

Het vaginale uitstrijkpreparaat is niet specifiek genoeg om de etiologie van de amenorroe vast te stellen, maar het geeft een inzicht in de functie van de ovaria. Daar, waar het moeilijk of onmogelijk is, de uitscheiding van oestrogenen in de urine te bepalen, kan daarom de vaginale cytologie een waardevolle methode van onderzoek zijn.

Literatuur: WILLIS, J. en J. M. G. HARLEY (1966) *Brit. med. J.* I, 399.

W. P. PLATE

Verloskunde en vrouwenziekten

Oorzaken van wond-disruptie na operaties. — Iedere operateur heeft van tijd tot tijd te maken met de catastrofe van de „Platzbauch”, het openspringen van de operatiewond. Ondanks verbeterde pre- en postoperatieve zorg, het gebruik van antibiotica, nieuwe types hechtmateriaal, enz., blijft deze ernstige complicatie in ongeveer 1 pct der gevallen voorkomen (HARTZELL en WINFIELD 1939). Behalve de verhoogde morbiditeit blijkt ook de letaliteit aanzienlijk, volgens MANN en medewerkers (1962) variërend van 18 tot 35 pct.

ALEXANDER en PRUDEN (1966) gingen de oorzaken na bij 200 gevallen van „Platzbauch” in de periode 1945-1964 in het Columbia Presbyterian Medical Center. Uit hun cijfers blijkt dat de aandoening bij mannen vaker voorkomt dan bij vrouwen, waarschijnlijk omdat de eersten tot een grotere verhoging van de intra-abdominale druk in staat zijn. De gemiddelde leeftijd van de groep bedroeg 52,6 jaar, en het gemiddelde interval tussen operatie en de „Platzbauch” 6,8 dagen. Opmerkelijk was dat geen van de 200 patiënten aan diabetes leed. Bij 120 patiënten kon in het postoperatieve beloop een complicerende factor worden aangewezen. In 24 pct der gevallen was dit een pulmonale factor, terwijl in 22 pct der gevallen gedilateerde darmen door mechanische obstructie of ileus de oorzaak van verhoging van de intra-abdominale druk waren geweest. Waarschijnlijk zijn vele van deze situaties onvermijdelijk, ondanks het gebruik van antibiotica, goede pulmonale hygiëne en een tijdig gebruik van de maagslang. Geheel anders is het echter gesteld met de factoren: hematomen (17 pct), en infectie (14 pct). Nauwkeuriger bloedstelping, meer gebruik van zuigcatheters in het wondgebied en antibiotica lijken zinvol. Vooral bij jongere patiënten bleken hematomen (40 pct) en infecties (20 pct) dikwijls als complicerende factoren aanwezig.

Het openspringen van de wond in de eerste drie dagen na de operatie bleek dikwijls te wijten aan het doorsnijden van de hechtingen (te voorkomen door meer weefsel in de hechtingen te vatten) of door gebruik van oplosbaar (resorbeerbaar) hechtmateriaal. Als de „Platzbauch” zich ná de tiende dag voordeed, hing dit meer samen met metabole stoornissen ten gevolge van de infectie, oude leeftijd en met hypoalbuminemie. Anemie daarentegen bleek weinig invloed op het ontstaan van de wonddisruptie te hebben.

Van de 200 patiënten die in het onderzoek waren opgenomen, hadden 58 een gynaecologische laparotomie ondergaan. Uit het artikel is niet op te maken of de gynaecoloog deze complicatie vaker kan verwachten dan de chirurg of de uroloog, aangezien niet voor elk der specialismen wordt opgegeven, hoeveel patiënten een buikoperatie hadden ondergaan.

Literatuur: ALEXANDER, H. C. en J. F. PRUDEN (1966) *Surg. Gynec. Obstet.* **122**, 1223. — HARTZELL, J. B. en J. M. WINFIELD (1939) *Surg. Gynec. Obstet.* **68**, 585. — MANN, L. S., A. J. SPINAZZOLA, G. G. LINDESMITH, M. J. LEVINE en W. KUCZEREPA (1962) *J. Amer. med. Ass.* **180**, 1021.

P. G. HART

INGEZONDEN

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

CHINIDINE-SYNCOPE

Met belangstelling las ik het artikel van Dr. TH. J. BLOEM en W. BUTHKER (1966) in dit *Tijdschrift* over chinidine-syncope. Het spijt mij daarom dat ik het niet met alles in dit stuk eens kan zijn. Zij schrijven onder meer: „Ernstige aandoeningen, zoals decompensatio cordis of myocardinfarct, vormen geen contra-indicatie voor het gebruik van chinidini sulfas”. Zoals het er staat, acht ik het een gevaarlijk zinnetje. Chinidine, ook al is het een beproefd middel bij bepaalde vormen van hartaritmie, is en blijft een hartgif. Het verlengt de geleidingstijd in boezems, kamers en vezels van Purkinjé. Het kan dus een sinus-atrium-block, een atrio-ventriculair block en sterke afwijkingen van het QRS-complex en QT-interval veroorzaken. Het kan tevens het ritme van de sinusknop en van ectopische pacemakers verlangzamen. Het kan zelfs (bij experimenten op dieren) ectopische pacemakers geheel stopzetten. Ook bij de mens is dit gevaar niet denkbeeldig. Een compleet atrio-ventriculair block met een nodaal of ventriculair ritme is dan ook volgens GOODMAN en GILMAN (1965) een absolute contra-indicatie voor chinidine (zie patiënte A).

