

SECUNDAIRE PERINEORAPHIE.



PROEFSCHRIFT

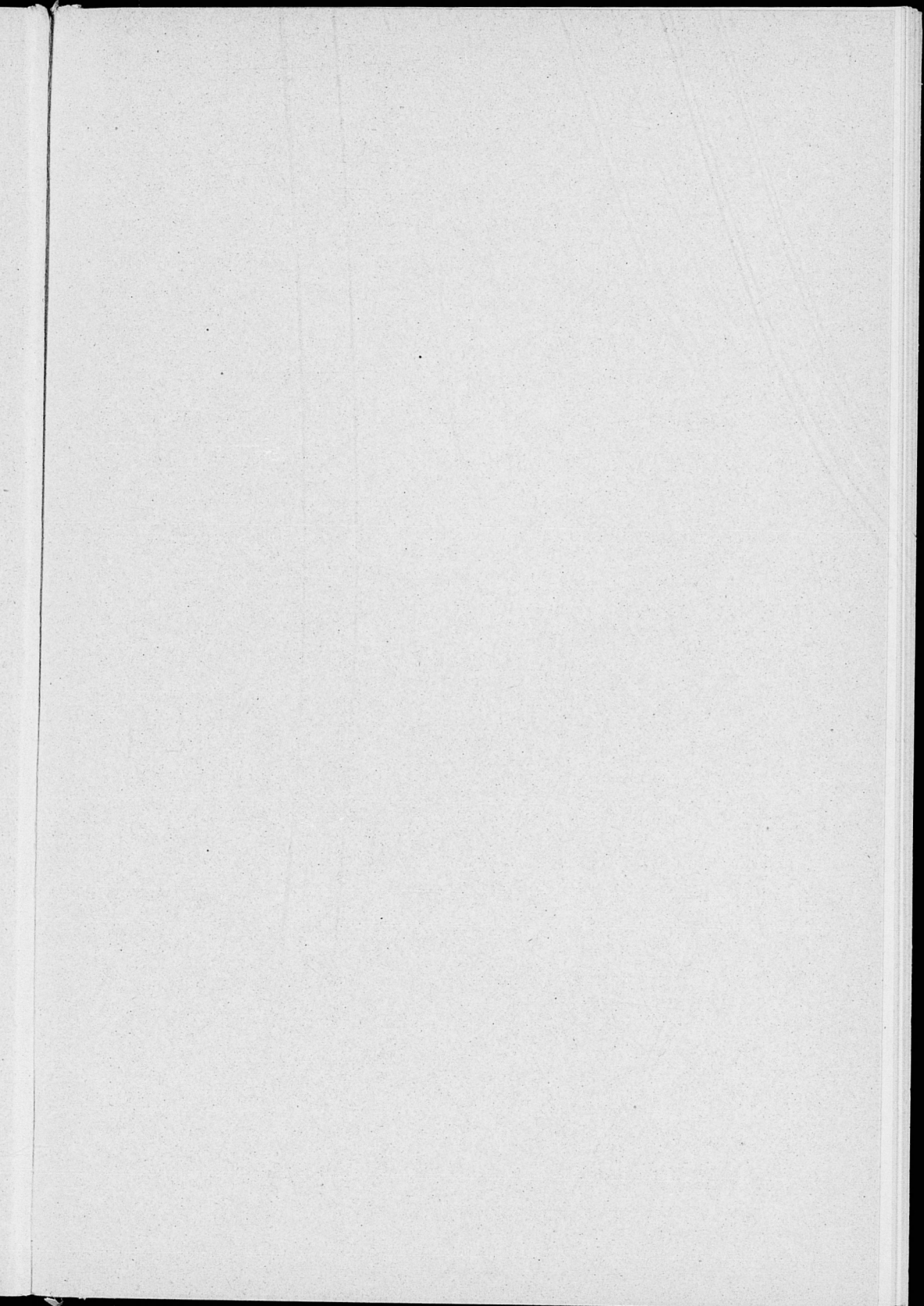
DOOR

TH. W. BEEKER.



LEIDEN. — EDUARD LIDO.
1892.

s.
en.







SECUNDAIRE PERINEORAPHIE.

SECUNDAIRE PERINEORAPHIE.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE LEIDEN,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS

Dr. H. OORT,

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER LETTEREN EN WIJSBEGEERTE,

VOOR DE FACULTEIT TE VERDEDIGEN

op Zaterdag 9 April 1892, des namiddags te 3 uren,

DOOR

THEODORUS WILLEM BEEKER,

ARTS,

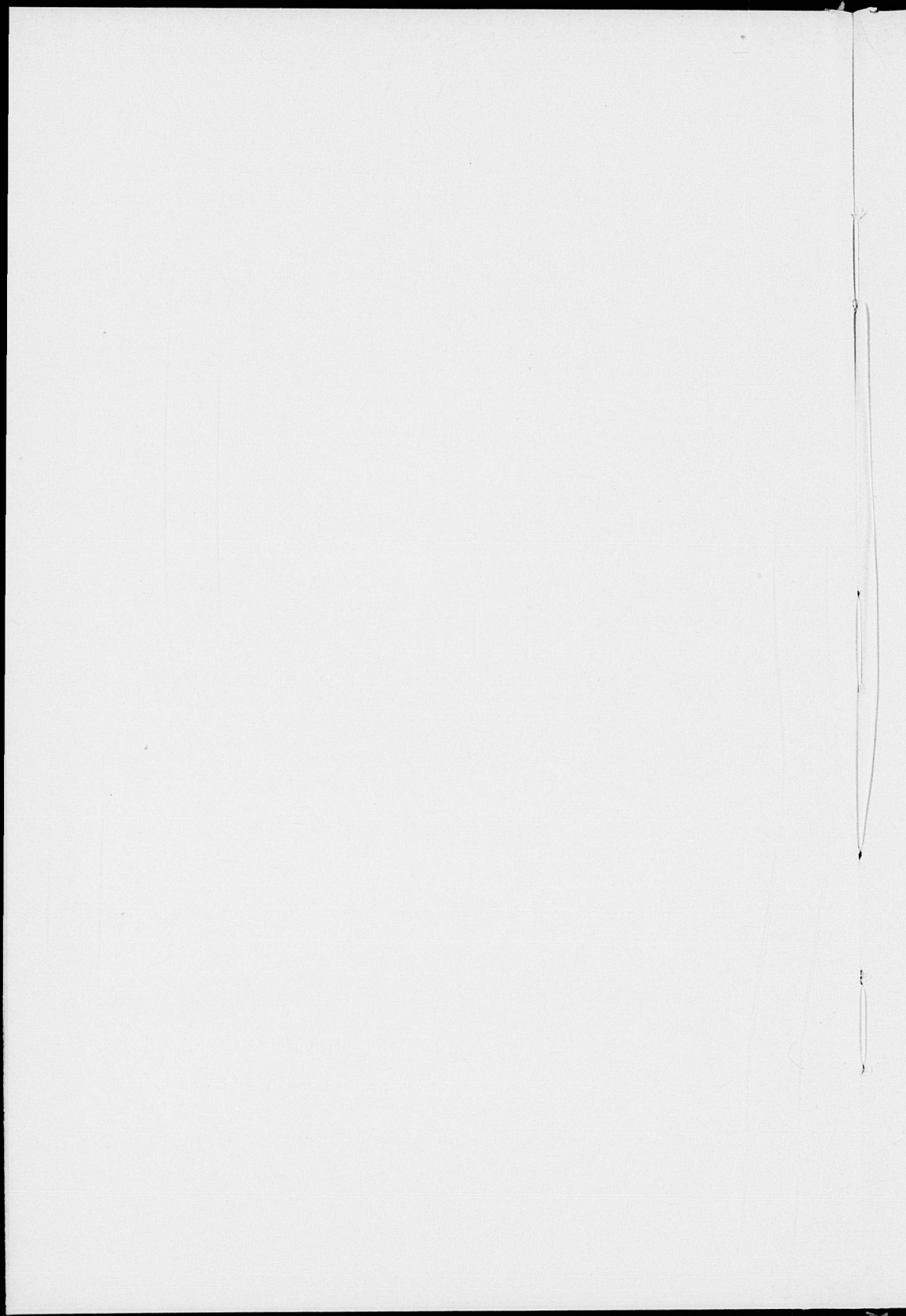
GEBOREN TE OTERLEEK.



GEDRUKT BIJ EDUARD IJDO, LEIDEN.

1892.

Aan mijne Ouders.



Het is mij een aangename plicht, U Hooggeleerden der Medische Faculteit mijnen dank te betuigen voor het onderwijs, dat ik van U mocht ontvangen.

In het bijzonder geldt dit U, Hooggeleerde TREUB, Hooggeachte Promotor. Ontvang mijnen hartelijken dank voor de welwillendheid en hulp, die ik bij het vervaardigen van dit Proefschrift van U mocht ondervinden.

Gedurende de laatste twee jaren heb ik in de kliniek van Professor TREUB een aantal gevallen gezien van ruptura perinei, waar, primaire hechting om later te vermelden reden of niet te verkiezen of volkomen onmogelijk was en waarbij eene andere wijze van behandeling gevolgd werd. Die behandeling bestond hierin, dat eenige dagen post partum de ruptuur gehecht werd. Deze gevallen hebben mij aanleiding gegeven om deze methode, welke voorzeker nog niet veel door de medici wordt toegepast en bij verscheidene hunner nog geheel onbekend is, iets uitvoeriger te bespreken.

De meeningen omtrent de beteekenis der perineaalrupturen en daaruit voortvloeiende die, omtrent het al of niet noodzakelijk zijn eener behandeling, de wijze en de tijd van eene eventueele behandeling zijn in den loop der jaren niet ongewijzigd gebleven.

Als inleiding op mijn eigenlijk onderwerp zal ik beginnen met van die verschillende meeningen eenige voorbeelden te geven. Voorbeelden, die ik

zooveel mogelijk aan de bekendste schrijvers van verschillende volkeren zal ontleenen. Ook zonder dat mijn overzicht volledig is, zal het genoegzaam kunnen doen zien, welke wijzigingen het door de obstetrici ingenomen standpunt tegenover de ruptura perinei heeft ondergaan.

Aanvangende met de Nederlandsche literatuur geef ik allereerst een citaat, dat geacht mag worden de meening van SIMON THOMAS in 1862 weer te geven. In het handboek der verloskunde door VON SIEBOLD, vertaald door C. P. TER KUILE onder medewerking van SIMON THOMAS 1862, lezen wij het volgende:

„Wat overigens de verdere behandeling van den „verscheurden bilnaad betreft, moet de kraamvrouw vooral de strengste rust in acht nemen en „moet zij dag en nacht op zijde blijven liggen en „wel met digt aaneengesloten dijen en met eenigzins opgetrokken beenen. Wanneer er zwelling en „ontsteking ontstaan, is het noodig, omslagen te „maken met matig verwarmde aqua Goulardi; „de deelen moeten verder zoo zindelijk gehouden „worden, als mogelijk is en de kraamvloeijing, „zooveel doenlijk van de wond worden afgehouden; „iets waarbij eene geschikte plaatsing der vrouw

„en een zorgvuldig reinigen der deelen met eene
 „spons de beste diensten bewijst. De pis moet met
 „eenen catheter worden afgetapt; voor darm-ont-
 „lasting moet gezorgd worden door zachte purgeer-
 „middelen of clysmata. Onregelmatige huidlappen,
 „die zich bij de verscheuring hebben gevormd,
 „worden, daar zij de genezing belemmeren, het
 „best met eene schaar afgeknipt. Eetert de wond
 „sterk, dan worden er plukselwieken met aqua
 „Goulardi opgelegd of men maakt gebruik van
 „een mengsel van tinctura myrrhae en balsamum
 „Peruvianum, waardoor tevens het granulatieproces
 „bevorderd wordt. Genezen echter de scheuren
 „onder deze behandeling niet, ontstaan er blijvende
 „gevolgen van die wonden, die zich tot in de sluit-
 „spieren van den anus uitstrekten, zooals het
 „onwillekeurige ontlasten van drekstoffen, uitzak-
 „king van den endeldarm enz., dan blijft er niets
 „anders over, dan de operatie, waarvoor wij naar
 „de leerboeken der chirurgie verwijzen.”

