

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

men van mening, dat de zwangerschap wel abnormaal lang kan duren, dat de intra-uterine sterfte duidelijk toeneemt als de bevalling langer dan 3 weken op zich laat wachten en dat ook tijdens de bevalling overdragen kinderen een grotere sterftkans hebben, kan men proberen die kindersterfte te voorkomen en trachten de baring vóór de noodlottige datum te laten beginnen. Men zal daarvoor de methode moeten kiezen, die het minste risico voor moeder en kind heeft. De meeste statistieken, die hierover bestaan, zijn onduidelijk, onvolledig en niet met elkaar vergelijkbaar. Dit geldt ook voor die van de schrijvers, door collega KLOOSTERMAN vermeld. Daarom moet men zijn therapie voorlopig gronden op ervaringsfeiten.

Hoe men moet handelen als de vliezen breken en er geen weeën komen, hangt af van de al of niet bestaande vrees voor droge arbeid. Natuurlijk dient men zeker te zijn van de diagnose „afgelopen vruchtwater”, voordat men tot behandeling overgaat. Als de zwangerschap nog geen 36 weken oud is, zal men ter wille van het kind trachten de baring tegen te houden. Wij menen, dat dit inderdaad mogelijk is.

Een enkel woord over de vergelijking van collega KLOOSTERMAN. Als het zou blijken, dat mensen langer dan 220 cm een kortere levensduur hebben dan normale mensen, waarom zou men dan niet mogen trachten deze lieden de fatale lengte niet te doen bereiken?

REDACTIE

HET AANDEEL VAN NEDERLAND IN DE VOORUITGANG DER GENEESKUNDIGE WETENSCHAP VAN 1950 TOT 1950. TROPISCHE GENEESKUNDE.

In dit artikel¹ staat op blz. 3818: de eigenaardige lymfhekliefilariasis met zeer hoge eosinophilie maar zonder microfilaria in het bloed (waarschijnlijk een aanzienlijk deel der zo genaamde tropische eosinophilie) waarvan MEYERS, KOUWENAAR en GOSLINGS een dertigtal gevallen konden vinden, werd later ook door HARTZ in Curaçao ontdekt.

Ik stel er prijs op te verklaren, dat dit onderzoek in samenwerking met A. VAN DER SAR werd verricht en dat zijn aandeel zeker niet minder belangrijk is geweest dan het mijne.

¹W. KOUWENAAR (1951) *N.T.v.G.* 95, 3814.

San Cristobal/Venezuela, 28 Jan. 1952

PH. H. HARTZ

LADDERSPASMEN VAN DE SLOKDARM

Collega P. VAN EECKHOUTTE schrijft in zijn artikel: „aan het beschreven röntgenologische beeld geeft VERVLOET de naam van „oesophagismus””. Het zij mij vergund hierbij op te merken, dat de naam oesophagismus niet op het röntgenologische beeld kan passen, maar wel op het klinische beeld. Het is door mij ook niet in die vorm gezegd.

De oesophagismus of oesophagospasmus kan van functionele of organische oorzaken afhangen. Inderdaad had mijn patiënt behalve een oesophagoscopisch vastgestelde chronische oesophagitis een zeer sterke dysphagie, welke eer slechter dan beter wordt, ook nu na ongeveer achttien jaren. Het röntgenologische beeld geleek in 1936 zeer veel op fig. 1 uit het artikel van collega VAN EECKHOUTTE. Een onlangs gemaakte photo toont een algehele lichte dilatatie; aan het onderste einde maakt de slokdarm een scherpe bocht naar links. Oesophagoscopisch is op deze plaats een ulcuslitteken te zien. Het röntgenbeeld laat zich bij nauwkeurige beschouwing wel van dat bij „cardiospasmus” onderscheiden, hoewel het er enigmate aan doet denken.

Literatuur: ¹P. VAN EECKHOUTTE (1952) *N.T.v.G.* 96, 89.

C. G. VERVLOET

BERICHTEN

★ BUITENLAND

ENGELAND. — EEN SOCIALE STEEKPROEF. *Patterns of Marriage* is de titel van een studie betreffende het huwelijksleven van tot de stadsbevolking behorende arbeiders. Het materiaal was ongunstig gekozen: 100 neurotische en 100 lichamelijk zieke soldaten (1943). „Its revelation of the drabness of pre-war working class life and monotony at home, or toleration of disorder and despair, makes it a social document of importance” (*Brit. med. J.*, 12 Januari 1952, bl. 91).

RUSLAND. — „MOEDER WORDEN ZONDER VREES”. READ's pleidooi voor de physiologische bevalling heeft ook in Rusland belangstelling gewekt. Men spreekt er van psychoprophylaxe en knoopt aan bij de voorwaardelijke reflexen bij PAVLOV (*Sem. méd.*, 1952, bl. 13).