Bij het intacte hart blokkeert chinidine de werking van de vagus. Dit kan de depressieve werking op de pacemakers zelf te niet doen en op deze wijze tachycardie veroorzaken. Door deze anti-vagus-werking kan chinidine zelfs de geleiding in de bundel van His versnellen. De gevolgen wat betreft hartfrequentie en ritmestoornissen die — zoals schrijvers terecht meedelen — vooral bij gelijktijdige behandeling met digitalis en chinidine worden waargenomen, zijn meestal niet met zekerheid te voorspellen. Vermindering van de kracht van de contractie van de hartspiervezels moet als een nadeel van de behandeling met chinidine worden genoemd. Dit middel kan vooral een reeds beschadigde hartspier in zijn functie schaden. Daardoor is het gebruik van chinidine bij decompensatio cordis beperkt. GOODMAN en GILMAN zeggen over de behandeling van atriumfibrillatie zeer duidelijk: „If congestive failure is present, its manifestation should be controlled as completely as possible by digitalisation, bed rest, diuretics and other appropriate means prior to quinidine administration”.

Wanneer atriumfibrillatie lange tijd bestaat en met decompensatio cordis gepaard gaat, is de toepassing van chinidine als eerste maatregel niet aan te raden. Eerst moet de toestand met de in het bovenstaande genoemde maatregelen worden verbeterd. In de tweede plaats moet ongeveer zes weken lang antistollingstherapie worden toegepast om het ontstaan van verse thrombi in de fibrillerende atria tegen te gaan. In de derde plaats moet men bedenken dat chinidine bij langbestaande atriumfibrillatie vaak onwerkzaam is, ook al geschiedt de toediening in optima forma.

Ik hoop met het bovenstaande te hebben duidelijk gemaakt, waarom ik het gewraakte zinnetje zonder nadere toelichting gevaarlijk acht.

Als toegift nog de mededeling dat WENCKEBACH in 1914 chinine (en niet chinidine) bij onregelmatige hartswerking toepaste en dat inderdaad FREY in 1918 vond, dat chinidine beter werkt.

Literatuur: BLOEM, TH. J. en W. BUTHKER (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1307. — GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1965) *The pharmacological basis of therapeutics*, 3e druk.

Rotterdam, 19 juli 1966

W. J. BRUINS SLOT

Het is niet onze bedoeling geweest, een verhandeling te schrijven over de farmacologische effecten van chinidini sulfas; wij hebben slechts de aandacht gevestigd op de zeldzame en minder bekende complicatie van chinidine-toediening: de syncope.

Dat er gevaren bestaan bij chinidine-toediening aan patiënten met decompensatio cordis of myocardinfarct zijn wij met de inzender eens, doch wij hebben geenzins de toepassing van chinidine als „eerste maatregel” aangeraden.

In onze kliniek worden patiënten met myocardinfarct of decompensatio cordis alléén wanneer daartoe een indicatie bestaat, met chinidini sulfas behandeld. De toediening van chinidine bij patiënte A uit onze serie was onjuist, en heeft dan ook aanleiding gegeven tot een ernstige aritmie en syncope.

Wegens de leerzaamheid van dit voorval hebben wij gemeend het de lezer niet te moeten onthouden.

Amsterdam, 24 augustus 1966

TH. J. J. M. BLOEM,
W. BUTHKER

Naar aanleiding van het artikel van BLOEM en BUTHKER (1966) zou ik erop willen wijzen, dat reeds in 1950 GOLD in zijn monografie over chinidine met nadruk heeft gewaarschuwd tegen het gecombineerde gebruik van chinidine en digitalis, zulks op grond van dierproeven en van klinische waarnemingen, waarbij — hoewel zelden — zowel ventriculaire tachycardie als kamerstilstand volkomen onvoorspelbaar bleek op te treden. Hij schrijft: „In the reports on the use of quinidine to abolish auricular fibrillation, numerous cases of ventricular tachycardia have been encountered. It is noteworthy that most of these occurred in patients who had previously been digitalized. . . . The fact remains, however, that their combination in certain doses and in particular individuals appears to have been responsible for some hazardous effects”.

