

en antistine-ampullen een 5 pCt. oplossing. Bovengenoemde verschijnselen ontstaan echter reeds bij veel sterkere verdunningen. Zo vond ik reeds een macroscopisch zichtbare corneatroebeling bij een concentratie van $\frac{1}{2}$ -1 pro mille en een sensibiliteitsvermindering der cornea bij een concentratie van $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ pro mille. Microscopisch is de cornea-epitheelatroebeling bij nog sterkere verdunningen waar te nemen.

Alhoewel alle genoemde verschijnselen in enkele dagen volledig verdwijnen, maken zij toch het gebruik van antallergan en antistine in druppelvorm lokaal ongewenst, dit te meer, omdat in de tijd van de troebeling en anaesthesie het epitheel van cornea en conjunctiva buitengewoon kwetsbaar is.

Moge deze mededeling de huisartsen en specialisten een vingerwijzing zijn de anti-histaminepraeparaten niet te lichtvaardig voor te schrijven, ook niet voor gebruik per os. Het is immers niet onwaarschijnlijk dat deze geneesmiddelen op de slijmvliezen van het maagdarmkanaal en longen een soortgelijke werking uitoefenen als op de slijmvliezen van het oog.

Heerlen, Januari 1948

A. A. J. J. VAN DER EERDEN

DE BEHANDELING VAN HET NAGEBOORTETIJDPERK

De techniek, om de placenta enkele minuten na de geboorte van het kind actief te doen geboren worden, is in Amerika ontwikkeld. Het is daarom van belang te wijzen op enige verschilpunten, die er bestaan tussen de verloskunde hier en ginds. De lezing van een artikel „Placental stage and postpartum hemorrhage” 1) is hiervoor doelmatig, een stuk, afkomstig uit de Universiteitscliniek van Chicago, waarin statistieken uit vooraanstaande Amerikaanse klinieken zijn verwerkt. Ik beperk mij tot een paar punten:

- 1e. Alle patiënten bevallen in Amerika in een kliniek.
- 2e. Alle patiënten krijgen een volledige narcose. Hoe deze genarcotiseerde vrouwen, bij wie het actieve meepersens dus wegvalt, verlost worden, wordt niet meegedeeld; wel staat in het stuk, dat deze bevallingen van genarcotiseerde patiënten niet normaal zijn te noemen; gesproken wordt van vaginale verlossingen, zulks waarschijnlijk in tegenstelling tot abdominale verlossingen. Men kan er verzekerd van zijn, dat veel kunsthulp is aangewend (handgreep van KRISTELLER, SCHUCHARD-snede, tang).
- 3e. Bij al deze genarcotiseerde patiënten wacht men op het teken van CALKINS (persistence of globular uterus) en door een bepaalde techniek (volgens PASTORE) wordt de placenta verwijderd, hetgeen in 95 pCt. binnen 7 minuten gelukt.
- 4e. Men gaat zeer snel over tot manuele verwijdering, na één uur, doch dikwijls al na een kwartier ook als er geen bloeding is, ook al voor teaching purposes.
- 5e. Elke patiënt krijgt intraveneus 2/10 mg ergotrate of pituitrine, meestal vlak voor de geboorte van het kind. Zo zou ik kunnen voortgaan.

Wat zijn nu de resultaten? 30 pCt. van de vrouwen, die in Amerika in het kraambed overlijden, sterven aan verbloeding in het nageboortetijdperk (cijfers uit 1944/45). Ondanks alle voor zorgen had men bij het laatste onderzoek (ruim 6000 gevallen) nog 2 tot $2\frac{1}{2}$ pCt. haemorrhagieën (waarbij 500 cm³ bloed wordt verloren), min of meer constant ook in andere klinieken gevonden, daarenboven nog enige doden. De conclusies zijn belangrijk.

Niet de snelle verwijdering van de placenta wordt het belangrijkste geacht (binnen 5 min.), noch de intraveneuze injecties, doch het inacht nemen van de zg. techniek van DAVIS, d.w.z., dat na de geboorte van het hoofd, de voorste schouder of achterste schouder een pauze in acht wordt genomen van een halve minuut, terwijl een zuster intraveneus ergotrate of pituitrine inspuit.

1) *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Sept. No. 3, 1947.