Men ziet dus hieruit, dat SIMON THOMAS, de in
 zijn tijd meest beroemde verloskundige van ons
 land, in 1862 nog de rupturae perinei, onver-
 schillig of zij totaal of slechts gering waren, expec-
 tatief behandelde en alleen dan chirurgische behan-

deling noodig achtte, wanneer zij niet spontaan wilden genezen.

In de eerste uitgave van het Handboek der Verloskunde van SÄNGER in 1873 verschenen, vindt men: „Heeft de inscheuring plaats gehad, dan is, bij eenigszins belangrijke inscheuring, steeds de bloedige hechting aangewezen, want geneest de wond niet door zoogenaamde prima intentio, dan blijft, zelfs in het gunstigste geval, altijd een meer dan gewone wijdtte van de schaamspleet terug. Men legt de hechtingen liefst op korten afstand van elkander aan en laat ze gedurende 5 of 6 dagen liggen. Na de hechting laat men de vrouw liefst eene zijdeligging met aan elkander gesloten dijen, die men door een handdoek kan tezamen houden, aannemen; andere voorzorgsmaatregelen zooals ontlasting van de urine met den katheter of insputtingen in de scheede, zijn geheel overbodig.”

Wat de Fransche literatuur aangaat, zoo vindt men daar reeds in werken verschenen in het begin van de 18^e eeuw, gevallen beschreven van perineaal-rupturen, welke gehecht zijn. Zoo o. a. de la Motte in zijn „*Traité des accouchements naturels, non naturels et contre nature*”, verschenen in 1726. Hij beschrijft daarin het volgende geval, waar hij

vier dagen post partum bij eene vrouw geroepen werd: „Je lui trouvai l'entrefesson ouvert; mais dont l'ouverture ne pénétoit le long du vagin et du rectum qu'environ un pouce, et cette ouverture ne lui causoit aucune incomodité, par raport aux matières qu'elle retenoit fort bien; ce qui me lui fit assurer que cet accident n'étoit pas de conséquence et que si elle vouloit prendre une bone résolution, je l'alois guérir sur le champ. Elle se détermina sans hesiter à ce que je voulois faire, et je lui fis aussitôt trois points d'aiguille, un dans le vagin et l'intestin, l'autre à l'extrémité de l'anüs, et le troisième à la fourchette. Je ne retournerai voir cette femme que deux fois en dix jours, qu'elle se trouva si parfaitement guérie, que jôtai le fil qui servoit à ces points.”

De rupturen waren volgens hem echter door hechten niet te genezen, wanneer de sphincter geheel ingescheurd was en de vrouw dientengevolge de faeces niet kon inhouden. In dit geval zoude men wel is waar door hechtingen de ingescheurde deelen kunnen vereenigen, doch nooit aan den Sphincter zijne normale functie terug kunnen geven.

Puzos (Traité des accouchements contenant des

observations importantes sur la pratique de cet art (Paris 1759) was eene andere meening toegedaan. In bovengenoemd werk schreef hij het volgende: „S'il se trouve un déchirement jusqu'à l'anús, le meilleur moyen à employer pour remédier à cet accident, est la situation, qui m'a souvent réussi. On fait joindre les deux cuisses à la malade; on les lie même ensemble avec une bande large pour ne point blesser et pour empêcher leur écartement pendant le sommeil et dans les différens mouvemens de la journée; l'intime jonction des cuisses occasionnera nécessairement celle des parties dilacérées; et l'union de ces dernières opérera leur soudure et leur adhérence aussi parfaitement qu'on voit des doigts brûlés se joindre l'un à l'autre, quand on n'a pas eu soin de les séparer dans le traitement. Je crois cette réunion aussi sûre et aussi solide que celle qu'on chercheroit à obtenir par des points de suture, qui fort douloureux par eux-mêmes, ont encore besoin de la situation prescrite. Comme je n'ai jamais pratiqué la suture et que j'ai eu lieu d'être satisfait de la situation, je ne conseille le premier moyen que dans des délabremens énormes et faits par des instrumens qu'on n'a pu se dispenser d'employer.”

La Chapelle deelt in haar „Pratique des accouchements etc. 1825” mede, dat *men* — hoe groot de ruptuur ook zij, mits de wondranden nog bloeddende waren — *wellicht* zou kunnen beproeven om door eenige hechtingen de verscheurde deelen te vereenigen. Deze operatie, welke nu eens met succes verricht werd, dan weer totaal mislukte, eischte volgens haar veel operatieve bekwaamheid en voorzichtigheid. Oude laesies en rectovaginaalscheuren waren evenwel door hechten niet te genezen.

Op welke wijze zij echter zelf rupturæ perinei behandelde, wordt niet vermeld. Immers uit niets blijkt, dat zij zelf inscheuringen van het perineum gehecht heeft.

TRINCHINETTI ¹⁾ vermeldt, dat in één geval „la réunion par la nature fut si complète, qu'il fallut plus tard inciser et dilater l'entrée du vagin pour permettre la copulation.

Roux (Gazette médicale de Paris 1834) heeft zelf reeds plastische operaties gedaan om weer goede perinea te verkrijgen. Ten onrechte beweert dan ook DAYOT in zijne Thèse de Paris (1886), dat

¹⁾ Geciteerd door VELPEAU.

Roux van meening was, dat alle perineaalrupturen spontaan genazen. Immers in bovengenoemde Gazette schrijft Roux over incomplete Rupturen 't volgende: „En effet la réunion opérée par la nature est toujours incomplète et il reste l'inconvénient fâcheux „surtout pour une femme jeune encore, d'une vulve „prolongée beaucoup en arrière et privée de toute „contractilité", terwijl hij over totale Rupturen het volgende zegt: En effet jamais on n'a vu ici la réunion se faire par les seules ressources de la nature.

VELPEAU (Nouveaux éléments de médecine opératoire 1839) is de volgende opinie toegedaan: „Lorsque l'accident est récent, quelle qu'en soit l'espèce, il ne comporte pas d'opération chirurgicale; on doit s'en tenir alors au rapprochement des cuisses, à l'immobilité, à la liberté du ventre, aux moyens de propreté. Le boursoufflement, l'état congestionnel des parties, ne permettraient pas alors à la suture de réussir. J'y ai eu recours une fois en pareil cas, et l'insuccès a été complet. Si, au bout d'un mois ou deux, la fente ne s'est point réunie, il n'y a plus rien à espérer des efforts de l'organisme; mais il convient d'attendre que la femme ait repris des forces, et que les lèvres de la fente se soient isolément cicatrisées.

On a dès lors à se demander quelle est la suture qui convient le mieux. Il est certain que la suture simple réussirait dans un assez grand nombre de cas, même pour les ruptures complètes du périnée. Contrairement à ce que prétend M. ROUX, DE LA MOTTE a positivement pratiqué cette suture avec un plein succès. ¹⁾ J'ai déjà dit qu'elle n'avait pas été moins efficace entre les mains de M. MORLANNE. Toute fois, si la suture simple ou la suture entortillée suffit réellement dans les cas de rupture incomplète, ainsi que le prouvent d'ailleurs les nombreux exemples d'épisoraphie publiés par M. FRICKE et les observations qui me sont propres, il est certain aussi que, pour les ruptures complètes, cette suture restera souvent infidèle ou insuffisante.

PH. BOYER (Traité des affections chirurgicales 1839) ried ten sterkste aan om alle perineaal-rupturen te hechten, omdat — hoewel er dikwijls reunio ontstaat alleen door rust en aaneengesloten dijen — door de cicatrisatie de vagina dikwijls zoo getransformeerd wordt, dat later zeer gemakkelijk een prolapsus vaginae et uteri ontstaat.

HUQUIER (Bull. Soc. Chirurg. 1849) daarentegen

¹⁾ Zie hierboven.

meende wederom, dat alle perineaalrupturen, onverschillig hoe groot zij ook waren, spontaan genezen.

Hij heeft zelfs eene serie van 20 gevallen van ruptura perinei totalis gepubliceerd, welke genezen waren, alleen door de vrouw voortdurend op den rug te laten liggen en de dijen met een doek tegen elkander te binden.

In hoeverre echter zulke publicaties te vertrouwen zijn, is nog een vraag. Zeker niet geheel zonder recht schrijft in den Bulletin de la Société de Chirurgie van 1884 JUDE HUE, dat hij niet gelooft aan de spontane genezing en dat gevallen van totale ruptuur door bekwaame medici voor genezen verklaard, na verloop van jaren bleken niet genezen te zijn. Aan incomplete rupturen werd natuurlijk in dien tijd nog veel minder de aandacht geschonken.

NÉLATON, SÉDILLOT en CAZEAUX bonden alleen de dijen van de vrouw met een doek vast.

Ook TARNIER volgt dezelfde wijze van behandeling doch ondersteunt de genezing door te cauteriseeren.

DANYAU, DUBOIS en DEPAUL gaan reeds iets verder; volgens hen mag men het noch op de spontane genezing noch op cauterisatie laten aankomen, maar moet men „serre-fines” aanwenden, om

daardoor de wondranden bij elkander te houden.

Volgens GUÉNIOT (archives de tocologie 1885) genezen alle incomplete rupturen spontaan, hetzij primair, hetzij secundair. Hij voegt er echter bij, dat de rupturen vooral bij die vrouwen spontaan goed genezen, welke na de bevalling zich kunnen ontzien en alles kunnen verkrijgen, wat zij maar wenschen.

Gaat men de literatuur in Duitschland na, dan vindt men het volgende:

NAEGELE uit Heidelberg geeft in zijn Handboek der verloskunde in 1826 aan:

- 1°. De ingescheurde bilnaad geneest slecht: *a.* wanneer de ruptuur tot in het rectum is gegaan, *b.* wanneer de kraamzuivering zeer scherp en stinkend is.
- 2°. Zijdelingsche inscheuring van het perineum geneest gemakkelijker dan eene in de mediaanlijn. De vrouw moet na afloop van de bevalling liggen op de tegenovergestelde zijde van de inscheuring.
- 3°. De dijen moet men vlak boven de knieën samenbinden, terwijl de vrouw gedurende 14 dagen zijligging moet aannemen en zich zoo weinig mogelijk bewegen mag.
- 4°. Uitspuiten van de vagina met een aftreksel van

- salie, kamillen en haverslijm; 3 à 4 maal per dag.
- 5^o. De wond zelf wordt om de 12 uur met lauw water uitgespoten en bedekt met pluksel, dat gedompeld is in Balsamum Arcaeï; ¹⁾ verder een *T* verband.
- 6^o. Is de scheur tot in het rectum, dan moet de kraamvrouw altijd zachte en gemakkelijke ontlasting hebben. Men geve haar nu en dan een clijsma en laat veel vruchten gebruiken.
- 7^o. Omdat de urine gemakkelijk naar de verwonde plaats vloeit en hier onnoodige pijn, prikkeling, wild vleesch en vereeltingen veroorzaakt, moet de kraamvrouw de urine laten lopen in eene groote tegen de genitalia aangedrukte spons. Bij eenige oefening kan de vrouw het zoover brengen, dat er zelfs geen druppel urine aan de verwonde plaats komt.
- 8^o. Wil de vrouw gedurende de eerste veertien dagen van de eene op de andere zijde gaan liggen, dan moet zij dit doen, door zich te wentelen over den buik en nooit over den rug.

Busch (Handbuch der Geburtshülfe, Berlijn 1835) zegt, dat men bij kleine perineaal rupturen de wond

¹⁾ Unguentum Elemi.

onmiddellijk na afloop van den partus moet reinigen met eene in een warm aftreksel van kamillen gedoopte spons; verder zijligging, samenbinden van de knieën en het leggen van eene kleine spons voor de genitaliën om het uitvloeiende vocht op te vangen. De urine wordt knielend of door het inbrengen van eenen katheter ontlast en de ontlasting door verzachtende lavementen vloeibaar gemaakt. Wanneer er ontsteking ontstaat, wende men omslagen van Aqua Goulardi aan.

Bij grootere inscheuringen is het noodzakelijk de vereeniging door den bloedigen naad te bewerkstelligen; BUSCH was van meening, dat men dit moest doen na afloop van het kraambed, omdat anders door de lochiën de genezing van de wondranden werd verhinderd.

Bij zeer groote rupturen b. v. tot in den endeldarm is het raadzaam, dadelijk na de verlossing te hechten.

