

De bevolking is bang voor lepra. Dit heeft tot gevolg dat de patiënt met herkenbare lepra wordt gemeden en soms zelfs uit het gezin en de gemeenschap gestoten. Ook loopt hij de kans dat de bus-chauffeur weigert, hem te vervoeren. Met zijn ulcererende voetzolen moet hij dan dagen lopen om het ziekenhuis te bereiken. De kans dat de verstrekte sandalen die zijn voetzolen beschermen niet worden gedragen, is groot. De patiënt is bang zich herkenbaar te maken. Naast het lepraziekenhuis in Vadathorasalur is een nederzetting ontstaan van oud-patiënten die niet meer in hun dorp worden geaccepteerd. Een aantal van hen heeft werk gevonden in het ziekenhuis.

Een goed inzicht in de problemen van de volksgezondheid waarmee geworsteld wordt, kreeg ik bij een bezoek aan het General Hospital in Madras. Het is een regeringsziekenhuis met 1000 bedden. Aan elke zaaldeur hangt een leetje waarop het aantal officieel aanwezige bedden staat aangegeven en ook het aantal aanwezige patiënten. Dit laatste getal was soms meer dan het drievoud van het eerste; de overcomplete patiënten liggen op matjes op de vloer. De bedden op de orthopedische afdeling werden vrijwel uitsluitend ingenomen door patiënten met acute en chronische hematogene osteomyelitis, skelet- en gewrichtstuberculose en poliomyelitis. Drie afwijkingen die in Nederland nagenoeg niet meer voorkomen.

In het General Hospital waren continu 100 tot 150 bedden bezet door lijdens aan typhus abdominalis. Dagelijks stierven mensen aan hondsdoelheid. De grootte van de daar heersende problemen wordt wel het best getekend door de instelling van de in dit ziekenhuis werkzame artsen tegenover de lepra. Deze ziekte, die miljoenen tot invaliden maakt, was voor hen slechts een sociaal probleem.

Het was een voorrecht, de reeds in Nederland opgedane ervaring in de chirurgische behandeling van lepralijdens te kunnen vergroten onder de zeer ervaren leiding van ERNEST FRITSCHI en Mrs. KARAT en ik ben de Q. M. Gastmann Wichers Stichting, Curatoren van de Rijksuniversiteit en mijn medestafleden in de Anna-Kliniek voor Orthopedie die dit mogelijk maakten, zeer erkentelijk.

Leiden, juni 1970

B. VAN LINGE

INGEZONDEN

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

ESTHETISCHE NEUSREDUCTIE

Het antwoord dat collega MOLENAAR (1970) geeft op de opmerkingen mijnerzijds, betreffende zijn artikel „esthetische neusreducties”, raakt de kern van de zaak niet.

Het is toch wel duidelijk dat de plastisch chirurg een ander soort patiënten ziet dan de rinoloog. Echter is het naïef te denken dat zijn patiënten geen functionele klachten hebben, en dat wil ik juist naar voren brengen.

De patiënt die een verfraaiing van de neus wil, heeft veelal ook door zijn leeftijd nog weinig exsudatieve klachten. Vaak is hij zich ook niet bewust dat hij niet door de neus ademt, dat hij zijn neus niet kan snuiten en dat de hoofdpijn ook verklaard kan worden door de bouw van zijn neus. Daarbij is verkoudheid en een beetje hoesten geen ziekte in de ogen van vele artsen. Zij wachten tot het astmatische verschijnselen zijn geworden voor het als ziektebeeld wordt geduid.

Het is echter de arts die de patiënt op de pathologie bemerkzaam moet maken. De „abnormale” neus moet dus met meer begrip, juist voor de toekomst van de patiënt, bekeken worden.

Over post-operatieve klachten heb ik niet geschreven. Het zou wel goed zijn als de plastisch chirurg, en ook de kno-arts, zijn patiënten na een jaar nog eens kritisch bekijkt, en dan niet alleen op het uiterlijk let.

Ik ben het eens met collega MOLENAAR dat de neuschirurgie veel verbetering behoeft. Mogen wij echter voor de Amerikaanse maatstaven, zoals die aldaar o.a. op de advertentiepagina's van de kranten te vinden zijn, behoed blijven.

Literatuur: MOLENAAR, A. en R. D. RHODES (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 804. — Ingezonden (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1110.

Amsterdam, 22 juli 1970

E. A. VAN DISHOECK,
kno-arts

ACUTE PLASTISCHE CHIRURGIE BIJ EEN PASGEBORENE

Aan het slot van zijn klinische les over acute plastische chirurgie bij een pasgeborene schrijft collega BOUMAN (1970), dat tijdig ingestelde reconstructieve chirurgie bij perifere doorbloedingsstoornissen (bij pasgeborenen) verder weefselverlies kan voorkomen.

