

gram toonde een afsluiting aan van de rechter A. coronaria en vernauwingen van 40 tot 90% links.

De beide tweelingen kregen klachten op ongeveer gelijke leeftijd. De broers hadden ongeveer dezelfde risicofactoren en leden aan een coronaire sclerose met opmerkelijke overeenkomst in lokalisatie en uitbreiding. Hoewel in deze publikatie het aantal tweelingen te klein is om statistische waarde te hebben, wordt de overeenkomst in afwijkingen het beste verklaard uit de invloed van erfelijke factoren.

Literatuur: HOLMES JR., D. R., A. J. KENNEL, H. C. SMITH e.a. (1981) *Brit. Heart J.* 45, 193. – Referaat (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2146.

S. BERREKLOUW

Heelkunde

Autotransplantatie van door bevrozing gepreserveerd bijschildklierweefsel

De transplantatiechirurgie kampt met het probleem om weefsel en organen langere tijd te bewaren. De bijschildklier vormt echter een uitzondering. Het is nl. in proeven op dieren en later ook bij de mens (WELLS e.a. 1977) gebleken dat transplantatie van bijschildklierweefsel, dat een tijdlang was ingevroren, goed mogelijk is. WAGNER e.a. (1981) berichtten onlangs over een dergelijke wijze van transplantatie waarbij duidelijk kon worden aangetoond dat het getransplanteerde weefsel functioneerde. Het betrof een 77-jarige patiënte die driemaal wegens hyperparathyreoïdie was geopereerd. Bij de eerste operatie werd een sterk vergrote bijschildklier aan de linker onderzijde van de hals verwijderd. Bij de tweede operatie, die 3 jaar later plaatsvond omdat het calciumgehalte in het serum weer te veel was gestegen, werd rechts boven een vergrote bijschildklier verwijderd. Na deze operatie bleef het calciumgehalte te hoog. Er werd een computertomogram van de hals gemaakt waarop een weefselverdichting tussen de linker arteria subclavia en de arteria carotis communis was te zien. Patiënte werd voor de derde maal geopereerd waarbij men op de aangegeven plaats een bijschildklier vond van $1 \times 3 \times 0,5$ cm. Deze werd verwijderd, in onge-

veer 60 stukjes van 1 mm^3 verdeeld en in een daarvoor bestemd apparaat tot -196° ingevroren omdat men veronderstelde dat er geen vitaal bijschildklierweefsel was achtergebleven. Een vierde bijschildklier was niet te vinden, ook niet in de rechter schildklierkwab die in haar geheel werd verwijderd. Patiënte kreeg in aansluiting op de operatie alle klinische en biochemische verschijnselen van aparathyreoïdie. Ze werd behandeld met toediening van calcium en AT 10. Vijftien dagen na de operatie werden 20 stukjes bijschildklierweefsel die in plastic buisjes in vloeibare stikstof waren bewaard, na te zijn ontdooid, in de spieren van de linker onderarm geïmplant. Na 2 maanden kon de toediening van calcium worden gestaakt en de hoeveelheid AT 10 tot $3 \times$ druppels per dag worden verminderd. Het bewijs dat het getransplanteerde weefsel functioneerde, werd geleverd door het parathormoongehalte in het bloed van de linker en rechter elleboogsvene met elkaar te vergelijken. Dit was aan de getransplanteerde kant $2 \times$ zo hoog en steeg bij stuwten het sterkst. Functioneel onderzoek van het ontdooid weefsel toonde geen belangrijke verschillen aan met het vers verwijderde weefsel. Uit licht- en elektronenmicroscopisch onderzoek van het ontdooid weefsel bleek dat het grootste deel van de cellen morfologisch intact was.

Het is belangrijk deze mogelijkheid voor conservatie van bijschildklierweefsel te kennen. Er bestaat hiervoor een duidelijke indicatie indien de kans groot is dat tijdens operatie al het bijschildklierweefsel werd verwijderd, zoals bij herhaalde ingrepen voor een blijvende of recidiverende hyperparathyreoïdie of bij een totale schildklierextirpatie wegens carcinoom. Een tweede indicatie vormen operaties voor primaire of secundaire hyperparathyreoïdie waarbij wegens hyperplasie alle 4 bijschildklieren moeten worden verwijderd en direct een stukje bijschildklierweefsel wordt getransplanteerd. Men heeft dan de mogelijkheid om, wanneer deze transplantatie mislukt, het gepreserveerde weefsel te gebruiken.

