

**Therapie van menorrhagie met epsilon-aminocaproonzuur.** — In 1961 beschreven I. M. NILLSON en medewerkers een nieuwe behandeling van menorrhagie bij vrouwen, bij wie overigens geen gynaecologische afwijking was vast te stellen. Zij gebruikten met goed resultaat epsilon-aminocaproonzuur (EACA) in een orale dosering van 1 gram per 10 kg lichaamsgewicht. Met deze stof waren goede resultaten bereikt bij bloedingen, veroorzaakt door fibrinolysis, omdat ze de omzetting van plasminogeen in plasmine (fibrinolyse) verhindert. ALBRECHTSEN (1959) vond een plasminogeen-activator in menselijk endometrium. RYBO (1964) deelde mee, dat bij patiënten met een menorrhagie die niet wordt veroorzaakt door anatomische veranderingen van de uterus, het endometrium een verhoogd gehalte aan weefsel-activatoren van plasminogeen bevat.

L. NILLSON en RYBO (1965) deden een dubbel-blind onderzoek bij 37 vrouwen van 17 tot 50 jaar, die wegens menorrhagie naar het Sahlgrenska Ziekenhuis te Gothenburg waren verwezen. Van 34 vrouwen werd met behulp van curettage vastgesteld, dat zij ovulatoire uterus-bloedingen hadden. Vijf patiënten hadden myomen; bij drie van hen betrof het een submukeus myoom. Het bloedverlies uit de uterus werd gemeten volgens de methode van HALLBERG en L. NILLSON (1964). Deze is gebaseerd op het gelijktijdig gebruik van tampons in de vagina en van vulva-verbanden. Het menstruatiebloed wordt hierin verzameld en daarna uitgetrokken met een 5 pct natriumhydroxyde-oplossing. De hemoglobine wordt omgezet in alkalische hematine, die spectrofotometrisch wordt bepaald. De diagnose menorrhagie werd gesteld, als het bloedverlies per menstruatie meer dan 60 ml was; dit was het geval bij 26 van de onderzochte vrouwen. Alle patiënten kregen een preparaat A, een preparaat B (beide preparaten bevatten EACA) of een placebo.

Als EACA gegeven werd, was het bloedverlies per menstruatie bij alle vrouwen  $52 \pm 8$  ml, bij toediening van een placebo  $127 \pm 22$  ml. Het verschil is statistisch significant ( $p < 0,001$ ). Bij de 26 patiënten met menorrhagie was met EACA het bloedverlies gereduceerd tot  $61 \pm 10$  ml; met een placebo was dit bij dezelfde patiënten  $164 \pm 29$  ml. Ook dit verschil is significant ( $p < 0,001$ ). Bij de 11 vrouwen met bloedverlies van minder dan 60 ml gaf EACA een vermindering tot  $31 \pm 6$  ml en een placebo tot  $39 \pm 5$  ml. Dit verschil is niet significant ( $p > 0,3$ ). De vermindering van het bloedverlies per menstruatie door EACA bedroeg bij alle onderzochte vrouwen 59,1 pct, bij de patiënten met menorrhagie 62,9 pct en bij de anderen 20,3 pct. Er was geen verschil aantoonbaar tussen de vrouwen zonder en die met myomen.

*Literatuur:* ALBRECHTSEN, O. K. (1959) *Fibrinolytic activity in the organism*. Proefschrift Aarhus (gecteerd door I. M. NILLSON en S. E. BJÖRKMAN (1965) *Acta med. scand.* **177**, 445). — HALLBERG, L. en L. NILLSON (1964) *Acta obstet. gynec. scand.* **43**, 352. — NILLSON, I. M., S. E. BJÖRKMAN en L. ANDERSSON (1961) *Acta med. scand.* **170**, 487. — NILLSON, L. en G. RYBO (1965) *Acta obstet. gynec. scand.* **44**, 467. — RYBO, G. (1964) Mededeling op het 4e wereldcongres voor gynaecologie en obstetrie te Buenos Aires.

W. P. PLATE

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### VAGINAAL OF RECTAAL ONDERZOEK TIJDENS DE BARING

Met verbazing las ik het wederwoord van collega B. GERRITSEN, met name de zinsnede: „Alle obstetrische leerboeken hameren erop, wegens het infectiegevaar, kraamvrouwen zo weinig mogelijk vaginaal te onderzoeken”. M.i. is dit een zinsnede die de ene schrijver overneemt van de andere en is ze gebaseerd op obsoleete klinische ervaring. De kennis die ons het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft verschaft, was eerder niet beschikbaar.

Zonder twijfel krijgt men met rectaal onderzoek niet die nauwkeurige inlichtingen over ontsluiting en stand en ligging van het voorliggend deel, die men wel verkrijgt met vaginaal onderzoek. Overigens zijn de vrouwen tegenwoordig zó gewend aan en (in)gesteld op vaginaal onderzoek in verband met gebruik van orale anticonceptiva en carcinoomprofylaxe dat het hun eerder bevreedt als het nagelaten wordt dan omgekeerd.