Het lijkt mij moeilijk om deze optimistische conclusie af te leiden uit de voorafgaande casuïstische mededeling. In een studie over deze zeer zeldzame afwijking bij pasgeborenen, die ik in 1951 publiceerde naar aanleiding van een zelf waargenomen geval, kwam ik tot de conclusie dat een conservatieve behandeling verre de voorkeur verdient boven chirurgisch ingrijpen omdat de afwijking er aanvankelijk veel dreigender en uitgebreider uitziet dan later het geval blijkt te zijn.

Ik meen dan ook dat collega BOUMAN zich genuanceerder had moeten uitdrukken over de door hem ingestelde therapie en ook plaats had dienen in te ruimen voor de veronderstelling dat zonder de door hem gevolgde behandelingswijze een soortgelijk en misschien wel gunstiger resultaat bereikt had kunnen worden.

Literatuur: BOUMAN, F. G. (1970) Acute plastische chirurgie bij een pasgeborene. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1077. — KLOOSTERMAN, G. J. (1970) Spontane necrose van de voorvoet bij een neonatus. *Ned. T. Verlosk.* **51**, 146.

Amsterdam, 27 juli 1970

G. J. KLOOSTERMAN

In het door Prof. KLOOSTERMAN in 1951 nauwkeurig beschreven geval van perifere circulatie-stoornis bij een pasgeborene, stierf distaal van de demarkatielijn tussen de zwarte en blauwe huid op het midden van de voet, de gehele voorvoet af, hoewel aanvankelijk nog 4 tenen niet zwart waren.

Prof. KLOOSTERMAN schrijft nu, dat hij in 1951 tot de conclusie kwam, dat een conservatieve behandeling verre de voorkeur verdient boven chirurgisch ingrijpen. Uit het artikel blijkt, dat de enige chirurgische behandeling, die Prof. KLOOSTERMAN uit de literatuur kende, een amputatie was.

Inmiddels zijn wij 20 jaar verder en heeft ook de reconstructieve chirurgie vorderingen gemaakt. Wij hebben geleerd, dat necrotische huid door huidtransplantaten vervangen kan worden. Is de onderlaag goed doorbloed, dan kan dit in de vorm van vrije huidtransplantaten en anders met gesteelde transplantaten, waarbij deze in contact moeten

worden gebracht met de in de omgeving aanwezige normaal doorbloede huid. Deze ingrepen beschermen de onderliggende weefsels tegen infectie en voorkomen verdere fibrosering en necrotisering.

Ik meen, dat deze in de reconstructieve chirurgie als juist ervaren principes bij het door mij beschreven patiëntje met succes zijn toegepast.

Dat men kan veronderstellen, dat bij een histologisch aangetoonde circulaire necrose van de onderarm een beter resultaat met conservatieve behandeling zou kunnen verkregen worden, is mij onduidelijk.

De door Prof. KLOOSTERMAN geciteerde slotzin van mijn artikel, die, dacht ik, in voorzichtige termen is gesteld, blijf ik volledig handhaven.

Amsterdam, augustus 1970

F. G. BOUMAN

NIET HERKENDE UTERUSRUPTUUR

PLATE (1967) meent, dat de diagnose uterusruptuur meestal wel te stellen is als de ruptuur eenmaal is ontstaan. Ook LAWSON en STEWART (1967) achten de differentiële diagnose van uterusruptuur in den regel niet moeilijk.

Binnen één jaar zag ik, twee patiënten bij wie als verassing een uterusruptuur werd gevonden bij laparotomie.

Patiënte A werd op 23 april 1969 wegens veronderstelde weëenactiviteit opgenomen omdat beide vorige zwangerschappen door middel van sectio caesarea waren beëindigd. Bij opname had patiënte een harde gespannen uterus à terme, geen duidelijk weëenritme, negatieve cortonen, normale temperatuur, licht versnelde pols, normale bloeddruk, een ademhalingsfrequentie van 26/min., 1,5 cm ontsluiting en een Hb-gehalte van 12,4 g/100 ml. De volgende dagen waren de temperatuurtoppen subfriebl en was er een licht vaginaal bloedverlies. Een behandeling met penicilline werd ingesteld (een populair anti-pyreticum!).

De toestand bleef min of meer ongewijzigd tot 6 mei, toen de temperatuur duidelijk steeg. Nu werden chloroquine en amodiaquine (Camoquin) toegediend. Op 8 mei bleek patiënte een stinkende vaginale afscheiding te hebben. Er was geen ontsluiting. Op 11 mei maakte de patiënte een zieke indruk. Bloeddruk 90/75, temperatuur normaal (vorige dag 39,4°), pols 80/min.

Besloten werd tot behandeling met tetracycline, ocytocine (10 I.E. in 1000 ml glucose in fysiologische zoutoplossing, te beginnen met 20 druppels per minuut, geleidelijk toenemend) en een eenmalige toediening van hydrocortison 100 mg intramusculair. De ocytocine-kuur werd de volgende dag herhaald, waarna de geboorte van een gemacereerde stinkende placenta op 13 mei plaatshad.