Literatuur: WELLS, S. A. e.a. (1977) *Surgery* 81, 86. – WAGNER, P. K., M. ROTHMUND, F. KÜMMERLE e.a. (1981) *Dtsch. med. Wschr.* 106, 363.

R. W. STUN

INGEZONDEN

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

Spontane maagperforatie bij de pasgeborene

Het artikel van dr. A. A. DE LA FUENTE (1981) geeft ons aanleiding een aantal opmerkingen te maken.

Collega De la Fuente geeft in dit artikel een volledig overzicht van de diverse oorzaken van spontane ruptuur van de maag bij de pasgeborene. Het congenitale spierdefect van de maagwand, zoals beschreven bij de twee patiëntjes, is inderdaad één van de mogelijke oorzaken. Wij zijn het geheel met de schrijver eens, dat deze afwijking weliswaar niet vaak voorkomt, maar toch niet echt zeldzaam is. Alleen al in het afgelopen jaar zagen wij op de kinderchirurgische afdeling van het Sophia Kinderziekenhuis drie patiëntjes met een spontane maagperforatie. Zij kwamen uit verschillende delen van ons land; zij werden na juiste voorbehandeling geopereerd en zijn alle drie volledig hersteld. Wij na-

men dan ook met verbazing kennis van de ziektegeschiedenis van beide, door collega De la Fuente beschreven, patiëntjes. Een aantal kanttekeningen bij het gevoerde beleid is hier zeker op zijn plaats.

Indien een kind er plotseling grauw uit ziet, dyspnoïsch wordt en een opgezette buik krijgt, zoals patiëntje A, is er sprake van een calamiteit en moet men dan al onmiddellijk de diagnose trachten te stellen en met de behandeling beginnen. Als het kind later 's nachts ook nog eens perioden van apnoe krijgt, dan is het onzorgvuldig om verdere diagnostiek en therapie uit te stellen tot de volgende dag. Bij patiëntje B werd de diagnose maagperforatie snel gesteld, doch patiëntje werd niet operabel geacht. De ingestelde conservatieve therapie, bestaande uit buffers, glucose en antibiotica, verbeterde de algemene toestand van patiëntje niet. Gelaten werd het einde afgewacht.

Wij zijn het geheel niet eens met het doen van een paracentese van de buik bij ademhalingsproblemen ten gevolge van een perforatie van een hol buikorgaan bij een pasgeborene. Indien er ademhalingsproblemen ontstaan door een hoge stand van het diafragma na perforatie van een hol orgaan in de buik, dient bademing te worden ingesteld ter verbetering van de gaswisseling, waarna met spoed tot laparotomie moet worden overgegaan in een hiertoe uitgerust chirurgisch centrum voor pasgeborenen.

Het komt ons niet overbodig voor op te merken, dat er in Nederland een aantal chirurgische centra zijn, die zich speciaal toeleggen op de zogenaamde neonatale chirurgie. Tijdig vervoer naar een dergelijk centrum kan levenreddend zijn.

Literatuur: FUENTE, A. A. DE LA (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 586.

Rotterdam, mei 1981

J. C. MOLENAAR
J. A. NOORDIJK
N. M. A. BAX
F. W. J. HAZEBROEK
W. L. M. KRAMER

Naar aanleiding van de opmerkingen van collega Moleenaar e.a. zou ik graag het volgende willen opmerken. Zij geven aan dat in het afgelopen jaar in hun ziekenhuis drie patiëntjes met spontane maagperforatie zijn behandeld. Helaas vermelden zij niet welke anatomische afwijkingen daarbij gevonden zijn.

Wat betreft de ziektegeschiedenissen van de beide patiëntjes het volgende: het is de bedoeling geweest in het artikel te wijzen op de mogelijkheid van spontane maagperforatie bij pasgeborenen, waarbij het mij speciaal te doen was om het congenitale defect in de musculatuur van maag, hetgeen in de literatuur nog steeds een omstreden entiteit is. De ziektegeschiedenissen zijn zeer in het kort weergegeven waarbij verscheidene overwegingen en onvoorziene gebeurtenissen achterwege gelaten zijn om de beschrijving zo kort mogelijk te houden. De nadruk wilde ik leggen op de anatomische afwijkingen.

