

KLINISCH GENOOTSCHAP TE ROTTERDAM.

Vergadering van Vrijdag 27 November 1925 *).

Voorzitter: Dr. H. KLINKERT.

VAN WESTRIENEN, L. ANNA VAN WESTRIENEN, *Verlooning van een patiëntje van 2¹/₂ jaar met ver-*
moedelijke levercirrhose.

Levercirrhose bij een kind van 2¹/₂ jaar. Het kind kwam 24 October op de polikliniek van het Kinderziekenhuis, omdat het buikje zoo dik is geworden. Voor 4—5 weken heeft het kind geelzucht gehad, waarbij, ook de oogen geel waren. Vóór dien tijd was het buikje al dik, doch daarna is dit snel toegenomen. Koorts zou het kind niet gehad hebben. Wel heeft het in zijn eerste jaar dikwijls koorts gehad, waarvoor de moeder evenwel geen reden weet. Er zijn nog twee gezonde kinderen, terwijl twee kinderen zijn overleden, één aan een stuip, één aan een ongeval. De moeder heeft galsteenen gehad in de zwangerschap, is overigens een gezonde vrouw. Overigens zijn er geen bijzonderheden in de familie-anamnese.

Bij bezichtiging van het kind blijkt, dat de buik sterk opgezet is, waardoor dyspnoe veroorzaakt wordt. Er zijn uitgezette aderen in de buikhuid, geen caput *Medusae*. De navel puilt uit, er is duidelijk vrij vocht aanwezig.

Bij percussie van de borst blijkt rechts van het hart een dofheid te bestaan van ongeveer twee vingerbreedten, die niet aan de leverdemping aansluit, doch door een kleine heldere strook daarvan gescheiden is. Op de X-foto beantwoordt hieraan een doffe streep van den rechter hilus naar den zijwand van de borstkas. Bij de komst van het kind in de kliniek werden in de rechter long vóór veel fijne reutelgeruischen gehoord, die langzamerhand verdwenen zijn.

De reacties van PIRQUET en MANTOUX (tweemaal verricht) waren beide negatief. De reactie van WASSERMANN is negatief. Er bestaat geringe leucocytose (14000). In het bloedpraeparaat worden geen abnormale cellen gevonden, geen eosinophilie. Na punctie van den buik, waarbij ongeveer 800 cM³ vocht werd afgenomen, werd de zeer groote lever voelbaar, waarvan de ondergrens reikt tot navelhoogte, terwijl de lever naar links zich uitstrekt tot voorbij de linker tepellijn. De milt is eveneens vergroot en reikt tot ongeveer 4 cM onder den ribbenboog. De voorrand komt niet voorbij de voorste oksellijn.

Het ascitesvocht bevat lymphocyten blijft steriel in bouillon. Het eiwitgehalte bedraagt 3 pCt., Noch in het vocht van de eerste punctie, noch in de urine van dien-zelfden tijd worden galkleurstof of urobiline gevonden (wat bij een latere punctie op 19 November het geval is).

De temperatuur is af toe verhoogd met onregelmatige pieken.

Bij onderzoek naar melliturie na toediening van laevulose bleek reeds na 10 gr. laevulose suiker in de urine aanwezig. Bij een controlekind van denzelfden leeftijd (spondylitis) kwam na 30 gr. geen melliturie. Bij een ander, met VON JAKSCH' anaemie ontstond na toediening van 40 gr. laevulosurie.

Het bloedsuiker-gehalte was 0.093 pCt., het ureumgehalte van het bloed 690 mgr. per L.. Na de eerste punctie nam het ascitesvocht vrij snel toe. Op 3 en daarna 19 November werd opnieuw punctie gedaan. Op 19 November bevatte zowel het ascitesvocht als de urine een spoor galkleurstof en urobiline.

De waarschijnlijkheidsdiagnose wordt gesteld op levercirrhose. Wel is deze bij kinderen zeldzaam, maar toch meermalen beschreven. In de Frausche literatuur wordt meermalen genoemd de „cirrhose cardio-tuberculeuse” van HUTINEL, waarbij

*) Dit verslag is door de redactie ontvangen 28 December 1925.

