

INGEZONDEN.

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.

ERMETRINE DURANTE PARTU.

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega PANNEKOEK (dit *Tijdschrift* bldz. 3896) wil ik slechts opmerken dat deze vergeet rekening te houden met den graad van indaling.

Bij de bedoelde gevallen nrs. 4 en 6 stond de schedel namelijk nog los in den bekkeningang.

Collega WEBER schrijft: „Wie het bovengenoemde artikel leest” (namelijk dat van RUNGE in het *Zentralbl. für Gyn.* 1986 (1936), „ziet dat RUNGE onmiddellijk op de geciteerde woorden laat volgen” en zoo voort.

Volkomen juist collega, maar wie bedoeld artikel *critisch* leest, vraagt zich af, waarop berust deze vrees, temeer waar RUNGE zelf even te voren zijn ervaring met ermetrine in het uitdrijvingstijdperk, waarin hij het wel toepaste, beschrijvend zegt: „In einigen Fällen haben wir das Mittel auch bei Wehenschwäche in der Austreibungsperiode statt der Injektion von Hypophysenextrakt verwendet. Natürlich wählten wir die Fälle so aus, dass die Vorbedingungen für eine eventuell nötig werdende Zangenextraktion gegeben waren. Die Notwendigkeit hierfür trat allerdings niemals ein. Vielmehr kam es auch hier zu kräftigen rhythmischen Wehen ohne Schädigung des Kindes. Eine kindliche Asphyxie wurde nicht beobachtet. Für eine breitere Anwendung des Mittels vor Geburt des Kindes möchte ich allerdings im Augenblick noch zu grösster Vorsicht geraten” (blz. 1989).

Ook op het Gynaecologencongres te Berlijn in 1937 uit RUNGE zijn tevredenheid over ergometrine (*Arch. Gynäk.* 166, 110 (1938)).

BAADER's mededeeling was ik nog niet in de gelegenheid te lezen, wel die van WOLF (*Zentralbl. für Gyn.* 62, 1258, 1938), die eveneens waarschuwt tegen ergometrine tijdens den partus, waarbij ik er echter op moet wijzen, dat hij 0.250 en zelfs 0.500 mG. per os gaf.

Gunstig luidt weer het oordeel van ANTOINE (*Arch. f. Gyn.* 166, 105, 1938) BAUEREISEN (ibidem 110) en THIES (ibidem 111), die het oraal en in doses van 2-3 tot 20 druppels geven (30 druppels = 0,250 mG.).

Lichtenvoorde, 12 Augustus 1938.

W. J. M. A. HARDY.

ERMETRINE DURANTE PARTU.

Op bldz. 3546 van dit *Tijdschrift* verzoekt collega HARDY de publicatie, niet alleen van gunstige uitkomsten van het gebruik van ermetrine durante partu, maar ook van eventueele gevallen van ostiumkramp of tetania uteri (asphyxie van het kind!).

Mijn ervaring met ermetrine durante partu is zeer bescheiden, zij betreft slechts twee patiënten, van welke ik er een zelf behandelde, terwijl ik het andere geval als toeschouwer medemaakte. Ik meen echter deze kleine bijdrage collega HARDY niet te mogen onthouden.

Het eerste geval betreft een vrouw van ongeveer 30 jaar, die voor de 3de maal zwanger was.

Uit de voorgeschiedenis is mij slechts bekend, dat de beide vorige malen de placenta manueel verwijderd is. De indicatie hiervoor weet ik niet.

Ik mag thans in chronologische volgorde een uittreksel uit de ziektegeschiedenis laten volgen:

11 uur. Geboorte kind.

12 uur. Placenta nog niet geboren. Met het doel een manueele placentaverwijdering te voorkomen wordt 1 cM³ ermetrine subcutaan ingespoten.

13 uur. Nogmaals 1 cM³ ermetrine subcutaan.

13.30 uur. Eerste poging tot manueele placentaverwijdering. De contractiering laat 2 tot 3 vingers toe. De vliezen worden ten deele verwijderd.

14 uur. Tweede poging tot manueele placentaverwijdering. De toestand van den contractiering is als om 13.30 uur.

Telephonisch wordt nu mijn advies gevraagd.

