

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 subfebriel 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