

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 aangetoond: (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 isotopennefrogram ontbrak de rechter helft van het urinestelsel. 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-Amerikaanse 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 hysterosalpingografie) 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