

het onderzoek door middel van de maagballon („gastric balloon”). Wel blijft het onderzoek heel moeilijk en is ervaring een eerste vereiste. Van de 154 patiënten die met de maagballon werden onderzocht, hadden 32 maagkanker. Van deze 32 werd door cytologisch onderzoek 24 maal een positieve diagnose („klasse IV of V”) gesteld, 6 maal werd het vermoeden van „klasse III” uitgesproken, 2 maal gaf het onderzoek ten onrechte een negatief resultaat, 1 maal ten onrechte een positief resultaat. Deze lezing werd opgeluisterd door het vertonen van een sprekende kleurenfilm over techniek en gebruik van de maagballon.

Dr. EMERSON DAY (Memorial Cancer Center New York) sprak over de waarde van de cytologische techniek bij het routine-onderzoek op kanker van uterus en longen.

In deze belangwekkende rede werd het verschil tussen cytologie en biopsie behandeld.

Ik kan niet nalaten te overwegen in hoeverre het op dit symposium besprokene van belang is voor Nederland. Het komt mij namelijk voor, dat de waarde van het cytologische onderzoek niet voldoende bij onze collegae bekend is. Om dit onderzoek echter op bevredigende wijze uit te voeren is het noodzakelijk over geoefende artsen en laboranten te beschikken. Het onderzoek moet in speciale cytologische laboratoria worden verricht. Bovendien is het noodzakelijk tijdens de opleiding van artsen aandacht aan de cytologie te wijden.

Met EMERSON DAY wil ik eindigen met de woorden: „A plea for full co-operation between cytologist, pathologist and clinician as the only means of achieving maximum effectiveness in early diagnosis and cancer control”.

*Literatuur:* <sup>1</sup>*Cancer* (1949) 9, no. 6.

New York, November 1951

A. H. BRUINSMA

## INGEZONDEN

*Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten*

### HET AFBREKEN VAN TE LANG DURENDE ZWANGERSCHAP

In het antwoord op de vraag over bovengenoemd onderwerp<sup>1</sup> wordt aangeraden bij een zwangerschap van meer dan 36 weken, indien er 2 uur na het breken der vliezen geen weeën waren, de bevalling kunstmatig op gang te brengen. Als motivering van deze actieve therapie werd opgegeven, het voorkómen van droge arbeid, en het vermijden van het risico van keizersnede, welke nodig wordt indien het niet gelukt de partus op gang te brengen.

De zeer geringe risico's, verbonden aan droge arbeid, wegen mijns inziens niet op tegen de mogelijkheid, dat men tot sectio caesarea zal moeten overgaan, met de gevaren, die daaraan verbonden blijven. Daarbij komt, dat het dikwijls uiterst moeilijk is met zekerheid vast te stellen of het afgelopen vruchtwater-geen „voorwater” is geweest en er dus nog voldoende vruchtwater is. Met rustig afwachten ben ik in de praktijk steeds goed uitgekomen en ik heb nooit enige complicatie hiervan gezien. Dit was trouwens ook de mening van enkele collegae met een zéér grote gynaecologische ervaring, die ik hierover sprak.

<sup>1</sup>Vraag 3 *N.T.V.G.* (1952) 96, 95.

Uden, 15 Januari 1952

W. J. SCHAAB

Terecht wordt in het antwoord op vraag 3 vermeld, dat de juiste duur van de zwangerschap alleen bekend is, wanneer de begin- en de einddatum vaststaan. Zal de laatste weinig moeilijkheden opleveren, de datum van de conceptie echter des te meer. Bij berekeningen welke uitgaan van de eerste dag van de laatste menstruatie, zijn vergissingen schering en inslag. Dat de geregelde bepaling van de grootte van het kind een betrouwbaarder uitkomst zou geven, lijkt mij zeer twijfelachtig.

Het lijkt mij voorshands niet bewezen, dat serotiniteit op zichzelf oorzaak is van verhoogde praenatale sterfte. Men krijgt eerder de indruk, dat de ingestelde behandeling hiervoor aansprakelijk is. Het is ook niet goed te begrijpen, dat een vrouw, die langer dan de „gemiddelde” duur draagt, abnormaler zou zijn dan haar zuster, die zich strict aan de statistische abstractie van het gemiddelde houdt. Niemand toch kan vertellen, hoe lang *deze* vrouw *dit* kind in *deze* zwangerschap zal hebben te dragen. Een ieder, die niet gewend is, op deze indicatie bevallingen in te leiden, kent toch vrouwen die enkele weken te lang dragen en dan zeer vlot bevallen.

Wel is het verstandig, om wanneer de vrouw 14 dagen „over tijd” is, een glyucose-belastingcurve te laten maken, om een beginnende (beter: lichte) diabetes uit te sluiten.

Ik zou dus willen stellen, dat serotiniteit alleen een aanwijzing is om een bloedsuikercurve te laten maken. Een tijdsindicatie, gebaseerd op nogal wankelende statistieken, lijkt mij alleen maar geschikt om het toch al zo ernstige misbruik van piton, compositrine en zo voort, nog verder te vergroten.

