

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: ¹ALICE 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. ROTTINGHUIS¹ 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.

¹H. 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 toevaligheid, 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

gelden). Dit en juist het omgekeerde bij de secundair klinische gevallen doet de vraag rijzen of de aard van de gevallen die in het Anna-Paviljoen of WILHELMINA-Gasthuis worden opgenomen, gelijk is, en of de behandeling in de kliniek van de secundair klinische gevallen niet kan worden verbeterd. Een bestudering van de bevallings- en verzorgingsverslagen der overledenen uit de groep secundair klinische gevallen, kan waarschijnlijk een duidelijker inzicht geven in de vraag, hoe verbetering mogelijk is; in het artikel heb ik tevergeefs gezocht welke oorzaken speciaal op de secundair klinische letaliteit betrekking hadden. Dan kan men met meer klem zijn maatregelen doorzetten. Bij de nu voorgestelde treft het mij, dat aangenomen wordt, dat de obstetricus practicus niet op de hoogte is wat kennis betreft („postgraduate courses”), dat de praeinatale zorg onvoldoende is (dit zou uit de verslagen van alle secundair klinische bevallingen eventueel kunnen worden aangetoond).

De onder 3 genoemde maatregelen behoeven weinig commentaar, behalve g, de langdurige bevalling. Vaak zal hier de tang worden gebruikt. Is het verantwoord, dat de huisarts deze gebruikt indien de patiënte naar een kliniek kan worden vervoerd?

Ik mis de indicatie tot opneming na de geboorte als er 3 praedisponerende factoren voor phlebothrombose bestaan, opdat anticoagulantia kunnen worden toegepast.

Het spijt mij het voor gevoel te hebben, dat uitvoeriger onderzoek zal aantonen, dat de huisarts alleen normale bevallingen zal moeten leiden, wil hij zijn patiënten niet onnodig risico laten lopen.

Takrowase, 29 Januari 1952

J. J. DE LANGE

Dat het kleine getal geen berekening van percentages toelaat, vermeldden wij onder tabel V. Wij concludeerden slechts dat onze cijfers, daar zij met vele in de literatuur overeenkwamen, een aanwijzing vormen voor onze opvatting.

De cijfers uit de Utrechtse kliniek zijn samengesteld uit klinisch zowel als policlinisch materiaal. Het is ons niet bekend, of hierin ook secundair klinische gevallen zijn opgenomen. De getallen voor het Anna-Paviljoen zijn voor de primair klinische gevallen 2 op ongeveer 8750 gevallen, dat is 2.3 per 10.000. Die der vroedvrouwen in 1946 zijn ongeveer 100 pCt hoger, namelijk 4.5 per 10.000.

In tabel III staat abusievelijk als percentage der medische indicatie voor het WILHELMINA-Gasthuis het getal 18 aangegeven. Dit getal staat in de publicatie van SINDRAM niet vermeld.

Dat voor de secundair klinische gevallen het cijfer van letaliteit voor het Anna-Paviljoen iets hoger is, is wellicht deels te verklaren door het kleine getal (zie gemiddelde foutberekening), deels uit het relatief grote aantal patiënten, dat uit buitengemeenten in het Anna-Paviljoen en niet in het WILHELMINA-Gasthuis als secundair klinische patiënten komt. De tijd duur tussen het stellen van de indicatie tot opneming en de aankomst in de kliniek is voor deze gevallen veel groter. Uitgebreidere behandeling, waardoor een analyse van het secundair klinische materiaal beter mogelijk zou zijn, was door de beperking die wij ons moesten opleggen, niet mogelijk. Toch menen wij enige indruk hierover te hebben gegeven in tabel IV, waar „aantoonbare fouten” (hoe moeilijk dit is geeft ook SINDRAM aan) zijn gesignaleerd.

Dat bij langdurige baring („prolonged labour”) moeder en kind aan grotere risico's zijn blootgesteld dan bij normaal beloop, is zeker. Ons inziens behoeven deze patiënten een klinische behandeling, al kan een geoefend huisarts natuurlijk wel een uitgangstang aanleggen.

H. ROTTINGHUIS EN F. OP DE BEECK

DE WERKING VAN PYRAMIDON

In verband met het referaat van H. VAN SWAAY in dit *Tijdschrift* (bl. 336 van deze jaargang) over de invloed van pyramidon en irgapyrine op de water- en zouthuishouding is het belangwekkend, dat BLANCHARD¹ e.a. konden aantonen, dat bij de rat pyramidon het ascorbinezuurgehalte van de bijnierschors verlaagt, evenals natriumsalicylaat en een grote reeks cinchoninezuur-derivaten. Dat dit effect berust op een prikkeling van de hypophysevoorkwab, met als gevolg vrijkomen van ACTH, werd aannemelijk door hun waarneming, dat dit effect niet voorkomt bij hypophyseloze ratten.

Wij konden in het Pharmaco-therapeutisch Instituut der Universiteit van Amsterdam dit effect bevestigen ten aanzien van atophaan (2-phenylcinchoninezuur) en tevens aantonen dat een significante verlaging van het ascorbinezuurgehalte van de bijnierschors bij normale ratten is te verkrijgen met γ -phenyl-azo- α - α -diaminopyridine, dat als „pyridacil”, „pyridium”, „pyridenal” in de handel is als urine-desinfectans, echter ook bij rheuma wordt