

werd aan de „moeder” zuurstof toegediend. Na enkele minuten werd ik getroffen door de sederende werking van deze therapie; het symptoom „onrust” als teken van cerebrale hypoxie, in dit geval veroorzaakt door een verkeerde ademtechniek, had ik klaarblijkelijk niet opgemerkt! Auscultatie van de buik leerde inmiddels, dat de foetale harttonen weer optimaal waren, en tot mijn grote voldoening werden de weeën ook weer krachtig. De zuurstoftherapie werd onveranderd voortgezet en na nog een half uur persen werd een gezonde, direct goed doorhulende jongen van 2500 gram in normale achterhoofdsligging geboren. Het nakomende vruchtwater bevatte vers meconium. De placenta toonde macroscopisch geen bijzonderheden.

Het tweede geval betreft een 27-jarige primigravida, die medio 1966 beviel. Zij kwam laat in de zwangerschap onder mijn controle. De uterusomvang alsmede het kind maakten de indruk, redelijk te groeien, ook de laatste 6 weken, toen het lichaamsgewicht van de vrouw niet meer toenam. Bij een zwangerschapsduur van 40 weken bleek de bloeddruk, die tevoren steeds 135-85 mm bedroeg, te zijn gestegen tot 140-100 mm. De urine bevatte geen eiwit. De foetale harttonen waren regulair. De vrouw kreeg een streng zoutarm dieet voorgeschreven. Vijf dagen later kwam zij spontaan in partu. Na een periode van 17 uur werden bij het vierde onderzoek een ontsluiting van 7 à 8 cm, staande vliezen en zéér slechte, irregulaire kinderlijke harttonen vastgesteld. Tijdens de voorafgaande controles waren de harttonen steeds goed geweest, d.w.z. met dezelfde kwaliteiten als in de laatste zwangerschapsmaanden. Onmiddellijk werd aan de vrouw met behulp van de zuurstofbril zuurstof toegediend, vervoer per ambulance geregeld en de gynaecoloog (Dr. S. G. HEERES, Deventer) gealarmeerd. Drie kwartier later werd per sectio caesarea een bleek atonisch meisje van 2200 gram geboren, dat na enige minuten goed begon door te huilen. Het vruchtwater bevatte veel oud meconium.

De placenta was klein en toonde veel verkalkingen.

De gynaecoloog die de sectio verrichtte, was van oordeel dat zonder preklinische zuurstoftoediening dit kind waarschijnlijk zou zijn overleden.

Literatuur: WIT, J. A. DE (1968) Zuurstoftoediening tijdens de baring. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1975.

Rijssen, 4 november 1968

L. KUNST

De casuïstische mededelingen van collega KUNST vragen om enig commentaar. Bij de eerste patiënte wordt gesproken over cerebrale hypoxie door een verkeerde ademhalings-techniek. Ik meen dat dit bij een gezonde vrouw niet kan voorkomen. Eerder zou door hyperpnoe een geringe stijging van de alveolaire zuurstofspanning kunnen intreden.

Over de afwijkingen in het hartritme zou ik willen zeggen dat volgens vele statistieken de prognose van het kind na dergelijke afwijkingen slechter is, althans in percentages uitgedrukt. Maar ook kan een volkomen gezond kind geboren worden. Ook kan een asfyctisch of zelfs een dood kind geboren worden zonder dat tevoren iets afwijkends aan de harttonen was opgemerkt. In beide door collega KUNST beschreven gevallen had hij te maken met kleine kinderen, die à terme werden geboren. In beide gevallen betrof het dus placentae die, ook al werden ze beschreven als placentae zonder afwijkingen, relatief insufficiënt waren. De kans dat de oxygenatie tijdens de baring tekort zou schieten, was dus groter dan normaal. Uit het normaal worden van de harttonen in het eerste geval mag niet zonder meer worden besloten dat dit het gevolg is van de zuurstof-toediening. Een veranderde druk op de schedel van het kind kan ook de oorzaak zijn geweest.

Al ben ik overtuigd van het nut van zuurstoftherapie, toch zou ik haar niet als enige willen propageren. Ik kan mij voorstellen dat collega KUNST in het eerste geval heeft afgewacht omdat na het geven van zuurstof de harttonen normaal werden, maar in principe vind ik zijn houding in het tweede geval juist omdat hij het toedienen van zuurstof combineerde met het nemen van maatregelen waardoor een snelle geboorte van het kind kon worden bereikt.

Wat de gebruikte techniek betreft, de neusbril moet als een van de minst goede worden beschouwd (VAN LEEUWEN en THOMASSE 1958). Het gaat namelijk in de verloskunde om het bereiken van een zo hoog mogelijke alveolaire zuurstofspanning. Met de neusbril zou de zuurstofconcentratie in de alveolen niet hoger worden dan 40 pct. Dat neemt overigens niet weg dat ook deze methode, wanneer men over geen andere beschikt, winst biedt voor het kind. En deze winst zou juist voldoende kunnen zijn om ernstige beschadigingen van het kind te voorkomen.

Literatuur: LEEUWEN, A. M. VAN en C. M. THOMASSE (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1237.

Rotterdam, 16 oktober 1968

J. A. DE WIT

PROSTAATBIOPSIE BIJ DE DIAGNOSTIEK VAN PROSTAATCARCINOOM

De door collega VAN WIJK (1968) beschreven methode van transrectale prostaatbiopsie is evenals de daarop gelijkende methode volgens Rousseau één van de vele variaties die van dit onderzoek bekend zijn. De techniek volgens Franzén is door de lange flexibele naald moeilijker aan te leren dan de punctie met de dikkere naalden zoals de vim-silverman-naald, de veenema-naald, de neckernaald en de travenol-naald.

In ervaren handen heeft deze methode grote waarde, vooropgesteld dat men de beschikking heeft over de hulp van een patholoog-anatoom met ervaring op het gebied van de cytologie, doch mijns inziens is de aspiratietechniek niet superieur aan de andere methoden van transrectale of transperineale prostaatbiopsie. De resultaten van de methode volgens Franzén en die van de transperineale prostaatbiopsie lijken gelijk te zijn (ANDERSSON e.a. 1967). De beoordeling van het cytologische materiaal is echter moeilijker dan het histologisch onderzoek van een weefselcilindertje, waardoor de kans van een foutieve of onzekere diagnose in het eerste geval groter is. Celversleping via het punctiekanaal is beschreven doch wordt zelden waargenomen. VEENEMA en LATTIMER (1963) beschreven daarvan één geval op 1000 puncties. Ook de door mij gevolgde techniek kan zonder bezwaar één of meerdere malen worden herhaald.

Algemeen kan worden gesteld dat, welke methode men ook volgt, hetzij transrectaal dan wel transperineaal, in ervaren handen even goede resultaten worden bereikt.

Literatuur: ANDERSSON, L., G. JONSSON en U. BRUNK (1967) Puncture biopsy of the prostate in the diagnosis of prostatic cancer. *Scand. J. Urol. Nephrol.* **1**, 227. — TRUC, E., D. GRASSET, A. PAGES, E. AMAR, J. F. ROLET en G. PES (1967) Intérêt de la drill-biopsie transrectale dans le diagnostic des affections prostatiques (à propos de 200 cas). *J. Urol. Néphrol.* **73**, 533. — VEENEMA, P. J. en J. K. LATTIMER (1963) Early diagnosis of carcinoma of the prostate. *J. Amer. med. Ass.* **186**, 127. — WIJK, J. A. VAN (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1925.

's-Gravenhage, 10 september 1968 R. J. SCHOLTMEIJER