

uitslag is herhaling der vaccinatie geboden, zeer zeker in zulk besmettelijk milieu als in sanatoria en ziekenhuizen. Want ook als men hier geen speciale tuberculose-afdeling heeft, moet men steeds erop bedacht zijn, dat sommige patiënten longtuberculose hebben, zonder dat deze is herkend, hetgeen vooral mogelijk is, als niet iedere opgenomen patiënt roentgenologisch wordt onderzocht. (Gelukkig geschiedt dit laatste, ook reeds in Nederland, hier en daar). De revaccinatie biedt bovendien het voordeel, dat men door een versneld verschijnen van de lokale reactie op de entplaats de zg. latente (infra-tuberculiene) of bacillaire allergie op het spoor komt, die waarschijnlijk aangeeft dat er een kleine rest van immuniteit bestaat. Uit het feit, dat bij 53 van deze 90 lijdens aan tuberculose of ziekte van Besnier-Boeck de afwijking langer dan een jaar na de vaccinatie ontstond, kan men afleiden, dat inderdaad bij velen een aanvankelijk verhoogde weerstand langzamerhand verloren is gegaan.

Tenslotte bespreekt VAN MANEN in een nabeschouwing nog in het bijzonder de lijdens aan erythema nodosum, pleuritis en de ziekte van Besnier-Boeck. Wat de laatste betreft, weet ik niet zeker of die diagnose terecht is gesteld. Volgens mijn ervaring ziet men na een BCG-vaccinatie, vooral bij jonge mensen, soms jarenlang een beiderzijds of enkelzijdig vergrote hilus, zonder dat dit tot enige klacht aanleiding geeft. Deze afwijkingen verdwijnen slechts langzaam, en schijnen met de vaccinatie in verband te staan; het komt mij twijfelachtig voor of men ze wel als ziekte van Besnier-Boeck mag beschouwen.

VAN MANEN heeft met deze publikatie uitstekend werk gedaan, waaruit degenen, die BCG toepassen, veel kunnen leren. Nog te zeer heerst de mening, dat men met de BCG-inspuiting zijn plicht heeft gedaan en dat men zich verder niet om de gevaccineerde behoeft te bekommeren. Dat dit, althans in een besmettelijke omgeving, niet ongestraft kan worden gedaan, is met deze 100 gevallen voldoende aangetoond.

M. R. HEYNSIUS VAN DEN BERG

Literatuur: ¹Mededeling no. 4, uitgave van de Medische Dienst der Rijksverzekeringsbank.

INGEZONDEN

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



ENKELE WENKEN VOOR DE HUISARTS TEN AANZIEN VAN DE VERLOSKUNDIGE PRAKTIJK

Naar aanleiding van de klinische les van collega VAN BOUWDIJK BASTIAANSE veroorloof ik mij op te merken, dat de zwangere of barendes daarin nagenoeg constant als patiënte wordt aangeduid. Dit nu is naar mijn overtuiging verkeerd. Het suggereert een ziekelijke toestand, die er in den regel niet is. De Nederlandse verloskunde wordt gelukkig vrijwel nog geheel aan huis beoefend. De resultaten ervan hebben de vergelijking met die in andere landen steeds zeer goed kunnen doorstaan. Een van de pijlers, waarop deze Nederlandse verloskunde steunt, is de overtuiging dat zwangerschap, baring en kraambed in principe fysiologische toestanden zijn. In de verloskundige terminologie wordt de vrouw, die in een dergelijke toestand verkeert, pas als patiënte beschouwd, wanneer de fysiologische toestand heeft plaats gemaakt voor een ziekelijke.

Daar, waar collega VAN BOUWDIJK BASTIAANSE er op aandringt, dat de pathologische verloskundige patiënten in een goed geoutilleerde obstetrische kliniek behoren te worden behandeld, en voorts waar hij over de onvoldoende praktische scholing der aanstaande artsen schrijft, ben ik het geheel met hem eens.

Leiden, 27 januari 1956.

A. J. M. HÖLMER

De klinische les van Prof. Dr. M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE geeft naar mijn mening de huisartsen waardevolle wenken voor een verantwoorde uitoefening van hun verloskundige praktijk. De „pregnante” wijze, waarop de schrijver de praktische verloskundige opleiding van de aanstaande medicus, zoals deze tegenwoordig aan onze Universiteiten wordt gegeven, kwalificeert als te enenmale onvoldoende, zal bij iedere jonge huisarts volledige instemming vinden.

Een essentiële aanvulling van schrijvers betoog lijkt mij echter, dat in het algemeen de jonge huisarts dit gesignaleerde tekort in zijn opleiding niet eens in zijn praktijk zal kunnen inhalen, wanneer hij daarin slechts zelden de verloskunde kan beoefenen.