vaak, evenals bij de cirrhose van PICK pericardium-vergroeiingen de oorzaak vormen. Bij het leven zijn dan de verschijnselen van pericarditis vaak niet aantoonbaar geweest. Indien niet alle tuberculine-reacties bij herhaling negatief geweest waren, zou men, in verband met de ook Röntgenologisch zichtbare afwijkingen in de longen, geneigd zijn ook bij dit kind dezen vorm aan te nemen. Bewijzen voor het bestaan van een pericarditis zijn niet te geven. Wel is de hartpuntstoot moeilijk te voelen, wat men bij zoo dunnen borstwand niet verwachten zou, en zijn de aortatonen zeer zwak. Er is geen wrijven te hooren. Een poging om met doorlichting van de borstkas (die door QUARTERO werd verricht) meer inzicht te krijgen, faalde. Wel bleek, dat van een exsudaat in het pericardium niets was te zien en het hart goed klopte. De van den hilus uitgaande dofheid liep naar den achterkant van de rechter onderkwab, lag niet interlobair. De vraag is, of niet door een andere, dan een tuberculeuse infectie een soortgelijk ziektebeeld veroorzaakt zou kunnen worden. Het steriel blijven van het punctie vocht zou niet volstrekt daartegen pleiten, daar de ascites secundair door de cirrhose veroorzaakt zou kunnen zijn, waarbij, ook een hoog eiwitgehalte kan voorkomen. Slechts het verdere beloop van het geval zal den waren aard van de cirrhose kunnen doen kennen.

Discussie:

SCHÜTTE vraagt naar de leucocytenformule van de punctievloeistof. Er werd gevonden 3 pCt. eiwit. Dit kan toch wel moeilijk alleen transsudaat zijn, doch op zijn minst ook exsudaat. Het is merkwaardig, dat de tuberculinereacties allen negatief uitvielen. Zijn de reacties zoowel met humane als bovine tuberculine gedaan.

VAN WESTRIENEN: Waren de tuberculinereacties pisitief, dan was de heele zaak klaar. Maar zij waren nu eenmaal negatief, zoowel met humane als met bovine tuberculine.

SCHÜTTE: Dan blijft de vraag over, wat het belangrijkste is? Of wel op grond van afwezigheid der reacties tuberculose uitsluiten of de waarde der tuberculinereacties niet als onomstootelijk aannemen.

VAN WESTRIENEN durft bij negatief uitvallen der beide tuberculinereacties de diagnose tuberculose niet aan. Dit kent men niet. Men kan hier niet spreken van een zoodanigen graad van kachexie, dat het kind daardoor niet meer tot reageeren in staat zou zijn.

BURGERHOUT vraagt, of andere mogelijkheden, bijv. thrombose van de poortader zijn uitgesloten.

VAN WESTRIENEN: Er tegen pleiten het niet zoo duidelijke adernet op het buikje. en het ontbreken van verschijnselen, die hierop zouden kunnen wijzen.

KLINKERT Sr. wijst nog eens op de groote zeldzaamheid van levercirrhose op zoo jeugdigen leeftijd. Spreker zelf zag eenmaal zulk een geval door sectie gecontroleerd bij een kind van 5 jaar.

VAN WESTRIENEN. Er zijn vrij veel gevallen beschreven. In één Duitsche publicatie o.a. zijn 70 gevallen uit de literatuur verzameld. CORNELIA DE LANGE heeft zelfs bij zuigelingen eenige gevallen van niet-luetische levercirrhoses beschreven.

KLINKERT Sr: Op 4500 bijeen gezochte gevallen nam men slechts 1 pCt. waar bij kinderen.

M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE, *Geval van sarcoma uteri.*

Patiënte X., oud 23 jaren, ongehuwd, vloeide vrij geregeld reeds ongeveer een jaar, toen zij voor het eerst een geneesheer raadpleegde. Deze (dr. GOUDSMIT) liet patiënte opnemen. Het meisje was zeer anaemisch, zag er zeer slecht uit, maakte een erg zieken indruk, en had vrij hooge koorts, schommelde tusschen 38° en 40° rectaal. Bij het gynaecologisch onderzoek werd gevonden een gezwel der baarmoeder, reikende tot even onder den navel. Collega GOUDSMIT was niet zeker, dat de hooge temperatuur van het baarmoedergezwel afhankelijk was, waarom collega van DIJK werd verzocht de patiënte eveneens te willen onderzoeken. Deze vond: slechten algemeenen toestand; behalve een gezwel in den onderbuik geen somatische afwijking. Het haemoglobinegehalte was zeer laag, nl. 17 pCt. volgens SAHLI,

v. BOUWDIJK
BASTIAANSE,
Sarcoma
uteri.

ongecorrigeerd. Het verdere bloedonderzoek wees op secundaire anaemie, veroorzaakt door niet-onbeduidende bloedingen.