Volgens NEVERMANN (Duparcque's Vollständige Geschichte der Durchlöcherungen, Einrisse und Zerreißungen des Uterus, der Vagina, und des Perineum's etc. Leipzig 1838) kan men op drie manieren een ingescheurd perineum doen genezen: nl. zijligging, compressie en hechting. Hoewel hij

aan zijligging en compressie volgens zijne zeer ingewikkelde methode (zie pag. 466 van bovengenoemd werk) groote waarde hechtte en alleen daarvan dikwijls goede resultaten verkreeg, erkent hij echter dat hechten het beste middel is. Men mag het evenwel pas doen, wanneer het puerperiumvoorbij is.

DIEFFENBACH (Die Operative Chirurgie 1845) is de eerste geweest, welke onmiddellijk na afloop van den partus gehecht heeft. Ook hij is nog een tijdlang van meening geweest, dat men het hechten later moest doen, doch is door betere ervaring daarvan teruggekomen. Hij zegt, in tegenstelling met BUSCH, dat niet alleen totale maar ook kleine rupturen gehecht moeten worden, omdat bij de laatsten even dikwijls psychische stoornissen optreden. „Ein Weib mit einem Dammriss fühlt sich innerlich eben so gedrückt und beschämt, wie ein Castrat.”

Het duurde echter nog betrekkelijk lang, vóórdat de hechting onmiddellijk post partum bij de obstetrici ingang vond. Zelfs von KIWISCH (Klinische Vorträge 1849), hoewel zelf groot voorstander van primaire hechting, vermeldt dat over de behandeling van grootere perineaalrupturen tot op dat oogenblik nog een groot verschil van meening heerschte onder de medici. Volgens hem heeft spontane gene-

zing slechts zelden en dan nog zeer onvolledig plaats. Hij is er reeds van overtuigd, dat men door te hechten, de vrouw volstrekt geen nadeel bezorgt, ook niet in die gevallen, waar de primaire hechting niet slaagt.

Volgens SCHULTZE (Monatsschrift für Geburtskunde 1858) moet men de inscheuringen van het perineum, die verder dan de helft gaan, direct vereenigen. Kleine rupturen vereischen volgens hem geen hechting. In den eersten tijd heeft hij tot de vereeniging der wondranden „serre-fines” angewend.

Hij heeft daarvan echter spoedig afgezien, omdat de geknoopte naad veel beter werkt, terwijl de serrefines, willen zij eenig effect geven, lang moeten zijn en sterk moeten veeren. Daarbij komt nog, dat zij bijna altijd binnen drie dagen doorsnijden. Aan dit laatste bezwaar kan, wel is waar, tegemoetgekomen worden door ze na 12 uur op eene andere plaats aan te wenden, doch dit veroorzaakt altijd weer pijn, terwijl door het voortdurend wisselen van de plaatsen als het ware eene kamvormige verhevenheid op het perineum ontstaat.

BIEFEL (Monatsschrift für Geburtskunde 1860) is ook voorstander van primaire hechting, omdat hij zegt, dat de natuurgenezing den coitus bemoeilijkt, de geslachtsdeelen misvormt, de vatbaarheid voor

conceptie vermindert, en soms liggingsveranderingen van de genitalia interna geeft. Volgens hem schrompelen de wondranden wel tot elkander, doch geven geen goed gevormd perineum. Moet men plastisch opereeren, dan moet men dit doen oomiddellijk na affloop van de menstruatie, nooit gedurende de graviditeit en lactatie. Diarrhoën, sterke leucorrhoe eischen eveneens uitstel. Eenige dagen voor de operatie geve men Ol. Ricini en Clysmata.

E. MARTIN zegt evenwel, dat DIEFFENBACH en BIEFEL overdrijven, daar hij zelfs bij eene groote ruptuur spontane genezing zag. In een ander geval, waar direct gehecht was en de hechtingen op den 10^{den} dag weggenomen waren, gaapten de wondranden nog erger dan te voren. Er werden nu adstringeerende inspuitingen gedaan en deze bewerkten een zoo gunstige littekenvorming en krachtige samentrekking van de deelen, dat de vrouw later niet inwilligde tot eene operatie, omdat de bezwaren grootendeels opgeheven waren. ¹⁾ In zeer oude gevallen

¹⁾ Dit bewijst natuurlijk ten eenenmale niet dat er een spontaangenezing heeft plaats gehad. Immers de functie van den sphincter ani behoeft niet per se door een spontaan met littekenvorming vergroeide totale ruptuur verloren te gaan.

alleen heeft hij een paar malen moeten opereeren. Hij heeft zelfs één geval gehad, waar eene vrouw bij hem kwam, met verzoek om geopereerd te worden, omdat zij leed aan incontinentia alvi ten gevolge van eene ruptura. Aangezien zij grávida was, raadde hij aan om te wachten tot na de bevalling. Na de bevalling waren echter de bezwaren zoodanig verminderd, dat de operatie niet meer noodig was. Dergelijke gevallen heeft hij meer gezien en die ervaringen hebben hem tot de overtuiging gebracht, dat men niet dan uit noodzaak moet gaan opereeren. Wil men evenwel beproeven om groote perineaalrupturen direct te hechten, dan raadt hij aan geen opium te geven, omdat juist door de ophooping van de faeces dikwijls nog laat het nieuwgevormde perineum weer inscheurt. Hij tracht de vorming van harde faeces tegen te gaan door absoluut vast voedsel te verbieden.

SENFLEBEN (Monatsschrift für Geburtskunde 1861) is slechts gedeeltelijk voorstander, zoowel van de primaire als van de late hechting. Perineoplastiek te verrichten ten einde prolaps te voorkomen, is volgens hem niet te billijken, omdat het succes slechts tijdelijk is. Oude perineaalrupturen te opereeren, geeft volgens zijne

meening dikwijls aanleiding tot metrorrhagiën.

OLSHAUSEN (VOLKMANN'S Sammlung klinischer Vorträge N^o. 44) raadt aan bij kleine rupturen niets anders te doen dan de knieën met een doek samen te binden; bij inscheuringen grooter dan de helft van het perineum moet men direct hechten en wel moet de naad diep gaan en de draden sterk aangetrokken worden. Of er al enkele draden doorsnijden, hindert volgens hem niets, omdat, mocht er al eene kleine fistel ontstaan, deze toch wel spontaan geneest. De vrouw behoeft geen bepaalde ligging aan te nemen; men katheteriseere niet maar zorg alleen voor eene gemakkelijke defaecatie. Men geve geen opium, omdat dit de faeces hard maakt. Hij zelf heeft meerdere gevallen gezien, waar tengevolge van eene zeer moeilijke defaecatie het overigens zeer goed genezen perineum nog op den 12^{den} dag weer inscheurde.

VEIT (Ueber die Naht frischer Dammrisse, Deutsche Medicinische Wochenschrift 1881) is eveneens een groot voorstander om zoowel kleine als groote rupturæ perinei onmiddellijk na afloop van den partus te hechten. Zijn er echter behalve perineaalrupturen ook vaginaalrupturen, dan hecht hij alleen het perineum, omdat de diepe vaginaal-

hechtingen ook ondanks de strengst mogelijke antiseptis, dikwijls gevaar opleveren voor infectie.

In Engeland was BENJAMIN PUGH (A treatise of Midwifery 1754) van meening, dat men inscheuringen tot in den sphincter moest hechten. (Er wordt echter niet vermeld, wanneer hij deze hechtingen deed).

Bij alle kleinere inscheuringen was het volgens hem voldoende, om de vrouwen de dijen tegen elkander te binden en tegen de ingescheurde deelen warme compressen van gelijke deelen melk en brandewijn te leggen. Deze compressen moesten drie- à viermaal daags ververscht worden en zoolang worden aangewend, totdat de inscheuring genezen was.

Volgens SMELLIE (Verhandeling over het bespiegeland en bewerkend deel der vroedkunde, vertaald door v. d. HAAGE 1765) geneest de inscheuring van het perineum, wanneer zij klein is, spoedig; het eenige ongemak, dat de vrouw er van heeft is, dat zij pijn heeft na het wateren. Is de ruptuur zoo groot, dat zij reikt tot den anus, dan is de pijn nog erger. Sommige schrijvers raadden dan aan om met twee diepe steken de randen van de wond aan elkander te hechten. SMELLIE is er echter niet

voor, omdat de lochiën en de urine toch de genezing beletten. Geheel onlogisch echter zegt hij verder dat, wanneer de verscheuring zoodanig is, dat de vrouw geen faeces kan ophouden, men direct moet hechten. Komt dit ongemak pas later tot ontdekking, wanneer de wondranden reeds eeltachtig geworden zijn, dan moet men deze eeltplekken met eene schaar uitknippen, of zoo dit niet gelukt, kervingen doen met een lancet en daarna hechten.

JOHN BURNS te Glasgow (*Handbuch der Geburtshülfe* herausgegeben von Kilian 1834) bond de dijen van de vrouw tegen elkander, ontlastte gedurende eenige dagen de urine met den katheter en gaf zachte laxantia om eene gemakkelijke en geregelde defaecatie te verkrijgen. In de meeste gevallen genazen volgens hem onder deze behandeling de inscheuringen, ook al waren deze tot in den sphincter. Wilde de ruptuur evenwel niet genezen, dan moest men ten slotte zijne toevlucht nemen tot het hechten van de wond. De wondranden maakte hij echter steeds eerst wond. Onmiddellijk post partum was hij er ten sterkste tegen om te hechten.

BAKER-BROWN (*On some diseases of women*, ad-

mitting of surgical treatment 1854) hechtte zoowel bij kleine als bij totale rupturen direct. Men moest volgens hem echter drie maanden wachten, wanneer de hechting niet den eersten dag na de bevaling geschied was. Na de operatie katheteriseerde hij alle 4 uur en gaf gedurende twee à drie weken opium. Na dien tijd wendde hij clysmata aan van water en Oleum Ricini.

J. G. SWAYNE te Bristol schreef in 1867 in zijne verloskundige Aphorismen het volgende: „Geringe verscheuringen vereischen geen behandeling. Soms gaat de inscheuring dieper, door den geheelen bilnaad tot aan den sluitspier van den endeldarm. In sommige gelukkig zeldzame gevallen scheurt ook de sphincter geheel in, zoodat scheede en endeldarm één kanaal vormen. Onder al die omstandigheden moet de vrouw op hare zijde liggen met de knieën bij elkander. De deelen moeten ook vooral zeer zuiver gehouden worden. Later moet waarschijnlijk de vereeniging door eene operatie hersteld worden; zelden doet de natuur het.”

DUNCAN (Clinical lectures on the diseases of women 1889) meent dat: „The best time for dealing with ruptured perineum is as soon as delivery is completed. The operation is not difficult and

„is very successful. The ragged ecchymosed wound
 „looks unfavourable for healing, and there is the
 „flowing of the lochia; but nevertheless healing
 „takes place very kindly in the very great majority
 „of cases. This operation is good for all cases of
 „central rupture and for all cases of extensive rup-
 „ture of the ordinary kind. In my early days this
 „operation was almost never done, unfortunately
 „neglected; now I believe, it is done when it
 „is not required, so great is the zeal of many
 „obstetricians.

Bij kleine rupturen raadt hij aan niets te doen,
 getuige de volgende aanhaling: „But this I may
 lay down, that you need not interfere with attempts
 at repair, if there is a finger's breadth of entire
 skin in front of the anal orifice.”

LAWSON TAIT (*Traité clinique des maladies des
 femmes*, traduit par BÉTRIX 1891) hecht bij com-
 plete rupturen steeds. Over incomplete rupturen
 zegt hij het volgende: „Des déchirures périneales
 plus ou moins étendues sont le résultat presque
 inévitable du premier accouchement. Elles n'exigent
 aucun traitement particulier, à moins qu'à la suite
 de leur guérison incomplète, il ne persiste une
 fisure douloureuse ou une cicatrice sensible. Dans

ces cas la fissure doit être divisée ou traitée par les caustiques et la cicatrice douloureuse pourra être guérie par l'application d'acide phénique concentré ou par l'usage d'un cérat astringent."

Ook in Amerika is het gewoonte om inscheuringen van het perineum te hechten en de genezing daarvan niet aan de natuur over te laten.

MANN (The immediate treatment of superficial Ruptures of the Perinaeum Am. Journ. of Obstets 1874) raadt aan om bij niet groote perineaal rupturen serres fines te gebruiken. Hij heeft daarvan veel succes gehad. Bij grootere inscheuringen van het perineum hecht hij echter primair.

