

# INGEZONDEN.

## BEHANDELING VAN MISKRAAM IN DE ALGEMEENE PRACTIJK.

Naar aanleiding van de lezenswaardige artikelen van VAN DONGEN en KOUWER in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* over de behandeling van miskraam lijkt het mij niet ondienstig, om als arts in de gewone praktijk mijn ervaringen op dit gebied in eenige korte woorden te beschrijven en de stelregels aan te geven, die ik in een groote stad als 's-Gravenhage met zijn goede ziekenhuizen en specialisten, toepas en waarbij ik steeds zeer goede uitkomsten heb bereikt. Elke arts weet, dat in een groote praktijk en vooral in de fondspraktijk het aantal miskramen zeer veelvuldig is, en hoewel ik het aantal niet heb opgeteekend, weet ik toch wel zeker, dat het aantal miskramen, waarvoor mijn hulp is ingeroepen in de ruim 15 jaren, dat ik hier de praktijk uitoefen, zeer groot is geweest. Mijn handelwijze is steeds als volgt:

1°. Indien er weinig bloeding is en geen of geen noemenswaarde ontsluiting, dan volg ik de conservatieve methode: Rust, poeders met phenacitine en codeïne, vooral geen *secale*, *hydrastis* of *tamponnade*. Dikwijls bereik ik daarmee goede resultaten, zoodat de zwangerschap doorgaat. Wanneer er geen druppel bloed meer komt, laat ik de patiënte nog eenige dagen rusten en dan geleidelijk opstaan. Het geven van *secale* of *hydrastis*, voordat ei en placenta volkomen zijn verwijderd, leidt tot mijn innige overtuiging dikwijls tot verwikkelingen, terwijl een opiumpraeparaat, ook al wordt ten slotte de dreigende miskraam een werkelijke miskraam, een gunstige werking uitoefent op het verloop van den abortus zelf, het ei spoediger uitdrijft en verwikkelingen voorkomt.

2°. Is er ernstige bloeding met behoorlijke ontsluiting zonder koorts (gewoonlijk is bij een flinke vloeijing het ei reeds uitgestooten), dan tracht ik met den vinger de placenta en eventueele eiresten te verwijderen, hetgeen bijna altijd, soms met eenige moeite gelukt, zonder gebruik te maken van narcose, ook niet in de particuliere praktijk. Men moet er vooral opletten met de uitwendige hand de baarmoeder goed naar beneden te drukken, zoodat een goede samenwerking tusschen beide handen mogelijk is. Onnoodig te zeggen, dat aan een inwendig onderzoek een behoorlijke reiniging der handen vooraf moet gaan. Nadat alles verwijderd is, geve men *secale*. Op deze wijze heb ik een massa patiënten thuis behandeld, zonder dat later eenige verwikkeling zich voordeed.

3°. Is er *ernstige* bloeding zonder eenige ontsluiting, zoodat het onmogelijk is in te grijpen, dan tamponneer ik *niet*, doch laat de patiënte zoo spoedig mogelijk in een ziekeninrichting opnemen en laat den specialist handelen naar omstandigheden. Ik denk er niet aan om dan *secale* te geven, zooals zoo dikwijls helaas nog geschiedt. Bij menig arts is bloeding uit de baarmoeder een aanwijzing voor het toedienen van *secale*; zoo vertelde mij een specialist-gynaecoloog, dat hij een dame met baarmoederkanker had behandeld, waarbij de huisarts, *zonder onderzoek*, *secale* had toegediend. Ook in geval van *koorts* zend ik de patiënte, echter nu zonder voorafgaand *inwendig* onderzoek, naar een ziekenhuis, waar de specialist onder de meest hygiënische omstandigheden kan beoordeelen, of ingrijpen al dan niet gewenscht is.

Voor den medicus-practicus lijkt mij deze methode van handelen de beste, waarbij de patiënte in zeer veel gevallen rustig thuis kan blijven en waarbij volgens mijn ervaring het verloop van een miskraam zoo gunstig mogelijk is.

's-Gravenhage, 21 Maart 1923.

