



Over eklampsia puerperalis : voordracht

<https://hdl.handle.net/1874/234805>



OVER EKLAMPSIA PUERPERALIS. (*)

Het vraagstuk van de eklampsie is thans weder à l'ordre du jour. In de Vergadering van de „Berl. Med. Ges.” van December 1891 hield Olshausen een voordracht over dit onderwerp, welke voordracht later in de Samml. klin. Vorträge is gepubliceerd; in de Februari-Vergadering 1892 van de „Gesell. der Aerzte in Wien” besprak de patholoog-anatoom Kundrat dit onderwerp, terwijl ik tijdens mijn verblijf te Berlijn in de vorige maand in de Vergadering der Berl. Gyn. Gesellschaft eene voordracht over eklampsie hoorde van Dr. Dührssen. In de „Gynaec. Tagesfragen” wijdde Löhlein aan dit onderwerp eene uitvoerige bespreking. Ik meen dan ook dat eene bespreking der eklampsie in deze vergadering niet is misplaatst; te meer gevoelde ik daartoe den aandrang daar Prof. Halbertsma bij de behandeling een geheel nieuw standpunt heeft ingenomen en voor bepaalde gevallen de verlossing door middel van de sectio caesarea heeft aanbevolen.

De basis van elke rationeele behandeling moet zijn juiste kennis van het wezen der ziekte en van de oorzaken, die haar ten grondslag liggen. Die basis missen wij echter bij de eklampsia puerperalis. Ondanks de vele en nauwgezette waarnemingen en studiën van de eminentsten onder de patholoog-anatomen, klinici en verloskundigen moeten wij het antwoord schuldig blijven op de vraag „waarin bestaat het wezen der eklampsie en welke zijn hare oorzaken.”

De meesten zijn thans geneigd de eklampsie op rekening te stellen van een acute vergiftiging van het bloed door teruggehouden excretie-producten, die dikwijls door een reeds bestaande ziekelijke aandoening der nieren wordt voorbereid.

Die leer heeft volgens Olshausen groote voordeelen; zij neemt aan eene belemmering in de nier-secretie, resp. eene aandoening der nier, die feitelijk ook bijna zonder uitzondering in de door Olshausen waargenomen gevallen van doodelijken afloop konden worden aangetoond.

Welke stoffen worden teruggehouden?

Zeker is het dat noch het ureum, noch de koolzure ammoniak als zoodanig de eklampsie veroorzaken.

De meening van Stumpf, die de eklampsie toeschrijft aan ophooping van aceton in het bloed, acht Olshausen op grond van de klinische feiten hoogstwaarschijnlijk.

(*) Voordracht gehouden in de vergadering van 22 Februari 1892 in den Geneeskundigen Kring te Amsterdam.

Welke aandoening der nieren is hierbij in het spel? Vroeger dacht men hierbij uitsluitend of hoofdzakelijk aan chronische parenchymatense nephritis; de ervaring heeft echter geleerd, dat slechts zelden de eklampsie van deze aandoening afhankelijk is en dat de meeste vrouwen, aan chronische nephritis lijdende, van eklampsie bevrijd blijven. Wel ontwikkelen zich sterke oedemen en hydrops; dikwijls wordt de zwangerschap afgebroken, nog veelvuldiger sterft de vrucht (door loslating der placenta?) en niet zelden bezwijkt de zwangere aan het reeds lang bestaande lijden, maar eklampsie treedt daarbij slechts bij uitzondering op.

Bij de eklampsie heeft men meestal te doen met een acuut proces in de nieren, dat in een acute vetontaarding van de nier-epitheliën in de tubuli contorti bestaat.

In het acute optreden van dit proces ligt volgens Olshausen het geheim van het acuut, plotseling optreden der eklamptische aanvallen.

