

## INGEZONDEN.

*De redactie behoudt zich voor ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.*

### HET VERSCHIJNSEL VAN TRENDELENBURG.

In het vorige nummer van dit *Tijdschrift* schrijft dr. THOMASSEN, dat bij het onderzoek volgens TRENDELENBURG het zwaartepunt van den romp mediaal van het heupgewricht van het steunende been moet blijven. Dit is volkomen juist, als men hiervoor zegt: het zwaartepunt van den romp en het opgeheven been tezamen. Onjuist is echter de bewering van collega THOMASSEN, dat ik ten onrechte onder mijn afbeelding van het meisje met de pandakplastiek van de heup gezet heb, dat het symptoom van TRENDELENBURG verdwenen is.

Volgens LORENZ is het symptoom van TRENDELENBURG, dat bij het staan op het zieke been, het bekken aan de gezonde zijde naar beneden zakt. Men kan op de afbeelding bij mijn voordracht duidelijk zien, dat bij het staan op het geopereerde been, de andere bekkenhelft wordt opgetrokken. Nu weet ieder, dat, naarmate de abductoren van het bovenbeen zwakker zijn, de patiënt het lichaam meer naar de zieke zijde laat overhellen, om aldus het zwaartepunt te verplaatsen. Echter is op mijn afbeelding duidelijk te zien, dat de geringe verplaatsing van het zwaartepunt der massa, welke het standbeen te dragen heeft (dat is van den romp met het geheven been tezamen) dit zwaartepunt zeker niet boven het heupgewricht van het standbeen heeft gebracht.

De door dr. THOMASSEN aangehaalde „antalgie” van CALVÉ is mij niet bekend, maar ik meen met het bovenstaande de bezwaren van dr. THOMASSEN te hebben weerlegd.

Rotterdam, Januari 1936.

J. VAN ASSEN JZD.

### HET VOORKOMEN VAN HET UITZAKKEN VAN DE NAVELSTRENG.

Naar aanleiding van de casuïstische mededeeling van collega SCHOUSTRA in No. 1, jaargang 1936 van dit *Tijdschrift*, zou ik, op grond van mijn ervaring in voorkomende gevallen van dien aard, een andere handelwijze willen aanbevelen, waarbij de moeilijkheden en gevaren bij deze bevalling misschien kunnen worden voorkomen, althans veel verminderd.

Bij het uitwendige onderzoek was reeds gevonden, dat de harttonen van het kind goed waren, de schedel ballotteerend boven den bekkeningang stond en er geen abnormale verhouding tusschen schedel en bekken bestond.

Toen nu, bij het tweede inwendige onderzoek vrijwel volkomen ontsluiting gevonden werd, was er, dunkt mij, indicatie om met de heele hand in te gaan, de vliezen te breken, terwijl met de vuist zoo noodig met den onderarm de vagina wordt afgesloten, zoodat men het vruchtwater langzaam kan laten afloopen.

De uitwendige hand kan het hoofd op den bekkeningang fixeeren, misschien in het bekken drukken, terwijl inwendig gecontroleerd wordt, hoe de stand van het hoofd is. Daalt het hoofd in goeden stand in het bekken, dan kan zonder gevaar de bevalling aan de natuur worden overgelaten.

Bij het langzaam afloopen van het vruchtwater wordt de navelstreng niet zoo gemakkelijk meegevoerd, mocht dit onverhoopt toch gebeuren, dan wordt dit door de inwendige hand gevoeld, en kan een versie met eventueel aansluitende extractie veel gemakkelijker worden uitgevoerd, daar het vruchtwater slechts voor een deel is afgeloopen.

Op deze manier heb ik enkele malen, naar ik meen, uitzakken van de navelstreng voorkomen, het risico voor moeder en kind is veel geringer, daar er geen haastig ingrijpen noodig is en de kans op fouten tegen de steriliteit veel minder.

Druten, Januari 1936.

J. J. M. THUIS.