

gekozen, die in grote lijnen overeenkomt met die van de tuberculose-, zuigelingen- en kleuterzorg. Aan het bestaansrecht, de verdiensten en de onmisbaarheid der daarbij werkzame Kruisverenigingen zal niemand meer twijfelen.

De Organisatie van de moederschapszorg stelt zich dus ten doel geleidelijk een verbetering, uitbreiding of systematisering van de *individuele* zorg bij zwangerschap, baring of kraambed te verwezenlijken, en de nog te hoge obstetrische sterfte te doen dalen. Men tracht dit te bereiken door belangstelling en medewerking van de verloskundigen te wekken en zo mogelijk bij dit meer dan vroeger omvangrijke werk behulpzaam te zijn, anderzijds door betere voorlichting aan de bevolking omtrent nut en noodzaak van voorzorg in de zwangerschap te geven. Daarbij hebben sinds kort het vraagstuk van de optimale voeding der zwangere en het probleem van de emotionele aspecten in de zwangerschap een belangrijke betekenis, terwijl bij voorbeeld het morti-nataliteitsonderzoek voor individuele verloskundigen veelal nog braak terrein is.

Ten slotte zijn er in de moderne praenatale zorg een aantal onderzoekingen die wegens hun gecompliceerdheid niet langer tot de spreekkamer van de individuele verloskundige beperkt kunnen blijven. Zo zijn voor het serologische onderzoek der zwangere (lues, Rhesus-incompatibiliteit) streeklaboratoria opgericht en staan sera voor rubeola-infectie ter beschikking. De vroedvrouw bij voorbeeld kan de zwangere niet medisch onderzoeken, zij is daarvoor op de hulp van anderen aangewezen.

Daarom heeft de Hoofdinspectie Volksgezondheid, die de uitvoering der Organisatie Moederschapszorg aan zich heeft getrokken, overal in den lande Bureau's Praenatale Zorg (beter dus Moederschapszorg) voorbereid, die men moet zien als verlengstuk van de eigen praenatale (routine-)controle der verloskundigen, en waar onderzoekingen plaats vinden, *die de arts of vroedvrouw zelf niet wil of kan doen* (medisch-röntgenologisch-serologisch onderzoek), en waarbij in den regel dankbaar gebruik wordt gemaakt van de plaatselijke hulp der Kruisverenigingen en hun localiteiten. Over het vraagstuk hoe de praenatale routine-controle zal kunnen worden vervolmaakt, zijn de meningen nog verdeeld, omdat daarbij het standpunt moet worden gehandhaafd, dat deze zorg geheel in handen dient te blijven van de verloskundige die de bevalling zal leiden. Vele obstetrici achten de verbetering van de individuele praenatale routine-controle immers *van nog groter belang* dan het nuttige effect van de bovengenoemde speciale onderzoekingen.

De inzet van de Organisatie Moederschapszorg is dus de redding van de levens van talrijke moeders en vele kinderen; deze organisatie wil dus niet de functie, die de arts en de vroedvrouw bij de moederschapszorg bekleden, miskennen of doubleren, doch wel hun vrijwillige medewerking vragen voor een moderne en verantwoorde praenatale zorg. Indien daarbij weerstanden of moeilijkheden rijzen, tracht de Organisatie deze te nivelleren, zonder welke hulp waarschijnlijk de inzet de prijs zou vormen.

Literatuur: ¹H. P. A. SMIT (1953) *N.T.v.G.* 97, 697. ²*Tijdschr. Soc. Geneesk.* (1949), X, Mei.

Nijmegen, 15 Maart 1953

H. HOYNG

Het ingezonden stuk van collega SMIT noopt mij tot enige opmerkingen.

Ik ben het met de schrijver eens, dat met eenvoudige maatregelen veel kan worden bereikt. Zo is het met de praenatale zorg, zo is het ook met het carcinoom. Carcinoom van de portio uteri en van het corpus uteri begint als een klein gezwel, de verschijnselen kunnen bijtijds worden gevonden. Genezing tussen 90 en 100 pCt is in dit vroege stadium mogelijk. Onze ervaring is anders.

Collega SMIT zou er verbaasd over zijn, welke verscheidenheid van afwijkingen, die invloed hebben op het normale beloop van de zwangerschap, door ons worden gevonden bij het eerste onderzoek in de zwangerschap. Inderdaad zijn de voorschriften voor de voeding eenvoudig. In kringen waarin collega SMIT zijn practijk uitoefent, zal de voeding over het algemeen goed zijn. Maar DE VRIES vindt anaemie bij ongeveer $\frac{1}{3}$ van de zwangere vrouwen die de polycliniek van het WILHELMINA-Gasthuis bezoeken. Bij multiparae vindt hij dit meer dan bij primiparae! Wij vinden hetzelfde.

Met eenvoudige middelen is veel te bereiken. Bij goed gesitueerden zelfs meer dan bij het arme deel van de bevolking.

Gaarne zou ik daarom de resultaten uit de particuliere practijk van collega SMIT willen vergelijken met de gegevens uit de verloskundige polycliniek te Utrecht en de gemeentelijke verloskundige dienst te Rotterdam, die werden verkregen met consultatiebureau's voor praenatale zorg. Wil collega SMIT deze publiceren?

Groningen, 21 Maart 1953

B. S. TEN BERGE

Het stille verwijt in collega HOYING's antwoord op mijn ingezonden stuk, dat de artsen en vroedvrouwen in Nederland bij hun verloskundige taak te kort schieten, moet ik betreuren.