Hoe ontstaat de zwangerschapsnier? Olshausen vindt de meening van Leijden, dat door eene acute anaemie, de epitheliën eene ischaemische necrose ondergaan, niet juist, daar men gewoonlijk de nieren hyperaemisch vindt. Hij wijst op het door alle waarnemers geconstateerde feit dat de eklampsie voornamelijk I-gravidae aantast en wel bij voorkeur krachtig gebouwde, musculouse vrouwen met strakken buikwand, verder bij gemelli en hydramnios. Daaruit laat zich afleiden, dat een verhoogde intra-abdomineele druk een aanzienlijke rol speelt in de aetiologie der eklampsie. Hoewel Olshausen erkent dat de compressie van de ureteren door Halbertsma aangenomen en o. a. door Löhlein bij de sectie van eklampticae herhaaldelijk geconstateerd, beteekenis heeft, zoo meent hij echter daarin niet een veelvuldige oorzaak der eklampsie te moeten zoeken. De compressie van een ureter, zal zelfs bij langer bestaan, niet een zoodanige stoornis van de nier-secretie teweeg brengen dat een uraemische intoxicatie tot stand komt, althans *niet dan bij uitzondering*. Druk op den hilus renalis door den zwangeren uterus acht Olshausen niet onmogelijk.

In de discussie, naar aanleiding van de voordracht van Olshausen wees Virchow er op, dat de feiten, die tot dusverre van path. anat. standpunt verkregen zijn, volstrekt niet voldoende zijn om daarop eenige theorie van de eklampsie te baseeren. Met name wees hij er op dat de veranderingen van de nieren bij eklampsie in het algemeen zoo gering zijn, dat bij talloze andere gevallen dezelfde afwijkingen worden aangetroffen, zonder dat ooit dergelijke verschijnselen daarbij tot uiting komen als bij zwangeren en barenden. Virchow sprak als zijn meening uit dat er dus nog iets bijzonders

moest meewerken, wat tot dusverre aan de waarneming zich had onttrokken en met spanning zag hij den uitslag van de onderzoeken tegemoet, die in den laatsten tijd zijn gemaakt met het oog op veranderingen van het bloed, met name op de „infectiösen Zustände”.

Bij het gemis aan een voldoende inzicht in het wezen der eklampsie is men wel verplicht zich voorloopig door de klinische ervaring te laten leiden.

Deze nu heeft geleerd dat de eklampsie voornamelijk optreedt bij primigravidae, dat *oudere* primigravidae eene groote voorbeschikking vertoonen; dat sterke uitzetting der baarmoeder (door meervoudige zwangerschap, hydramnios) de kans voor het optreden van eklampsie verhoogt.

Omtrent de menigvuldigheid van voorkomen tijdens de zwangerschap of gedurende de baring loopen de opgaven nog al uiteen. Dit gemis aan overeenstemming laat zich verklaren uit de moeielijkheid om uit te maken of de baring reeds begonnen was, of eerst na de aanvallen is ingetreden. De meeste eklampticae toch worden in barenden toestand in de kraaminrichting opgenomen, nadat zij tehuis reeds verscheidene aanvallen hebben gehad.

Olshausen acht het waarschijnlijk dat in 40 % der gevallen de eklampsie tijdens de zwangerschap uitbreekt.

Alle schrijvers zijn echter eenstemmig in de uitspraak, dat de eklampsie inter partum het meest voorkomt.

Uit de groote statistieken van Löhlein (Gynaec. Tagesfragen) en van Olshausen blijkt verder, dat de geringste mortaliteit voorkomt bij *primiparae post partum* en de grootste mortaliteit bij *multiparae ante partum*. De meening o. a. door Simon Thomas uitgesproken, dat multiparae wel is waar zeldzamer, maar gewoonlijk veel heftiger door de eklampsie worden aangetast, wordt door die statistieken bevestigd.

Wat betreft de verhouding van de weëenwerkdadigheid tot de eklamptische aanvallen zoo leert de ervaring dat de uitspraak van Kiwisch, dat de aanvallen door de weëen worden opgewekt, niet juist is; dit bewijzen de talrijke gevallen van eklampsie tijdens de zwangerschap. Spiegelberg-Wiener meent „dass die Wehe bei gegebener Krankheit resp. Intoxikation dass occasionelle kausale Moment für den Anfall abgiebt.”

De aanvallen oefenen een hoogst ongunstigen invloed uit op het leven der vrucht; soms is reeds na den 1sten of den 2den aanval eene vermindering van de bewegingen der vrucht, en vermindering in de intensiteit der foetale harttoon waar te nemen.

Welken invloed oefent de ontlediging der baarmoeder op de aanvallen uit?