Ik meen hiermede de waarschuwing van BLOEM en BUTHKER nog iets te hebben versterkt en zou eraan willen toevoegen, dat speciaal bij het behandelen van bejaarden de grootst mogelijke terughoudendheid moet worden betracht met de combinatie van sterk werkende middelen.

Literatuur: BLOEM, TH. J. en W. BUTHKER (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1307. — GOLD, H. (1950) *Quinidine in disorders of the heart*. Paul B. Hoeber Inc., Medical Book Dept. of Harper & Brothers, N.Y.

Hilversum, 1 augustus 1966

J. TH. R. SCHREUDER

PROFYLACTISCHE APPENDECTOMIE BIJ GYNAECOLOGISCHE LAPAROTOMIËN

Hoewel collega HART zich in zijn referaat (1966) daar niet uitdrukkelijk over uitspreekt, is de ondertoon die ik hier toch meen te beluisteren, dat ook HART geen tegenstander is van appendectomie tijdens gynaecologische operaties, indien daar geen duidelijke contra-indicaties tegen bestaan. Ik kan hierin wel met hem meegaan, maar zou er dan toch op willen wijzen, dat de opererende gynaecoloog de plicht heeft, aan de patiënte mede te delen, dat de appendix is weggenomen.

Nog niet zo lang geleden werd ik in consult gevraagd bij een patiënte met matig ernstige klachten over pijn onder in de buik, welke klachten zowel naar de mening van de patiënte zelf, als naar de overtuiging van de huisarts, zeer goed op een blinde-darmonsteking zouden kunnen berusten. De voorgeschiedenis vermeldde een gynaecologische operatie elders, vele jaren geleden, waarvan de patiënte alleen wist te vertellen, dat een eierstok was weggenomen.

Toevalligerwijze wist ik, dat de betrokken vrouwenarts een voorstander was van stelselmatige appendectomie. Telefonische informatie leerde, dat ook in dit geval de appendix verwijderd was. Dit veranderde dus de situatie volkomen, en aan de patiënte is wellicht een nutteloze operatie bespaard.

Lang niet in alle gevallen kennen wij de opvattingen van elders praktizerende gynaecologen, en vaak zal telefonische informatie lastig, of ook wel onmogelijk blijken te zijn. Het is dus noodzakelijk, de patiënte over hetgeen is geschied, in te lichten.

Literatuur: Referaat (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1509.

Oldenzaal, 20 augustus 1966

E. J. C. LUBBERS

De ondertoon, die collega LUBBERS in mijn referaat meende te beluisteren ten aanzien van het profylactisch verwijderen van appendices bij gynaecologische operaties, is niet de weerklank van mijn eigen standpunt. Het spreekt vanzelf dat het de plicht van de gynaecoloog is, de patiënte na de operatie mee te delen, welke organen bij de ingreep zijn weggenomen, juist om later geen moeilijkheden te krijgen met het stellen van de juiste diagnose.

Utrecht, 29 augustus 1966

P. G. HART

BERICHTEN

BUITENLAND

Azië

Japan en family planning. — In mei werd door de International planned parenthood federation een West pacific regional seminar georganiseerd. Er waren 130 gedelegeerden uit 12 landen aanwezig; de Japanse minister van gezondheid presideerde de conferentie, en deelde namens zijn regering mede dat zij bereid is bijstand te verlenen „in providing international aid for family planning programmes”. „Assistance is to be of a purely practical nature, including the supply of contraceptives, and would be available only on request of governments”. Japan is het vierde land dat hulp geeft bij „family programmes in developing countries”. De Verenigde Staten, Zweden en Engeland zijn reeds voorgegaan. (*Int. plann. Parenthood News*, augustus 1966).

Denemarken

Geneeskundige jaarcijfers. — Het *Danish medical Bulletin* geeft in zijn juninummer (bl. 68) een analyse van de medisch-statistische gegevens over de jaren 1963 en 1964 voor Denemarken, Groenland en Fär Oer (18 tabellen). „The generally higher mortality in Greenland compared to the Faroe Islands is about three times as high as in the Faroe Islands. On the other hand the birthrate in Greenland is about twice as high as in the Faroe Islands and three times that of the rest of the country, resulting in an excess of births of 3,5 per cent., one of the highest in the world”.

Duisland

Albrecht von Graefe (1828-1870) herdacht. — De biografische editorial van de *Journal of the American medical Association* (25 juli, bl. 243) is ditmaal gewijd aan VON GRAEFE. Hier volgt een Engels citaat dat betrekking heeft op de behandeling van glaucoom, ontleend aan de handelingen van de Sydenham Society (1859, bl. 287). Het oorspronkelijke artikel werd in 1857 in het *Archiv für Ophthalmologie* gepubliceerd. „Now when I compared the general appearance of this glaucomatous inflammation with that of other internal inflammations, for example, of the common irido-choroiditis, it seemed to me that all the characteristic symptoms tended