Als waarschijnlijkheidsdiagnose werd nu gesteld: geïnfecteerd myoom.

De eenige behandeling, die hiervoor in aanmerking komt, is baarmoederextirpatie. Echter was de toestand van het meisje zoodanig, dat een dergelijke ingreep van haar vermoedelijk te groot zou blijken. Daarom werd op raad van VAN DIJK besloten bloedtransfusie te verrichten in de hoop, dat patiënte daardoor zóóveel zou verbeteren, dat met meer kans op welslagen deze operatie uitgevoerd zou kunnen worden.

De bloedtransfusie werd verricht op 24 Augustus door VAN DIJK. Van een schoonzuster, behoorende evenals de patiënte tot groep IV, werd na de gebruikelijke voorbehandeling 600 cM³ citraatbloed ingebracht. Hierna kreeg patiënte een koude rilling met een temperatuur van 40.4°, welke echter ditmaal geen reden gaf tot ernstige ongerustheid. De volgende dagen daalde de temperatuur geregeld, zoodat van den 28sten Augustus (dus na 4 dagen) deze geheel normaal was. Op 27 Augustus was het haemoglobinegehalte gestegen tot 30 pCt. SAHLI ongecorrigeerd. De algemeene toestand was zeer verbeterd, het meisje voelde zich veel beter, terwijl ook de eetlust terugkeerde. Door uitsteigigheid van collega GOUDSMIT werd mij nu verzocht patiënte verder te behandelen. Door mij werd dezelfde diagnose gesteld, waarvoor ook sterk pleitte het afvloeien van etter uit de scheede.

Op 1 September werd door mij de baarmoederextirpatie verricht onder epidurale gevoelloosheid door inspuiting van 70 cM. 1.5 pCt. novocaïne-adrenaline-oplossing, waardoor gedurende de geheele operatie volkomen gevoelloosheid werd verkregen. Teneinde het besmetten van het wondterrein met etter uit de scheede te voorkomen, werd deze eerst afgeklemd met 2 rechthoekige vaginaalklemmen van WERTHEIM; hieronder werd met een mes een kleine opening gemaakt in den voorwand en door middel van een groote sleufsonde een tampon door de scheede getrokken, om zodoende allen etter uit de scheede te verwijderen. Hierna werd de scheede doorsneden en het heele wondterrein met peritoneum overhecht. Een kleine tampon, die door de scheede naar buiten leidde, bleef subperitoneaal liggen. Met het oog op den jeugdigen leeftijd van patiënte werden beide eierstokken gespaard. Uit vaten van het rechter parametrium werden 2 thrombi gehaald, en voor microscopisch onderzoek bewaard.

De operatie werd vrij goed doorstaan, alleen steeg de temperatuur weer tot tusschen 38° en 39° rectaal om na ongeveer 2 weken weer normaal te zijn geworden.

Na openen van de ongeveer klein-manshoofd groote baarmoeder bleek de geheele binnenoppervlakte ingenomen te zijn door een gezwel, geheel met een etterig beslag bedekt. Dit gezwel bleek, evenals beide thrombi, een sarcoom te zijn, vermoedelijk uitgaande van het slijmvlies der baarmoeder (microscopisch van collega VAN RIJSSEL).

Het sarcoma uteri komt vrij zeldzaam voor; volgens OPITZ komt ongeveer 1 sarcoom voor op 40—50 carcinomen. Te onderscheiden zijn wand- en slijmvlies-sarcomen. De laatste zijn veel zeldzamer dan de eerste, vooral ook, omdat onder de wandsarcomen ook de sarcomateus ontaarde myomen hooren. Volgens R. MEIJER komen 3 slijmvlies-sarcomen voor op 27 wandsarcomen.

De zetel van het baarmoedersarcoom is meestal het corpus. Zij komen het vaakst voor op den leeftijd van 40—50 jaren, kunnen echter al op heel jongen leeftijd voorkomen.

De verschijnselen zijn gedeeltelijk dezelfde als van de myomen, vooral bloeding. Verder kan snelle groei, vooral na het climacterium, op sarcoom wijzen. Als verdere verschijnselen ziet men soms: pijn in den onderbuik, vermoedelijk door sterke spanning als gevolg van den snellen groei, of wel als weeën, als de baarmoeder de vaak polypeus groeiende sarcoommassa's wil uitdrijven. Niet zelden ziet men ook ascites; vrij vaak rotting of veretting.