Het is zeker waar, dat de afloop van deze aandoening niet dodelijk hoeft te zijn, maar het was juist de bedoeling om de aandacht te vestigen op spontane maagperforaties bij de pasgeborenen, die bij een tijdig ingrijpen een goede kans op levensbehoud en genezing hebben. Bij patiëntje A heeft door bepaalde omstandigheden een communicatiestoornis bestaan. Toen eenmaal duidelijk was dat er hier sprake was van een ernstige toestand was het helaas te laat. Patiëntje B betreft een geval uit 1970, dus 11 jaar geleden. In de buurt van het ziekenhuis waar patiëntje was opgenomen was geen kinderchirurgisch centrum dat was ingesteld op deze problemen. Het was een prematuur kind van 1700 gram dat al zeer spoedig verschijnselen toonde van respiratory distress; deze toestand bleef aanhouden, zodat het kind steeds in zeer slechte toestand verkeerde. Toen de diagnose maagperforatie was gesteld, is nog getracht om het kind in korte tijd in een betere toestand te krijgen, doch dit is niet gelukt en in de daarop volgende twee uur is de toestand snel achteruitgegaan en binnen twee uur na het stellen van de diagnose is patiëntje overleden. Terecht kan gesteld worden dat de kans groot was geweest dat patiëntje op de operatietafel zou zijn overleden indien een ingreep had plaatsgevonden.

De desbetreffende kinderartsen hebben de gegevens aan mij afgestaan omdat zij er het belang van inzagen dit ziekte-

beeld onder de algemene aandacht te brengen. Bij het verkorten van de ziektegeschiedenissen ben ik ervan uitgegaan dat het duidelijk moest zijn dat niet „zo maar” geabstineerd respectievelijk niet gereageerd zou worden. In het algemeen zijn wij het er wel mee eens dat bepaalde aandoeningen bij pasgeborenen beter in grote centra behandeld kunnen worden.

In het artikel is alleen een literatuurverwijzing gegeven, waar het verrichten van paracentese bij pneumoperitoneum wordt genoemd, zonder verder commentaar. Dat daarbij geen beademing moet worden toegepast is niet betoogd en ook niet bedoeld.

Enschede, juni 1981

A. A. DE LA FUENTE

Fluor vaginalis als voornaamste klacht bij een zeldzame urogenitale anomalie

Het artikel van de collegae RENCKENS, DE NOOYER en KANHAI (1981) heb ik met belangstelling gelezen. Met de inhoud kan ik het volkomen eens zijn behalve met de opmerking, dat er in de Nederlandse literatuur nog geen enkel geval beschreven zou zijn.

Op de gynaecologenvergadering van 6 juni 1964 werd door mij een ziektegeval beschreven, dat vermeld is in het *Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie* (1965). Dit zal echter waarschijnlijk ook wel niet het eerste geval zijn dat in Nederland herkend werd.

In tegenstelling tot de uitkomsten van het onderzoek bij de patiënten van Renckens e.a. werd de fistel wel aange- toond: (a) door middel van een catheter in de fistelgang en na vulling via de catheter met een waterig contrastmiddel; (b) door een röntgencontrastfoto van de haematocolpos; (c) doordat de fistel tijdens de laparotomie zichtbaar was.

Op het I.V.P., bij cystoscopie en op het isotopennefro- gram ontbrak de rechter helft van het urinesysteem. Na de operatie was de fluor vaginalis verdwenen.

Literatuur: HOEK, W. D. VAN DER (1965) *Ned. T. Verlosk.* 65, 319. — RENCKENS, C. N. M., C. C. A. DE NOOYER en H. H. H. KANHAI (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 746.

's-Hertogenbosch, juni 1981

W. D. VAN DER HOEK

Onze vaderlandse literatuur blijkt toch rijker te zijn dan wij hadden vermoed. Het is terecht dat collega Van der Hoek hierop wijst, in deze tijd waarin de Anglo-Ameri- kaanse literatuur zo domineert. Een verklaring van onze omissie moge zijn dat de titel van zijn voordracht niet op onze patiënten van toepassing was — zij presenteerden zich met groene fluor en niet met bruinzwarte metrorragieën — en dat zijn casuïstische mededeling ook niet in de beide Nederlandstalige proefschriften, die wij raadpleegden, wordt vermeld.

Wij wijzen erop dat bij herkenning van het syndroom het aantonen van de fistel niet per se noodzakelijk is, terwijl vooral invasieve onderzoeken (zoals curettage of hyste- rosalingografie) het risico van infectie met zich meebrengen en daarom gecontraïndiceerd zijn. Ook laparotomie dient te worden verricht.

Hoorn, juni 1981

N. M. RENCKENS
C. C. A. DE NOOYER
H. H. H. KANHAI