

de pre-operatieve diagnostiek van het mammacarcinoom. De methode is eenvoudig en goedkoop, kan poliklinisch worden uitgevoerd en gaat niet gepaard met ernstige complicaties. De winst is echter bovenal gelegen in de omstandigheid, dat na het stellen van de diagnose de definitieve behandeling aan patiënte kan worden voorgesteld en met haar kan worden besproken. Bovendien mag worden verwacht, dat met behulp van een recente technische verbetering van de ponsnaald en de punctietechniek (BRUN DEL RE 1980) de diagnostische trefzekerheid ook voor kleine tumoren nog zal worden vergroot.

*Literatuur:* ADAIR, F. E. (1933) *New Engl. J. Med.* 208, 1250. – BRUN DEL RE, R. M. G. (1980) *Brit. J. Surg.* 67, 449. – CAFFEE, H. H. en J. R. BENFIELD (1975) *Surg. Gynec. Obstet.* 140, 88. – DOBERNECK, R. C. (1980) *Ann. Surg.* 191,

152. – ELSTON, C. W., R. E. COTTON, C. J. DAVIES e.a. (1978) *Histopathology* 2, 239. – EWING, J. (1933) *Med. J. Illinois* 63, 482. – FENTIMAN, I. S., R. R. MILLIS en J. L. HAYWARD (1980) *Arch. Surg.* 115, 652. – HAAGENSEN, C. D. en A. P. STOUT (1951) *Ann. Surg.* 134, 151. – HAAGENSEN, C. D. (1956, 1971) *Diseases of the breast*. Saunders Philadelphia. – JACKSON, P. P. en H. H. PITTS (1959) *Amer. J. Surg.* 98, 184. – PIERCE, E. H., O. T. CLAGETT, J. R. McDONALD e.a. (1956) *Surg. Gynec. Obstet.* 103, 559. – ROBBINS, G. F., J. H. BROTHERS, W. F. EBERHART e.a. (1954) *Cancer* 7, 774. – ROBERTS, J. G., P. E. PREECE, P. M. BOLTON e.a. (1975) *Clin. Oncol.* 1, 297. – SCHEEL, A. (1953) *Acta radiol.* 39, 249. – SPRATT, J. S. en W. L. DONEGAN (1960) *Cancer of the breast*. In: *Major problems in clinical surgery*, Vol. 5.

J. BENDER

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Subsidies van de Nederlandse Hartstichting*

De Nederlandse Hartstichting stelt voor 1982 een beperkt aantal subsidies ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de circulatie.

Aanvraagformulieren kunnen worden verkregen bij: Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, 2514 JR 's-Graven-

hage. De aanvragen dienen uiterlijk 31 mei 1981 in het bezit te zijn van de Hartstichting.

Degenen die voor 1982 een vervolgaanvraag willen indienen t.b.v. een reeds met subsidie van de Hartstichting lopend project, wordt eveneens aangeraden dit te doen uiterlijk 31 mei 1981. Alleen dan kan bericht inzake toekenning, c.q. afwijzing voor het eind 1981 worden verwacht.

## INGEZONDEN

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

### *Voortijdig gebroken vliezen*

De collegae SCHUTTE, TREFFERS en SOEPATMI (1981) geven in hun klinische les een helder overzicht over de te volgen handelwijze na opname van een zwangere met prematuur gebroken vliezen. Gaarne zou ik nog het volgende willen opmerken.

Dat een zwangere in een dergelijk geval opgenomen dient te worden, ook al heeft ze geen weeën, met het oog op het kind dat mogelijk geboren zal worden, hoeft mijns inziens geen betoog. Wel zou ik bij binnenkomst in de kliniek een kweek willen inzetten van de bacterie-flora rondom de anale opening, aangezien de kans het grootst is dat, als een intra-uteriene infectie optreedt, de verwekker daar vandaan komt. Het verdere beleid is afhankelijk van de zwangerschapsduur. Bij een zwangerschapsduur van 33 weken of meer kan men, als er geen tekenen zijn dat de baring op gang komt, nadat twaalf uur verstreken zijn na het breken der vliezen, beter inleiden. Aangezien het risico van een eventuele intra-uteriene infectie ten opzichte van het risico van het IRDS relatief ongunstiger wordt. Met name de Amerikaanse leerboeken wijzen sterk in die richting. Bij een zwangerschapsduur van 28-33 weken kan men beter trachten het tijdstip van de baring uit te stellen, al of niet door middel van het toedienen van betasympathomimetica. Tevens kunnen corticosteroiden worden toegediend ten einde de foetale longrijping trachten te bevorderen.

Met het oog op een eventuele intra-uteriene infectie lijkt het mij belangrijk de temperatuur van de zwangere nauwlettend te volgen en, bijvoorbeeld drie maal per week, het

aantal leukocyten in het maternale bloed te bepalen, alsmede een differentiatie.

Voor een zo gericht mogelijke antibiotische behandeling in geval van intra-uteriene infectie, zou men, behalve de reeds genoemde anale kweek, eens per week, na echoscopische voorbereiding, een vruchtwaterpunctie kunnen doen. Het verkregen vruchtwater kan dan worden gekweekt, maar tevens kan een L/S-ratio bepaald worden met het oog op de rijping van de foetale longen. Mogelijk kunnen perinatale morbiditeit en mortaliteit op deze wijze nog verder teruggedrongen worden.

*Literatuur:* SCHUTTE, M. F., P. E. TREFFERS en S. SOEPATMI (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 81.

Den Burg, januari 1981

A. C. P. J. WAVERIJN

Met belangstelling las ik de klinische les van SCHUTTE, TREFFERS en SOEPATMI (1981) en ik kan mij in grote lijnen met de strekking wel verenigen. Het volgende heeft mij echter verwonderd. Op het einde van het artikel brengen de auteurs nog een interessant aspect naar voren betreffende vroeggeborenen met voortijdig gebroken vliezen. Uit hun onderzoek blijkt dat de sterfte van prematuren na lange tijd gebroken vliezen lager is dan na korte tijd gebroken vliezen en wel door een verminderde kans op hyaliene-membranenziekte bij het pasgeborene premature kind. Deze waarneming werd – bijna exact zo geformuleerd – voor het eerst beschreven in een academisch proefschrift (SPEC-KEN 1964) in een periode, waarin de surfactant-theorie in-