

uit zakelijke mededeelingen, maar toch vindt men ook hier een bondige kritiek. Er is met alle kracht naar volledigheid gestreefd, zooals een Duitsch handboek dat gaarne doet. Men vindt er in welke boomen men liefst moet planten om de scholen in Finland, en hoe men in Siam gewoon is te baden: ook is de invloed vermeld van aardbevingen en overstromingen op de orde in de klas. Hoe moeilijk zulk streven naar volledigheid is, kan wel hieruit blijken, dat in tegenstelling met de genoemde voorbeelden het bekende ventilatie-systeem van LEVOIR VAN BEMMELEN aan de aandacht is ontsnapt. Gewoonlijk komt echter bij de bespreking van onderzoekingen, toestanden en verordeningen ons land even goed aan de beurt als de overige natiën der geheele wereld. Japan deelt niet zoo heel zelden gevoelige lesjes uit.

Onder de hoofdstukken, die veel hebben gewonnen, moet ook dat over het geordend spel worden genoemd. Geen hoofdstuk trouwens, of er is wel iets aan toegevoegd; zoo zijn bijv. de bewaarscholen, over vele hoofdstukken verdeeld, in de beschouwingen opgenomen. Het meest onveranderd is de afdeeling „Infectionskrankheiten” gebleven; nieuw is daarin een hoofdstukje over de pest.

In de laatste bladzijden, die over schoolartsen handelen, leest men dat dit instituut ingang heeft gevonden in Egypte, Chili, Argentinië, Noord Amerika, Japan; verder zooals men weet in nagenoeg alle landen van Europa — in Nederland nog niet.

Aanbeveling heeft dit handboek niet noodig.

G. J. SCHOUTE.



INGEZONDEN.

NOG EENS: OVER SPOEDDILATATIE VAN DEN BAARMOEDERMOND IN DE VERLOSKUNDE.

In n^o. 18 van het tweede deel van dit *Tijdschrift*, jaarg. 1903, geeft Prof. KOUWER in een uitvoerig artikel zijn oordeel over de methode van BONNAIRE tot spoeddilatatie van den baarmoedermond, welk oordeel, steunende op eigen resultaten, die niet ongunstig zijn, niet beslist gunstig is te noemen.

Mag het eigenaardig schijnen, dat de beoordeeling van de waarde dezer methode bij verschillende verloskundigen zoozeer uiteenloopt, geheel vreemd is dit niet. Men ziet het overal in de geneeskunde, hoe de een verwerpt wat de ander aanprijst. Hierbij zijn zoovele momenten in het spel, dat het moeilijk is de diepere oorzaak van de verschillende beoordeeling op te sporen.

Het kan mijn doel niet zijn het artikel van Prof. KOUWER in zijn geheel te bespreken, noch een poging te wagen om de methode van BONNAIRE opnieuw aan te bevelen; waar de eigen gunstige resultaten van Prof. KOUWER, Z. Hooggel. niet tot een voorstander konden maken, zou mijn pogen zonder twijfel weinig kans van slagen hebben.

Slechts een enkel woord wenschte ik in het midden te brengen aangaande dat gedeelte van het betoog, dat handelt over mijne in Juni 1903 verschenen dissertatie¹⁾ en waarin mij een onjuiste becijfering wordt ten laste gelegd uit de medegedeelde gevallen.

Ik heb gepubliceerd 31 gevallen van placenta praevia in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek behandeld met bimanueele dilatatie volgens BONNAIRE en heb de volgende becijfering gemaakt.

Bij de 31 gevallen waren 2 sterfgevallen van de moeder, wat dus een mortaliteit geeft van van 6.5 pCt. Verder waren de resultaten:

18 kinderen kwamen levend ter wereld en zijn in leven gebleven.

9 kinderen kwamen levend ter wereld doch stierven in de couveuse, van één uur tot 18 dagen na de geboorte.

4 kinderen werden dood geboren. Ik berekende dus 31 gevallen met 5 doode kinderen dus een mortaliteit van 12.9 pCt.

Terstond na de becijfering plaatste ik de opmerking, dat de cijfers bij nadere beschouwing niet zoo gunstig waren, omdat het resultaat, dat een kind levend wordt geboren om direct daarop te sterven, niet als gunstig mag worden aangemerkt en trok toen deze conclusie: 18 kinderen van de 31 zijn in leven gebleven, dus de mortaliteit is 42 pCt. Ik meende er echter op te mogen wijzen, dat de levenskans van de onvoldragen kinderen toch zeker grooter was, als zij levend ter wereld kwamen en in de couveuse konden worden gelegd, dan wanneer zij, volgens de methode van BRAXTON HICKS gebruikt worden als tampon voor de moeder, want dan zijn zij zeker verloren. Het feit, dat het niet mocht gelukken ze in het leven te houden, mocht m. i. niet worden aangemerkt als een fout in de methode van BONNAIRE maar als een gebrek in de opvoeding van onvoldragen kinderen.

