

University of Groningen

Circulatiestoornis bij diphtherie

Wermeskerken, Jacobus Lambertus van

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1949

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Wermeskerken, J. L. V. (1949). *Circulatiestoornis bij diphtherie* Groningen: N.V. Erven B. Van Der Kamp

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

SAMENVATTING

In hoofdstuk I werden de verschillende theorieën besproken, die in de loop der jaren zijn opgesteld over de aetiologie der circulatiestoornis bij diphtherie.

Aan de hand van de gegevens der patienten uit de infectie-afdeling van het Zuider Ziekenhuis te Rotterdam werd in hoofdstuk II aangetoond, dat de circulatiestoornis (de z.g. hartdood) bij diphtherie de belangrijkste oorzaak van de dood is (61,6 %).

In de kliniek bleek de diphtherie nog een echte kinderziekte te zijn: 58,4 % van de patienten behoorde tot de leeftijdsgroep van 0-5 jaar en 72 % behoorde tot de leeftijdsgroep 0-10 jaar.

Naast de z.g.n. hartdood vormde de larynxdiphtherie met de tracheotomie een groot gevaar; 23,3 % van de overleden patienten waren na een tracheotomie overleden. Het was vooral de jongste groep, die aan dit gevaar blootstond. Er werd speciaal op gewezen, dat naast de bekende doodsoorzaken van de tracheotomie de dubbelzijdige pneumothorax een veel belangrijker plaats inneemt dan men tot nu toe heeft aangenomen.

Onder de patienten bevonden zich 12 met wonddiphtherie. Het is gebleken, dat bij deze ongewone localisatie van het diphtherische proces dezelfde complicaties te vrezen zijn van de kant van het circulatie-apparaat als bij de keeldiphtherie.

In hoofdstuk III wordt het klinische beeld van de circulatiestoornis besproken. Het is gebleken, dat deze circulatiestoornis ten dele bestaat uit een stoornis in de hartfunctie en ten dele uit een sterke perifere circulatiestoornis.

Bij het onderzoek van de circulatiestoornis is gebruik gemaakt van de volgende onderzoekingsmethoden:

1. de electrocardiographie;
2. het onderzoek van de arteriële bloeddruk;
3. het onderzoek van de veneuse druk;
4. het onderzoek van stofwisselingsstoornissen;
5. pathologisch-anatomische gegevens.

Voor dit onderzoek werd aanvulling gezocht uit de gegevens van de patienten van de infectie-afdeling van het Algemeen Provinciaal-, Stads-, en Academisch Ziekenhuis te Groningen.

De electrocardiographische afwijkingen bleken bij diphtherie zeer sterk te zijn.

Behalve op de meer bekende ST-segment- en T-top veranderingen in de standaardafleidingen werd gewezen op het voorkomen van sterke afwijkingen in de thoracale afleidingen. Deze nog weinig bekende afwijkingen bestaan eveneens uit ST-segment- en T-topveranderingen.

Tevens werd gewezen op de afwijkingen, die gevonden worden aan de R-top; deze R-top wordt in de loop van het proces kleiner en kan tenslotte volledig gaan ontbreken. Er kunnen beelden ontstaan, die lijken op het voorwandinfarct. De veranderingen van de R-top zijn gedeeltelijk te verklaren door het plotseling optreden van een linker bundelblok. Deze afwijkingen duiden alle — evenals de afwijkingen in de standaardafleidingen — op een ernstige aandoening van het hele hart.

Prognostisch blijkt het ECG van betekenis te zijn. Een zeer ernstige prognose hebben de atrio-ventriculaire geleidingsstoornissen en de veranderingen van de R-top in de thoracale afleidingen.

De veranderingen van de arteriële bloeddruk zijn zeer kenmerkend. Na een kortdurende stijging ontstaat een sterke bloeddrukdaling met een langzaam herstel. Deze veranderingen blijken primair een extra cardiale genese te hebben. De veranderingen van het myocard krijgen pas secundair invloed op de bloeddruk. De mogelijkheid wordt naar voren gebracht, dat deze extracardiale invloed ontstaat door een perifere circulatiestoornis, een shocktoestand. Deze en andere symptomen passen in het adaptiesyndroom van Selye.

De veneuse druk bleek bij enkele onderzochte gevallen tijdens de circulatiestoornis normaal te zijn. Dit komt geheel overeen met het klinische beeld, waarbij de collaps van de perifere vaten dikwijls opvallend is.

Van de stofwisselingsstoornissen was de sterk verminderde chlooruitscheiding in het begin van de ziekte opvallend. Dit symptoom zou kunnen duiden op een shocktoestand. In de reconvalescentie werd het chloor weer uitgescheiden; bij overlijden van de patient werd in de laatste phase van de ziekte de verminderde chlooruitscheiding steeds sterker. Dit uitblijven van de chlooruitscheiding blijkt een prognostisch ernstig verschijnsel te zijn.

De ureumstofwisseling toonde eveneens kenmerkende veranderingen. In het begin van de ziekte bestond een lichte extrarenale uraemie. Overleed de patient, dan trad in korte tijd een sterke stijging van het ureumgehalte van het bloed op (tot 4 g/L). Dit wordt verklaard door een nierfunctiestoornis samen met een langzamerhand slechter wordende hartfunctie. De negatieve stikstofbalans kan eveneens een aandeel in deze snelle stijging hebben. Er werd op gewezen, dat het pathologisch-anatomische beeld naast een sterke afwijking van het myocard ook symptomen laat zien, die duiden op een perifere circulatiestoornis. Het is zeer moeilijk op het pathologisch-anatomische beeld uit te maken, welk deel der verschijnselen door een cardiale stuwung en welk deel door een perifere circulatiestoornis wordt veroorzaakt.

De slotconclusie, waartoe deze onderzoekingen hebben geleid, luidt als volgt:

bij de circulatiestoornis bij diphtherie bestaat naast een sterke aandoening van het myocard tevens een zeer uitgesproken perifere circu-

latiestoornis (shock). Door het samengaan van deze beide factoren ontstaat het bij diphtherie zo kenmerkende symptomencomplex. De indeling in een z.g.n. vroege en late hartdood kan gehandhaafd blijven in die zin, dat de vroege hartdood bijna geheel wordt beheerst door een perifere circulatiestoornis, terwijl bij de late hartdood sterke afwijkingen van het myocard op de voorgrond staan, hierbij blijft evenwel toch nog een perifere circulatiestoornis te bestaan. Dikwijls zagen wij de perifere circulatiestoornis aan de myocardafwijkingen voorafgaan. De vraag is gerezen, of deze myocardafwijkingen een gevolg kunnen zijn van de shocktoestand, zoals door enkele patholoog-anatomen naar voren is gebracht. Zij vatten de circulatiestoornis bij diphtherie op als een recidiverende shocktoestand. Deze theorie is zeer aantrekkelijk en kan ook in de kliniek enkele steunpunten vinden; er zullen echter nog nadere onderzoekingen over dit probleem verricht moeten worden om hierop een definitief antwoord te kunnen geven.