Ook W. TH. LUSK (Science et art des accouchements, traduit par DOLÉRIS) heeft in den eersten tijd bij oppervlakkige rupturen serres fines aangevend. Aangezien hij er niet gelukkig mede was, heeft hij er van afgezien, hoewel hij niet ontkennen wil, dat hij bij anderen daarvan goede resultaten heeft gezien. Na dien tijd is het steeds zijne gewoonte geweest om onmiddellijk post partum te hechten, onverschillig of de ruptuur incompleet of compleet was.

EMMET (La pratique des maladies des femmes, traduit par OLIVIER 1887) is ook van meening, dat

men zooveel mogelijk altijd direct na de bevalling moet hechten. Er komen wel is waar gevallen voor, waar de toestand der vrouw het niet toelaat; meestal echter kan men dan volgens hem na drie of vier dagen nog primair hechten. Om in dit laatste geval te wachten, totdat de wondranden goed granulereen, keurt hij af. Om welke reden hij er tegen is, vermeldt hij niet.

Ook MORRIS (A compend of Gynaecology 1891) is voorstander van primaire hechting. Na de hechting katheteriseert hij gedurende eenige dagen en geeft hij voor eene gemakkelijke defaecatie ricinus olie.

Deze enkele bladzijden uit de literatuur mogen voldoende zijn om te doen zien, dat men vroeger over de behandeling van perineaalrupturen zeer verschillend dacht, indien er ten minste van behandeling sprake was. Immers het blijkt daaruit, dat men veeltijds de vrouw na de bevalling aan haar lot overliet, terwijl men van den stelregel uitging, dat de ruptuur — onverschillig hoe groot deze ook ware — wel spontaan zou genezen; ja sommige

medici bekommerden er zich in het geheel niet om en wisten zelfs dikwijls niet, of er eene ruptura perinei bij den partus was ontstaan. Ook in den tegenwoordigen tijd is nog niet iedereen doordrongen van de noodzakelijkheid om een ingescheurd perineum te hechten en het zal helaas nog wel lang duren, vóór dat iedere verloskundige het doet. De artsen van de laatste jaren zullen dit, wel is waar, nooit verzuimen, doch behalve deze is er nog een andere categorie van verloskundigen, nl. de vroedvrouwen. Deze bekommeren er zich in de meeste gevallen in het geheel niet om, ja trachten het zelfs dikwijls te verbloemen, ook al weten zij, dat er bij den partus eene min of meer aanzienlijke inscheuring is ontstaan, uit vrees voor haren goeden naam. Ook de jongeren onder haar schenken daaraan nog niet genoeg de aandacht, hetgeen op voldoende wijze blijkt uit het feit, dat de medici slechts zelden door haar geroepen worden, om een ingescheurd perineum te hechten, terwijl toch wel een ieder met eene drukke verloskundige praktijk — hoe ervaren hij of zij ook moge zijn — jaarlijks eenige verlossingen zal hebben, waarbij eene ruptura perinei is ontstaan. De medici zullen natuurlijk steeds meer gevallen hebben dan de vroedvrou-

wen, omdat deze laatsten geen forceps mogen aanwenden.

Immers niet iedereen is zoo gelukkig als RITGEN beweert geweest te zijn (*Monatsschrift für Geburtskunde* 1855) welke onder 757 verlossingen geen enkele maal een geval van ruptura perinei had en zelfs beweerde, dat het frenulum nooit was ingescheurd.

Tegenwoordig echter is elke obstetricus, die de beteekenis der perineaalrupturen kent, wel overtuigd (uitgezonderd misschien de Fransen, daar er onder hen nog steeds medici van naam gevonden worden, welke de genezing aan de natuur willen overlaten), dat inscheuringen van het perineum gehecht moeten worden. Het bewijs van deze beweringen leveren alle nieuwe leerboeken zoowel als de lessen van alle leeraars der verloskunde. Ja men leest dat zelfs kleine rupturen niet over het hoofd gezien mogen worden, omdat de ondervinding bewijst, dat incomplete rupturen nog meer aanleiding geven tot prolapsus uteri dan de complete. Prof. TREUB is gewoon in zijne klinische lessen de verklaring van dat feit hierin te zoeken, dat bij de diepgaande totale rupturen meestal ook scheuren in den zijdelingschen vaginaalwand of althans verscheuringen

van het parakolpitische weefsel ontstaan, die door de opvolgende litteekenvorming eene fixatie van de vaginaalwanden teweegbrengen.

Nu kan men, wel is waar, niet beweren, dat alle inscheuringen van het perineum aanleiding moeten geven tot prolapsus uteri. Indien dit werkelijk het geval ware, zouden o. a. bijna alle vrouwen door vroedvrouwen geholpen, moeten lijden aan prolapsus uteri, daar toch de meesten een min of meer ingescheurd perineum hebben. Wel is het bekend en gemakkelijk verklaarbaar, dat de meeste prolapsen ontstaan in aansluiting aan een partus, waar het perineum geheel of gedeeltelijk geruptureerd en niet gehecht is. Het lijdt dus geen twijfel of de perineaalruptuur is eene praedisponerende oorzaak van prolaps. Daarnevens komen echter nog directe oorzaken in het spel en daaronder bekleedt ongetwijfeld de eerste plaats het ontbreken van de noodige rust in het kraambed, waardoor de normale involutie der vaginaalwanden wordt tegengegaan. Heeft men het nu al niet altijd in de hand de laatstgenoemde causa directa op te heffen, de meest voorkomende causa remota der uitzakking, de perineaalrupturen, kan en moet men wegnemen.

Daargelaten echter nog het gevaar van het ont-

staan van prolapsus uteri of ander genitaallijden, rijst toch ook onwillekeurig de vraag: „waarom hecht men iedere wond, hoe klein zij ook zij en zoude men de inscheuringen van het perineum maar aan haar lot overlaten. Vroeger in den vóór-antiseptischen tijd was het misschien nog gerechtvaardigd wegens de toen bestaande dubbele kans op infectie. In de eerste plaats gevaar voor infectie, doordat bij den partus, de thans gebruikelijke voorzorgsmaatregelen onbekend waren en ten tweede doordat ook het materiaal, waarmede men toen zoude hebben moeten hechten, niet aseptisch was. Tegenwoordig echter kan en mag dit geen reden meer zijn om eene vrouw gedurende haar verder leven bloottestellen aan groote lasten of tenminste onaangenaamheden, alleen veroorzaakt, doordat men een ingescheurd perineum aan eene quasi-natuur-genezing overlaat.

Neemt men nu aan, dat alle rupturae perinei gehecht moeten worden, dan blijven er nog de volgende vragen over:

Wanneer moeten zij gehecht worden.

Op welke wijze moet dit geschieden.

Met welk materiaal zal men dit doen.

Op de vraag „Wanneer moeten de perineaal

rupturen gehecht worden" kan men antwoorden, dat de hechting op drieërlei tijdstip geschieden kan. Binnen dat tijdstip spreekt men van I Primaire, II Secundaire, III Late of zooals men het ook wel ter onderscheiding van I en II zoude kunnen noemen „tertiaire" hechting. Onder primaire hechting wordt verstaan eene hechting onmiddellijk na afloop van den partus of hoogstens eenige uren daarna. In den tegenwoordigen tijd zijn, zooals gezegd, de meeste chirurgen en obstetrici het vrijwel eens, dat men steeds primair moet hechten, behoudens de contraindicaties, welke later opgenoemd zullen worden.

Vroeger waren velen, zooals uit de voorafgaande historische mededeelingen blijkt, afkeerig van het directe hechten, omdat zij meenden, dat de lochiën een beletsel zouden zijn voor eene reunio per primam. Zij dachten, dat de lochiën òf de gehechte wond door stagnatie achter de wond zouden uitelkander drijven òf de wond zouden infecteeren. Wat de stagnatie achter de wond betreft, zoo heeft de ervaring van latere tijden geleerd, dat de lochiën evengemakkelijk afvloeien bij een gehecht als bij een niet gehecht perineum. Dat de lochiën verder de wond zouden infecteeren, gold vroeger, doch geldt

thans niet meer, wanneer tenminste de vrouw tijdens den partus niet geïnfecteerd is geworden.

Een ander bezwaar, dat men vroeger had tegen eene primaire hechting, was, dat de vrouw onmiddellijk na afloop van den partus zich nog te veel „en choc” zoude bevinden. Voorzeker komen er ook heden ten dage gevallen voor, waar dit zoo is, zooals bij eene zeer lang geduurd hebbende baring of eene moeilijke forcipale extractie, doch in het meerendeel der gevallen van ruptura perinei zal dit niet het geval zijn. Immers ieder, die zelf wel eens eene hechting verricht heeft of daarbij tegenwoordig is geweest, zal moeten erkennen, dat het hechten zoo'n onschuldige en betrekkelijk weinig pijnlijke operatie is — indien het tenminste nog op den naam van operatie aanspraak mag maken — dat voorzeker dit op zich zelf geen contraindicatie is. Daarbij komt nog, dat inscheuringen van het perineum in de meeste gevallen ontstaan bij den eersten partus, hetzij spontaan, hetzij door aanwending van den forceps. Tegenwoordig wordt echter bij het aanleggen van den forceps dikwijls en veel meer dan vroeger genarcotiseerd, zoodat men dan zeer gemakkelijk in dezelfde narcose, desnoods door deze nog iets te verlengen, het ingescheurde perineum

kan hechten, altijd voorondersteld dat er geen bepaalde contraindicatie is.

Eene andere bewering, welke nog tot vóór eenige jaren bij verscheidene obstetrici gold, was, dat het kraambed eene absolute contraindicatie was voor eenig operatief ingrijpen. Ook deze meening was weder gegrond op de menigvuldige infectieuze processen, welke zich voordeden, zoodat in dien tijd niet alleen eene parturiens maar ook eene kraamvrouw beschouwd werd als een „noli me tangere” ten opzichte van eene te maken operatie. Dank zij de antisepsis, is ook dit bezwaar heden ten dage vervallen of vervaalt meer en meer, daar de febris puerperalis (om dezen collectief naam voor alle van het genitaalapparaat der puerpera uitgaande infecties te gebruiken) gelukkig met den dag zeldzamer wordt.

Zijn nu de hierboven genoemde bezwaren, tegenwoordig zoo goed als altijd vervallen, zoo blijven er toch ook nu nog contraindicaties van de primaire hechtingen over, zoodat men niet eenvoudigweg zeggen mag, dat het ingescheurde perineum *steeds* onmiddellijk moet gehecht worden.

De bezwaren of contraindicaties tegen eene primaire hechting zijn:

I. Oedemateus Perineum.

Ging men hechten, terwijl er oedeem van het perineum aanwezig was, dan zouden òf de draden, welke men aangelegd had, doorsnijden òf bij het verminderen van de zwelling te wijd worden, zoodat zij volstrekt geen nut zouden verrichten. In dit geval zoude men dus alleen de kraamvrouw pijn zonder eenig voordeel bezorgd hebben.

II. Afloopen van stinkend vruchtwater tijdens den partus.

Stinkend vruchtwater ontstaat, zooals bekend is, hetzij door tijdens den partus opgetreden infectie hetzij door reeds van vroeger dateerende rotting der vrucht. In beide gevallen zoude men dus naar alle waarschijnlijkheid bij eene primaire hechting, geïnfecteerde wonden gaan vereenigen. En dan is het zeker ongeraden de kans te wagen, dat de perineaal ruptuur per primam intentionem genezen zal, omdat daartegenover het gevaar staat, dat langs de draden de infectie in het parakolpitische weefsel wordt voortgeplant.

III. Febriciteeren gedurende den partus.

Ook dit bewijst in de meeste gevallen, — wanneer namelijk de vrouw vóór het begin van den partus volkomen gezond was — dat er infectie is

opgetreden. Bestaande infectie van het genitaal apparaat is, zooals reeds gezegd is, eene absolute contraindicatie voor eene primaire hechting. Het zoude natuurlijk ook kunnen zijn, dat de koorts afhankelijk was van malaria of van eenig ander lijden, niet met het genitaal apparaat in verband staande. Dan zoude wel is waar de koorts geen contraindicatie zijn, maar aangezien men daaromtrent meestal niet onmiddellijk zekerheid heeft, is het beter met de hechting te wachten, totdat men de koortsbeweging heeft doen ophouden.

IV. Zoodanige laesies van de weeke deelen, tengevolge van eene langgeduurd hebbende baring of moeilijke forcipale extractie, dat daardoor gevaar voor uitgebreid gangraen der wondranden ontstaat.

