

## SAMENVATTING

1e. Door tussenkomst van de geneeskundige inspecteurs kan, behalve entstof tegen diphtherie, voortaan ook kinkhoest-diphtherie-entstof, eventueel kinkhoest-diphtherie-tetanus-entstof, beschikbaar worden gesteld.

2e. Enkelvoudige diphtherie-vaccinatie vereist twee injecties van 0,5 ml diphtherie-phosphaattoxoid met een tussentijd van een maand.

3e. Gecombineerde kinkhoest-diphtherie-tetanusvaccinatie vereist drie injecties van 0,5 ml kinkhoest-diphtherie-tetanus-phosphaattoxoid, elk met een tussentijd van een maand.

4e. Hoe jonger het kind wordt geïmmuniseerd, hoe beter, indien enigszins mogelijk als jonge zuigeling.

*Literatuur:* <sup>1</sup>N.T.v.G (1952) 96, 709. <sup>2</sup>Immunisatie tegen infectie bij kinderen. Uitgave Geneesk. Hoofdinspectie, 1951. <sup>3</sup>N.T.v.G. (1952) 96, 1835. <sup>4</sup>Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid (1948), 843-871. Afdrukken van deze publicatie zijn op verzoek bij dr. G. D. HEMMES verkrijgbaar. <sup>5</sup>Injectie-ventielen worden op aanwijzing van het Rijks-Instituut voor de Volksgezondheid vervaardigd onder de naam Anthepa-Injectie-ventiel.

## INGEZONDEN

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



## ZIJN BUREAU'S VOOR PRAENATALE ZORG WENSELIJK?

Onlangs werd ik in de gelegenheid gesteld een vergadering bij te wonen, die door de gezamenlijke Kruis-verenigingen was uitgeschreven. Het doel van deze bijeenkomst was plannen te bespreken in verband met de oprichting van bureau's voor praenatale zorg.

Toen ik verscheidene jaren geleden voor het eerst van de uitdrukking „praenatale zorg” kennis nam, was mijn eerste gedachte, dat hierbij andere, en voor mij onbekende, methoden werden toegepast dan die, welke aan alle artsen en vroedvrouwen bij de behandeling van hun zwangeren bekend zijn. Bij nadere informatie werd het mij echter duidelijk, dat er niets nieuws en niets bijzonders werd verricht, maar dat er alleen een nieuwe benaming aan een algemeen bekende zaak was gegeven.

De praenatale zorg is niets anders dan de vereiste contrôle van de zwangere vrouwen, die erop is gericht stoornissen te voorkomen en eventueel tijdig te ontdekken. Hiertoe wordt geregeld een zeker aantal onderzoekingen en bepaalde leefregels voorgeschreven.

Nu is de opleiding aan al onze universiteiten en vroedvrouwenscholen voortreffelijk. Aan de prophylaxis gedurende de zwangerschap wordt een grote plaats toebedeeld. Juist op dit gebied kunnen de artsen, ook de pas afgestudeerde, de overtuiging hebben dat zij de verantwoordelijkheid ten volle kunnen dragen. De praktische toepassing van de vereiste maatregelen, die moeten worden getroffen, zijn dan ook moeilijk noch ingewikkeld. Doet zich een moeilijk geval voor, dan kan de arts altijd een specialist raadplegen. Het is buitendien bevreemdend, dat men hieruit zou kunnen opmaken, dat personen, die men incompetent acht contrôle gedurende de zwangerschap uit te oefenen, straks wel in staat worden geacht de baring, het nageboortetijdperk en het kraambed te leiden, waaraan heel wat meer moeilijkheden kunnen zijn verbonden dan aan de zwangerschapszorg.

Het is dan ook niet te verwonderen, dat de enkele bureau's voor prae-natale zorg, die hier indertijd zijn opgericht, wegens gebrek aan belangstelling slechts een kort leven was beschoren.

Ter vergadering zag men de oorzaak van dit falen in een verkeerde opzet. Als ik het goed heb begrepen, wil men in nieuw op te richten bureau's het onderzoek tot één keer beperken en de zwangeren daarna onder de hoede stellen van degene, die haar bij de bevalling zal helpen. Deze ontvangt dan een rapport van het bureau, waarin tevens het resultaat van de doorlichting en bloedonderzoek is vermeld, dat men weer elders heeft laten verrichten. Een diëtiste zal dan verder de voeding der vrouw controleren. De vraag dringt zich nu naar voren: „is voor dit alles nu een bepaald bureau nodig, dat de zwangere naar andere instellingen dirigeert?” Dit kan degene, die haar behandelt, toch ook. En dit gebeurt ook. Het aantal artsen, dat bij voorbeeld in „het Onderling Artsen Laboratorium” het bloed van hun zwangere patiënten laat onderzoeken, neemt steeds toe, nu op het belang hiervan is gewezen. Wat een diëtiste betreft, is die nu werkelijk nodig? Uit het artikel van G. DEN HARTOG, J. HERMAN POSTHUMA en J. H. DE HAAS<sup>1</sup> blijkt toch dat het dieet voor een zwangere vrouw heel eenvoudig van samenstelling is.

Misschien meent men, dat het publiek niet voldoende is doordrongen van het belang van een goede prae-natale zorg. In dit geval kan ook zonder zo genaamde bureau's voor prae-natale zorg de voorlichting op dit punt worden verbeterd via artsen en vroedvrouwen, predikanten, geestelijken, sociale werksters, en zo voort. Op de medewerking van de Inspecteur der Volksgezondheid zal men zeker mogen hopen.