Ik overwoog, dat de oorzaken van een pathologische samentrekking van den contractiering zijn:

- a. invloed van contractie-verwekkende geneesmiddelen;
- b. overprikkeling van de baarmoeder.

Over het onder *a* genoemde had ik geen ervaring; van een zoodanige werking van ermetrine evenmin. In gevallen onder *b* genoemd, verdwijnt de pathologische contractie door den uterus geruimen tijd rust te gunnen of door een diepe narcose. Aangezien in het onderhavige geval geen bloeding aanwezig was, adviseerde ik de vrouw enkele uren met rust te laten, waarna ik zou pogen de placenta te verwijderen.

14.30 uur. De patiënte heeft een sterke bloeding gehad en heeft een slechten pols.

15 uur. Bij mijn komst ten huize van de patiënte vind ik een bleeke, uitgebloede vrouw met een snellen, kleinen pols, kouden neus en koude voeten. In het bed vrij veel bloed. De patiënte geeuwt herhaaldelijk en heeft collapsneiging. De uterus reikt tot 2 vingers boven den navel, de placenta zit vast. De algemeene toestand is zeer matig en voor tot verder ingrijpen wordt overgegaan, wordt de vrouw gestimuleerd, krijgt een subcutaan infuus van 1 liter en warme kruiken in het bed.

17 uur. De patiënte heeft niet meer gevloeid. De algemeene toestand is iets verbeterd. Nauwelijks verwachtend, dat de contractiering nog gesloten zal zijn, verricht ik een geringe poging tot „credeeren”, waarop de patiënte slecht reageert; pols niet te voelen, lijkkbleekheid en collapsneiging.

19 uur. Nadat weer eenige verbetering is ingetreden, wordt de vrouw naar een ziekenhuis vervoerd, waar zij voortdurend gestimuleerd wordt. Wij besluiten voorloopig geduld te oefenen.

20 uur. Patiënte verliest een vuistgroot stolsel. De toestand gaat achteruit. narcose is onmogelijk. Verder bloedverlies zal waarschijnlijk fataal zijn. Ik besluit inwendig te onderzoeken om zoo mogelijk thans 6 uur na de vorige poging de placenta te verwijderen. Ook nu laat de contractiering slechts 2 vingers door. Een deel van de placenta hangt uit het corpus uteri. Het is mij niet mogelijk te voelen of de placenta vast zit, wat in verband met de voorgeschiedenis (2 maal manueele placentaverwijdering) van belang is. Aan het losliggende stuk placenta tracht ik de misschien nu in zijn geheel losliggende placenta te verwijderen. De placenta scheurt af. Sterke tractie aan de navelstreng (inversie is onmogelijk) is zonder resultaat. Wij zijn nu aan het einde van onze mogelijkheden. Iedere verdere ingreep zou waarschijnlijk doodelijk zijn. De toestand is deplorabel. De patiënte wordt steeds gestimuleerd, krijgt infusen en een druppelclysma.

Tot aller verbazing leeft de patiënte den volgenden dag nog.

De toestand is nu wat beter. De patiënte vloeit niet maar is zeer bleek. De temperatuur is 39.4° C. rectaal. Prophylactisch — wie weet wat er nog zal gebeuren — verricht ik een bloedtransfusie van ongeveer 800 cM³. Een half uur later krijgt zij een koude rilling. Van verder inwendig onderzoek wordt afgezien. Of de contractiering nog gesloten is, is dus niet bekend geworden. De placenta is niet verwijderd.

Den 3den dag is de algemeene toestand wat beter. Temperatuur maximaal 38.2° C. rectaal.

Van het verdere beloop wil ik den lezer de bijzonderheden besparen. De placenta is niet als zoodanig te voorschijn gekomen, doch als een vieze, stinkende, bruine vloeistof in den loop van enkele weken uitgescheiden; geen etter.

Bloedingen deden zich niet voor. De temperatuur bleef schommelen tusschen 38° en 40.2° C. rectaal tot op den 23sten dag. Dien dag bedroeg het haemoglobinegehalte volgens SAHLI 44 pCt., het aantal erythrocyten 2.400.000, het aantal leucocyten 11.700.

Na 7 weken verliet patiënte in goeden toestand het ziekenhuis.