Brummerstätt en Schauta ontkennen ee gunstigen invloed, maar de feiten toonen overtuigend aan, dat in de meeste gevallen de aanvallen ophouden na spontane of kunstmatige ontleding der baarmoeder. Zoo vond Olshausen dat onder 143 gevallen,

92 maal de eklampsie ophield na de geboorte der vrucht, terwijl 29 maal de aanvallen daarna nog 1—2 malen en in 22 gevallen 3 of meerdere malen terugkeerden.

Löhlein vond dat de convulsies in ca. $\frac{1}{5}$ gedeelte van de spontaan verlopen of kunstmatig geëindigde verlossingen bleven voortbestaan, soms zelfs heftiger werden.

De ervaring heeft verder geleerd, dat slechts hoogst zelden bij eene opvolgende zwangerschap opnieuw eklampsie optreedt. Zoo vond o. a. Olshausen dat van de 200 eklampticae — in den tijd van $2\frac{1}{2}$ jaar in de Universitäts-Frauenklinik te Berlijn opgenomen — slechts 2 bij eene vroegere zwangerschap stuipen hadden gehad.

Van eene prophylactische behandeling kan slechts zelden sprake zijn, daar de eklampsie meestal optreedt bij gezonde primigravidae, bij wie geen enkel verschijnsel het groote gevaar deed vermoeden. Het spreekt van zelf, dat bij gravidae, die over stoornissen in het zien klagen of oedemen vertoonen, nauwkeurig op de geaardheid der urine moet gelet worden. Bevat de urine eiwit, zoo moet voor ruime diaphoresis en defaecatie worden zorg gedragen. Winckel geeft in die gevallen 1—3 pillen 's morgens volgens bijgaand voorschrift (Extract. Aloës et Extracti Colocynthis ana 1.5 gram, m. f. l. a. pil No 30).

Eene krachtige diaphoresis wordt verkregen door pat. in een bad van 38° Celsius te brengen en daarna in natte, heete lakens in te wikkelen.

Wat te doen, wanneer een eklamptische aanval is uitgebroken?

Vroeger werd algemeen het inhaleeren van chloroform aanbevolen. Bij het begin van elken aanval, zoodra de pat. onrustig begon te worden, werd de chloroform toegediend, tot de aanval had opgehouden. Winckel gebruikt den chloroform slechts als „vorläufiges Beruhigungsmittel”, om onmiddellijk na elken aanval 1—2 gram chloralhydraat per clysma toe te dienen. Hij zegt „Wir scheuen uns nicht bis auf 12 Gram dieses Mittels pro Tag und selbst darüber zu steigen,” en is met deze behandelingswijze zeer tevreden.

In den laatsten tijd is door G. Veit tegen de eklampsie het subcutaan inspuiten van groote giften morphine aanbevolen. Bij elken aanval worden 30 milligram morphine subcutaan ingespoten en deze inspuitingen tot een hoeveelheid van 200 milligram in 24 uren herhaald. Veit heeft met die colossale hoeveelheden morphine zeer gunstige resultaten verkregen; ook ik heb in eenige gevallen mij van de gunstige werking dier heroïsche injecties kunnen overtuigen.

De behandeling der eklampsie met heete baden volgens Breuss verwerpt Olshausen, daar hij elke manipulatie met de eklampticae vreest.

Gewoonlijk treedt in die gevallen, waarin de eklampsie reeds tijdens de zwangerschap uitbreekt, spoedig de baring in. Meestal is de duur der baring en met name die van het uitdrijvingstijdperk aanmerkelijk korter dan gewoonlijk. Men kan dan ook doorgaans eene afwachtede houding aannemen en onthoude zich van elke poging om de uitdrijving der vrucht te bespoedigen, daar die pogingen in den regel door hernieuwde en sterkere aanvallen worden gevolgd. Blijven de aanvallen echter ondanks de consequente toepassing van inwendige middelen (chloroform, morphine, chloralhydraat) aanhouden, of worden zij heftiger, zoo ga men over tot het kunstmatig ontleiden van den uterus. De applicatio forcipis bij volkomen of ruime ontsluiting van den baarmoedermond en ingedaald hoofd, de extractio manualis bij stuitligging, keering met onmiddellijk opvolgende uithaling der vrucht bij dwarsligging of bij nog niet ingedaald of nog zeer hoog staand hoofd, zal aan die indicatie gemakkelijk kunnen voldoen.