De dood wordt meestal veroorzaakt door metastases of sepsis.

Als behandeling komt in aanmerking totalexstirpatie, of bestraling, of operatie met nabestraling. Deze laatste combinatie lijkt mij het beste.

De prognose is vrij slecht. VEIT zag 7 blijvende genezingen op 42 operaties.

De reden, waarom ik dit geval meedeel is gelegen in het feit, dat primairuterus-sarcoom zelden voorkomt, vooral van de mucosa uteri, maar bovendien, omdat door de bloedtransfusie de toestand onzer patiënte vrij aanzienlijk werd verbeterd, waardoor de kans op het goed doorstaan van dezen operatieven ingreep veel grooter werd. Het haemoglobinegehalte steeg van 17 op 21—VI tot 30 op 27—VIII en 34 op 31—VIII; op 18—IX was het gedaald tot 26, doch steeg daarna weer tot 35 op 1 October. Bovendien werd de temperatuur na de bloedtransfusie normaal, en verbeterde de algemeene toestand sterk. Of het dalen van de temperatuur ook aan de bloedtransfusie is toe te schrijven, is natuurlijk niet te bewijzen; waarschijnlijk lijkt het mij echter wel, omdat dit feit reeds meermalen beschreven is bij infectietoestanden, vooral als door langen duur de algemeene toestand slecht is geworden. Door den vermeerderden weerstand der patiënte zou dan de ontsteking beter bestreden kunnen worden.

Wat de prognose van onze patiënte betreft, is het duidelijk, dat deze door de aanwezigheid van sarcomateuse thrombi niet goed is. Gehoopt wordt, dat door stijgende, tot zeer groote giften arsenicum het sarcoom nog bestreden zal kunnen worden.

In verband met de epidurale gevoelloosheid wil ik nog opmerken, dat ik vroeger steeds gebruikte de oorspronkelijke naald, zooals deze is beschreven in „*Operative Gynaekologie*” van DÖDERLEIN en KRÖNIG. In de laatste jaren gebruik ik een zelfde soort naald, alleen is de troicart veel dunner. Sedert ik deze naald gebruik, is een inspuiting nooit meer mislukt, als de cornua sacralia voelbaar waren, wat bij het oorspronkelijke model wel eens gebeurde.

Discussie:

DE SNOO deelt mede, dat hij een geval van slijmvlies-sarcoom zag bij een meisje van 25 jaar. Dat meisje vloeide reeds $\frac{1}{2}$ jaar. Na behandeling met geneesmiddelen en curettage, diagnose zwangerschap en behandeling door een kwakzalver kwam het meisje door den laatsten gestuurd bij spreker. Spreker meende, dat het een zeer week myoom zou zijn. Het Hgb.-gehalte was toen 20. Spreker heeft patiënte, in narcose geopereerd. Hij vond toen ook zooals VAN BOUWDIJK BASTIAANSE thans stolsels, die later sarcoommassa bleken te zijn. Hij heeft toen een uitgebreide operatie volgens WERTHEIM gedaan. De slechte toestand maakte beëindiging der operatie noodig, voordat beide eierstokken verwijderd waren. Een is achtergebleven. Het gezwel bleek te zijn een slijmvlies-sarcoom, poliepachtig met gele tint. Deze operatie is nu 10 jaar geleden; 5 jaar na de operatie zag spreker het meisje toevallig terug en vernam toen van haar, dat den laatsten tijd de buik weer dikker was geworden. Onderzoek en operatie volgden. Er werden metastases gevonden in den eierstok, die was achtergelaten. Deze operatie is weer goed gegaan. Op het oogenblik dus 10 jaar na de eerste operatie is de vrouw volkomen gezond.

VAN BOUWDIJK BASTIAANSE vindt deze meedeeling van DE SNOO zeer belangwekkend. Spreker meent nl., dat de metastases en recidief in den eierstok komen langs de bloedbaan en wel door de venae uterinae, die naar de vena ovarica loopen. Indien men nu reeds op deze plaats sarcoom vindt, dan acht spreker het zeer te vreezen, dat het ook al wel elders zal gezeteld zijn. Uit de meedeeling van DE SNOO blijkt echter, dat ook dan het geval nog niet hopeloos is. Verschil van zetel van het kwaadaardige gezwel doet vaak de uitgebreidheid der operatie bepalen. Zit het gezwel in het corpus uteri, dan is gewone baarmoederexstirpatie voldoende, zooals de statistieken over het corpuscarcinoom voldoende bewijzen. Is echter het kwaadaardige gezwel in de cervix uteri gezeteld, dan doet spreker steeds uitgebreide baarmoederexstirpatie, meestal per laparotomiam volgens WERTHEIM, soms per vaginam volgens SCHAUTA. Bij voorkeur laat spreker steeds nabehandelen met radium- en Röntgenstralen.