Vreest men, dat de opleiding aan onze universiteiten en vroedvrouwenscholen onvoldoende zou zijn geweest, of dat de tand des tijds aan de kennis en de belangstelling van de oud-alumni zou gaan knagen, waardoor zij niet de juiste leiding kunnen geven, dan zou een schrijven van de Geneeskundig Hoofdinspecteur, met „Richtlijnen bij de behandeling van zwangere vrouwen”, van het grootste nut kunnen zijn, zulks in analogie met de onlangs ontvangen: „Richtlijnen voor de behandeling van de pneumonie”.

Uit het voorgaande moge mijns inziens blijken, dat bureau's voor prae-natale zorg overbodig zijn; dat zij de functie van arts en vroedvrouw miskennen en doubleren. De Kruisverenigingen kunnen hun energie, tijd en geld voor betere doeleinden gebruiken, tenzij er voor mij onbekende motieven zijn bij de voorstanders van deze instellingen.

*Literatuur:* <sup>1</sup>Voeding 14, No. 1.

s'-Gravenhage, 13 Februari 1953

H. P. A. SMIT

### COMPLICATIES NA BCG

Gaarne zou ik nog enkele woorden over BCG willen zeggen. In mijn korte mededeling over dit onderwerp in het nummer van 6 December van dit *Tijdschrift* heb ik het met opzet vermeden, over technische zaken te spreken. Ik voel mij echter genoodzaakt, daarover nu iets te zeggen, naar aanleiding van het zo belangwekkende artikel van dr. A. C. BRANDWIJK en prof. dr. R. GISPEN in het nummer van 7 Februari.

Wij hebben op de BCG-Afdeling van het Instituut PASTEUR talrijke BCG-stammen uit het buitenland onderzocht. Als voorbeeld moge ik hier het volgende onderzoek noemen: de Franse, de Deense en de Braziliaanse BCG-stammen worden sinds jaren op drie verschillende wijzen onderhouden. Wanneer met deze drie stammen series caviae worden geïnfecteerd, hetzij intraperitoneaal, hetzij intradermaal, krijgt men de indruk, dat de drie stammen dezelfde plaatselijke afwijkingen veroorzaken: zij schijnen biologisch identiek te zijn. En toch is het, zoals reeds werd medegedeeld, gedurende de BCG-campagne in Noord-Afrika gebleken, dat, om eenzelfde percentage allergie bij kinderen en jonge volwassenen te verwekken, met Deens BCG vaccine de intradermale dosis van 0,025 mg gelijkstond met 0,1 mg van het Franse vaccine. In Brazilië vaccineert men volgens de methode van ARLINDO DE ASSIS, met 100, 200 ja zelfs 600 mg BCG per os, zonder dat men ooit etterende halsklieren ziet, terwijl de Franse stam in een dosis van 30 mg per os zulke complicaties 4 à 5 maal op 100.000 vaccinaties veroorzaakt.

Men ontkomt niet aan de indruk, dat de drie genoemde BCG-stammen biologisch niet meer identiek zijn, en dat de cavia voor het ontdekken van zulke nuances ongeschikt is. Het lijkt mij daarom een uitmuntende gedachte, dat het Utrechtse Instituut voortaan zelf de controle op zich neemt van de reacties bij geënte kinderen na BCG-vaccinatie.

Wat nu het formaat der BCG-bacillen betreft: ik wil graag toegeven dat het verschil in gedrag tussen „Deens” en „Frans” BCG misschien aan een andere oorzaak moet worden toegeschreven. Toch zou ik nog het volgende te berde willen brengen.

Wanneer men een uit Deens vaccine geïsoleerde BCG-cultuur geregeld op aardappel overent, krijgen de bacillen inderdaad, na 6, 8 of 10 opeenvolgende overentingen op aardappel het voor „Frans” BCG normale formaat terug, zoals BRANDWIJK en GISPEN hebben opgemerkt. Maar wanneer men zulk een „Deense” aardappel-cultuur weer op SAUTON-vloeistof overent, keren na 2 passages op deze bodem (dat is die waarmede het vaccine wordt bereid) de kiemen weer tot het kleinere formaat terug. Wanneer men een „Deense” aardappel-cultuur met bacillen van normaal formaat overent op LÖWENSTEIN-eivoedingsbodem, ziet men na 40 dagen kweek dat de op deze bodem gegroeide cultuur bestaat uit zuurvaste kiemen welke gemiddelde lengte 1,4  $\mu$  bedraagt, terwijl een LÖWENSTEIN-cultuur van „Frans” BCG van gelijke leeftijd uit kiemen bestaat die gemiddeld 2,7  $\mu$  lang zijn. Het verschil valt onmiddellijk in het oog bij microscopisch onderzoek. Dit verschillende gedrag op de LÖWENSTEIN-voedingbodem blijft bestaan, zelfs wanneer de „Deense” stam verder op aardappel en niet meer op SAUTON-vloeistof wordt onderhouden.

Wij hebben de Utrechtse BCG-cultuur die dr. BRANDWIJK zo vriendelijk was ons te zenden, dadelijk na ontvangst op LÖWENSTEIN overgeënt, gelijktijdig met een van onze culturen. Na