

de gezondheidstoestand in het algemeen van de arbeiders; maar de ziekte-cijfers voor tuberculose ondervonden van slechte fabriekshygiëne geen noemenswaardige invloed, waren uitsluitend afhankelijk van de aanwezigheid van chronische bacillenuitscheiders.

*Literatuur:* <sup>1</sup>ALICE STEWART (1952) *Proc. R. Soc. Med.* **45**, 14.

M. M. HILFMAN

## INGEZONDEN

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



### BESCHOUWINGEN OVER DE OBSTETRISCHE MOEDERSTERFTE GEDURENDE DE JAREN 1941-1949

Dr. ROTTINGHUIS<sup>1</sup> en OP DE BEECK nemen mijns inziens ten onrechte in hun beschouwingen over obstetrische moedersterfte gedurende de jaren 1941 tot 1949 een statistiek van Nederlandse vroedvrouwen over het jaar 1946 op. Dit is immers een bijzonder jaar geweest, waarin de vroedvrouwen zo veel te doen kregen, dat zij maandenlang ten hoogste 4 uur slaap per etmaal konden genieten en dus onvoldoende aandacht aan elke patiënte afzonderlijk konden besteden. Ook letten wij niet meer zo scherp op intoxicaties omdat die in de oorlogsjaren zo weinig waren voorgekomen.

Tenslotte werd ook de statistiek van vroedvrouwen nog wel eens slechter door secundaire gevallen. Mijn eerste patiënte met eclampsie had zich, toen zij 4-5 maanden zwanger was, in een kliniek voor opnemng gemeld. Zij moest, als de zwangerschap 7 maanden oud was, voor het eerste onderzoek komen. Ik werd bij haar geroepen, toen zij 6 maanden zwanger was en reeds in het pra-eclamptische stadium verkeerde. Deze patiënte werd, zoals vanzelf spreekt, met spoed opgenomen.

<sup>1</sup>H. ROTTINGHUIS en F. OP DE BEECK (1951) *N.T.v.G.* **95**, 3823.

Amsterdam, 17 Januari 1952

M. A. E. EPKER

Dat wij de cijfers van de frequentie en de letaliteit van de eclampsie uit het jaar 1946 namen, is geen toevalligheid, doch berust op het feit, dat uit een gehouden enquête de getallen over de frequentie slechts van dit jaar nauwkeurig bekend zijn. Naar onze mening maakten wij hiermede geen belangrijke fout, daar de cijfers van het Rijk voor letaliteit aan eclampsie, namelijk 4 per 10.000, over vele jaren, óók vóór de oorlog, nagenoeg constant waren. Wat de letaliteit betreft, hadden wij met hetzelfde resultaat een ander jaar kunnen nemen.

Dat door lagere frequentie de aandacht voor de toxicose verzwakt zou zijn bij de praenatale zorg, lijkt mij geen verklaring voor een eventuele toeneming van eclampsie in latere jaren. De praenatale zorg dient voor een belangrijk deel om gevallen van toxicose op het spoor te komen. Bij goede contróle zal men ze niet over het hoofd kunnen en mogen zien.

Dat een ieder abusievelijk wel eens een zo genaamde fout van een ander op zijn (haar) rekening geplaatst krijgt, zoals in het voorbeeld van mejuffrouw EPKER wordt genoemd, is niet te ontkennen, doch het zal een hoge uitzondering zijn.

H. ROTTINGHUIS en F. OP DE BEECK

In bovengenoemd artikel over obstetrische moedersterfte hebben mij enige beperkingen van de statistische methode getroffen: zelfs in deze grote serie is het aantal sterfgevallen te klein voor berekening van percentages (tabel V), en een verlenging van de beschouwde periode kan niet baten voor vergroting der cijfers, door de voortdurende verbetering der geneesmethodes.

Inderdaad blijkt duidelijk, dat de secundair klinische verlossingen de grote gevaren inhouden. De vraag komt op: neemt de Utrechtse kliniek geen secundair klinische gevallen op of is haar behandeling van toxicose zoveel beter? Want in het Anna-Paviljoen en het WILHELMINA-Gasthuis is de letaliteit van toxicose niet geringer dan bij door vroedvrouwen geleide bevallingen en verschilt dus ook zeer veel van de Utrechtse kliniek.

Als de letaliteit van de medische indicatiegevallen wordt uitgerekend, blijkt deze voor het WILHELMINA-Gasthuis hoger te zijn dan voor het Anna-Paviljoen (aangenomen dat de 0.6 pro mille van het Anna-Paviljoen voor normale bevallingen ook voor het WILHELMINA-Gasthuis