RENAUD meent, dat het beter geweest ware toen het gezwel eenmaal open was om alles weg te nemen. Castratie heeft de voorkeur boven mogelijk zitten blijven van metastases. Met DE SNOO is hij het niet eens, in zoverre dat spreker geen groote operatie van WERTHEIM zou gedaan hebben, maar de

adnexen zou verwijderd hebben en daarna bestraling. Spreker gebruikt voor de ongevoeligmaking altijd de oorspronkelijke naald. De aangegeven wijziging van VAN BOUWDIJK BASTIAANSE verdient aanbeveling misschien.

VAN BOUWDIJK BASTIAANSE zou ook beide eierstokken meegenomen hebben, als hij onder de operatie geweten had met een sarcoom te doen te hebben. Spreker heeft gedurende de operatie echter in de vaste overtuiging verkeerd met een geïnfecteerd myoom te doen te hebben. Dat het een sarcoom was, heeft hij eerst later geweten door het pathologisch-anatomisch onderzoek door VAN RIJSEL. Ware de baarmoeder en daarmee het gezwel gedurende de operatie doorgesneden, dan had misschien het vermoeden van sarcoom kunnen opkomen. Het uiterlijk van het gezwel was als dat van een sarcoom 1).

DE SNOO antwoordt RENAUD, dat hij zoo uitgebreid mogelijk alle mogelijk kwaadaardig weefsel bij iedere operatie verwijdert.

v. BERCKEL, G. J. J. VAN BERCKEL, *Over acute haematoporphinurie.*

Acute haematoporphinurie. Spreker deelt de ziektegeschiedenissen mede van twee gevallen dezer ziekte, welke waargenomen zijn in het Ziekenhuis aan den Coolsingel en bespreekt daarna in verband met de casuïstiek de door deze patiënten vertoonde verschijnselen.

Zal elders uitvoeriger worden gepubliceerd.

Discussie:

BURGERHOUT meent, dat de mondaandoening niet den indruk maakt van een stomatitis maar deed denken aan een verandering, zooals men die ziet bij phosphorvergiftiging.

VAN BERCKEL acht dit wel mogelijk. De literatuur spreekt er echter niet van.

Vos deelt mede, dat in de literatuur wordt medegedeeld, dat bij alyserine, een meekrapvergift, kleuring kan ontstaan van de groeiende beenderen. Spreker vraagt of het door VAN BERCKEL genoemde gif eenige overeenkomst met alyserine heeft.

Mej. DE WOLFF meent, dat dit een geheel andere stof is.

VAN BOUWDIJK BASTIAANSE meent, dat de voordracht ook voor chirurgen en gynaecologen belangrijk is. Het lijkt spreker namelijk niet onmogelijk, dat de meeste patiënten met acute haematoporphynurie niet bij den internist maar bij den chirurg of gynaecoloog belanden. In verband met de eerste patiënte merkt spreker op, dat hij er niet van overtuigd is, dat de acute aanvallen niet veroorzaakt zijn door een secundaire infectie van de tuberculeuze salpingitis. Spreker meent, dat het mogelijk is, dat patiënte leed aan, chronische haematoporphynurie met tijdens de aanvallen acute salpingitis.

KLINKERT Sr. vraagt, of in het bloedserum porphyrine voorkomt.

VAN BERCKEL: Jawel, doch zonder noemenswaardige kleurverandering van het serum te bewerken.

KLINKERT Sr.: Wat betreft het negatieve bloedresultaat van de ontlasting merkt spreker op, dat dit niets bewijst, daar niet de spectroscopische methode is toegepast.

Mej. DE WOLFF stemt hierin geheel met dr. KLINKERT in.

H. VAN DIJK, *secretaris.*

1) Het meisje komt 1 Maart voor contrôle terug bij VAN BOUWDIJK BASTIAANSE. Patiënte is zeer dik geworden, ziet er opmerkelijk goed uit. Men zou ze niet meer terug kennen. Helaas leert het gynaecologisch onderzoek, dat er een duidelijk recidief is.
