

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek

Het Bestuur van de Stichting Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek, waarin is opgenomen het Steunfonds van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding, maakt bekend, dat het voor het academisch jaar 1975-1976 een beurs ter maximale waarde van f 2500,— beschikbaar stelt.

Deze studiebeurs is bestemd voor een Nederlandse vrouw, die haar academische studie geheel of vrijwel geheel heeft voltooid en gespecialiseerd wetenschappelijk onderzoek wil verrichten in of buiten Nederland.

Sollicitaties in tienvoud met uitvoerige levensbeschrijving en een duidelijk omschreven studieplan, onder vermelding van enige referenties, worden vóór 25 april ingewacht bij de secretaresse: Drs. E. D. SCHOUFOUR-WOLTER, 255 Van Bos-Huizenstraat, Amsterdam-Buitenveldert.

Verzachting quarantainemaatregelen in Australië

De Australische Ambassade te Den Haag maakt bekend dat de Australische Minister van Volksgezondheid met ingang van 12 november 1974 een aantal medische bezwaren tegen pokkenvaccinatie in bepaalde omstandigheden accepteert.

Daar een eventueel af te geven medische verklaring in het Engels of het Frans moet zijn gesteld, geef ik hieronder de met ingang van 12 november 1974 van kracht geworden Australische maatregelen in de originele tekst.

1. „Passengers arriving in Australia by air from countries free from smallpox and having a medical certificate signed by a registered medical practitioner, issued within twelve months before embarkation stating that vaccination against smallpox is inadvisable because of a *specific medical con-*

dition, will be allowed entry to Australia without having to go to Quarantine.

2. The medical conditions which will qualify travellers for the above exemption are only the following conditions:

- a. pregnancy at any stage;
- b. history or presence of eczema or other skin disease considered by the traveller's doctor to be a contra-indication smallpox vaccination;
- c. states of immunological deficiency which are: 1. subsequent to treatment which depresses immunity (e.g. deep X-ray therapy, administration of corticosteroids, cytostatic and alkylating drugs); 2. hypogammaglobulinaemic conditions;
- d. nephrosis;
- e. organ transplant;
- f. general malignant disease;
- g. travellers accompanied by a doctor or nurse, for whom hospital care is likely for 14 or more days after arrival.

3. This exemption only applies specifically to the above medical contra-indications and does not extend to travellers arriving in Australia from countries where smallpox is still endemic or where the disease has been recorded in the previous 12 months.

4. A stopover in a transit lounge of an International Airport will not disqualify a person from this exemption.

5. Any other traveller arriving in Australia without valid smallpox vaccination certificate for any other reason than the abovementioned medical conditions will have to go to the quarantine.”

Leidschendam,
december 1974

De Geneeskundige Hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid,
voor deze:
het Hoofd van de Afdeling
Besmettelijke Ziekten,
H. BIJKERK

INGEZONDEN

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

Traumatische ruptuur van het diafragma

Met genoegen heb ik de klinische les van professor DEN OTTER (1974) gelezen. Graag wil ik hierbij een paar kanttekeningen maken.

a. Wat de *historie* van het ziektebeeld betreft ga ik wat verder terug dan 1900.

De eerste beschrijving van de traumatische hernia diaphragmatica komt voor in het 18e boek „Des playes en particulier” in de door MALGAIGNE verzorgde uitgave van Ambroise Paré's werken (ROGGE 1973). Hij (PARÉ) beschrijft iemand, „lequel fut blessé au milieu du diaphragme”. PARÉ verrichtte obductie: „et lui ayant ouvert le ventre inferieur (abdomen), ne puis trouver son estomach”. Dit verbaasde PARÉ zeer: „pensant que ce fust (fût) une chose monstrueuse d'estre (être) sans estomach”. Toen bespeurde

hij: „la playe du diaphragme” en na thoracotomie vond hij de maag in de thorax!