V. De noodzakelijkheid om post partum den uterus met jodoformgaas te tamponneeren. Het verwijderen van den grooten jodoformgaas tampon zou daarbij de prima reunio der gehechte wond ernstig in gevaar brengen.

VI. Ten slotte die gevallen, waar men gedurende den partus niet kan beschikken over voldoende licht, — hetgeen zoo dikwerf voorkomt bij de minder goeode klasse der maatschappij, —

Daarbij is het zeer gewenscht, zoo men het al niet absoluut noodzakelijk mag noemen, de hechting niet primair maar later te verrichten, wanneer alles in de omgeving van de kraamvrouw meer tot rust is gekomen en men vooraf op zijn gemak maatregelen kan nemen om over voldoende dag of kunstlicht en assistentie te kunnen beschikken.

Uit al het voorafgaande ziet men dus, dat er steeds nog gevallen overblijven, waar primaire hechting òf niet gewenscht òf absoluut gecontraindiceerd is. Van die gevallen heeft men dan te kiezen tusschen de secundaire en de van ouds bekende late of tertiaire hechting. Bij de laatste behandelingswijze moet men dus, zooals bekend is, eene formeele plastische operatie verrichten, omtrent welker verschillende methoden hier niet verder behoeft te worden uitgewijd.

Wat men onder secundaire hechting verstaat en vroeger verstond, zal uit het volgende genoegzaam blijken. Ik spreek ook van „vroeger” omdat men niet moet meenen, dat secundaire hechting eene uitvinding is van de laatste jaren. Integendeel uit de geschiedenis blijkt genoegzaam, dat er ook vroeger secundair gehecht werd.

Alleen bestaat er tusschen de vroegere en

tegenwoordige secundaire hechting het verschil, dat men vroeger door de onvoldoende wijze van opereeren, bijna nooit succes verkreeg.

Reeds op het einde van de zeventiende eeuw schijnt VIARDEL (*Observations sur la pratique des accouchements naturels etc.* 1674) secundair gehecht te hebben. Hij verrichtte de perineoraphie drie dagen na de bevalling en verkreeg een volkomen succes.

In 1848 erkende DANYAU, welke overigens groot voorstander was van primaire hechting, dat er perineaalrupturen voorkomen, waarbij het weefsel zoodanig beleedigd is, dat er na eenige dagen nekrotische korsten zich vormen en het dus onmogelijk is direct te hechten. In die gevallen raadde hij aan eerst af te wachten, totdat men de vorming van dergelijk nekrotisch weefsel kon overzien. Een tijd van acht dagen was daartoe in de meeste gevallen voldoende, zoodat hij dan ook in die gevallen de hechting na acht dagen verrichtte.

Later is het vooral NÉLATON geweest, welke de secundaire hechting aanbeval in die gevallen, waar de primaire hechting niet geslaagd was of om bijzondere reden in het geheel niet had kunnen uitgevoerd worden. Hij steunde op het ervaringsfeit,

dat iedere wond zich na eenige dagen bedekt met granulaties en dat het dan voldoende is, die twee granuleerende wondvlakten met elkander in contact te brengen, om ze te doen genezen. Volgens zijne mededeeling heeft hij in twee aldus behandelde gevallen van perineaalruptuur succes verkregen.

MAISONNEUVE (Gazette des hôpitaux 1849) verkreeg eveneens succes door 10 à 12 dagen post partum te hechten. Bij eene van zijne drie gevallen aviveerde hij gedeeltelijk; bij de twee anderen werd wegens suppuratie niet geaviveerd. Hij nam de hechtingen na vier dagen weg. Twee van de drie gevallen waren volkomen genezen.

VERNEUIL (Gaz. Hebd 1862) is, niettegenstaande hij bij twee gevallen van secundaire hechting geen succes verkreeg, een groot voorstander van het hechten van de wonden in den toestand van granulatievorming.

Het niet slagen van de operatie zal naar mijne meening misschien daarvan afhankelijk geweest zijn, dat men vooral in den eersten tijd, direct zonder af te krabben of iets dergelijks, de granuleerende wondvlakten aan elkander hechtte.

Ook DEMARQUAY (Bull de thérapeutique 1872), hoewel bijna altijd primair hechtende, erkent, dat er

gevallen kunnen voorkomen, waar primaire hechting onmogelijk is en waar men door eene secundaire perineoraphie volkomen succes verkrijgen kan.

LUIZY (Thèse de Paris 1883) is geen voorstander van de secundaire perineoraphie. Hij raadt aan te wachten, totdat de lochiën geheel opgehouden hebben, daar volgens hem alsdan de wondranden nog bedekt zijn met granulaties en nog zeer geschikt voor vereeniging ¹⁾.

SCHWARTZ heeft in de Société de Chirurgie twee gevallen medegedeeld van uitgebreide ruptura perinei, waar hij genezing verkreeg door 5 en 10 dagen na de bevalling te hechten.

Eveneens verkreeg KIRMISSON succes bij eene hechting na 13 dagen.

HOLST (Monatsschrift für Geburtskunde 1863) hechtte steeds primair. In die gevallen echter, waar de primaire hechting om de een of andere reden onmogelijk was, heeft hij secundair gehecht en wel acht dagen post partum. Hij aviveerde eerst de wondranden met eene kromme schaar en hechtte daarna. Na de operatie gaf hij gedurende acht tot twaalf

¹⁾ Eene bewering die door de dagelijksche ervaring als geheel onjuist wordt gekenmerkt.

dagen opium om defaecatie te voorkomen; na dien tijd appliceerde hij clysmata en intern Oleum Ricini; verder katheteriseerde hij en maakte alle drie uren vaginaalirrigaties. Hij verkreeg bij al zijne gevallen goede resultaten.

TYLER SMITH (Du traitement des déchirures du périnée 1875) daarentegen is slechts gedeeltelijk voorstander van de secundaire hechting. Volgens hem verkrijgt men het beste resultaat, wanneer men drie of uiterlijk vier dagen post partum hecht.

HILDEBRANDT (Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie 1879) is geen voorstander van secundaire perineoraphie. Hij heeft, wel is waar, een geval gezien, waar de primaire vereeniging niet gelukt was en men op den 10^{den} dag met succes de operatie verricht had, doch hij houdt dit voor eene groote uitzondering.

Hij is het volkomen eens met HÉGAR, welke zich aldus uitlaat: „Wir können HOLST's Empfehlung nicht beitreten und halten eine solche gleichsam intermediäre Operation für geradezu gefährlich. Eine zwingende Indikation oder ein besonderer Vortheil ist für die Vereinigung am 5—10 Tage des Wochenbettes in keiner Weise vorhanden. Die granulirende Wunde ist ebenso vor Blutung als

Infection geschützt, wohl aber kann letztere bei der fortdauernden Lochial-Secretion gerade durch den operativen Eingriff herbeigeführt werden."

DYHRENFURTH (Ueber secundäre Dammnaht, Centralblatt für Gynäkologie 1882) maakt ook melding van twee gevallen van secundaire hechting.

Het waren incomplete rupturen, waarvan de eene, wel primair gehecht, doch tengevolge van scarlatina niet genezen was. Hij hechtte deze op den 10^{den} dag en de andere op den 7^{den} dag. In beide gevallen was het perineum in de diepte vereenigd, oppervlakkig echter niet, hetgeen nog cauterisatie met Nitrus Argenti noodig maakte.

VEIT (Ueber die Naht granulirender Wundflächen Berl. Klin. Wochenschrift 1884) heeft viermaal tusschen den 9^{den} en 12^{den} dag gehecht, omdat de reunio per primam wegens infectie niet gelukt was. Hij reinigt eerst de granulaties met 2½ % Carbol en hecht dan „ohne voranfgehende Anfrischung". Volgens hem moeten het versche, krachtige, roode granulaties zijn en moet de hechting tusschen den 4^{den} en 10^{den} dag geschieden.

Bij oude granulaties (4^e week) heeft hij geen succes verkregen en evenmin, wanneer de granulaties eerst aangestroken waren met lapis.

KÄUFFER (Centralblatt für Gynaekologie 1882) vermeldt een geval van genezing van een ingescheurd perineum per secundam intentionem door over de granuleerende wondvlakten kruiseling hechtpleisterstrooken te leggen. Reeds op den 10^{den} dag werd genezing geconstateerd.

VOLKMANN in Halle is de eerste geweest, welke de oppervlakkige laag van de granuleerende wonden afkrabde en de wond zelf aseptisch maakte.

Ook in de kliniek van Professor TREUB te Leiden zijn gedurende de laatste jaren verscheidene gevallen van ruptura perinei voorgekomen, waarbij het om de een of andere reden wenschelijk was secundair te hechten. De voornaamste dezer gevallen zullen aan het einde hiervan uitvoerig worden medegedeeld.

Men ziet dus reeds uit de opsomming van deze enkele gevallen, wier aantal nog aanzienlijk vermeerderd zou kunnen worden, dat verscheidene mannen van naam ten zeerste aanraden om secundair te hechten bij onmogelijkheid of minder wenschelijk zijn van primaire hechting, en deze niet uit te stellen tot later. Voorzeker zal hun aantal steeds vermeederen, wanneer men ten minste zich bij de secundaire hechting aan eene bepaalde, later te beschrijven, techniek houdt en niet zooals vroeger, maar direct

de granuleerende wondvlakten door hechtingen tegen elkander bracht. Dat het niet aan bezwaren tegen de secundaire perineoraphie ingebracht, ontbroken heeft, spreekt van zelf. De gronden daarvan zijn meestal te vinden, hetzij in eenmaal opgevatte meeningen, welke verkeerd en niet te verdedigen zijn, hetzij in de wijze van opereeren. Zoo is EUSTACHE (de Lille 1878) een tegenstander van de secundaire hechting, omdat volgens hem wonden in den toestand van granulatie veel minder resistent zijn en de draden, welke aangelegd zijn, veel gemakkelijker doorsnijden. De ondervinding leert evenwel, dat men zich daarvoor geheel kan vrijwaren, mits men de draden maar ver genoeg in het gezonde weefsel insteekt.

Wanneer nu werkelijk de secundaire hechting zulke goede resultaten oplevert, als hieronder nog zal blijken, dan is de vraag gerechtvaardigd of de secundaire perineoraphie niet altijd te verkiezen is boven de primaire? M. i. moet het antwoord op deze vraag luiden, dat men als regel moet stellen steeds primair te hechten en alleen in die gevallen, secundaire hechting te verrichten, waar het onmiddelijk post partum om de een of andere reden onmogelijk was.

De reden waarom sommige Fransche schrijvers voorgeslagen hebben altijd secundair te hechten, bestond in het vooronderstelde gevaar, dat de lochiën voor de genezing der primair gehechte wond zouden opleveren. Reeds boven is er op gewezen, dat dit gevaar geheel illusoir is bij normaal beloop van het puerperium.

Sommigen willen ook ten gunste van de secundaire hechting opwerpen, dat men dan d. w. z. na verloop van eenige dagen, meer zeker is, dat het kraambed ongestoord zal verloop en men kan zien of er geen complicaties optreden zooals oedeem, infectie enz. Oppervlakkig beschouwd schijnt dit werkelijk een voordeel te zijn, hetgeen echter bij nadere beschouwing niet opweegt tegen de nadeelen, welke zich bij eene secundaire hechting voordoen of althans kunnen voordoen. Bestaat er namelijk onmiddellijk post partum geen een van de opgenoemde contraindicaties voor eene primaire hechting, dan doet men het beste dadelijk te hechten, omdat men dan later de vrouw niet meer behoeft bloot te stellen aan eene operatie, welke — hoe gering zij ook is — toch altijd meer pijn veroorzaakt dan eene primaire hechting. Wil men de vrouw de pijn besparen, dan moet de medicus narcotiseeren,

hetgeen weder voor hem, vooral ten platte lande, bezwaarlijk is.

En vooral is een bezwaar om altijd secundaire perineoraphie te verrichten, daarin gelegen, dat de vrouw langer dan gewoonlijk het bed moet houden; voor de vrouw zelf zoude dit, wel is waar, geen nadeel, ja eerder, nog voordeel opleveren, doch sociale omstandigheden, waarmede ook een medicus rekening moet houden, beletten dit dikwijls. Immers het is genoegzaam bekend, hoe moeielijk het reeds is om in praxin pauperum (en niet alleen daar) eene vrouw, wanneer zij overigens gezond is, langer dan vijf dagen na hare bevalling op bed te houden.

