kunnen veroorzaken, goed op de hoogte te zijn van de immunologische ontstaanswijze ervan en is hij verplicht passende laboratoriumcontrole uit te oefenen dan wel deze controle toe te vertrouwen aan een arts die wel over de vereiste kennis en ervaring beschikt.

LITERATUUR

¹ Boersma JW. Preventie van agranulocytose tijdens het gebruik van pyrazolon-derivaten, in het bijzonder van aminofenazon (Pyramidon). *Ned Tijdschr Geneesk* 1973; 117: 376-83.

Arnhem, mei 1985

J.W. BOERSMA

Pijn in de buik en nachtelijk zweten, een bijzondere combinatie

Met veel interesse heb ik de klinische les van Slingerland et al. (1985; 721-4) gelezen. Ik wil gaarne het volgende er aan toe voegen.

De beide beschreven patiënten toonden een ziektebeeld arm aan fysisch-diagnostische bevindingen, in het bijzonder vonden de auteurs slechts summiere afwijkingen aan de buik. Tevens vermeldden zij het zeer zelden voorkomen van peritonitis tuberculosa in Nederland. Gedurende een enkele maanden durend bezoek aan een ziekenhuis te Djakarta, heb ik twee gevallen van peritonitis tuberculosa gezien, wat daar niet zeldzaam is (exacte cijfers zijn mij niet bekend). De diagnose stelde men aldaar op het klinische beeld (algemene malaise, koorts, nachtelijk zweten, vermagering en andere aspecifieke klachten), op het vinden van hobbelige weerstanden, verspreid over het abdomen, met een doorsnede van enkele millimeters, vast-elastisch aanvoelend, los van de bovenlaag en vast aan de onderlaag, die wegens het (sterke) vermagerd zijn eenvoudig te palperen waren, op het ascitesonderzoek (kweek, proteïnegehalte), en op de verbetering van de patiënt nadat enkele dagen tuberculostatica waren toegediend.

Een ook daar zelden voorkomend beeld van tuberculose betreft de volgende patiënt. Op de eerstehulpafdeling verscheen een jongeman van 23 jaar, in shock wegens bloedend ulcus duodeni, hetgeen met endoscopie bevestigd werd. Daar de bloeding niet te stoppen was, werd laparotomie verricht, waarbij een tumor van het caput pancreaticum werd gevonden met doorgroei in het duodenum. Er volgde een resectie volgens Billroth II, met medenemen van een deel van de pancreas. Bij pathologisch-anatomisch onderzoek bleek het te gaan om een tuberculeus proces van het caput pancreaticum met doorgroei tot in het duodenum.

Amsterdam, april 1985

N.M. GOEDKOOP

Een aanvulling op de interessante klinische les over peritonitis tuberculosa van Slingerland et al. (1985; 721-4) vanuit een tropenpraktijk: het ziektebeeld kan zich voor-