*Literatuur:* GERRITSEN, B. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 260.

De Rijp, 6 februari 1966

C. MASCHHAUPT

De bewering dat de in de eerste alinea aangehaalde zinsnede door de ene schrijver van de andere wordt overgenomen en gebaseerd is op (obsoleete) klinische ervaring, suggereert een gedachteloos en kritiekloos naschrijven door de meest voor-aanstaande obstetrici. Deze bewering is nogal aanmatigend en te enen male onredelijk en ongerechtvaardigd.

Misschien heb ik wat hard tegen een heilig huisje geschopt, maar te menen dat het in verband brengen van vaginaal onderzoeken met de kwalificatie „grofheid” pathologisch aandoet, wijst op een zekere overspannenheid, een pathologische aandoening. Onnodig vaginaal onderzoek. Ware Vrouwe Vagina een heilige dan zou veel minder voldoende zijn om grofheid ten laste te leggen. Is zij zo diep gevallen, zo plat en vulgair dat men haar niet meer grof kan bejegenen, nooit grof genoeg om van grofheid jegens haar te moeten spreken? Ach; waar zou haar heil gevaren zijn?

In plaats van afkeer te hebben van het vaginale onderzoek, ben ik er een warm en toegewijd voorstander van, als het nodig is; maar indien niet nodig, een verklaarde vijand.

Al zijn de vrouwen nog zo gewend aan en (in)gesteld op vaginaal onderzoek, dan nog is onnodig vaginaal onderzoek niet goed te praten, en zeker niet als zij er bijzonder op gesteld zouden zijn. Het is geen spelletje dat men wel eens kan spelen, ook al is het niet nodig.

Als MASCHHAUPT zich wel eens bezondigt aan onnodig vaginaal onderzoek, begeeft hij zich op glad ijs met gevaar voor uitglijden en moet ik hem dringend aanraden zijn neigingen daartoe te bedwingen en die dwalingen des weegs voortaan te vermijden. Het zou zijn goede naam kunnen schaden.

Herhaaldelijk hebben vrouwen mij toevertrouwd, het vaginale onderzoek bij de bevalling hoogst onaangenaam te vinden. Zij bijten door de zure appel heen omdat zij geloven dat het niet anders kan.

Het is werkelijk waar dat het overgrote deel van de bevallingen heel goed geleid kan worden zonder vaginaal onderzoek te verrichten. Dat evangelie wordt al tientallen jaren buiten onze landsgrenzen door gezaghebbende vroedmeesters verkondigd, maar schijnt in ons land haast niet te kunnen doordringen. Het is alsof er in dit opzicht een ijzeren gordijn aan onze grenzen is opgehangen.

Het bedoelde N.H.G.-onderzoek kan in zijn beperktheid niet als doorslaggevend worden beschouwd.

Het is wel aardig daartegenover eens letterlijk neer te schrijven wat VON JASCHKE zegt aangaande het inwendige onderzoek bij kraamvrouwen: „Es ist ganz einwandfrei nachgewiesen worden, dass Frauen die unter der Geburt unter allen aseptischen Kautelen vaginal untersucht wurden, sechs mal so häufig an leichterem oder schwerem Wochenbettfieber erkrankten als Frauen, bei denen man sich bei der Geburtsleitung mit der äusseren oder äusseren und rektalen Untersuchung begnügte”.

Hier volgen nog twee pittige citaten, die men gerust in de zak kan steken.

MARTIUS zegt, schrijvend over het grote belang van de gummihandschoen: „Der Gummihandschuh dient aber nicht etwa dazu, die innerlichen vaginalen geburtshilflichen Untersuchungen zu vermehren, sondern im Gegenteil, diese fast vollständig aus der gewöhnlichen Geburtshilfe zu verbannen und durch die ungefährliche rektale Untersuchung zu ersetzen”.

En GREENHILL: „Since the (rectal) examination is practically painless and carries little danger of infection, it may be repeated frequently and dilatation of the cervix and the downward progress of the presenting parts accurately followed”.

Aan de voorbereiding en uitvoering van het vaginale onderzoek bij kraamvrouwen, als dit wél aangewezen is, worden door deze en andere schrijvers zeer hoge eisen gesteld; niet anders dan bij een technisch nauwkeurig uitgevoerde steriele chirurgische operatie; eisen waaraan in de huispraktijk nauwelijks of niet kan worden voldaan. En deze deskundigen zijn geen plattelands- of part-time-verloskundigen, maar top-obstetici, generaals van de verloskunde.

Rotterdam, 16 februari 1966

B. GERRITSEN

Het betoog van collega GERRITSEN (1965) over dit onderwerp wordt door HOOGENDOORN, COUMOU en VERHAGEN (1966) bestreden met een beroep op uitvoerige gegevens, en m.i. terecht.