De gevallen, waar secundaire hechting geïndiceerd is, zullen meestal als het ware de contraindicaties voor eene primaire hechting zijn, met dit onderscheid evenwel, dat de processen, welke de primaire vereeniging beletten of minder wenschelijk maakten, afgelopen of ten minste verbeterd moeten zijn.

Bestond er gedurende of onmiddelijk na de bevalling oedeem van het perineum, dan zal men natuurlijk zoolang moeten wachten, totdat het oedeem verdwenen en de granulatievorming goed in gang is.

Febriciteerde de vrouw gedurende den partus, dan zal men eerst zoo nauwkeurig mogelijk de oorzaak van die koorts moeten opsporen. Is het febriciteeren slechts afhankelijk van een aanval van malaria, zoo zal dit geen reden zijn om de hechting langer uit te stellen dan noodig is voor de beste kans op prima reunio.

Blijkt het daarentegen eene infectie koorts te zijn uitgaande van het genitaal apparaat, dan zal natuurlijk de temperatuur gedurende eenige dagen weder geheel normaal moeten zijn, voor dat men er over denken mag, het ingescheurde perineum te hechten.

Eveneens moet men bij het afloopen van stinkend vruchtwater gedurende eenige dagen nauwkeurig de temperatuur controleeren om te zien, of er ook infectie is opgetreden.

Bij aanzienlijke laesies ontstaan tengevolge van eene lang geduurd hebbende baring of moeielijke forcipale extractie is het ook beter om secundair te hechten. Men kan dan, nadat het gemortificeerde weefsel is afgestooten, welk afstootingsproces door de behandeling ondersteund kan worden, in het overblijvende gezonde weefsel hechten.

Zijn er behalve rupturen van het perineum ook

groote vaginaalscheuren, dan doet men ook beter te wachten, aangezien deze onmiddelijk post partum dikwijls grooter en uitgebreider schijnen te zijn, dan na verloop van een of meerdere dagen werkelijk blijkt het geval te zijn.

Last not least, doet men in praxin pauperum bij onvoldoende verlichting of hulp, beter te wachten, dan dadelijk misschien het ingescheurde perineum slechts gebrekkig te hechten.

Na aldus kortelings de gevallen besproken te hebben, waar secundaire hechting gewenscht is, blijft er nog ééne vraag over, namelijk: „Wanneer moet de secundaire hechting geschieden”? Een bepaald antwoord voor alle gevallen is op deze vraag niet te geven; immers uit het voorafgaande blijkt genoegzaam, dat vroeger iedere chirurg als het ware zijn eigen tijd daarvoor had, dat wil zeggen, de een wilde het doen na 3 of 4 dagen, een ander na 10 dagen en een derde nog later; ook in den tegenwoordigen tijd kan men geen bepaald tijdstip opgeven, omdat het afhankelijk is van de oorzaak, waarom secundaire hechting gedaan wordt. Dit daargelaten kan men zeggen, dat het tijdstip voor de secundaire hechting is aangebroken, wanneer de wondranden goed granuleeren.

Gewoonlijk echter zal een tijd van 9 tot 11 dagen post partum voldoende zijn voor de granulatie der wondranden.

Fransche obstetricki zeggen, dat men, behalve het granuleeren der wondranden, ook moet letten op de lactatie, voor dat men het ingescheurde perineum mag hechten. De lactatie moet òf voldoende (op gang) zijn òf geheel onderdrukt; verkeert de vrouw niet in een van deze twee toestanden, dan mag er volgens hen niet geopereerd worden. Dit argument kan volgens mijne meening alleen dan gelden, wanneer er werkelijk zogstase is, en men genoodzaakt is om drastica toe te dienen.

Nadat in de voorafgaande bladzijden de vragen wanneer de secundaire perineoraphie geïndiceerd is en op welk tijdstip zij moet worden uitgevoerd besproken zijn, blijven er nu nog ter behandeling over de twee vragen: op welke wijze en met welk materiaal zal men de secundaire hechting doen.

Zooals reeds hier en daar gezegd is, hechtte men vroeger — wanneer men tenminste secundaire perineoraphie verrichtte — eenvoudig de granu-

leerende wondranden aan elkander, zonder meer. Dit had tengevolge, dat meestal het resultaat van eene secundaire hechting negatief was. En daarenboven lag ook dikwijls de fout daarin, dat men òf de hechtingen niet diep genoeg legde òf de steekkanalen te dicht aan de wondranden bracht, zoodat de draden dan meestal spoedig doorsneden. Slechts enkelen weken daarvan af.

HOLST knipte met eene kromme schaar alle sterkere granulaties af om zodoende een glad oppervlak te verkrijgen; eveneens legde hij de hechtingen ver van de wondranden aan.

VEIT daarentegen verrichtte, zooals reeds gezegd is, de secundaire hechting zonder af te krabben of te aviveeren.

In den tegenwoordigen tijd krabt echter iedereen, welke eene secundaire perineographie verricht, eerst de granuleerende wondranden af en hecht pas daarna (zie verder de hieronder beschreven gevallen).

Voor hechtmateriaal kan men kiezen tusschen zijde, fil de Florence, catgut en zilverdraad. Het catgut zou alleen de voorkeur verdienen, wanneer men eene doorloopende z. g. n. étagehechting wilde verrichten. Deze is echter bij de secundaire perineographie even overbodig als bij de primaire en voor

eenvoudig geknoopte hechting verdient het catgut geen aanbeveling.

Fil de Florence zoowel als zilverdraad worden boven zijde aanbevolen, omdat zij zich niet inbi-beeren en dus, naar men meent, minder gevaar voor infectie en ettering der steekkanalen opleveren.

Dat dit theoretische voordeel niet zoo groot is, als het lijkt, bewijzen de gunstige resultaten door Professor TREUB verkregen, die bij al zijne perineoraphiën, primaire, secundaire zoowel als late, nagenoeg zonder uitzondering carbolzijde gebruikt.

De secundaire perineoraphie wordt door Professor TREUB te Leiden op de volgende wijze verricht:

Nadat men zich overtuigd heeft, dat de wondranden goed granuleeren, hetgeen gewoonlijk den 10^{den} tot 12^{den} dag post partum het geval is, wordt de vrouw in rugligging, hetzij op den rand van het bed, hetzij op de operatietafel geplaatst.

De beenen van de vrouw worden door beenhouders of door twee assistenten achterover en uit elkander gehouden. Narcose is wenschelijk, maar niet bepaald noodzakelijk, tenminste niet bij incomplete rupturen. Op de kliniek te Leiden, waar men

steeds voldoende assistentie heeft, wordt meestal genarcotiseerd om de patiente den onaangename indruk van dergelijke operatie in het bijzijn van een groot auditorium te besparen.

De vrouw in die positie gebracht en al of niet genarcotiseerd zijnde, worden de schaamharen, voor zoover noodig, weggeschoren en de genitalia externa gedesinfecteerd, eerst met zeep en water en daarna met carbol. Ook de vagina wordt met eene sterke carbolzuuroplossing geïrrigeerd.

Is dit geschiedt, dan worden de granuleerende wondranden met den scherpen lepel afgekrabd, en overhangende huidlapjes of littekenrandjes met eene schaar weggeknipt. Vervolgens worden de hechtingen aangelegd en wel eerst twee of drie diepe, al naar mate de ruptuur groot of klein is, daarna de oppervlakkige.

De steekkanalen moeten minstens $1\frac{1}{2}$ à 2 centimeter van de wondranden verwijderd liggen. Bij het aanleggen van de diepe hechtingen brengt de operateur den vinger van de linkerhand in het rectum om op geleide van dien vinger den naald achter de geheele wond door te halen en er tevens zorg voor te dragen, dat men met den naald niet in het rectum steekt. Nadat de diepe hechtingen

geknoopt zijn, legt men de oppervlakkige aan.

Hoeveel men daarvan noodig heeft, is niet vooruit te bepalen. Voor de diepe hechtingen wordt dikke zijde gebruikt; voor de oppervlakkige zijde van middelmatige dikte. Bij het knopen moet men vooral zorg dragen, dat de wondranden niet omkrullen. Is de hechting afgeloopen, dan worden de genitalia externa schoongemaakt met in 2,5 % carbol uitgewrongen tampons. Loopt de scheur ver in den vaginaalwand door, dan worden vóór de bedoelde perineaalhechtingen eerst hechtingen in den vaginaalwand aangelegd.

Heeft men met eene complete ruptuur te doen dan wordt eerst de rectaalscheur met dunne zijden hechtingen gesloten. Deze worden zoodanig aangelegd, dat de knoop in het lumen van den darm komt te liggen. Slechts een enkele maal is bij wijze van proef de hechtings-methode van EMMETT angewend, evenwel met niet zeer bevredigend resultaat.

Ten slotte wordt er in de vagina een stuk jodoformgaas gebracht; tegen de genitalia externa jodoformgaas, watten en een T verband.

Wat de nabehandeling betreft, zoo was ZHG. gewoon vroeger onmiddelijk opium te geven; tegenwoordig echter geschiedt dit niet meer en wordt

meestal na een of twee dagen Ol. Ricini of Extr. Cascar. Sagrad. fluid. gegeven. ZHG. laat verder de vrouwen rugligging aannemen, en katheteriseert *niet*, tenzij zij spontaan niet kunnen wateren. De hechtingen worden, zoo de vrouw geen pijn heeft in het perineum en de temperatuur normaal blijft, eerst na 6 of 7 dagen verwijderd. Overblijvende granuleerende plekjes worden op de gewone wijze behandeld.

Men ziet dus uit deze beschrijving, dat de operatie op zich zelf geen noemenswaardige moeielijkheden oplevert en door iedereen, welke wel eens eene wond gehecht heeft, verricht kan worden. Het resultaat van de hechting is, zooals uit de volgende gevallen blijken zal, niet altijd geheel bevredigend. Dit mag echter geen reden zijn om de secundaire hechting in daarvoor geschikte gevallen niet te beproeven en zou dit zelfs niet zijn, ook al ware het, dat slechts de helft van de gevallen succes hadden. Men bezorgt immers aan de vrouw volstrekt geen nadeel, ook al slaagt de hechting niet, terwijl men altijd de zeer groote kans heeft,

dat men later geen moeilijke plastische operatie behoeft te verrichten.

Ten slotte zullen hier eenige van de gevallen medegedeeld worden, welke gedurende de laatste twee jaren verricht zijn deels in de kliniek van Professor TREUB op het Academisch Ziekenhuis te Leiden, deels in de polikliniek onder leiding van Dr. DOORMAN en eindelijk één geval uit de private praktijk van ZHG.

Geval I. *Verloskundige kliniek* 90—91.

Nº. 74. J. V. 21 j. I para.

- 16 Jan. Verlost. Ruptura Perinei tot aan den anus en tevens van den achtersten vaginaalwand. Onmiddelijk gehecht. Gering oedeem.
- 18 Jan. Klacht over pijn in het perineum; twee hechtingen worden verwijderd; de wondranden zijn niet oedemateus en hebben aan elkaar gehouden.
- 20 Jan. De twee andere hechtingen verwijderd; het perineum schijnt te houden.
- 22 Jan. Perineum weêr opengescheurd. Alle hechtingen uit de vagina verwijderd; niet gehouden.
- 25 Jan. Granuleerende wondvlakten met Tinctura Jodii aangestreken.
- 27 Jan. Secundaire hechting van het perineum, na aviveeren met den scherpen lepel. Jodoformgaastampon. T verband.

- 30 Jan. Hechtingen uit het perineum verwijderd. Het perineum heeft gehouden.
Er is een geringe ettering van de steekkanalen. De oppervlakkige lagen wijken iets uiteen. In de diepte granuleert de wond goed.
- 1 Febr. Obstipatie.
- 2 Febr. Ol. Ricini, ééns ontlasting.
- 6 Febr. Obstipatie. De perineaalwond ziet er goed uit; één granuleerend wondje aangestroken.
Toediening van Calomel, Pulv. Jalap. aa 0.250
2 × d. 1 p. 3 × ontlasting van gele kleur.
- 10 Febr. De perineaalwond is aan een onderzoek onderworpen. Er bestaat nog een granuleerend wondje in het midden van het perineum. Er blijkt een huidbrugje te bestaan tusschen dat wondje en de vulva.
Bij het appliceren van het speculum scheurt het huidbrugje in.
- 3 Maart. Het achterste gedeelte van het perineum is goed genezen.