Ik heb ook medegedeeld de gevallen van placenta praevia uit de Utrechtsche, Leidsche en Groningsche kliniek en polikliniek. Voor de Utrechtsche gevallen vond ik:

28 gevallen met 4 doode moeders, waarvan 2 zeer zeker niet aan de methode van behandeling mochten worden toegeschreven, dus eigenlijk 26 gevallen met 2 doode moeders, wat een mortaliteitscijfer geeft van 7.6 pCt. Er waren 18 doode kinderen, dus 64.3 pCt. mortaliteit²⁾.

Op deze becijferingen nu komt Prof. KOUWER terug. Aangaande de Amsterdamsche gevallen schrijft Z. Hooggel.:

„Bij 1 van de 31 in behandeling gekomen gevallen was het kind reeds dood (n^o. XX), bij 30 kon dus de eisch gesteld worden een levend kind ter wereld te helpen. 3 kinderen werden dood geboren en 7 stierven binnen enkele uren na de geboorte”. Deze opmerking is dus een herhaling van datgene, waarop ik ook reeds gewezen had, om de Amsterdamsche balans niet te flatteeren. Prof. KOUWER deelt hier dus geen nieuws mede.

Daarna geeft Z. Hooggel. een correctie van de Utrechtsche cijfers, die ik gedeeltelijk gaarne toegeef, n.l. waar het geldt n^o. V, VI en VII van de

1) MEULEMAN, Over de behandeling van placenta praevia. *Dissertatie*. Amsterdam, 1903.

2) loc. cit. blz. 94.

klinische gevallen 1) niet echter voor geval X. Daar was het onvoldragen (7.5 maand) kind reeds dood, voordat tot de therapie kon worden overgegaan, omdat de ontsluiting te gering was. Harttonen waren te hooren, zij het onduidelijk.

Was hier het ostium gedilateerd, dan bestond ongetwijfeld de mogelijkheid dat het onvoldragen kind levend ter wereld was gekomen. Mijn conclusie is dus, dat hier het kind zijn dood juist te danken heeft aan de toegepaste therapie. Hetzelfde geldt voor geval XI; om 3 u. v.m. waren de harttonen regelmatig, om 4 u. onregelmatig, om 4.30 u. wordt versie gedaan volgens BRAXTON HICKS en om 5 u. een dood kind geëxtraheerd. Indien hier terstond methodisch gedilateerd was, zou de kans op een levend kind zeer groot zijn geweest.

Wat de poliklinische gevallen betreft, zou ik de correctie willen afwijzen voor geval III 2). Indien daar, toen 3.30 u. v.m. de assistent voor haemorrhagie werd geroepen, bij 3 c.M. ontsluiting het ostium manueel was gedilateerd en daarna versie en extractie verricht, dan zou zeer waarschijnlijk het kind levend zijn geboren, terwijl het nu 5 uur later dood ter wereld kwam.

In geval XIII waren om 5 u. n.m. harttonen van het kind reeds dubieus. Zeker reden, ten minste als men kans wilde hebben op een levende vrucht, om niet eerst 5 uur later in te grijpen, want toen was het kind natuurlijk dood. Intusschen blijkt mij uit deze geschiedenis niet duidelijk, wanneer de hulp der polikliniek was ingeroepen. Mij wagend aan een nieuwe beëijfering na deze dubbele correctie vind ik dus:

21 gevallen met 14 doode kinderen, dus 66.6 pCt. mortaliteit.

Maar er is meer. Indien Prof. KOUWER uit de Utrechtsche gevallen diegene wil elimineeren waar het kind stervend geboren werd, dan ben ik evenzeer gerechtigd dit te doen voor de gevallen uit Amsterdam, en dan kan ik zeggen, dat in geval X, XI, XVI en XXX de dood niet te vermijden is geweest, welke methode ook zou zijn toegepast en heb ik dus 26 gevallen met 6 doode kinderen, dus 13 pCt. mortaliteit.

