

## INGEZONDEN

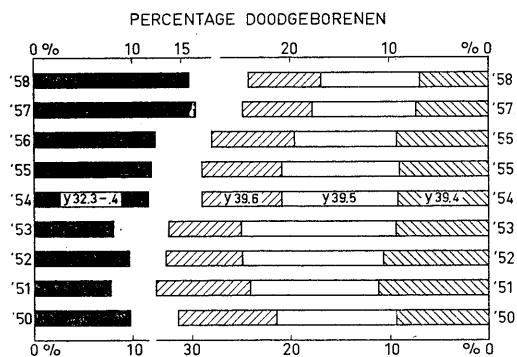
## MOEDERSCHAPSZORG IN NEDERLAND

In het artikel van STROINK (1959) wordt in tabel I een overzicht gegeven van aantallen en percentages doodgeborenen kinderen tengevolge van eclampsie en zwangerschapsintoxicatie (de nummers y 32.3 en y 32.4 van de nomenclatuur) in de jaren 1953 t.m. 1957. Een stijging van de doodgeboorte aan deze doodsoorzaak in de loop van die vijf jaren *lijkt* onmiskenbaar. Toch moet men met de interpretatie van deze cijfers zeer voorzichtig zijn. De doodgeboorte aan onbekende of niet nader aangeduide oorzaken — nummers y 39.4 (maceratie zonder nadere oorzaak), y 39.5 (andere slecht gedefinieerde doodsoorzaak) en y 39.6 (niet gespecificeerde oorzaak) tezamen — is namelijk evenveel gedaald als de bedoelde stijging bedraagt (zie onderstaande tabel).

Percentage van het totaal aantal doodgeborenen

Jaar	Oorzaak y 32.3 en 32.4		y 39.4 en 39.6		
	y 32.3	y 32.4	y 39.4	y 39.5	y 39.6
1950	9,8	31,4	9,3	12,1	10,0
1951	7,8	33,6	11,1	12,9	9,6
1952	9,7	32,6	10,6	14,2	7,8
1953	9,1	32,3	9,3	15,6	7,4
1954	11,7	28,9	9,1	11,7	8,0
1955	12,0	28,9	8,9	11,9	8,2
1956	12,4	27,9	9,2	10,3	8,4
1957	16,5	24,7	7,2	10,5	7,0
1958	15,8	24,1	6,8	10,0	7,2

De tabel van STROINK begint in 1953, onze tabel begint met 1950, het jaar waarin de huidige nomenclatuur in gebruik werd genomen. De volgende figuur kan de tabel wellicht nog verduidelijken.



De opwaartse richting van de doodsoorzaak y 32.3 + y 32.4 wordt nagenoeg volkomen gevolgd door de neerwaartse beweging van de oorzaken y 39.4, 39.5 en 39.6. Aan de daling hebben deze drie rubrieken alle bijgedragen. Daarbij komen niet, zoals STROINK zegt, in de statistiek der doodsoorzaken „nog steeds” 25 pct onbekende oorzaken voor. Dit aandeel is in de gegeven jaren gedaald van ongeveer een derde deel tot iets minder dan een kwart van het totaal (nog steeds een veel te groot aantal!).

Met meer recht dan STROINK de stijging van de doodgeboorte door intoxicatie en eclampsie toeschrijft aan een verhoogd gebruik van vetten en zout, zou men kunnen zeggen, dat ten minste een niet onbelangrijk deel van de (ogenschijnlijke) stijging wordt verklaard uit de overeen-

komstige daling van de doodsoorzaak „onbekend”, ten gevolge van een groeiende belangstelling voor het vraagstuk van de perinatale sterfte en een vollediger invulling van het doodsoorzaakformulier.