Hierna werd besloten tot laparotomie. Bij het openen van de buikholte werden stinkende bruinige vloeistof en een gemacereerd kind aangetroffen. Na het verwijderen van het kind bleek er een gesloten ruimte te bestaan waarvan de uterus de achterwand vormde. De tubae waren niet zichtbaar. Onder in de achterwand was een nauwe opening. Geconcludeerd werd dat hier een oude uterusruptuur bestond. Met achterlating van een drain werd de buikwand gesloten. Postoperatief was er een langdurige wondinfectie. In bevredigende toestand werd patiënte op 14 juli 1969 ontslagen.

Patiënte B werd opgenomen op 9 maart 1970. Zij zou in partu zijn. Zij had een pols van 120/min. en een bloeddruk van 110/70. Er was een litteken van een sectio caesarea (1962). De fundushoogte kwam overeen met een zwangerschap van 32 weken. Het kind leek zich in stuitligging te bevinden. Cortonen waren negatief. De cervix was slechts voor

één vingertop toegankelijk. De okseltemperatuur was 39°. Het Hb-gehalte was 8,9 g/100 ml. Een behandeling werd ingesteld met penicilline, amodiaquine en pethidine.

In de volgende dagen verbeterde de algemene toestand enigszins. Patiënte was niet duidelijk in partu. Op 12 maart konden geen kindsdelen worden gevoeld. Een röntgenfoto toonde echter een foetus in dwarsligging. In de volgende dagen ontstond overwegend licht vaginaal bloedverlies. Het Hb-gehalte daalde tot 8,3 g/100 ml. Een placenta praevia werd overwogen. Vanaf 19 maart was er lichte weëenactiviteit met sanguinolente afscheiding. Aangezien er een gemacereerd conceptie-produkt werd vermoed, leek het inleiden van de baring gewettigd. Dit geschiedde op 24 maart met behulp van 10 E ocytocine in 1000 ml dextrose 5% intraveneus. Deze kuur werd de volgende dag herhaald. Op 26 maart was er geen ontsluiting. Het bleek niet mogelijk, de vliezen te breken. Laparotomie vond plaats. Een dood voldragen kind en een placenta werden gevonden in een ruimte vóór de uterus, door adhesies van de rest van de buikholte afgesloten, doch caudaal voor een vinger toegankelijk tot de uterus. De tubae waren niet zichtbaar. Met achterlating van een gaaszwachtel als drain werd de buik gesloten. Na een ongestoord herstel volgde ontslag op 13 april 1970.

Het ziektebeeld van beide patiënten toont een opvallende overeenkomst. Zij hadden vroeger een keizersnede ondergaan en beide waren bij opname „twijfelachtig” in partu (een goede anamnese is hier vaak niet mogelijk). Merkwaaardig genoeg waren de kinderen moeilijk te palperen. Voor de uterus was een holte ontstaan, van de omgeving afgesloten door adhesies. Wegens deze adhesies en het bestaan van een toegang tot de uterus werd de diagnose abdominale zwangerschap verworpen. Het klieven van de adhesies om de tubae te kunnen ligeren, werd niet raadzaam geacht. Ook sterilisatie in 2e tempo was niet aantrekkelijk, te meer daar de tubae wellicht reeds ondoorgankelijk waren.

De opvatting dat de prognose bij rupturen in een uterus met een litteken na sectio caesarea beter is (HASPELS 1963) wordt gesteund door het beloop bij deze twee patiënten. Achteraf zou deze overweging tot een eventuele diagnose hebben moeten bijdragen. Ook de vaginale geboorte van alleen de placenta bij patiënte A werd miskend als aanwijzing voor uterusruptuur.

Bij onbegrepen aandoeningen tegen het eind van een zwangerschap met een sectio caesarea in het verleden moet een uterusruptuur worden overwogen.

Literatuur: HASPELS, A. A. (1963) De behandeling van uterusruptuur. *Ned. T. Geneesk.* **107**, 944. — LAWSON, J. B. en D. B. STEWART (1967) *Obstetrics and gynaecology in the tropics*. Edward Arnold, Publishers Ltd., Londen. — PLATE, W. P. (1967) Uterusruptuur. *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1949.

Chipata (Zambia), juli 1970

J. P. HEBLY

BERICHTEN

BUITENLAND

Wereldberichten

Cholera op ongewone plaatsen. — In de streek rondom Astrakan aan de Kaspische Zee hebben enige weken geleden een aantal mensen geleden aan (*El-Tor-*) cholera. Volgens het regeringsblad *Isvestia* is de besmetting afkomstig uit India, Pakistan en Iran. Een cholera-epidemie is in de laatste veertig jaar in de Sovjet-Unie niet meer voorgekomen. Intussen zijn er maatregelen genomen en is o.a. de streek tussen Odessa en de Kaspische Zee voor reizigers afgesloten