Geval II. *Verloskundige kliniek* 90—91.

- N^o. 81. A. V. geb. v. d. L. 34 j. 1 para.
- 4 Febr. Verlost. Perforatie. Ruptuur van het perineum tot aan den anus. Ruptuur wegens bevochtiging door het smerige en stinkende vruchtwater niet gehecht. Tamponnade van uterus en vagina wegens vrij heftige hœmorrhagie.
- 6 Febr. Tampons verwijderd.
- 14 Febr. Perineaalwond met Tinct. Jodii aangestroken.
- 16 Febr. Secundaire hechting van het perineum, na afkrabben met den scherpen lepel buiten narcose.
- 24 Febr. Hechtingen verwijderd. Het perineum heeft in het

midden geheel gehouden. Bij den anus is een granuleerende plek; bij de vulva heeft het perineum niet gehouden. Aanstrijken van de granulaties met lapis; Jodoform.

27 Febr. Nadat patiente 2maal ontlasting heeft gehad, is het midden van het perineum, dat gehouden had, weder opengescheurd.

In de diepte goede granulaties. Aanstrijken met lapis.

4 Maart. Het perineum granuleert goed. Patiente mag opzitten.

7 Maart. Patiente gaat in poliklinische behandeling over.

Geval III. *Verloskundige kliniek 90—91.*

N^o. 89. V. B. 19 j. I para.

16 Febr. Verlost. Forceps. Niettegenstaande er zijdelingsche incisies gemaakt zijn, is er toch ruptuur ontstaan. Beiden gehecht.

20 Febr. Het perineum ziet er rustig uit. Geen pijn.

22 Febr. De hechtingen uit het perineum verwijderd. Niet gehouden.

23 Febr. De hechtingen uit de zijdelingsche incisies verwijderd. Voor een deel gehouden.

24 Febr. De granuleerende oppervlakte aangestroken met Tinct. Jodii.

25 Febr. Secundaire hechting in narcose. Een deel van het granuleerende weefsel, dat het dichtst bij de vulva is gelegen, wordt niet gehecht, de rest afgekrabt en voor een deel met de schaar geaviveerd en gehecht.

Gegeven: R. Pulv. Opii 0.020 Sacchr. Albi 0.500
dtd N^o. 25 obhp.

- 5 Maart. De hechtingen zijn verwijderd. Het perineum heeft voor een groot deel gehouden. Granuleert goed.
- 8 Maart. Patiente heeft ontlasting gehad, gebruikt geen opium meer. De anus is voor een klein deel weer opengescheurd. Het perineum is heel gebleven.
- 28 Maart. De wond bij den anus is genezen. Het vulvaire deel van het perineum is weer opengegaan. Patiente zit op, om de twee dagen aanstrijken met lapis.
- 16 April. De wond is gecicatriseerd. Ontslagen.

Geval IV. *Verloskundige kliniek* 90—91.

N^o. 100. N. v. A. 28 j. II para.

- 13 Maart. Verlost. Extractie aan de billen. Ruptuur van het perineum tot bij den anus. De ruptuur door 6 hechtingen gesloten.
- 19 Maart. De hechtingen wegens pijn verwijderd. Het perineum heeft slecht gehouden. Aanstrijken met lapis.
- 31 Maart. Het perineum wordt in narcose secundair gehecht. Met den scherpen lepel worden de granulaties afgekrabd en met zijde de wond gehecht. Jodoformisatie. T verband.
- 8 April. Hechtingen verwijderd. Prima intentio.
- 19 Aprll. Genezen ontslagen.

Geval V. *Verloskundige kliniek* 90—91.

N^o. 119. M. F. 20 j. I para.

- 30 April. Verlost. Forceps. Ruptuur tot aan den anus. Niet gehecht.
- 10 Mei. Perineaalwond granuleert goed. Aangestroken met Tinct. Jodii.
- 11 Mei. Secundaire hechting van het perineum buiten nar-

cose. Reiniging. Afkrabben met den scherpen lepel. 3 diepe en 2 oppervlakkige zijden hechtingen. Jodoformgaas. T verband.

- 16 Mei. Hechtingen verwijderd, daar de temperatuur 's morgens $38^{\circ}.2$ is. Het perineum heeft gehouden. Enkele steekgaatjes etteren.
- 22 Mei. De toestand is zeer goed. Perineum bijna genezen.
- 29 Mei. Patiente genezen ontslagen.

Geval. VI. *Verloskundige kliniek* 90—91.

N^o. 121. V. H. geb. M. B. 35 j. I para.

- 2 Mei Verlost. Accouchement forcé. Forceps. Voordat het hoofd doorsnijdt, ontstaat eene ruptura perine'is tot in den anus. Vuil stinkend vruchtwater. Ruptuur wordt niet dadelijk gehecht.
- 11 Mei. Het kraambed is zonder temperatuursverhooging verlopen. Secundaire hechting van het perineum in narcose volgens de methode van EMMET. Er is eene ruptuur, die ongeveer 2 centimeter in het rectum loopt. Met eene groote kromme naald wordt dicht bij den sphincter ani links ingestoken, onder de van te voren afgekrabde wondvlakte doorgestaan tot de punt van de scheur in het septum recto-vaginale, van daar uit weder onder de wondvlakte naar buiten gestoken tot bij het afgescheurde stuk sphincter ani rechts. Nadat nog twee andere diepe hechtingen het verdere perineum aan elkander brengen, worden de draden geknoopt en met eenige fijne zijden hechtingen de achterste vaginaalwand gehecht. Jodoformgaas-tampon. T verband. Opium.

- 14 Mei. De oppervlakkige hechtingen verwijderd wegens hevige pijn. Nog geen reünio. De diepe hechting blijft zitten. Temperatuur normaal.
- 17 Mei. De diepe hechting en de slijmvlieshechtingen verwijderd. Een klein deel bij den anus heeft gehouden. De rest van de wond granuleert goed. Dat deel wordt met lapis aangestroken. Patiente heeft gisteren ééns ontlasting gehad.
- 22 Mei. Uit bed. Geregeld aanstrijken.
- 7 Juni. Granuleerende wond genezen. Wil naar huis. Ontslagen met zeer klein perineum.

Geval VII. *Verloskundige kliniek* 91—92.

N^o. 52. M. v. D. 25 j. I para.

- 6 Nov. Verlost.
- 7 Nov. Er blijkt eene totale ruptuur ontstaan te zijn tot even in den sphincter. Gehecht met 4 hechtingen.
- 12 Nov. Hechtingen verwijderd. Niet gehouden. Wondvlakten granuleeren.
- 17 Nov. Ol. Ricini. 2maal ontlasting.
- 18 Nov. Secundaire hechting van het perineum in narcose. Nadat de granulaties zijn afgekrabd worden in den rectaalwand drie fijne hechtingen gelegd, de achterste vaginaalwand en het perineum worden daarna ieder afzonderlijk gehecht.
- 23 Nov. Pijn in het perineum. Één hechting snijdt door. Verwijderd.
- 24 Nov. De meeste hechtingen verwijderd. Het perineum heeft gehouden. Ol. Ricini, éénmaal ontlasting.
- 25 Nov. De laatste hechtingen verwijderd. Alles genezen.

Geval VIII. *Verloskundige kliniek* 91—92.

N^o. 79. M. v. T. 25 jaar. I para.

- 3 Febr. Verlost. Part. Art. Praem. Forceps. Ruptuur tot in

den anus, bloedt hevig, met PEAN'sche pincetten bedwongen. Het perineum wordt niet gehecht.

- 17 Febr. Secundaire hechting van het perineum in narcose. Na verwijdering van eenige harde stukken faeces wordt de vagina en worden de genitalia externa gereinigd. Daar de vaginaalwand reeds voor een deel met den rectaalwand is vergroeid, worden deze beide door een dwarse incisie en verder stomp van elkaar gescheiden. Daarna wordt de perineaalwand afgekrabd en de litteekenranden ook bij den anus weggeknipt. Eerst worden vervolgens de vaginaalwanden zoo gehecht, dat telkens de vorige hechting in de vagina verdwijnt. Nu wordt de scheur in den rectaalwand met eenige fijne hechtingen gesloten, terwijl een paar dikke diepe en eenige dunnere oppervlakkige hechtingen door het perineum worden gelegd. Tusschen deze in worden eenige oppervlakkige middelsoort hechtingen aangebracht. Vrouw gereinigd. Vagina getamponneerd. T verband.

- 18 Febr. Ol. Ricini, 2maal ontlasting. Temperatuur normaal.
 24 Febr. Alle hechtingen verwijderd. Het perineum schijnt te houden.
 25 Febr. Ol. Ricini, éénmaal ontlasting. Het perineum is per primam intentionem genezen.
 6 Maart. Patiente mag opzitten.
 12 Maart. Patiente genezen ontslagen,

Geval IX. *Verloskundige Polikliniek C 91—92*

Nº. 244. Vr. H. geb. de R. 32 j. Leiden. I para.

- 8 Febr. 92. Forciple extractie wegens algemeen vernauwd bekken, langen duur van het eerste tijdperk en

asphyxie van het kind. Ruptura perinei tot even in den sphincter ani. Daar stinkend vruchtwater over de wond was geloopt, werd deze den 10^{den} dag poliklinisch secundair gehecht buiten narcose.

19 Febr. Nadat de granulaties met den scherp lepel zijn afgekrabd en de wondranden van vagina en perineum met de schaar zijn geaviveerd, worden twee fijne hechtingen in den rectaalwand gelegd. Daarna werden met een dikken zijden draad, die onder de wond doorloopt tot aan den hoek van de vaginaalscheur, de beide wondranden aan elkaar gebracht. Twee andere dikke hechtingen worden diep door de wond gelegd en verder de huidranden met 3 oppervlakkige dunne zijden hechtingen vereenigd. Een kleine jodoformgaastampon wordt in de vagina gebracht. Jodoformisatie, T verband.

Patiënte urineert 's avonds spontaan.

De temperatuur blijft geheel normaal, de wond is zeer rustig.

Den 3^{den} dag wordt met extr. fluid. casc. sagrad. ontlasting geprovoceerd, waarbij de sphincter ani gespaard blijft. Evenzoo den 6^{den} dag.

Den 7^{den} dag worden alle hechtingen behalve de eene zeer diepe verwijderd. Het perineum schijnt te houden. Den volgende dag wordt ook de laatste draad weggenomen.

Den 9^{den} dag wordt weder defaecatie bewerkt. Het perineum is per primam intentionen genezen.

Den 14^{den} dag verlaat patiënte het bed.

Den 21^{sten} dag wordt patiënte als geheel hersteld verlaten.

Geval X.

Den 1^{sten} November 1891 werd door Prof. TREUB in een andere plaats van ons Vaderland geopereerd een patiente, die elf dagen te voren van haar eerste kind bevallen was. Bij de daarbij plaats gehad hebbende forcipale extractie was eene ruptura perinei ontstaan, die 2 à 3 cM. ver in den rectaalwand ging.