L. N. NATHANS.

## REIS VAN GENEESHEEREN NAAR DE BADPLAATSEN VAN ITALIË.

De „Ente Nazionale per le Industrie Turistiche” heeft het voornemen voor de eerste helft der maand Juni voor buitenlandsche geneesheeren een studiereis te organiseeren naar de voornaamste badplaatsen. Deze reis, welke 15 dagen duurt, begint in Piemont en zal in Napels eindigen. Een speciale trein zal ter beschikking

der geneesheeren gesteld worden, terwijl tevens voor logies in de beste hotels der te bezoeken plaatsen, zal worden zorggedragen. In elke badplaats zal een voordracht worden gehouden door een wetenschappelijke persoonlijkheid daar ter plaatse en vervolgens zullen de verschillende instellingen worden bezocht.

Geneesheeren-tolken voor de Fransche, Engelsche en Duitsche talen zullen worden toegevoegd. De reis zal door prof. dr. GUIDO RUATA worden geleid. De inschrijvingen worden gesloten, zoodra het getal van 200 artsen is bereikt. De kosten bedragen 1200 lire.

Aanvragen van Nederlandsche collega's zullen gaarne door ondergeteekende bij de „Ente Nazionale per le Industrie Turistiche” worden overgebracht.

Amsterdam,  
Maart 1923.

M. L. H. S. MENKO,  
*Geneesheer van het Consulaat van Italië,  
Rokin 147, Amsterdam.*

#### 19DE NEDERLANDSCH NATUUR- EN GENEESKUNDIG CONGRES.

Ter aanvulling van het geneeskundig programma voor het congres heeft ondergeteekende de eer mede te deelen, dat na afloop der onderafdeeling voor heelekunde de heer THEOD. WULF S. J. in het Röntgenlaboratorium van het ziekenhuis Calvariënberg een voordracht met demonstratie zal houden over een onlangs door hem vervaardigden *Jonometer*.

De titel der voordracht is: „Ein neues Instrumentarium zur Messung der Roentgenstrahlen”.

Maastricht, 24 Maart 1923.

J. W. M. INDEMANS.

#### BEHANDELING VAN ABORTUS INCOMPLETUS.

Prof. KOUWER merkt terecht op, dat zijn en mijn materiaal voor een groot gedeelte van anderen aard zijn. Het grootste gedeelte van het materiaal van prof. KOUWER betreft, „poliklinisch”, hetgeen in dit geval wil zeggen aan huis behandelde gevallen van s. v. v. verschen, d. w. z. in gang zijnden of juist plaats gehad hebbenden abortus, terwijl mijn gevallen voor het meerendeel betroffen klinisch, in een ziekenhuis behandelde miskramen, veelal van ietwat ouderen datum, soms dagen, soms weken geleden. Afgezien van het al of niet wenschelijke van de manueele behandeling waren zeer vele van mijn gevallen ten eenenmale ongeschikt voor deze behandeling, daar door de involutie van de cervix deze voor den vinger beslist ontoegankelijk was geworden. Zoo zal men vaak, de specialist meer dan de huisarts, voor gevallen komen te staan, waarin geen keus wordt gelaten tusschen digitale en instrumentale behandeling en slechts de curettage kan toegepast worden.

Prof. KOUWER tracht in zijn artikel de bezwaren, die ik heb aangevoerd tegen de manueele behandeling van den abortus incompletus, te ontzenuwen, waarin hij slechts ten deele slaagt; gelijk hij zelf toegeeft, is de pijn bij de digitale behandeling meestal aanzienlijker dan bij de curettage — een m. i. niet onbelangrijke factor — en aangezien in het artikel van prof. KOUWER zoo herhaaldelijk sprake is van het „met geduld en volharding overwinnen van den weerstand van de ontoegangelijke cervix door den tegen ostium externum en halskanaal aandringenden vinger”, kan ik de gedachte niet van mij afzetten, dat de volledigheid van het verwijderen van abortusresten uit fundus uteri en tubairhoeken noodzakelijk moet lijden onder de slechte doorgankelijkheid van het halskanaal, hetgeen ik trouwens uit ervaring weet.

Het heeft echter geen zin in herhalingen te vervallen en ik wil nog slechts enkele opmerkingen maken omtrent de twee nieuwe factoren, die prof. KOUWER in het geding tusschen digitale en instrumentale behandeling betreft.

Ten eerste zou niet al te zelden steriliteit en amenorrhoe optreden, zich rechtstreeks aansluitend aan een curettage voor miskraam. Dit schijnt wel eens voor te komen, doch het moet toch wel heel zelden zijn; mij is althans uit mijn praktijk — het aantal door mij verrichte curettages bedraagt thans ongeveer 2500 — geen