Zijn voornaamste argumenten voor de Bureau's voor Praenatale Zorg zijn van quantitative aard. De hoofdschotel hiervan wordt gevormd door: „de obstetrische sterfte” waarvoor men „jaarlijks (uitgaande van 200.000 geboorten per jaar) ruim 350 *minder overleden moeders*”, zou kunnen boeken. Bij navraag bij het Centraal Bureau voor de Statistiek werden mij echter voor 1951 de volgende cijfers verstrekt: op 229.994 bevallingen was het aantal overleden vrouwen 188; dit getal is zo ruim mogelijk genomen en omvat dood door alle oorzaken direct of indirect verbandhoudend met zwangerschap, bevalling en kraambed. Hoe moet men nu met behulp van Bureau's voor Praenatale Zorg nog 350 vrouwen meer redden als er niet meer dan 188 blijken te zijn overleden op een aantal bevallingen dat ruim 10 pCt meer bedraagt dan het door collega HOYING genoemde?

Prof. TEN BERGE geeft geen enkel argument om het bestaan van Bureau's voor Praenatale Zorg te rechtvaardigen. De regels gewijd aan het uterus-carcinoom doen dat zeker niet. Ik mis zelfs ieder verband.

Dat een groot aantal zwangere vrouwen een te laag haemoglobine-gehalte heeft, is zo algemeen bekend dat vele artsen bij het routine-onderzoek systematisch een ijzerpraeparaat voorschrijven.

Mijn bevindingen bij het eerste zwangerschaps-onderzoek stemmen niet overeen met die van prof. TEN BERGE. Misschien zou het daarom nuttig zijn als hij de verbazingwekkende verscheidenheid van zijn bevindingen zou willen beschrijven.

's-Gravenhage, 10 April 1953

H. P. A. SMIT

RHACHITIS

Naar aanleiding van de clinische les van prof. JONXIS¹ een enkele opmerking. De vitamine D₂-toediening aan gezonde zuigelingen bedoeld als rhachitisprophylaxe, behoeft geen financieel bezwaar op te leveren en de overheid behoeft hiervoor geen gratis vitamine D₂ te verschaffen. Ik ben apothekhoudend arts en koop bij de A.H.A. (Apotheek-Hulp-Artsen) te Zaandam 1000 cm³ vitamine A-D met een gehalte van 6000 I.E. vitamine D per cm³ voor f 13,— in. Aan ziekenfondspatiënten verkoop ik dit tegen inkoopprijs + 15 pCt (afleveringskosten) om bovengenoemde bezwaren te elimineren. Dit komt op iets meer dan 0,2 cent per dag als men vitamine D in prophylactische dosis wil toedienen. Vroeger vergoedde het ziekenfonds alle vitamine D en berekende daarvoor de inkoopprijs + 15 pCt.

In de tweede plaats een andere opmerking. Het ziekenfonds vergoedt tegenwoordig in geen enkel geval enige vitamine D, ook niet voor de meest floride rhachitis, althans niet aan mij, hoewel ik er meermalen over schreef.

Het speet mij, dat in de clinische les de symptomen van hypervitaminose D niet zijn beschreven. Ik meende, dat er geen gevaar bestaat voor een hypervitaminose D wanneer er slechts één injectie met geconcentreerd vitamine D wordt gegeven.

Het veelvuldig voorkomen van rhachitis ook bij kinderen die behoorlijk hun vitamine D prophylactisch krijgen, kan mijns inziens niet alleen worden verklaard door de oorzaken die in prof. JONXIS' artikel werden genoemd.

Literatuur: 1J. H. P. JONXIS (1953) *N.T.v.G.* 97, 656.

Wezep (Gld.), 21 Maart 1953

K. ZUIDEMA

Tot mijn vreugde zie ik uit het schrijven van collega ZUIDEMA, dat het mogelijk is voor ongeveer 60 cent een kind een jaar lang prophylactisch vitamine D te geven. Deze kosten zijn inderdaad niet hoog. Ik geloof echter niet, dat de handelwijze van collega ZUIDEMA reeds overal wordt gevolgd.

Indien men een algemene prophylaxe wil bewerkstelligen, is het bovendien nodig, dat er wordt nagegaan of alle kinderen van een bepaalde leeftijdsgroep inderdaad vitamine D krijgen. Dit is alleen mogelijk met behulp van het Bevolkingsregister. Mijns inziens ligt een dergelijke voorziening op de weg der Overheid, die haar bij voorbeeld door de Kruisverenigingen of door de Geneeskundige Diensten in de grote steden kan laten uitvoeren.

In antwoord op de tweede opmerking van collega ZUIDEMA zou ik willen opmerken, dat een toediening van 300.000 eenheden vitamine D₃ of D₂ per os of per injectie, indien het kind gedurende de laatste maanden voorafgaand aan deze toediening, geen grote hoeveelheden vitamine D heeft gekregen, vrijwel ongevaarlijk is.

Ik verschil van collega ZUIDEMA van mening over het voorkomen van actieve rhachitis bij kinderen, die behoorlijke hoeveelheden vitamine D hebben gekregen. Slechts bij hoge uitzondering zijn bij deze kinderen verschijnselen van echte, actieve rhachitis (bloedchemie, röntgenfoto) te vinden. De zichtbare botvormingen kunnen misleidend werken.

Groningen, 7 April 1953

J. H. P. JONXIS