Is de baarmoedermond nog niet voldoende ontsloten, bieden de randen nog te veel weerstand, zoo verdient de methode van Dührssen, het maken van incisies in de baarmoedermondslippen tot aan de aanhechting aan de vaginaalwanden, aanbeveling. Het verleenen van manuele of instrumenteele hulp wordt daardoor eerst mogelijk.

Wat echter te doen wanneer de eklampsie tijdens de zwangerschap (hetzij dan in een vroeger tijdperk, hetzij op het normale einde) uitbreekt, de aanvallen ondanks de toediening van chloroform, morphine en chloralhydraat steeds heftiger worden en geen spoor van weeënwerkdadigheid is te bemerken?

De baring te willen provoceeren, bijv. door het inbrengen van een bougie in den uterus, of door het breken der eivliezen (hetgeen bij primigravidae bij eene opening van den baarmoedermond, die ternauwernood den vingertop toelaat trouwens ondoenlijk is) is een onjuiste gedachte, daar in een ernstig geval de vrouw reeds zou bezweken zijn alvorens de baarmoeder zich krachtig begon te contracteeren.

In die gevallen raadt Dührssen ook de bloedige verwijding van den baarmoedermond aan. Ten sterkste moet ik dit ontraden. In zijn Vademecum zegt Dührssen: „sie (d. i. „die blutige Erweiterung“) ist nur dann vorzunehmen, wenn der ganze supravaginale Theil des Cervix bereits völlig erweitert ist, wenn also die mangelhafte Eröffnung sich auf die Portio vaginalis beschränkt.“ Aan die voorwaarde is echter niet voldaan, wanneer de baring nog niet is ingetreden; derhalve is die methode dan hier op hare plaats.

Bij het groote gevaar, waarin de vrouw verkeert, onverlost te sterven, is het gewettigd door middel der keizersnede de baarmoeder zoo spoedig mogelijk te ontledigen. Ik acht dien weg zelfs aangewezen wanneer de kans op het behoud der vrucht wegens onvoldoende levensvatbaarheid zeer gering is, ja zelfs wanneer het kind dood is, indien de uithaling der vrucht per vias naturales niet mogelijk is en de toestand der vrouw door toenemende stoornissen in de circulatie en de respiratie hoogst ernstig wordt.

Aan Prof. Halbertsma komt de eer toe de sectio caesarea bij eklampsie het eerst aanbevolen en verricht te hebben. De praemissen, waarvan hij uitging — door Dr. Nijhoff in de Algemeene Vergadering der Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in 1890 te Utrecht gehouden, bestreden — dat nl. de eklampsia *gravidarum* de ongunstigste prognose oplevert en de ontleding der baarmoeder de aanvallen meestal doet ophouden, zijn door de ervaring als juist erkend. Ontegenzeggelijk echter is Halbertsma in den beginne te ver gegaan door in de sectio caesarea het middel te zien, dat zelfs in de ongunstigste gevallen het leven der moeder zou vermogen te redden.

De beslissing of in een bepaald geval de sectio caesarea aangewezen is, zal zeker altijd zeer moeilijk blijven. De ervaring leert dat noch het aantal der eklamptische aanvallen, noch de geaardheid van den pols, noch eenig ander verschijnsel in staat stelt met zekerheid de prognose te stellen. Terecht zegt Löhlein dat alleen de „Gesamteindruck” kan beslissen. Er zijn echter gevallen, waarin de toestand wanhopig schijnt en plotseling en geheel onverwacht een gunstige keer intreedt. Dan zou zeker de sectio caesarea onnoodig zijn geweest. Aan den anderen kant is het waar dat door de keizersnede de exitus letalis niet altijd kan worden voorkomen. Dreigt echter de toestand ongunstig te worden, nemen de aanvallen in aantal, duur en sterkte toe zonder dat door het intreden der baring kans op spoedige ontleding der baarmoeder bestaat, zoo is naar mijne overtuiging de keizersnede aangewezen.

G. H. VAN DER MEIJ Jr.