Wat het tweede gedeelte van de vraag betreft: een droge arbeid bij het voortijdig breken van de vliezen *voorkomt* men niet, hij *is* er al. Het wordt dus voor moeder en kind een moeilijke bevalling, die beter in de kliniek kan plaats vinden. Prophylactische penicillinetoediening en weinig inwendig onderzoek (bij voorkeur rectaal) zijn zeker aan te bevelen. Of bij gebroken vliezen een partus praematurus met progesteron is tegen te houden, is vooralsnog een onbeantwoorde vraag.

*Literatuur:* Zie onder andere K. SOLTH en H. AUREL MÜLLER (1949) *Arch. Gyn.* **176**, 503.

Delft, 14 Januari 1952

J. H. F. BAARS

De onder dit hoofd gestelde vragen hebben betrekking op in theoretisch en praktisch opzicht zeer belangrijke verloskundige problemen die m.i. niet afgedaan hadden mogen worden met een behandelingsschema dat misschien wel in enkele klinieken zal worden gevolgd, maar toch allerminst als een algemeen aanvaarde handelwijze mag gelden.

Zeker is, dat de intra-uterine sterfte het geringst is bij kinderen die geboren worden tussen de 38e en 42e zwangerschapsweek en dat de sterfte-kans groter wordt wanneer de zwangerschap langer duurt. Maar hieruit volgt nog niet, dat wij daarom de baring moeten gaan inleiden na de 42e week. Men zou met evenveel recht kunnen beweren dat wij, wanneer eenmaal gebleken is, dat mensen die langer zijn dan 220 cm, een kortere levensduur hebben dan normale mensen, deze lieden wat kleiner moeten proberen te maken om hun levensduur te verlengen. Ook bij een abnormaal lange zwangerschapsduur is het heel goed mogelijk dat het door de Redactie aanbevolen middel erger zou blijken dan de kwaal. Niet alleen talloze oudere publicaties, ook zeer recente leveren sterke argumenten tegen het stelselmatig inleiden van de baring bij het overschrijden van een bepaalde tijdslimiet<sup>1-3</sup>.

Ook het tweede advies, om 2 uur na het spontaan breken der vliezen de baring verder op gang te brengen en, wanneer dit niet lukt, aan sectio caesarea te gaan denken (waarom dan ook niet ronduit gezegd: doen), is voor discussie vatbaar en zeker niet een met overtuigende argumenten te staven handelwijze. Dat het niet noodzakelijk is aldus te handelen blijkt al uit de toevoeging dat men, wanneer dit voor de 36e week gebeurt, de baring moet trachten tegen te gaan, eventueel met progesteron.

Het verdedigen van een conservatieve houding op dogmatische gronden is vanzelfsprekend onjuist, maar het aanbevelen van een actieve houding zonder daarvoor onomstotelijke argumenten en ervaringsfeiten aan te voeren is erger.

*Literatuur:* <sup>1</sup>S. KOLONJA en W. I. SCHREINER (1951) *Wien. klin. Wschr.* **63**, 321. <sup>2</sup>BØE FINN *Acta Obst. Gyn. Scand.* **30**, Suppl. I. <sup>3</sup>NÖLLE (1950) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* **10**, 426.

Amsterdam, 25 Januari 1952

G. J. KLOOSTERMAN

Met enige verbazing las ik het antwoord van de Redactie op vraag 3. Is dit tegenwoordig het conservatieve Nederlandse standpunt?

Is het overbodig geworden om de diagnose: „overdragen zwangerschap” altijd een beetje te wantrouwen, zoals prof. DE SNOO ons leerde? De datum van de laatste menstruatie is onbetrouwbaar, maar is onze schatting van de duur der zwangerschap op een week nauwkeurig? Hoe gemakkelijk kunnen ongeduld van patiënte en arts hierop invloed uitoefenen? Als de datum van de conceptie bekend is, is het dan niet het eenvoudigst van de laatste menstruatie af voor de conceptie te rekenen?

Zijn er aan het op gang brengen van een baring geen andere nadelen verbonden dan de genoemde, zelden verrichte keizersnede? Is het overbodig te wijzen op het grotere infectiegevaar van het inwendig onderzoek bij gebroken vliezen? (de vrager spreekt over een gesloten portio). Kan men heus niet beter een paar uur langer afwachten (als er tenminste *niet* inwendig onderzocht is) dan een 36 weeks-kind aan de onberekenbare weeën van een partus arte praematurus bloot te stellen?

Wat kan men van progestine verwachten in de tweede helft van de zwangerschap? Waarom is hier niet de absolute rust genoemd, eventueel ondersteund door sedativa?

Groningen, 1 Februari 1952

D. E. MAAS

Het was te verwachten, dat het antwoord op vraag No. 3 reacties zou uitlokken. Als men aanneemt, dat er geen serotiniteit bestaat, behoeft men ook geen therapie in te stellen. Is