

Bij spontaan afgelopen vruchtwater bij een primipara à terme komen de weeën ongeveer een etmaal na afloop van het water, dit leert de honderdvoudige ervaring — of dit na vliessteek ook zo is, weet ik niet, ik deed dit niet, doch er is mijns inziens weinig aanleiding om niet dezelfde gang van zaken te verwachten.

Uit een mededeling van nu reeds enige jaren geleden, vernam ik, dat de keizersnede in Nederland in één jaar meer dan duizend keer was uitgevoerd. Op de stricte indicatie wegens bekkenvernauwing is dit zeker niet geschied.

Zeër zeker is de sectio caesarea een triomphantelijke, knoopdoorhakkende operatie, die een onmiddellijke oplossing geeft voor menige moeilijkheid of vermeende moeilijkheid. Niet voor niets zegt de „kleine SCANZONI”: „Hoch angesehen is der Mann, der Kaiserschnitte machen kann”, doch beseft men steeds wel voldoende de consequenties ervan? Afgezien van de onmiddellijke sterfte, die ik op 6 pCt heb zien aangegeven, laat men in het beste geval een vrouw achter met een litteken in de baarmoeder, een litteken in de buikwand, en een aversie tegen volgende zwangerschappen.

En wanneer later een nieuwe zwangerschap moet worden doorstaan, hoe houdt zich dan de baarmoeder met het litteken? Heeft men wel eens gezien, dat dit de spanning niet verdraagt, en het begeeft, waardoor kind en placenta in de buik van de vrouw terecht komen? Ik wel en het tafereel is dan verre van fraai.

Wordt bij de verlossing de normale weg gevolgd, dan is de sterfte der moeders verre beneden 1 pCt, zelfs beneden 0,5 pCt, en daarbij zijn dan alle slechte risico's, zoals placenta praevia en eclampsie, inbegrepen. Voor de Nederlandse vrouwen lijkt het mij beter de Amerikaanse verhoudingen, zoals DE LEE deze tekent, niet als voorbeeld te nemen. — Simplex veri sigillum.

's-Gravenhage, 22 Februari 1952

N. J. A. F. BOERMA

De Redactie blijft in haar antwoord eigenlijk hangen in de al of niet bestaande vrees voor droge arbeid. Collega SCHAAB uit Uden heeft de gewoonte rustig af te wachten; hij komt daar steeds goed mee uit. Ook ik ben er van overtuigd, dat dit de beste handelwijze is wanneer alle verdere omstandigheden normaal zijn.

Een andere collega zegt: „Het wordt dus voor moeder en kind een moeilijke bevalling die beter in de kliniek kan plaats vinden”. Ook wil hij prophylactisch penicilline geven. Conservatisme is bij hem dus uit den boze.

Als men in de praktijk echter ziet hoe normaal de bevalling in deze gevallen verloopt, maakt ons conservatisme hier een goede kans. Velen zullen per jaar een klein aantal bevallingen met vroeg afgelopen vruchtwater leiden. Zou ik mogen voorstellen, dat bij voorbeeld 500 huisartsen van deze gevallen de volgende bijzonderheden noteren: 1e. De tijd tussen spontaan breken van de vliezen en het begin van de bevalling. 2e. De duur van de bevalling. 3e. Gegevens omtrent de contrôle in de zwangerschap. 4e. Het beloop van het kraambed. 5e. Gewicht van het kind. 6e. Eventuele asphyxie. 7e. Ligging waarin het kind geboren werd (opgeslagen armpje en dergelijke). 8e. Gezondheidstoestand van de moeder. 9e. Heeft het vroeg breken der vliezen bij de moeder zich reeds vaker voorgedaan? 10e. Voorkomen van abortus.

Ik houd mij aanbevolen voor toezending van dergelijke gegevens, ten einde te trachten hieruit de voor- en nadelen van conservatieve en actieve therapie tegen elkaar af te wegen. Bovendien zou ik dan in staat zijn de berekende cijfers te toetsen aan die van de kliniek met haar meer of minder actieve behandeling.

Beesd, 18 Februari 1952

G. VAN ZADELHOFF

Over de wijze, waarop bij overdragen zwangerschap de baring moet worden ingeleid, is niet gesproken. Wij achten een eivliessteek hiervoor onjuist. Het is mogelijk, dat in Nederland te veel keizersneden worden uitgevoerd; de indicatie behoeft echter niet alleen bekkenvernauwing te zijn. DE LEE heeft zich niet altijd gehouden aan zijn uitspraak, dat een baring een fysiologisch proces is; van hem is het advies om de bevalling te beëindigen met een episiotomie en een tang-extractie!

Het voorstel van collega VAN ZADELHOFF kunnen wij toejuichen. Punt 6 kan beter veranderd worden in „toestand van het kind bij de geboorte en in de eerste levensweek”; dan zal het eventueel mogelijk zijn de obstetrische sterfte te berekenen.

Utrecht, 26 Februari 1952

REDACTIE

(Discussie gesloten, RED.)