

zal voldoen? Helaas moeten wij zeggen, ja! Reeds nu doen zich n.l. merkwaardige tegenspraken in de literatuur voor. REERINK en VAN WIJK schrijven in hun boven aangehaald stuk in *The biochemical Journal*

„The minimal dose able to cure a rat of rickets in 14 days was 0.00001 mg. for the most potent sample that was tested. Of this last preparation about 50 pCt. consisted of vitamin D”.

In overeenstemming daarmee staat ook in de publicatie in de academie, dat 1 curatieve ratten-eenheid gelijk staat aan vijf-millioenste milligram van het zuivere vitamine D. Nu weten wij, dat de curatieve of genezende eenheid belangrijk grooter is dan de prophylactische ratten-eenheid, m. a. w. dat veel minder vitamine D noodig is om rhachitis bij een rat te voorkomen dan te genezen. Volgens Engelsche onderzoekers is deze verhouding 1 : 10, en zou men dus moeten verwachten, dat 0.0005  $\gamma$  per dag voldoende zou zijn om rhachitis bij een rat te voorkomen (1 gamma = een duizendste milligram).

DRIESSEN, GORTER c.s. hebben met een praeparaat gewerkt, dat volgens het PHILIPS-laboratorium 30 pCt. zuiver vitamine D bevatte. Van een dergelijk praeparaat zou men dus ongeveer drie keer zooveel nodig hebben dan van het zuivere vitamine D, m. a. w. als *curatieve* eenheid, 0.00015 mgr. (of 0.015  $\gamma$ ). De schrijvers berichten echter, dat 1 à 2 tienduizendsten mg per dag, dus ongeveer 10 keer zooveel, noodig was, voor een *prophylactische* eenheid. Hier is dus een groote en nog niet opgehelderde tegenspraak.

Hoe staat het nu met de als zoo onbetrouwbaar gekenschetste biologische ijking? Prof. GORTER zegt zelf: „wel kan de dierproef nog dienen, wanneer men ijkt met een vitamine van bekende sterkte”. Welnu, naar bekend is, heeft het Medical Research Council te London een standaardpraeparaat van vitamine D bereid, en de ratten-eenheid is thans gedefiniëerd als de werking van een tienduizendste milligram van dit praeparaat. Davitamon wordt door vergelijking met dit standaardpraeparaat geijkt en de opgave van het vitamine-gehalte in eenheden is in overeenstemming met de eenige op dit oogenblik internationaal erkende en toegepaste methode.

Prof. GORTER schrijft verder: „een andere reden om aan het physisch gecontroleerde product de voorkeur te geven is, dat slechts deze in staat stelt ongewenschte bijmengsels, die bij een niet goed uitgevoerde bestraling van ergosterine ontstaan, op te sporen. De nadeelen, die men van andere praeparaten beschreven heeft, zijn van deze wel niet te vreezen”.

Wij hopen met prof. GORTER, dat zich dergelijke schadelijke gevolgen met het nieuwe praeparaat niet zullen voordoen (deze zijn trouwens ook bij het gebruik van Davitamon *nooit* waargenomen, en bij buitenlandsche praeparaten slechts na zeer groote overdoseering). Waaruit echter de meening van prof. GORTER geput is, dat het praeparaat van PHILIPS en VAN HOUTEN, dat voor 70 pCt. uit andere stoffen dan vitamine moet bestaan, geen schadelijke bijmengsels bevat, is ons niet duidelijk, want ook hier moet de dierproef beslissen, en wij hebben van geen enkel onderzoek gelezen, waarin dit vraagstuk bestudeerd werd.

Samenvattende kunnen wij dus zeggen:

Een physische ijking van vitamine D zou groote voordeelen hebben en wanneer REERINK en VAN WIJK daartoe den weg wijzen, zullen wij hun zeer dankbaar zijn. Het bewijs, dat zij dezen weg hebben gevonden, is tot nu toe niet gepubliceerd. De beslissing daarover ligt in eerste instantie bij de proef op dieren.

Oss

M. TAUSK.

### WAT IS EEN PIJNLOOZE BARING?

In antwoord op de critische beschouwingen van collega PEETERS op bldz. 5432 van dit *Tijdschrift*, zou ik gaarne nog een en ander opmerken. Over het begrip onbewuste baring kunnen wij het wel eens zijn. Dat is een door de patiënte niet als zoodanig herkende baring; dus een baring waarbij het inzicht van barende te zijn ontbreekt. Wat is nu een pijnlooze baring? Dat lijkt ook nogal eenvoudig te be-