Het tweede verhaal, van Kapitein FRANÇOIS D'ALON, gevallen voor La Rochelle, volgt hierop. Hij liep een schotverwonding op bij de processus xyphoideus; de kogel verliet het lichaam tussen de 5e en 6e rib links. De wonden genazen, maar de man hield een „debilité d'estomach” met kolieken. Acht maanden later overleed hij. De obductie werd door een leerling van PARÉ, JACQUES GUILLEMEAU, verricht: „Et fut trouvé en la capacité du thorax une grande partie de l'intestin colon rempli de vents, qui estoit (était) entré par le trou du diaphragme fait par la blesseure.” Dit vindt men dus in hoofdstuk XXXI van „Le huitième livre” van de *Oeuvres Complètes d'Ambroise Paré*, verzorgd door J. F. MALGAIGNE, 1840 (ROGGE 1974).

b. De *ontstaanswijze*. Deze is, zoals de auteur die beschrijft, nog niet algemeen aanvaard. Dat het diafragma

scheurt wanneer het in zijn hoogste stand naar boven is geperst, is zeker begrijpelijk wanneer dit alleen door een stomp buiktrauma wordt veroorzaakt. Bij een zuiver thoraxtrauma met compressie zal de scheur juist ontstaan als het middenrif naar beneden wordt geperst (QUAST 1958). Bij gecombineerd stomp thorax- en buikletsel hangt het een en ander af van het overwegende letsel (RINSMA 1956). Dit mechanisme doet denken aan de „back-lash”-theorie van GAGNON uit Montreal, die veronderstelt, dat het diafragma bij deze letsels kan worden vergeleken met een deken die wordt uitgeslagen en die scheurt wanneer deze met kracht in zijn laagste stand wordt teruggeslagen (gecit. SILLEVIS SMITT 1970). In de meerderheid van de gevallen komen ribfracturen er namelijk niet bij voor, al was dit wel het geval bij de twee in de klinische les beschreven patiënten. De directe diafragmarupturen ten gevolge van perforerende letsels door aanpakken van gefractureerde ribben zijn zeldzaam en qua omvang van weinig betekenis (BRINKHORST 1964); ze leiden lang niet altijd tot hernië.

c. *Therapie.* Naar aanleiding van een eigen waarneming en behandeling van een „polytraumatisé” (contusio cerebri; femurfractuur en traumatische diafragmaruptuur) onderschrijf ik de opvatting van de meeste auteurs, dat de operatie het beste via een linkszijdige thoracotomie (postero-laterale incisie met resectie van de 7e rib) kan worden uitgevoerd. Zeker verdient deze toegangsweg de voorkeur wanneer er een sterke verdringing van thoraxorganen is opgetreden. Voor een abdominale benadering zit het defect vaak te hoog, terwijl de repositie van de in de thorax gelegen buikorganen, die vaak om meer dan één as gedraaid zijn, zeer moeilijk is via de laparotomiewond; zelfs via een thoracotomie kan dit nog erg moeilijk zijn. Deze laatste toegangsweg biedt echter het grote voordeel, dat men long, oesophagus en pleura mediastinalis (die bij mijn patiënt overlans gescheurd bleek langs de oesophagus) beter op beschadigingen kan controleren en zondig kan behandelen. Bovendien biedt de ruptuur in de regel voldoende ruimte om een goed oordeel over de bovenbuikorganen te vormen. Tegen een thoraco-abdominale benadering bestaat het bezwaar, dat de thoraxwand hierdoor weer instabiel wordt door het klieven en verwijderen van een klein segment uit de ribbenboog (QUAST 1958).

Literatuur: BRINKHORST, A. P. (1964) *Het stompe buiktrauma*. Proefschrift Groningen. — OTTER, G. DEN (1974) Traumatische ruptuur van het diafragma. *Ned. T. Geneesk.* 118, 1621. — QUAST, W. H. A. (1958) *Stompe thoraxletsels*. Proefschrift Groningen. — RINSMA, S. G. (1956) *Hernia diaphragmatica*. Proefschrift Groningen. — ROGGE, C. W. L. (1973) *De betekenis van Ambroise Paré, mens, leermeester en chirurg*. Proefschrift Groningen; (1974) Persoonlijke mededelingen. — SILLEVIS SMITT, W. G. (1970) Traumatische diafragmarupturen. *Ned. T. Geneesk.* 114, 1317.

