

strookje hechtpleister aan elkaar te bevestigen, gemakkelijk eenige ringen kon maken. Deze ringen komen mij voor, een goed en goedkoop hulpmiddel te zijn bij de open wondbehandeling. De kartonnen doosjes van de insulinefleschjes kunnen gebruikt worden als het chlooraethyldoosje van collega VAN DER KROON, natuurlijk rekening houdend met het verschil in afmetingen.

Utrecht, November 1929.

W. HINGST, *gemeente-arts*.

DE CLINISCHE LES VAN PROF. VAN ROOY.

Het zij mij vergund naar aanleiding van de baringsgeschiedenis eener vrouw, die prof. VAN ROOY in zijn „clinische les” in het vorige nummer van dit *Tijdschrift* beschrijft, en die als zoo vaak een lijdensgeschiedenis blijkt te zijn, een enkele opmerking te maken. De hoogleeraar stond hier voor een taak, waarvoor wij verloskundigen helaas nog altijd veel te dikwijls worden geplaatst: twee ernstig bedreigde levens te redden. Het is niet mijn bedoeling hier met prof. VAN ROOY van gedachten te wisselen over de veiligste wijze, waarop deze taak voor moeder en kind vervuld kon worden, al heb ik in ons *Tijdschrift* een vermelding van de extraperitoneale keizersnede op de wijze zooals deze door mijn leermeester KOUWER met zoo gunstig gevolg verricht wordt, en die in dit geval zeer zeker in aanmerking gekomen zou zijn, wel zeer gemist. Ik wil met dit „ingezonden stuk” meer den nadruk leggen op het noodeloze gevaar, dat deze moeder en haar kind geloopt hebben, toen snel bij een koortsende vrouw met een dreigende verscheuring der baarmoeder een kind „voorspoedig, zij het ook ten koste van veel fysieke inspanning” — en ten koste van een hersenbloeding? — door het vernauwde bekken getrokken moest worden. Een *tijdig* herkennen van deze bekkenvernauwing en het *tijdig* nemen van de juiste maatregelen had al de beschreven narigheid kunnen voorkomen. De zorgeloosheid der vrouw, die een herkenning der te verwachten moeilijkheden in de zwangerschap onmogelijk heeft gemaakt, wordt door prof. VAN ROOY terecht gelaakt, maar de zorgeloosheid der vroedvrouw, die in het begin der baring, toen alle mogelijkheden nog openstonden, de vernauwing van het bekken wel herkend en niettemin de vrouw thuis rustig twee maal 24 uur laat baren en pas hulp haalt, als de contractiering drie vingerbreedten boven den schaambreenboog gestegen is, keurt de hoogleeraar in zijn „clinische les” niet af. En in den huisarts laakt hij het alleen, dat deze zijn ingreep buiten narcose verrichtte, en niet, dat hij in een stad, waar alle hulpmiddelen der kliniek deze in ernstig levensgevaar verkeerende barende ten dienste staan, „überhaupt” getracht heeft een zoo moeilijken ingreep als een „hooge tang” bij een vernauwd bekken welhaast altijd is, in zijn eentje te verrichten.

Het wil mij voorkomen, dat in deze les aan studenten terecht gewezen is op het groote nut van een regelmatig onderzoek der zwangeren, maar dat ook vooral de aandacht der studenten gevestigd had moeten worden op het feit, dat het gevaar, waarin de vrouw door haar eigen zorgeloosheid zichzelf en haar kind noodeloos gebracht heeft, even noodeloos vergroot is eerst door de vroedvrouw, die een bekkenvernauwing en bagatelle behandelt, daarna door den huisarts door zijn, met zoo groote waarschijnlijkheid tot mislukking gedoemde extractiepogingen.

In het praeadvies, dat door mij dezen zomer voor het Gezondheidscongres werd uitgebracht over „de sociale taak van arts en vroedvrouw vóór en na de geboorte van het kind” is aangetoond, dat in ons land de kraambedsterfte en de sterfte der pasgeborenen in de laatste 25 jaar geen verandering ondergaan heeft. Daar is uiteengezet welke maatregelen m. i. genomen moeten worden om hierin verandering te brengen. De bestaande gelegenheden, waar zwangeren zich *kunnen* laten onderzoeken en goed onderwijs van aanstaande artsen en vroedvrouwen — hoe voortreffelijk dit ook zij — zijn onvoldoende gebleken.

Dr. I. A. WIJSENBEK.