antwoorden, maar het stuk van collega PEETERS noopt mij te vragen: moet een baring zonder eenige gevoelssensaties plaats hebben om op deze benaming aanspraak te maken? Zoo ja, dan was mijn geval er geen. Maar dan was, in absoluten zin, het geval van collega PEETERS er ook geen, naar mijn meening. Het vrouwtje uit Weert toch observeerde zich zelf zeer slecht, meen ik te kunnen aantoonen. Zij ging naar het privaat wegens behoefte tot defaeceeren en kan niet met zekerheid opgeven of zij ontlasting gehad heeft, niettegenstaande zij daar, onbewust, het kind en de nageboorte heeft achtergelaten. Zij zegt wat water geloosd te hebben en bedoelt urine, doch dit moet vruchtwater geweest zijn. Ware het vruchtwater eerder afgeloopen, dan zou mijn bewering daarin nog sterker bewijs vinden. Daarna zit zij 2 uren te wachten zonder zelfs op te merken, dat haar buik een belangrijke volume-wijziging heeft ondergaan. Dit alles wijst, zij het dan niet op psychische minderwaardigheid, toch op een buitengewoon gering waarnemingsvermogen ook van uitwendige indrukken, een geestelijke onaandoenlijkheid naast haar fysieke hyposensitiviteit, en het verschil tusschen collega PEETERS' geval en het mijne berust dan ook m. i. hoofdzakelijk op, wat ik misschien het best kan aanduiden als: verschil in temperament. Wel wil ik aannemen, dat bij zijn patiënte de fysieke prikkels in nog mindere mate aanwezig waren, doch geheel ontbroken hebben zij toch niet. Zij noopten althans de vrouw ten slotte de uitdrijving op het privaat te bewerkstelligen. Ware de geheele baring gevoelloos geweest, de weeën hoe sterk ook, op geen enkele wijze tot het bewustzijn doorgedrongen, zooals door prof. VAN DER HOEVEN omschreven, dan ware de vrouw, die niet terzelfder tijd actieven defaecatiedrang kon hebben, niet op het privaat bevallen, doch op haar stoel of in de keuken of waar dan ook. Zij was nog geen halve minuut op het privaat geweest, luidt haar verklaring.

Mijn patiënte had geen pijn, wel een raar gevoel in den buik, dat aan ontlasting deed denken. Zij zag een bloedvlek in de pot en dacht, dat de bevalling wel eens zou kunnen beginnen. Dat zal iedere vrouw doen, die aan het eind van haar zwangerschap is, al heeft zij in het geheel geen weeën. Haar bevalling was toen echter op één wee na achter den rug en zij wist er niets van. Ook de laatste wee veroorzaakte geen pijn, slechts een abnormaal gevoel van groote ontlasting. Ik meen dan ook volkomen het recht te hebben te spreken van een echte pijnlooze, onbewuste baring. Dat ik vooral den nadruk op het onbewuste heb gelegd, vindt zijn oorzaak hierin, dat dit de hoofdfactor is in dergelijke gevallen met hun sterk forensische beteekenis. Het onbewuste moet de vrouw van schuld vrijpleiten en hoe minder de afwezigheid van pijn en andere gevoelens deze onbewustheid aannemelijk maakt, hoe moeilijker het geval strafrechtelijk te beoordeelen is. Om verschillende redenen was mijn geval dan ook, forensisch bekeken, nog belangwekkender dan dat van collega PEETERS. Als klinisch feit is het zijne belangrijker, aannemende dat de vrouw zich van geenerlei andere sensaties bewust is geweest, dan lichte stoel-drang, het loozen van eenig water en de mogelijkheid van „misschien ietwat ontlasting”.

Nog even wil ik op de, volgens collega PEETERS, magistrale regels en voorwaarden in prof. VAN DER HOEVEN'S *Pathologie van baring en puerperium* terugkomen. Prof. VAN DER HOEVEN zegt: een pijnlooze baring is een baring met pijnlooze weeën; de vrouw merkt aan niets, dat zij weeën heeft. De weeën kunnen sterk zijn, maar tot het bewustzijn dringen zij niet door. Ik wil gaarne op gezag van prof. VAN DER HOEVEN aannemen, dat het voorkomt, dat een geheel gezonde barende heelemaal niets voelt; ook zelfs niet den prikkel tot inwerkingstelling van debuikpers ondervindt. Hieraan voldeden noch het geval van collega PEETERS, noch het mijne. Doch ik kan niet begrijpen en geloof ook niet, dat prof. VAN DER HOEVEN deze onlogische eisch zou stellen, alvorens te spreken van pijnlooze baring. En spreekt naar analogie hiervan collega PEETERS eerst dan van een pijnlooze mictie, wanneer alle gevoel van urineloozing ontbreekt zooals bij een incontinenten paralyselijder? Ongetwijfeld niet.

Van mijn twee beschreven gevallen was no. 1 pijnloos, no. 2 zeer pijnlijk, beide onbewust, vandaar dat ik mijn opstel betitelde: nieuwe bijdrage tot de casuïstiek