Stadskanaal, november 1974

J. H. WYMENGA

Collega WYMENGA geeft een aantal waardevolle aanvullingen op mijn klinische les waarvoor ik hem zeer erkentelijk ben. Hij zal begrepen hebben dat het niet mijn bedoeling was om de historie van het ziektebeeld te beschrijven. Bovendien betreft de vroege geschiedschrijving, zoals collega WYMENGA die weergeeft, vooral penetrerende of perforerende letsels en niet het stompe trauma.

De onder (b) beschreven ontstaanswijzen dienen inderdaad alle in overweging te worden genomen. Ik weet niet zeker of ribfracturen „in de meerderheid van de gevallen” bij de onderhavige afwijking niet voorkomen. Vooral in het onderste deel van de thorax is afscheuring van de ribben van het ribkraakbeen een vrij frequent ongevalsgevolg dat zich vaak aan exacte diagnostiek onttrekt.

Ik kan het met de auteur eens zijn wanneer hij onder (c) een voorkeur uitspreekt voor linkszijdige thoracotomie. Daarbij is overigens ribresectie naar mijn oordeel niet noodzakelijk en door deze weg te laten wordt het gevaar voor instabiliteit van de thoraxwand kleiner doordat geen segment uit de ribbenboog wordt geresecteerd. Ik heb er mijn twijfels over of men zich vanuit een thoracale toegang een voldoende oordeel kan vormen over letsels in de buikholt.

Amsterdam, december 1974

G. DEN OTTER

Laparoscopie en de diagnose extra-uteriene zwangerschap

Het belangwekkende artikel over laparoscopie als diagnostische methode bij het vermoeden van extra-uteriene zwangerschap (CREMERS en HOYNCK VAN PAPENDRECHT 1974) geeft aanleiding tot enig commentaar, omdat door de schrijvers terecht het probleem van de buitenbaarmoederlijke zwangerschap als een essentieel diagnostisch probleem aan de orde wordt gesteld. Te vaak wordt de diagnose gemist of te laat gesteld, onzes inziens niet doordat laparoscopie als routine achterwege blijft, maar doordat de mogelijkheid van een extra-uteriene zwangerschap eenvoudigweg niet in beschouwing werd genomen. *Denken aan* en *vermoeden van* een extra-uteriene zwangerschap zijn niet synoniem, zij liggen in elkaars verlengde. Het is een kwestie van subtiele kwalitatieve symptomen, die men nauwgezet tegen elkaar afweegt en niet zondermeer bij elkaar optelt om tot een beslissing te komen. Het is hierbij dan geen kwestie van blindveren of onzekerheid totdat laparoscopie of proeflaparotomie de extra-uteriene graviditeit definitief aantoon, doch een zaak van verantwoorde besluitvorming.

Iedereen is overtuigd van het grote nut van de laparoscopie in de gynaecologie, in het bijzonder bij de diagnostiek van infertiliteitsoorzaken, endocrinologische afwijkingen en aangeboren afwijkingen. Weliswaar zijn er weinig complicaties, doch het aantal is zeker niet te verwaarlozen zodat de omschrijving „kleine diagnostische ingreep” niet juist is omdat alleen al daardoor de verkeerde voorstelling van ongevaarlijk ontstaat. Men diene dan ook bij dubieuze zwellingen of vage pijnen in de onderbuik bij geslachtsrijpe vrouwen een zekere terughoudendheid te betrachten. Het fouilleren van passagiers vóór een vliegreis is in onze tijd helaas noodzakelijk, doch laparoscopisch onderzoek (2 patiënten) gaat ons te ver.

De schrijvers staan in hun enthousiasme zeker niet alleen, getuige HORWITZ (1972), die in 52% van zijn gevallen per laparoscopie de diagnose extra-uteriene graviditeit bevestigde: „Shorn of the mask of infallibility, the true clinician should seek to improve upon this coinflipping precision. It is only with ancillary measures, that we can hope to increase a dismal betting average. Laparoscopy is just such a tool.”

Bij sterke intra-abdominale bloeding heeft een laparoscopie geen zin; de operateur ziet niets en de ingreep betekent