

serum reageren tot de titer. Faeces en eventueel urine van Vi-positieve personen moeten over een ruime periode verspreid, verscheidene malen worden verzameld en onderzocht, omdat de uitscheiding van *S. typhi* bij chronische dragers dikwijls intermitterend plaatsvindt. Bij voorkeur ent men op verschillende voedingsbodems zoals de desoxycholaat-citraatplaat van Leifson, SS-platen (Difco) en platen van Wilson en Blair, zowel direct als na voorafgaande aankweek in seleniet-F medium. Faecesmonsters kunnen worden verzonden in gedroogde vorm op filtreerpapier (LIE KIAN JOE 1950) of in fysiologische zoutoplossing, pH 8,5 met 1 pct citraat en 0,5 pct desoxycholaat.

Indien de omstandigheden zich hiertoe lenen, kan systematisch onderzoek van rioolwater voor de selectie van groot belang zijn. Dit kan geschieden met behulp van de riool-tampon volgens de methode van MOORE (1950). Door de besmetting van het rioolwater stroomopwaarts te vervolgen in de toevoerbuizen kunnen de besmettingsbronnen soms tot binnen nauwe grenzen worden gelokaliseerd. Dit geldt uiteraard alleen voor plaatsen waar buiktyfus niet endemisch of epidemisch verspreid voorkomt. De kweektechniek vergt bij rioolwater bijzondere zorg. Overenting van het voor transport van de tampons gebruikte vloeibare medium in verschillende verdunningen kan noodzakelijk zijn om overgroeiing van *S. typhi* door contaminanten op de platen te voorkomen (LONDON en MACKENZIE 1951). De tamponmethode is ook geschikt voor isolering van *S. typhi* uit oppervlaktewater. Systematisch onderzoek hiervan kan eveneens een aanwijzing geven omtrent de lokalisatie van de besmettingsbron.

Overigens bedenke men dat in een samenleving met onvoldoende sanitaire voorzieningen, waarin buiktyfus endemisch verspreid voorkomt, de bijzondere betekenis van de chronische drager minder duidelijk uitkomt, omdat het besmettingsreservoir veel meer omvat dan in streken met een bevredigende technisch-hygiënische ontwikkeling. Waterwegen in tropische steden kunnen permanent met tyfusbacteriën zijn besmet.

*Literatuur:* LONDON, N. C. en R. D. MACKENZIE (1951) Tracing a typhoid carrier by sewage examination. *Monthly Bull. Minist. Hlth. Lab. Serv.* 10, 23. — LIE KIAN JOE (1950) Een eenvoudige, goedkope en doeltreffende methode voor verzending van dysenterie-, tyfus- en paratyfus-faeces naar het laboratorium. *Ned. T. Geneesk.* 94, 1246. — MOORE, B. (1950) The detection of typhoid carriers in towns by means of sewage examinations. *Monthly Bull. Minist. Hlth. Lab. Serv.* 9, 72.

## MORFINE BIJ HARTINFARCT VAN EEN ASTMA-LIJDER

*Vraag Nr. 26.* Bij acuut hartinfarct bestaat de behandeling in het toedienen van morfinepreparaten intramusculair of intraveneus. Hoe te handelen bij een patiënt met acuut hartinfarct, die tevens lijdt aan asthma bronchiale?

*Antwoord.* In de geschetste moeilijke situatie zal men zich twee vragen moeten stellen.

1. Heeft men te maken met een hartinfarct bij een

lijder aan asthma bronchiale, of doet zich een hartinfarct voor gelijk met een aanval van asthma bronchiale? Men moet dan zeker zijn dat er geen sprake is van asthma cardiale. De differentiële diagnose is soms uiterst moeilijk.

Een lijder aan asthma bronchiale, bij wie geen respiratoire insufficiëntie bestaat, zal bij het ontstaan van een hartinfarct waarschijnlijk op dezelfde wijze op morfine reageren als een niet-astmalijder. Wel bestaat de mogelijkheid dat een eventueel bestaande bronchospasmus verergert en dat er secreet in de bronchi zou kunnen indikken. Heeft de patiënt een aanval van asthma bronchiale of mag op goede gronden worden aangenomen dat het ademhalingsapparaat reeds tekort schiet, dan is de uiterste voorzichtigheid geboden met morfine, alsook met vervangmiddelen hiervan.