Bovenstaand ingezonden stuk geeft mij aanleiding tot de volgende korte opmerkingen:

1. Men kan in één clinische les over een operatief-verloskundig geval niet de geheele operatieve verloskunde bespreken. De verschillende keizersnede-methodes

vormen op zich zelf stof te over voor meer dan één klinische les. Had ik deze te bespreken gehad, dan had ik zeker uiteengezet, waarom ik van de bijzondere methode van extra-peritoneale keizersnede, die WIJSENBEEK vermeldt, noch voor een geval als het besprokene, noch in het algemeen voor andere gevallen een voorstander ben. In ons geval kwam de methode *zeer zeker niet* in aanmerking, want zij zou te veel tijd gevorderd hebben en dat had, zoo goed als zeker, geleid tot den dood van het kind.

2. Het kind kreeg geen hersenbloeding en daarvoor behoefde ook te voren geen bijzondere vrees te bestaan, want er was bij ons onderzoek terdege op gelet, zooals ik vermeldde, dat de wanverhouding tusschen kinderschedel en bekkeningang niet groot was. Ik liet niet na ons geval aan te duiden als een uitzonderingsgeval en wees er o.a. op (blz. 5081): „Bij zulke uitzonderingsgevallen moet dan door nauwkeurig in- en uitwendig onderzoek worden nagegaan, of de wanverhouding tusschen de grootte van den kinderschedel en de ruimte in het bekken niet zoodanig is, dat het doortrekken met het instrument als onmogelijk of als te gevaarlijk moet worden beschouwd”.

3. Met critiek op of het laken van vroedvrouw of huisarts moet de kliniek-leider, die zelf onder de gunstigste verhoudingen zijn werk verrichten kan, mijns inziens, steeds uitermate sober en voorzichtig zijn. Een juist en rechtvaardig oordeel kan eerst gevormd worden, wanneer alle omstandigheden van een bepaald geval bekend zijn. En wie onzer vergist zich niet eens bijv. in zijn oordeel over de maten van een bekken, over den graad van indaling van den schedel enz.?

4. Ook ik wees er op — zij het terloops, want dit was niet *het* onderwerp der klinische les — dat voldoende gelegenheden voor zwangeren om zich te laten onderzoeken en goede geschooldheid van artsen en vroedvrouwen alleen niet toereikend zijn om ernstige verwikkelingen bij zwangerschap en baring te voorkomen. Noodig is, mijns inziens, ook en vooral — en dat bracht ik nadrukkelijk naar voren — dat de vrouwen zelf het voor hen zoo noodige vóór-onderzoek tijdig zoeken. Zij moeten van de noodzakelijkheid van dat onderzoek overtuigd worden. Zoolang dat niet bereikt wordt, zullen andere maatregelen, van welken aard ook, niet baten.

VAN ROOY.

REACTIES NA HERHAALDE INENTING.

20 Juli entte ik één mijner gezinsleden, (die in vroeger jaren meermalen met positief resultaat gevaccineerd was) tegen pokken. Er ontstond thans een onbelangrijke, aanvangsreactie met plaatselijk jeuken, maar het kwam niet tot ontwikkeling van pokpuisten of ziekteverschijnselen. 11 Augustus herhaalde ik (wederom met versche Amsterdamsche stof) de vaccinatie, zonder resultaat: ook primaire reactie en jeuk bleven achterwege.

21 October zou geënte een druk bevolkte school in Rotterdam bezichtigen, en hoewel in theorie de immuniteit van bedoelden persoon, op grond van het bovenstaande, mocht worden aangenomen, durfde ik de practijk in dit geval niet aan, en entte den 8sten October voor de derde maal in, met het volgende resultaat: „geen aanvangsreactie maar geleidelijke ontwikkeling van groote typische pokpuisten, diffuus rood gezwollen bovenarm, koorts, algemeen gevoel van ziek zijn gedurende ongeveer 4 dagen; geen gezwollen okselklieren. Dit resultaat lijkt mij alarmeerend, omdat het een gunstig-bevestigend antwoord onmogelijk zou maken, op de volgende vraag: „Mogen wij de gevaccineerden, die dezen zomer één of zelfs tweemaal gevaccineerd zijn, zonder dat het tot vorming van pokpuisten kwam, voorloopig als immuun beschouwen tegen pokken?”

Haarlem, November 1929.

A. G. W. VAN WAVEREN.

Naar aanleiding van bovenstaande mededeeling moge ik opmerken, dat de ervaringvoldoende heeft geleerd, dat ook een geringe vroege reactie een zeer krachtige beschutting verleent. Over met korte tusschenpoozen herhaalde revaccinaties