

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

DIAPOSITIEVEN OVER MEDISCHE ONDERWERPEN

Het Institut Français (Maison Descartes), Museumplein 11, Amsterdam, stelt thans voor belangstellenden naast pedagogisch materiaal ook vele series diapositieven over medische onderwerpen beschikbaar. Eventuele verzendkosten zijn voor rekening van de aanvrager. Het uitlenen geschiedt gratis. Aan hen die zich hiervoor interesseren, zal na schriftelijke of telefonische aanvraag (tel. 020-795592/798090) een catalogus worden toegezonden.

INGEZONDEN

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

DE DIAGNOSTIEK VAN EEN EXTRA-UTERIENE GRAVIDITEIT

In de Nuttige Notities nr. 45 (1967) uit de gynaecoloog zijn onbehagen over het feit dat hij de diagnose extra-uteriene graviditeit ten onrechte niet heeft gesteld. Noch het onderzoek van de patiënte, noch de door hem verrichte laboratoriumonderzoekingen hadden hem steun gegeven bij het bevestigen van de voorlopige diagnose tubaire abortus.

Ter aanvulling van deze mededeling wil ik de gynaecoloog wijzen op de diagnostische waarde van een proefpunctie van het cavum Douglasi vanuit het achterste gewelf van de vagina; deze proefpunctie zou in dit geval de diagnose extra-uteriene graviditeit reeds bij de curettage hebben bevestigd, dus vóór het tot een massale bloeding in de buikholtte zou zijn gekomen.

Deze proefpunctie wordt door sommige gynaecologen verworpen wegens het gevaar dat de buikholtte vanuit de vagina wordt geïnfecteerd. Zij accepteren voor hun patiënten echter bij iedere uterusextirpatie (zowel langs vaginale als langs abdominale weg uitgevoerd) dit zelfde risico van infectie.

Wanneer men de diagnostische mogelijkheid van een douglas-punctie benut, mag men rekenen op een vroegere diagnose extra-uteriene zwangerschap, waardoor de morbiditeit en de letaliteit van deze afwijking ongetwijfeld zullen dalen.

Literatuur: Nuttige Notities Nr. 45 (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 907.

Heerlen, 28 mei 1967

L. A. SCHELLEKENS

Zoals de geachte inzender reeds zelf zegt, is het bezwaar tegen de diagnostische douglas-punctie bij eventuele extra-uteriene graviditeit het infectie-gevaar. Juist na vroeger doorgemaakte, al dan niet specifieke pelveo-peritonitides ontstaan nogal eens ectopische graviditeiten. Ook (maligne) neoplasmata, en diverticulitis sigmoidei maken de punctie gevaarlijk.

Voorts is men bij aspiratie van bloed door de punctie-naald gedwongen, terstond tot operatie over te gaan. Hiermee worden een aantal onnodige laparotomieën verricht, namelijk op de (niet-rupturerende) tubaire abortus. Deze afwijking kan immers geheel conservatief behandeld worden, zij het dat veelal de verpleegduren langer is dan na operatie.

Persoonlijk heb ik eigenlijk geen behoefte aan deze diagnostische methode, omdat ik meen, ook zónder deze altijd uit te komen. Eveneens in de situatie als vroeger beschreven werd. De fout lag daarbij in het feit, dat wij de patiënte als gynaecologische casus afschreven, en niet langer observerden.

Arnhem, 8 juni 1967

J. W. BARENTS

DE SOLITAIRE HAARD IN DE LONGEN

Naar aanleiding van het commentaar van collega DEENSTRA (1967) zou ik het volgende willen opmerken:

Op bl. 1004 staat: „in vele gevallen groeien maligne tumoren in de longen zolang ze klein zijn zeer langzaam. Maar juist in die fase bestaat grote kans op een radicale verwijdering. De kans wordt kleiner, indien de tumor in een fase van snellere groei komt.”

Hier wordt dus gesteld, dat er op zijn minst een bifasische groeicurve is van vele maligne longtumoren, nl. indien klein zeer langzame groei, later een fase van snellere groei.

Nu zou ik graag argumenten voor deze stelling willen zien. Immers, collega BREUR (1965) komt in zijn proefschrift *Groeisnelheid en stralengevoeligheid van gezwellen bij de mens*, tot de conclusie dat de groei van tumoren en metastasen in den regel constant is.

In het licht van deze publikatie lijkt het mij niet overbodig, van collega DEENSTRA bewijsvoering voor zijn visie te verlangen.

Literatuur: BREUR, K. (1965) *Groeisnelheid en stralengevoeligheid van gezwellen bij de mens*. Mouton en Co., 's-Gravenhage.

— DEENSTRA, H. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1003.

Groningen, 6 juni 1967

R. UBBENS

Gaarne zal ik collega UBBENS de röntgenfoto's tonen van de patiënten bij wie een longtumor aanvankelijk vrijwel even groot bleef, maar later ging groeien.

Utrecht, 8 juni 1967

H. DEENSTRA

VERS ONTSTANE ANGINA PECTORIS

Een dezer dagen overleed plotseling een mijner kennissen. Hij had sinds enige weken tevoren klachten over beklemming en pijn op de borst. Zijn dokter vond geen afwijkingen, en gaf tabletten om bij de pijn in te nemen. De man overleed 's morgens op weg naar zijn werk.

Vele artsen, ook cardiologen, hebben evenals vroeger ikzelf, patiënten met vers ontstane angina pectoris waarbij geen afwijkingen werden gevonden, laten rondlopen, met rampzalig gevolg. Ik ken hiervan voorbeelden te over. Alle artsen behoren te weten dat recent ontstane angina pectoris, bij inspanning of zonder aanwijsbare oorzaak ontstaan, ook wanneer bij klinisch onderzoek, op het elektrocardiogram en bij biochemisch onderzoek geen afwijkingen worden gevonden, toch de uiting kan zijn van een coronaria-trombose van een kleine arterie of van een (klein) hartinfarct. Bij kleine infarcten behoeft men op het elektrocardiogram geen afwijkingen te zien. Het is niet mogelijk het hart systematisch met de naaldelektroden van Dürrer te onderzoeken. Kleine variaties van de transaminasen vallen nog binnen de normale grenzen, men weet bovendien hun uitgangspunt niet. Om van koorts en verhoging van de bezinkingssnelheid maar te zwijgen. Het geregeld controleren van het elektrocardiogram, van de transaminasen en andere enzymreacties kan pas later in deze gevallen coronariatrombose met hartinfarct aantonen.

Ik heb steeds getracht het de studenten in te hameren: Het ineens ontstaan van angina pectoris bij iemand die er tevoren nooit last van had, of een acute verandering in de soort van de pijn of een verandering in de omstandigheden waaronder de pijn of de beklemming ontstaat, kan een gevolg zijn van coronariatrombose of infarcering, ook wanneer er bij volledig onderzoek geen afwijkingen worden gevonden.

Deze patiënten behoren in bed, zij behoren een rustkuur te doen, al of niet gecombineerd met een behandeling met anticoagulantia. Te dikwijls anders is mors subita van de lopend behandelde patiënten het bewijs van de verkeerde diagnose en verkeerde therapie.

Dreischor, 12 juni 1967

W. J. BRUINS SLOT