

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 tijdslimiet¹⁻³.

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: ¹S. KOLONJA en W. I. SCHREINER (1951) *Wien. klin. Wschr.* **63**, 321. ²BØE FINN *Acta Obst. Gyn. Scand.* **30**, Suppl. I. ³NÖLLE (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