Zolang immers de huidige regeling voor verloskundige hulp aan verplicht verzekerde ziekenfonds-leden van kracht zal blijven, zal de huisarts bij de verloskundige verzorging van verreweg de meeste zijner patiënten eenvoudig niet te pas komen. Behalve dat zijn positie als „gezinsarts” hierdoor tamelijk ridicuul wordt, zal ook zijn verloskundige ervaring op deze wijze minimaal *blijven*.

Derhalve kan ik Prof. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE namens de jongere vaderlandse huisartsen eigenlijk alleen maar verzekeren, dat wij zijn kostelijke „wenken voor den huisarts ten aanzien van de verloskundige praktijk” gaarne ter harte *zouden* nemen.

Waalwijk, 1 februari 1956

E. G. M. VAN ROOIJ

De klinische les „Enkele wensen voor de huisarts ten aanzien van de verloskundige praktijk” door Prof. Dr. M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE¹ geeft mij aanleiding tot enkele opmerkingen:

1e. Waarvoor dient eigenlijk nog de opleiding in de verloskunde aan onze universiteiten? De achterhoofdjes worden wel vanzelf geboren; zo niet, dan kan de vrouw zich laten opnemen. Daarvoor is inschakeling van de huisarts niet nodig, tenzij voor het invullen van de benodigde papieren.

2e. Wanneer de universiteit niet in staat is, de aanstaande artsen de verloskunde naar behoren te leren, is zulks als een ernstige tekortkoming van onze Alma Mater zelve te beschouwen. Dan moet men niet de weg van de minste weerstand kiezen, door de artsen dan maar kunstverlossingen te ontraden, doch dan dient men maatregelen te nemen, welke eventuele bezwaren wegnemen. Kan zulks niet in universitair verband, welnu, laat de studenten dan co-assistent worden bij een specialist-obstetricus of bij een groep, ik durf het eigenlijk haast niet te zeggen, daarvoor zorgvuldig uitgezochte huisartsen.

3e. Wat er wordt gezegd over de prenatale zorg, is zeer juist. De interpretatie van de gevonden uitkomsten bij het zwangerenonderzoek is echter vaak buitengewoon lastig en levert herhaaldelijk meer voetangels en klemmen op dan de bevalling, ook al gaat de laatste soms wat moeilijk. Dit blijkt ook uit de klinische les, waar een voorbeeld ervan wordt gegeven.

4e. Kunstverlossingen kunnen zeer goed aan huis worden uitgevoerd; uitsluitend sociale wantoestanden of een te moeilijke bevalling kunnen een reden zijn tot opneming in een ziekenhuis. Wat de opmerkingen over het fantoom betreft, kan ik de jongere artsen een grote troost geven, nl. dat de ingreep bij een vrouw veel en veel gemakkelijker gaat dan bij het fantoom, waarachter iemand staat die de foetus onnodig stevig vasthoudt en daardoor de bevalling nog moeilijker maakt.

5e. Tenslotte wil ik als huisarts nu ook wel eens enkele wenken geven aan de hooggeleerde schrijver. Ik zou hem in de eerste plaats eens willen aanraden zelf enige kunstverlossingen bij de mensen aan huis te doen. Hij zal dan merken dat zo iets heel gemakkelijk gaat, dat zonder narcose de kraamvrouw terstond weer kan worden gemobiliseerd, dat „last but not least” de kraamvrouw hem zeer dankbaar ervoor is, dat hij haar in haar eigen omgeving heeft gelaten, en dat hij na gedane arbeid ervaren heeft, dat een kraamvrouw evenzeer een persoonlijkheid is als hij zelf, en liever thuis blijft dan in een ziekenhuis waar zij in de massa verloren raakt en tot bed No. zoveel in zaal zoveel wordt gedegradeerd. Dan weet hij ook, dat de beste omstandigheden, waaronder de bevalling plaats vindt, niet alleen worden gevormd door de wijze van inrichting der kraamkamer, doch dat de psychische component dezer omstandigheden van zeer grote betekenis is, misschien wel de grootste.

Literatuur: ¹M. A. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 142.

Markelo, 4 februari 1956

B. WANROOY†

Met enige ontsteltenis las ik het artikel van Prof. VAN BOUWDIJK BASTIAANSE¹. Ik begrijp hieruit dat de hoogleraar in de verloskunde de algemene arts moreel het recht ontzegt, een zogenaamde abnormale bevalling te leiden, omdat hij niet meer kan instaan voor diens bevoegdheid. Ik vraag mij af bij wie de fout ligt: bij de hoogleraar die de opleiding in handen heeft, of bij de arts? Waar ligt voorts in de verloskunde de grens tussen normaal en abnormaal? Het merkwaardige is bovendien nog, dat meestal pas na afloop kan worden gezegd: „dit was abnormaal”, of „dit was normaal”.

Het heeft mij bevreed dat er niet is gesproken over de acute complicaties zoals een grote vloeïng na een onvolledige placenta-loslating. Begaat de algemene arts dan niet een zeer ernstige kunstfout door op te bellen en te gaan zitten afwachten?