2. Wat is de reden van toediening van deze preparaten? Pijn of kortademigheid, al of niet met het beeld van longoedeem of asthma cardiale? Bij bestrijding van de pijn is een alternatief uiterst moeilijk te vinden. Pijnbestrijding met antipyretische analgetica is over het algemeen onvoldoende, zodat onrust blijft bestaan en de patiënt moeilijk kan worden verpleegd. Een kleine hoeveelheid pethidine (Dolantin); bv. 50 tot 100 mg, in combinatie met een fenothiazine-preparaat, is dan misschien de beste oplossing, omdat de fenothiazine-preparaten weinig depressie van de ademhaling teweegbrengen. Het toedienen van zuurstof kan de pijn eveneens doen verminderen, maar ook dit is bij ernstige respiratoire insufficiëntie geen ongevaarlijk middel. Moet men een hogere dosis morfine of vervangmiddelen geven omdat de pijn anders niet te bestrijden is, dan zal men goed doen tevens nalorfine (5-10 mg; max. 30 mg per dag) in te spuiten.

Wanneer het om de bestrijding van acute linkszijdige decompensatie gaat, zijn er natuurlijk andere middelen: intraveneuze toediening van aminofylline (Euphylline) in een niet te kleine dosis (360-480 mg), een stuwband om de benen, en eventueel aderlaten. Door toediening van een der moderne diuretica is bovendien in betrekkelijk korte tijd een flinke diurese op te wekken, waardoor de circulatie wordt ontlast. Hiervoor kan men bv. gebruiken furosemide (20 mg of meer) of ethacrynezuur (bv. 50 mg); beide middelen worden intraveneus toegediend.

## INGEZONDEN

### EEN KEER VERGETEN, DE PIL IN TE NEMEN

Aan het antwoord op Vraag 20 (1967) willen wij nog iets toevoegen.

Het vergeten van één van de laatste tabletten van een serie van 22 zal geen consequenties hebben ten aanzien van het optreden van een ovulatie. Men kan inderdaad, wanneer bv. de 19e tablet vergeten werd, zonder bezwaar stoppen, de bloeding afwachten en op de avond van de 5e dag weer met een volgende serie beginnen. Op deze wijze gaat echter een belangrijke veiligheidsmaatregel, namelijk het altijd op dezelfde dag van de week beginnen en weer ophouden, verloren. Dit leidt tot vergissingen, dus tot kansen op zwangerschap.

Heel anders ziet, naar onze mening, dit probleem eruit, wanneer de vrouw in het begin van de serie een tablet vergeet. Stel, dat zij vergeet de 3e tablet in te nemen. Indien zij dan stopt en een bloeding afwacht, heeft dit tot gevolg dat zij gedurende een tijdsbestek van 14 dagen — ongeveer in het midden daarvan — slechts 2 tabletten heeft ingenomen. Het is denkbaar dat er in dit lange tijdsbestek, door ontremming van het hypothalamische hypofysaire systeem, ovulatie plaatsvindt.

Wij beschikken over enkele aanwijzingen, vanzelfsprekend geen bewijzen, dat er onder deze omstandigheden een kans op ongewenste zwangerschap bestaat.

Naar onze mening is het beter te adviseren, na het vergeten van een tablet dóór te gaan en tegelijkertijd ervoor te waarschuwen dat de vrouw tijdens deze cyclus niet beschermd is tegen het ontstaan van zwangerschap. Het is geenszins zeker, zelfs onwaarschijnlijk, dat er, wanneer het innemen één keer werd nagelaten — hetgeen och vrij frequent zal voorkomen — een ovulatie zal plaatsvinden. Bovendien, zelfs indien er een ovulatie volgt, zullen er vermoedelijk nog andere barrières zijn die de bevruchting kunnen verhinderen. Wellicht dat de door GOODMAN en GILMAN beschreven 2 tot 3 dagen durende werking van de progestatieve component van Lyndiol 2,5, lynestrenol, mede van betekenis is, en als het ware een extra bescherming biedt tegen de gevolgen van vergeetachtigheid.

*Literatuur:* GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1965) *The pharmacological basis of therapeutics*. — Vraag Nr. 20 (1967) *Ned. T. Geneesk.* III, 915.

Oss, 25 mei 1967

M. M. MADLENER

Organon Nederland N.V.

Wij zijn collega MADLENER dankbaar voor deze aanvulling. De door GOODMAN en GILMAN beschreven nadering van de progestatieve component van Lyndiol 2,5 is bijzonder interessant, maar op hierop berustende bescherming tegen de eventuele gevolgen van een omissie durft hij blijkbaar niet te vertrouwen. Wij vrezen dat met het voortzetten van de kuur tevens de cohabitatie voortgang zullen vinden met het hieraan verbonden risico. Of het voordeel, dat de nieuwe cyclus zal kunnen beginnen op dezelfde dag van de week als tevoren, opweegt tegen het nadeel van de niet geheel betrouwbare protectie tegen zwangerschap, is naar onze mening dubieus.