Intusschen, elke vergelijking van cijfers en elk debat schijnt mij toe hier onvruchtbaar te zijn. Prof. KOUWER en anderen achten het nadeel van een mogelijke cervixscheur grooter dan het voordeel van een levende vrucht, passen dus de methode van BONNAIRE slechts toe bij hooge uitzondering, als ultimum refngium. „Voor een stervend kind voor een te weinig ontwikkelde vrucht mag men de vrouw niet blootstellen aan het onbetwistbaar gevaar; het doel kan slechts zijn een anders zeker verloren kinderleven te redden”. Aldus Prof. KOUWER.

Daartegenover staat een andere opvatting: het doel van de operatie bij placenta praevia de vaak levensgevaarlijke bloeding te doen ophouden, door de oorzaak weg te nemen, dus door den uterus te ontledigen, ook al beschouwt men dan het leven van het kind als bijzaak.

Prof. TREUB, MEURER en anderen zijn minder pessimistisch en beschouwen de operatie als betrekkelijk ongevaarlijk, mits voorzichtig uitgevoerd. Nadere

1) loc. cit. blz. 80. seqq.

2) loc. cit. blz. 87. seqq.

waarneming van vele gevallen zal hier moeten beslissen over het voor- of nadeel der methode, daar wij uit kleine cijfers zeer zeker geen verstrekkende conclusies mogen trekken.

Het is zaak daarbij aan de eene zijde niet toe te geven aan de lust om de methode zonder strenge indicatie toe te passen, en het verantwoordelijkheidsbesef niet alleen wakker te schudden, maar voortdurend wakker te houden; doch van den anderen kant is het eveneens zaak de gevaren op theoretische gronden niet al te hoog aan te slaan, en het doel, om een anders zeker verloren kinderleven te redden niet te gering te achten, daar wij met onze obstetrische hulp toch zeker bedoelen zoo eenigszins mogelijk te bereiken, dat de levende moeder zich verheuge in het bezit van een levend kind.

C. F. T. J. MEULEMAN.

AFSLIJPING DER TANDEN.

AAN PROF. J. ROTGANS.

WelEd. HoogGel. Heer!

Bij het lezen van uw stukje in het *Tijdschrift* van 26 December 1903, heb ik mij de vraag gesteld of gij, bij het verband dat gij zoekt tusschen afslijping der tanden en chronische maagzweer, niet gevolg voor oorzaak hebt aangezien? Het sterkst zien wij immers het afslijpingsproces bij orthognaten wier molaren op betrekkelijk vroegen leeftijd zijn verwijderd 1). Alle kracht bij het afbijten en verder verkleinen der spijsen wordt dan overgebracht op de fronttanden. Maar dat verkleinen der spijsen kan, in die gevallen, niet anders dan zeer onvolkomen geschieden wegens het ontbreken der molaren. Het gevolg blijft dan gewoonlijk niet uit: zwakke spijsvertering, chronische maagcatarrh, ulcus ventriculi. U, allerminst, zal ik de ervaring van elk tandarts in herinnering behoeven te brengen waar een kunstgebit de maagbezwaren had opgeheven.

Intusschen kan, ook al zijn alle molaren nog aanwezig en vrij van chancosis (tandcaries), de sterke afslijping zelve als oorzaak gelden van onvolledig kauwen. Gij herinnert er aan (blz. 1434) dat, hand aan hand met het proces, de *buitenste pulpalaag (odontoblastenlaag)* nieuwe dentine afzet (zoo bedoelt gij het immers?) en de pulpaholte daardoor kleiner wordt, zoodat de pulpa beschermd blijft. Dat gaat evenwel zeer dikwijls niet zoo geregeld in zijn werk. Juist in sterk afgeslepen tanden (sc. molaren) worden, ik mag niet zeggen constant, doch ontelbare keeren, vrije odonthelen in het pulpaweefsel gevonden, en deze geven vaak aanleiding tot heftige neuralgiën. Zulke tanden zijn gewoonlijk uiterst gevoelig voor applicatie van koude. Toch kan het gebeuren dat men er niet over klaagt. Vroegere ervaringen hebben den patiënt behoedzaam gemaakt en doen hem, onbewust, vermijden zijne kiezen te gebruiken. Vraagt men hem of hij zijne spijsen behoorlijk vermaalt, dan is het antwoord gewoonlijk bevestigend, doch bespuit men alle tanden afzonderlijk met koud water, dan zijn er gewoonlijk een of meer die op den prikkel der koude reageeren. Bij meer nauwkeurig onderzoek blijkt dan ook wel, dat op dat behoorlijk kauwen nog wel iets af te dingen valt.

1) Eenige gipsafgietsels van dergelijke gebitten zijn in het Museum van het Tandheelkundig Instituut der Rijks-Universiteit alhier, aanwezig.