Men rekent, dat voor de ontwikkeling van het gehele kind $4\frac{1}{2}$ minuut nodig is. De uterusspier krijgt dan gelegenheid zich samen te trekken en kan actief mee helpen de vrucht uitdrijven, waardoor er minder kans is op bloeding ex vacuo; deze techniek wordt als de belangrijkste aanwinst beschouwd voor de behandeling der placentaire periode.

Het is wel aardig hierbij op te merken, dat VAN ROOIJ tegen de studenten placht te zeggen als het hoofd geboren was: „rustig maar, tijd genoeg, voel even of er een omstrengeling is, dan kun je die op je gemak opheffen”. Intra-veneuze inspuitingen werden echter niet gegeven.

Nog een belangrijk punt wil ik aanroeren, de zg. late haemorrhagieën, bloedingen welke ontstaan 5 tot 20 dagen post partum; bij ons zijn deze zeer zeldzaam. Deze gevallen neigen snel tot infectie; hoewel zelden placenta-weefsel wordt gevonden (meer gethromboseerde vaten) worden deze gevallen met curettage behandeld. Men wijdt hieraan veel aandacht; ik heb de indruk, dat men nog niet er mede klaar is.

Hoe geheel anders gaat het bij ons toe. De meeste vrouwen bevallen thuis, hoewel de zucht in een kliniek te bevallen toeneemt, ook al om sociale redenen.

Narcose wordt alleen bij kunstverlossingen gegeven, waartoe men slechts in streng aangewezen gevallen overgaat. Overigens staat men hier op het standpunt, de vrouwen met een normaal of niet al te nauw bekken aan de natuurlijke krachten over te laten, die het meestal ook klaar spelen, en men legt hier het grootste gewicht op de prophylaxis (ligging, bekken, nephrosis, ziekten).

Hoe zijn (althans waren) de resultaten bij ons?

In 1934 stak de Royal Society of Obstetricians and Gynaecologists de Noordzee over, om de verloskundige methodes in Nederland te bestuderen; zij bezochten Amsterdam, Utrecht en ik meen ook Heerlen. De reden, dat Nederland uitverkoren was, bestond hierin dat de Nederlandse statistieken, zowel wat de moeder als het kind betreft, de beste ter wereld waren, zoals ik toen voor het eerst hoorde. Dit was bereikt door de geschetste handelwijze, waarbij voor de placentaire periode (30 pCt. der doden in Amerika) de raad van KOUWER en TREUB werd opgevolgd. Naar mijn overtuiging is er derhalve alle reden om deze methodes in ere te houden en niet voor uitheemse met slechtere uitkomsten te verwisselen. Met name het willen invoeren van een methode, uitgewerkt bij genarcotiseerde patiënten, bij vrouwen die geen narcose krijgen, lijkt mij af te keuren. Ten slotte mogen de voorstanders van de verwijdering der placenta „zodra deze los ligt” wel bedenken, dat het volstrekt niet zeker is, dat er dan geen hindernissen meer bestaan, in de vorm van regionale uterus-spijcontractie (placenta enkysté, waarvan de beschrijving al tot PINARD teruggaat), die dikwijls na rustig wachten vanzelf verdwijnen.

Helaas nam ik kort geleden een verbloedingsdood waar. De vrouw was om 6 uur van een kind, 13 pond zwaar, bevallen; de huisarts spoot ermetrine in. Om 7 uur werd ik gewaarschuwd, tegelijk met de G.G. en G.D. en bereikte het opgegeven adres om half 8; ik vond de patiënte toen bewusteloos, zonder pols; zij had enorm gebloed, zoals in het vertrek was te zien. Op dit ogenblik bloedde ze weinig meer; ik spoot een half cm^3 orasthine intraveneus (met mocite) in, waarna de uterus zich keihard samentrok; pas toen hoorde ik, dat de placenta niet geboren was, de huisarts had de placenta voor het stijf gecontraheerde ostium voelen liggen, doch niet kunnen verwijderen. Ook ik heb het nog geprobeerd; ik kon echter niet binnendringen. Ik had een stuk placenta in de hand; had ik er aangetrokken, dan zou ik, naar mijn overtuiging, slechts een brok verwijderd hebben. Tijd om lege artis (dus in narcose) een manuele placentaverwijdering te doen, bestond er niet; 10 minuten na mijn komst overleed de vrouw, nog steeds met de placenta bij zich. De G.G. en G.D. die spoedig na mij was gekomen, kon slechts een dode vervoeren.