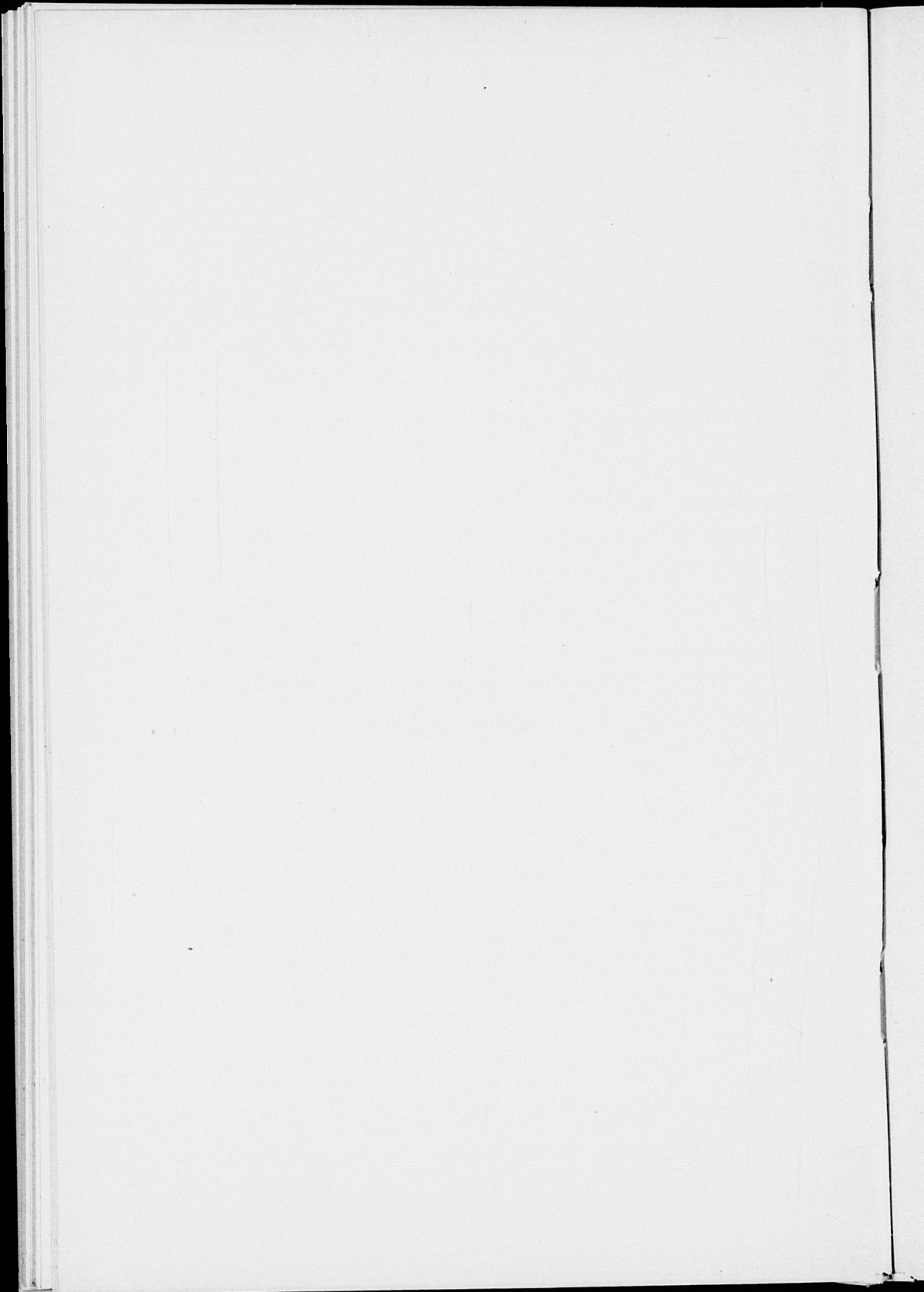
Bij de genarcotiseerde patiente werd de goed granuleerende wondvlakte met den scherpen lepel afgekrabd, op een paar plaatsen de reeds omgekrulde perineaalhuidrand weggeknipt en daarop de wond gehecht.

Vijf of zes fijne hechtingen sloten de rectaalscheur, een grooter aantal dikkere hechtingen de veel hoger reikende verscheuring van den achtersten vaginaalwand. Daarna werd op de gewone wijze het perineum gehecht.

Beloop geheel gunstig.

Volgens den tienden dag p. o. ontvangen bericht van den behandelenden geneesheer was de geheele wond p. p. i. genezen, met uitzondering van een uiterst klein recto-perineaal fisteltje. Dit sloot zich na een paar maal met nitras argenti in substantie te zijn aangestroken enkele dagen later.

STELLINGEN.



STELLINGEN.

I.

Perineaalrupturen mogen niet aan eene z. g. n. natuurgenezing worden overgelaten.

II.

Zij moeten, zoo mogelijk, onmiddelijk na afloop van den partus gehecht worden.

III.

Is primaire hechting niet mogelijk, dan verdient de secundaire perineographie alle aanbeveling.

IV.

Vaginaalirrigaties gedurende een normalen partus zijn overbodig.

V.

Wenschelijk ware het, dat niet alle forcipale extracties in het Ziekenhuis te Leiden in narcose verricht werden.

VI.

Salicylas Natricus verdient de voorkeur boven Salipyrine bij Influenza.

VII.

Bij Tussis Convulsiva beproeve men, zoolang er geen betere middelen bekend zijn, Antipyrine.

VIII.

Haemorrhoiden bij kinderen zijn het gevolg van Calculi Vesicae.

IX.

Geen gezwel van den testikel mag men verwijderen, voordat een antiluetische kuur is gedaan.

X.

Nadere proefnemingen met Dermatol bij Ulcera Cruris verdienen aanbeveling.

XI.

Bij elk cerebraallijden, dat aan de oppervlakte vermoed wordt, doch waarvan de diagnose niet zeker is, is een exploratief trepanatie geoorloofd.

XII.

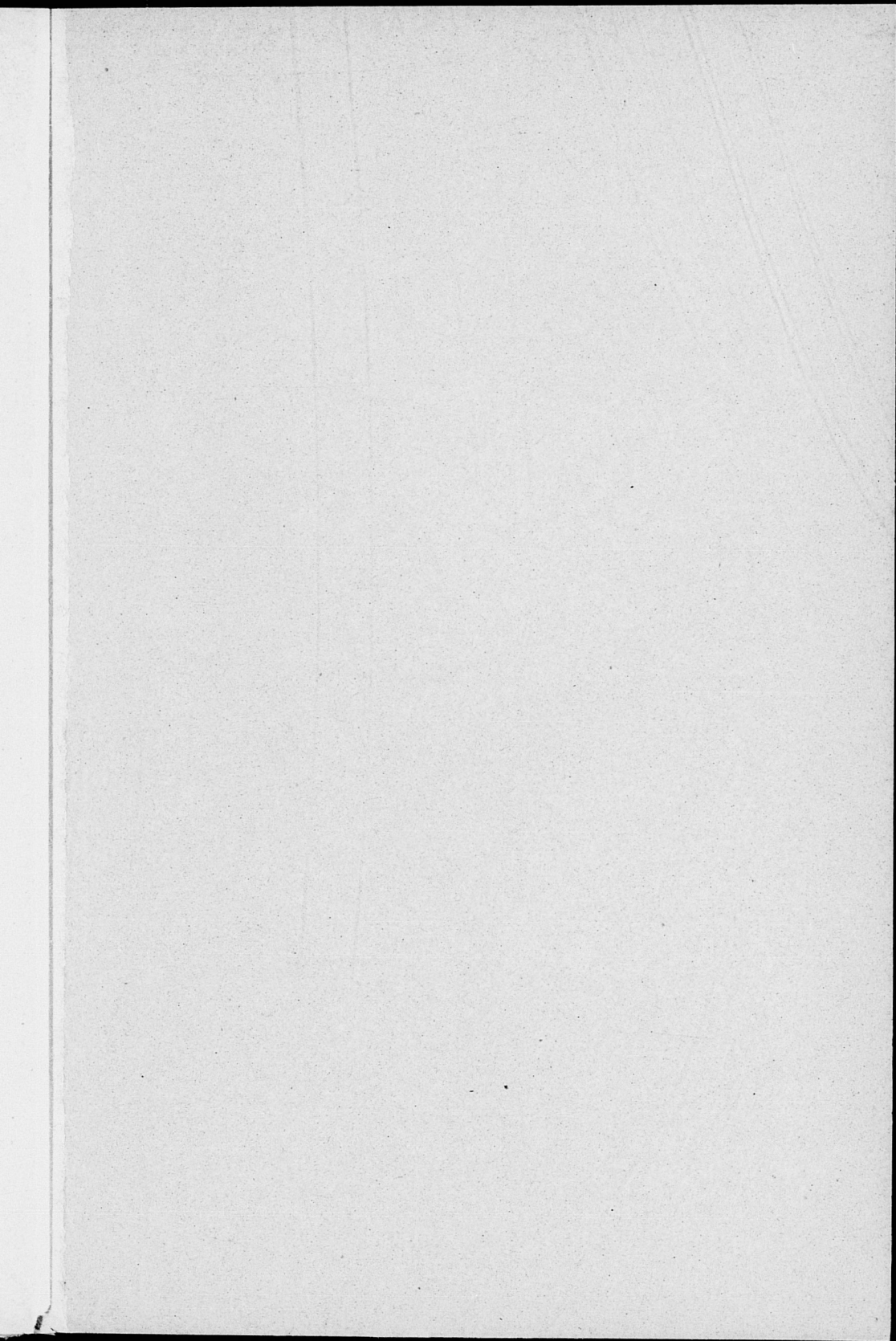
Waar bij de behandeling van Keratitides Atropine niet wordt verdragen, wende men Duboisine aan.

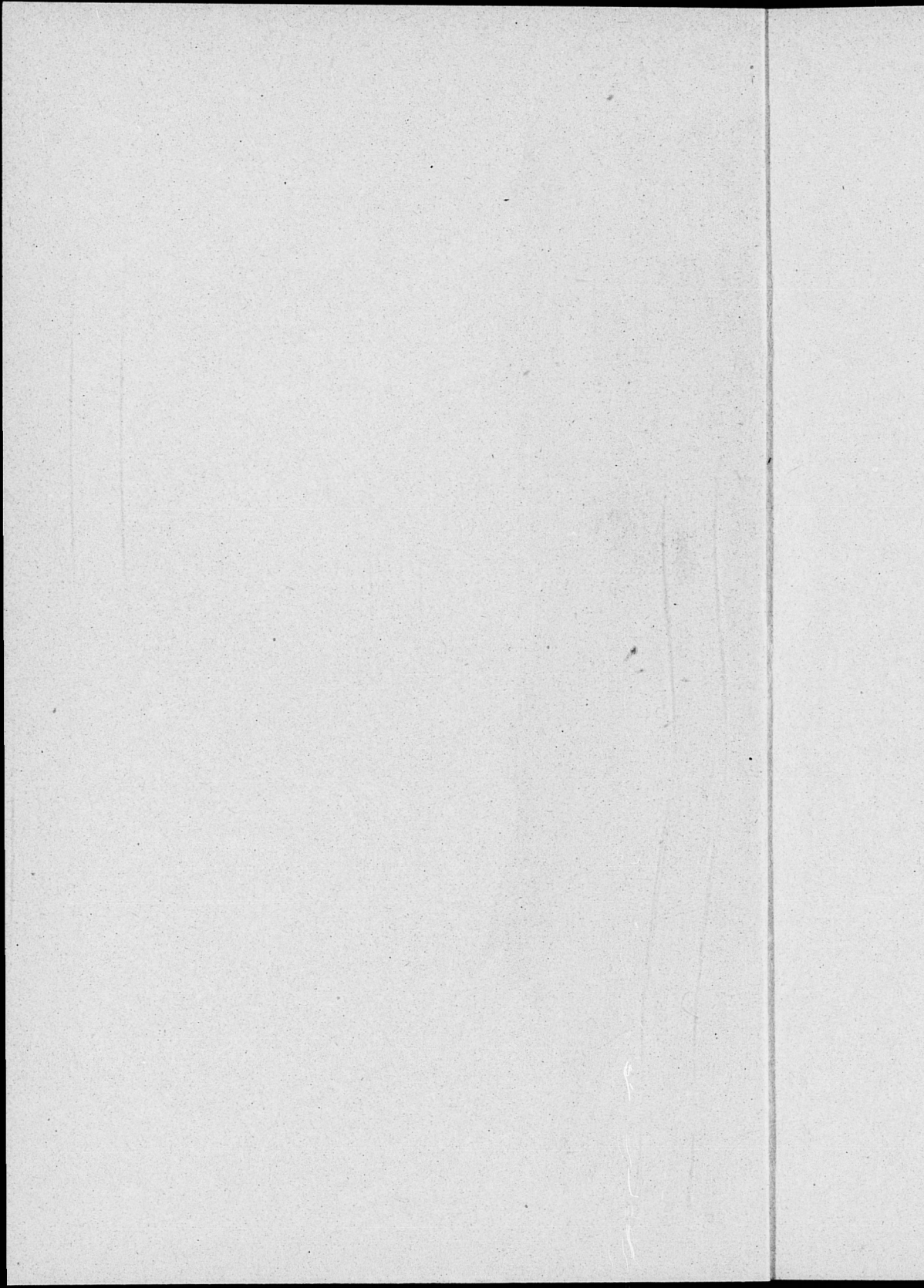
XIII.

Het tonnenstelsel verdient de meeste aanbeveling ten platte lande.

XIV.

Waar de wetenschap als in zake vaccinatie en revaccinatie een besliste uitspraak heeft gedaan, is vrijheidsbeneming van de zijde der regeering niet alleen geoorloofd, maar plicht.







100
L