REDACTIE

## SYMFYSIOTOMIE

Met uw antwoord op Vraag 19 (1967) ben ik het volkomen eens. Alleen begrijp ik niet waarom én de vraagsteller én U de term symfyiotomie gebruiken. Bij deze ingreep wordt een gewricht geopend. Dat is iets wat zo veel mogelijk vermeden moet worden. In het begin van deze eeuw heeft DÖDERLEIN het doorzagen van het os pubis bij bekkenvernauwing krachtig gepropageerd. Hij noemde deze operatie pubiotomie. Een eenvoudige, juiste naam. Later werd die naam veranderd in hebostotomie of hebotomie. Waarom dat gebeurde weet ik niet. De pubiotomie is een zó gemakkelijke ingreep, dat ieder medicus die kan uitvoeren zonder enige bijzondere vóorscholing. Hij heeft alleen te zorgen dat de blaas van de kraamvrouw leeg is, en hij moet eventueel

de plaatselijke anatomie nog even doorlezen in een anatomie-leerboek. De benodigde instrumenten zijn klein en licht.

*Literatuur:* Vraag 19 (1967) *Ned. T. Geneesk.* III, 915.

Ugchelen, 20 mei 1967

J. P. VEENING

Uit het antwoord op Vraag 19 (1967) kreeg ik de indruk dat de deskundige die deze vraag beantwoordde, nimmer in een ontwikkelingsland gewerkt heeft — wellicht zelfs nimmer de operatie heeft verricht. Ik heb in Nigeria en West-Nieuw-Guinea vrij veel ervaring met symfyiotomie gehad: ik heb de ingreep onder de meest ongunstige omstandigheden midden in de nacht geleerd van mijn hoofdverpleegster, een Ierse non, die mij in niet meer dan drie zinnen uitlegde, hoe het in haar opleidingsziekenhuis in Dublin werd gedaan. De hele operatie was even eenvoudig en succesvol als zij het had doen voorkomen!

Persoonlijk ben ik het niet eens met het advies, ervaring op te doen in een verloskundige afdeling zoals wij die kennen: de verloskundige pathologie waarmee de arts bv. in West-Afrika wordt geconfronteerd, komt eenvoudig niet voor hier te lande — en áls er al iets belangrijks voorkomt, dan komt een arts, die „enige tijd in een verloskundige kliniek heeft gewerkt” aan de behandeling waarschijnlijk (terecht) nauwelijks te pas.

Hetzelfde geldt voor de chirurgie: ik ben steeds mijn leermeester KUMMER dankbaar geweest voor zijn advies om geen extra tijd te verknoeien op een afdeling waar ik toch weinig zou mogen doen. Hij ried mij aan, het boek van SAEGESSER, *Spezielle chirurgische Therapie* aan te schaffen en desnoods te opereren met het opengeslagen boek naast mij. Het advies is letterlijk opgevolgd, met vaak onbegrijpelijk goede resultaten . . .

U zult overigens van mij willen aannemen, dat het bovenstaande géén pleidooi is om de gebruikelijke opleidingen in verloskunde en chirurgie te veranderen!

*Literatuur:* Vraag 19 (1967) *Ned. T. Geneesk.* III, 915.

Amsterdam, 21 mei 1967

W. STIGGELBOUT

Er bestaat een symfyiotomie (waarbij de symfyse wordt geopend) en een pubiotomie of hebostotomie (waarbij het os pubis wordt doorgezaagd). Dat de symfyiotomie, ook zonder de door collega VEENING genoemde risico's, nog wordt uitgevoerd, moge blijken uit het proefschrift van A. J. VAN DER LINDEN (1961) *Symphysiotomie en pubiotomie*.

De deskundige, die Vraag 19 beantwoordde, heeft inderdaad nimmer in een ontwikkelingsland gewerkt en ook nooit de operatie verricht. Hij stelde zich door literatuurstudie op de hoogte. Hij blijft van mening, dat het gewenst is, obstetrische ervaring op te doen, voordat men in een ontwikkelingsland gaat werken. Al zal men niet elke ingreep kunnen leren, men zal in elk geval begrip kunnen krijgen voor de moeilijkheden die in dat land moeten worden overwonnen. In Nederland zal men bepaalde verloskundige ingrepen (hoge tang, uitwendige versie bij gebroken vliezen, symfyiotomie) niet doen, maar ze kunnen daarom wel worden onderwezen. Dan zal een goed resultaat van de later uitgevoerde therapie niet meer zo onbegrijpelijk zijn.

*Literatuur:* LINDEN, A. J. VAN DER (1961) *Symphysiotomie en pubiotomie*. Proefschrift Utrecht.

Juni 1967

REDACTIE