Van den 4den dag af voedde zij zelve het kind, hetgeen zonder bezwaren ging.

Het tweede geval betrof een bevalling van een II-para. Na de geboorte van een anencephalus bij een hydramnion kreeg de vrouw na een uur een bloeding. De vroedvrouw, die den partus tot nu toe geleid had, vroeg dringend hulp aan den huisarts. Na overleg met een collega werd toen 1 cM³ ermetrine subcutaan ingespoten met de bedoeling een manueele placentaverwijdering te voorkomen. Na een half uur nogmaals 1/2 cM³ ermetrine. Weer een uur later, de placenta was nog steeds niet geboren, werd, ofschoon de patiënte niet vloeiende, „gecredeerd”. Toen ook dit geen resultaat had, werd getracht de placenta manueel te verwijderen. De contractiering bleek echter gesloten te zijn. Vervolgens opneming in een ziekenhuis, waar de placenta na eenige uren onder narcose manueel verwijderd werd.

Het ermetrine had blijkbaar niet aan de verwachtingen beantwoord.

Den volgenden dag was de temperatuur 38.8° C. rectaal, de polsfrequentie hiermee in overeenstemming.

Den 4den dag steeg de temperatuur tot 40.9° C. rectaal, 2 maal een koude rilling. Den 5den dag weer een koude rilling. Na consult met den internist wordt prontosil gegeven 5 cM³ daags. Den 8sten dag opnieuw een koude rilling na een bloedtransfusie. Nog enkele koude rillingen in de eerstvolgende dagen. De temperatuur stijgt tot op zijn minst 42° C. rectaal — de thermometer wijst niet hooger aan. De toestand is deplorabel. De patiënte wordt steeds gestimuleerd. Tenslotte treedt er toch eenige verbetering in, de temperatuur blijft vrij hoog en onregelmatig. Er ontwikkelt zich een thrombose aan een der beenen, de toestand blijft precair. Op den dag dat ik dit schrijf is ook aan het andere been een thrombose aan den dag getreden. De temperatuur is heden, den 17den dag, 39.1° C. Laten we hopen dat de patiënte geneest!

Ziehier in het kort het beloop van de beide gevallen mij bekend, waarbij ermetrine durante partu werd gegeven. Beide gevallen speelden zich af in de laatste 3 maanden.

Waarschijnlijk zal men wel bezwaren aanvoeren tegen de wijze van toediening en de doseering van het ermetrine, eveneens zal men een zoo lang durende contractie van den contractiering als in mijn eerste geval wel onwaarschijnlijk, zoo niet onmogelijk achten het gevolg te zijn van het ermetrine; een zoo langendwerk ingsduur schijnt men ermetrine niet toe te schrijven. Van mishandeling van de baarmoeder waardoor de pathologische kramp van den contractiering kan ontstaan, is in beide gevallen echter geen sprake geweest.

Ook het feit, dat bij de eerste patiënte reeds tweemaal manueel de placenta verwijderd werd en bij de tweede patiënte een hydramnion aanwezig was geweest, zal wel tot critiek aanleiding geven. Bewijzen, dat ermetrine de oorzaak van alle beschreven narigheid is, kan ik natuurlijk niet; in dit opzicht is mijn bijdrage misschien minder overtuigend dan de uitstekende uitkomsten die collega HARDY kreeg.

Men duide het mij echter niet euvel, indien ik nog geen enthousiast voorstander ben van het toedienen van ermetrine durante partu.

Overigens vereenig ik mij geheel met het ingezonden stuk van collega PANNEKOEK in dit *Tijdschrift*, No. 32, vooral wat zijn opmerkingen over het „nil nocere” betreft; ook in de beide door mij beschreven gevallen werd natuurlijk dit principe gehuldigd.

Deventer, 8 Augustus 1938.

W. VAN ESSEN.

BERICHTEN.

BUITENLAND.

LONDEN. — **Toelating van Oostenrijksche tandartsen.** Op het voorbeeld der British Medical Association heeft de British Dental Association besloten tot toelating van tandartsen uit Oostenrijk, tot een aantal van vijftig mede te werken. De regeering heeft de vereeniging verzocht, een commissie aan te wijzen welke de inkomende aanvragen tot toelating zal hebben te beoordelen (*Lancet*, 6 Aug.).