GERRITSEN spreekt diverse malen van *normale* baringen, waarvoor zijn ernstig bezwaar tegen vaginaal onderzoek zou gelden. Maar is voor het vaststellen van een te verwachten *normaal* beloop van de partus geen nauwgezet onderzoek nodig?

Daarvoor achten zeer veel huisartsen blijkbaar ook het meer directe vaginale onderzoek noodzakelijk, en wie heeft het recht hun daarvan een verwijt te maken? Men mag toch aannemen, dat daarbij in het algemeen met de nodige zorg wordt te werk gegaan.

Zij achten blijkbaar die meer directe methode belangrijk o.a. voor het vaststellen van de vorm van de portio vaginalis uteri, van eventuele ontsluiting en van het voorliggende kindsdeel.

Keurt GERRITSEN dat onderzoek niet al te sterk af?

Literatuur: GERRITSEN, B. (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 2465. — HOOGENDOORN, D., P. A. COUMOU en H. A. J. VERHAGEN (1966) *Ned. T. Geneesk.* 110, 260.

Maastricht, 2 februari 1966

J. E. SCHULTE

Ongetwijfeld is voor het vaststellen van een te verwachten gewoon, regelmatig beloop van een bevalling, een nauwgezet onderzoek nodig. Blijkens hetgeen hierover is geschreven en eigen ondervinding, is inwendig onderzoek van de schede daartoe niet nodig zolang er geen, door uitwendig en (zo nodig) inwendig onderzoek van de endeldarm verkregen aanwijzingen zijn, voor een te verwachten van de regel afwijkend beloop.

Ambtgenoot SCHULTE schrijft dat mijn betoog over dit onderwerp door HOOGENDOORN, COUMOU en VERHAGEN terecht bestreden wordt met een beroep op uitvoerige gegevens. In de betreffende verhandeling merken deze schrijvers echter ook zelf op, dat de getallen betrekking hebbend op bevallingen zonder inwendig onderzoek, klein zijn. Voor wat betreft deze groep zijn de gegevens derhalve niet als uitvoerig aan te merken. Zij hebben voorts eerder reeds gevonden dat inwendig onderzoek bij de lagere maatschappelijke klassen vaker achterwege blijft dan bij de hogere. Het mag daarom worden betwijfeld of de groep: „bevallingen zonder inwendig onderzoek” een goed vergelijkingsvoorzorg vormt, te meer omdat zo'n groep in ons land, waar onder geregelde omstandigheden weinig kraamvrouwen aan inwendig onderzoek ontsnappen, toch al een zeer afzonderlijk karakter draagt. Verder is de wijze waarop de gegevens zijn verkregen niet duidelijk aangegeven. Overigens zeggen de schrijvers: „Inwendig onderzoek kan aanleiding geven tot het optreden van een puerperale infectie, met name indien het tijdsverloop tussen het eerste toucher en de geboorte betrekkelijk lang is”. Voorts spreken zij in dit verband van: „de bij kraamvrouwen en medicus zo gevreesde „hangpartijen”. Bedoeld worden bevallingen met meer dan 24 uur tussen eerste inwendige onderzoek en geboorte. Hieruit blijkt dat zij ondanks hun slotsom, de kans op een kraambesmetting na inwendig onderzoek van de schede tijdens de baring niet geringschatten.

Naar ik reeds eerder schreef is het niet eenvoudig, en vaak onmogelijk, in de beroepswerkzaamheid van huisgeneesheer, het inwendige onderzoek van de schede bij kraamvrouwen, met de nodige zorg (dat is met inachtneming van *alle* nodige voorzorgen) te verrichten.

Het onderhavige onderwerp is zó belangrijk dat zo af en toe wat nadruk of klem bij de bespreking ervan, niet veel kwaad kan.

Rotterdam, 16 februari 1966

B. GERRITSEN

#### ACRODYNIE DOOR INTRAVAGINALE TABLETTEN MET ACETARSOL

In het artikel van Dr. DE HAAS (1966) wordt in een voetnoot ook Trikolpon genoemd bij vaginale tabletten die acetarsol bevatten.

Ik moge U erop wijzen dat dit onjuist is. Trikolpon bevat — sedert de introductie van dit preparaat — als vijfwaardige arsenicum-verbinding carbarson. Juist carbarson is gekozen omdat onder de vijfwaardige arsenicum-verbindingen deze verbinding bekend is als een organische arseen-verbinding, waarvan vrijwel nooit schadelijke werkingen werden geregistreerd, ook niet bij andere dan intravaginale toediening (GOODMAN en GILMAN 1965).

Literatuur: HAAS, W. H. D. DE (1966) *Ned. T. Geneesk.* 110, 432. — GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1965) *The pharmacological basis of therapeutics*, bl. 1126, New York.

Oss, 19 maart 1966

P. A. VAN KEEP  
(Organon)