Dit is mijn enige ervaring met ermetrine, dat ik nooit inspuit voor de geboorte der placenta. In noodgevallen met hevige bloeding, heb ik dikwijls met succes

$1/2$ cm³ orasthine intraveneus ingespoten, ook als de placenta niet was geboren en ik heb hiermede nooit* moeite gehad. Het voorschrift luidt een $1/2$ cm³ orasthine intraveneus en de rest (men heeft meestal ampullen van één cm³) intramusculair. Ik beschouw deze handelwijze als een grote therapeutische aanwinst bij plotselinge, gevaarlijke bloedingen. Na enige seconden is de baarmoeder keihard, ter navelhoogte voelbaar en houdt de bloeding op, terwijl de placenta zich zonder moeite door middel van de handgreep van CREDÉ laat verwijderen.

In mijn stukje van 14 September 1947 sloop een drukfout. De aandachtige lezer zal hebben opgemerkt, dat het dieet, dat bij een patiënt met M. ADDISON een crisis kan opwekken (met lozen van water en zout), Na-ion-arm en K-ionrijk is (volgens CUTLER). Met vitamine K heeft dit dieet niets te maken.

Amsterdam, 26 Januari 1948

R. SCHUURMANS

DE BEHANDELING VAN HET NAGEBOORTETIJDPERK

Maandag 6 Oct. 1947 stond ik voor dezelfde moeilijkheid als coll. GERRITSMa beschrijft in het *N.T.v.G.* van 17 Januari 1948 blz. 219. Maar ik koos een andere oplossing.

Het kind werd geboren om 11 uur 15, waarna onmiddellijk een ermetrine-inspuiting werd gegeven. De placenta kwam niet, de handgreep van CREDÉ had geen resultaat. De baarmoeder was gecontraheerd, er was geen spoor van bloeding. Diagnose: vermoedelijk wordt de placenta vastgehouden door contractie van de uterus, waarschijnlijk door het ermetrine. Therapie: afwachten tot het ermetrine is uitgewerkt. Om 14 uur 15 werd de placenta spontaan geboren. Het kraambed verliep ongestoord. Drie uur wachten op een drukke Maandagochtend is niet aangenaam, maar geduld behoort nu eenmaal bij de verloskonde.

Dit is de eerste keer na een gebruik van vele jaren, dat het ermetrine mij een moeilijkheid bezorgde, aangenomen dat hier het ermetrine de schuldige was, wat lang niet zeker is. Ook zonder ermetrine komt somtijds de placenta niet, mislukt de handgreep van CREDÉ, en moeten wij of lang wachten of de placenta manueel verwijderen, om van manueel verwijderen van de moederkoek tijdens een hevige bloeding nog maar niet te spreken!

Wageningen, 29 Januari 1948

C. P. BURGER

DE BETEKENIS VAN ISO- EN AUTO-IMMUNISATIE VOOR DE PATHOLOGIE

De gedachte, welke spreekt uit het artikel van coll. DE KROMME en VAN DER SPEK 1) om verband te leggen tussen een iso- en auto-immunisatie van de vrouw en het ontstaan van congenitale afwijkingen bij het kind, is mij als het ware uit het hart gegrepen.

Mocht echter inderdaad een bloed-antagonisme tussen man en vrouw een aetiologisch verband hebben met het ontstaan van congenitale afwijkingen, dan zullen wij zeker niet verder mogen gaan dan te veronderstellen, dat hierin een der oorzaken voor een aangeboren afwijking schuilt. Naar mijn mening zal dus alleen de bewerking van een groot materiaal enige overtuigende waarde hebben.

In verband hiermede zou ik gaarne een waarneming willen vermelden, die gedaan werd gedurende een onderzoek over het jonge chorion, dat verricht wordt onder leiding van prof. dr. H. T. DEELMAN. Het trof ons hierbij, dat soms het samengaan kon worden vastgesteld tussen het immatuur blijven of worden van het chorion en een bloedantagonisme tussen man en vrouw. Ter staving hiervan enkele voorbeelden. Ook in deze gevallen was coll. J. J. VAN LOGHEM Jr. zo vriendelijk het serologische onderzoek te verrichten, nadat wij het ver-

1) Zie *N. T. v. G.*, 92, I bl. 325, 1948.