Het lijkt volgens de figuur alsof er in het laatste decennium drie niveaus van doodgeboorte door intoxicatie hebben bestaan. Het eerste is van 1950 t.m. 1953, in welke periode het percentage, behoudens een (vrij sterke) schommeling, niet is gestegen. Vervolgens is er het niveau van de jaren 1954 t.m. 1956, dat in die drie jaren vrijwel op gelijke hoogte is gebleven. Ten derde is er de duidelijke stijging in 1957, die zich in 1958 niet heeft voortgezet. De oorzaak van deze stijging ligt voor de hand. Met ingang van 1 januari 1957 is een nieuw model doodsoorzaakverklaring in gebruik genomen. Op het tot dat tijdstip gebruikte formulier werd in de rubriek „Doodgeboren” *uitsluitend* gevraagd naar de doodsoorzaak, waarvoor één regel beschikbaar was. Het nieuwe model geeft veel meer gelegenheid tot informatie. Het deel dat betrekking heeft op doodgeborenen, ziet er als volgt uit:

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. Geslacht  | 1. jongen/meisje |
| 2. Duur zwangerschap                                       | 2. . . . . weken |
| 3. Doodsoorzaak  | 3. . . . .       |
| 4. Eventuele complicatie tijdens zwangerschap en bevalling | 4. . . . .       |

Vooraf moet worden gewezen op punt 4, „Eventuele complicaties tijdens zwangerschap en bevalling”. Het is duidelijk, dat deze rechtstreekse vraag in veel gevallen de gelegenheid geeft om bijzonderheden mede te delen, die voor de vercijfering van de doodsoorzaak van wezenlijk belang zijn. Dit geldt in het bijzonder voor zwangerschapsintoxicatie. Naar onze mening is de stijging hiervan als doodsoorzaak in 1957 volledig aan de meer uitgebreide redactie van het doodsoorzaakformulier toe te schrijven.

*Literatuur:* STROINK, J. A. (1959) Moederschapzorg in Nederland. *Ned. T. Geneesk.* 103, 2330. — Jaaroverzicht bevolking 1955 en 1958. C.B.S.

Leiden, 21 december 1959 H. W. RUSBACH, *statisticus*  
B. J. VAN DEN BERG, *arts*

Naar aanleiding van het artikel van Dr. J. A. STROINK (1959) wil ik gaarne het volgende onder de aandacht van de lezers brengen:

Om het prenatale onderzoek gemakkelijker en beter te doen verlopen heeft men op enkele plaatsen van Nederland centra voor prenatale zorg opgericht, ook wel consultatiebureaus genoemd: Op deze bureaus wordt een algemeen specialistisch onderzoek van vrouwen in de eerste helft van de zwangerschap uitgevoerd en er worden zonnodig aanwijzingen voor het routine-onderzoek verstrekt, welk onderzoek vervolgens door huisarts en vroedvrouw wordt uitgevoerd.

Niet algemeen vindt deze instelling toepassing. Toch zijn de resultaten van deze bureaus gunstig. Enkele cijfers volgen hieronder:

De bureaus van de Gemeentelijke Verloskundige Dienst te Rotterdam 1930-1935 werkten voor de armste bevolgingsklasse samen met de stadsvroedvrouwen. Aantal bevallingen 15.493 (128 tweelingen, 21 jonger dan 6½ maand); aantal levensvatbare kinderen 15.560; aantal doodgeborenen 258 (181 voldragen, 77 prematuur); doodgeboren 16,6 pro mille. Voor het gehele rijk was het cijfer in dit tijdsverloop 25 pro mille. Gedurende de eerste tien levensjaren overleden 129 kinderen, van wie 66 prematuur waren, dat is 8,3 pro mille.

De perinatale sterfte die de gemeentedienst te Rotterdam registreerde was 25 pro mille, voor het rijk in deze periode 42 pro mille.

Er werd een verbetering verkregen van ongeveer 40 pct in deze groep, behorende tot het armste gedeelte van de bevolking in Rotterdam, waar de bevallingen aan huis plaatsvinden. De resultaten van eventuele ziekenhuisbehandeling werden in de statistiek opgenomen. Deze verdeling werd verkregen in een tijd zonder antibiotica, rhesusonderzoek, bloedtransfusie, en bij slechte huiselijke omstandigheden, laag percentage van sectio caesarea, enz.

De moedersterfte bedroeg van 1930 tot 1940 29/30.357. De frequentie van lues, gevonden bij de zwangeren van deze groep, daalde van 5,26 pct in 1930 tot 1,4 in 1935. Eclampsie kwam in 1 op 900 gevallen voor.

Dr. J. H. POSTHUMA kwam bij een onderzoek naar de perinatale sterfte te Rotterdam tot de volgende conclusie: Gedurende 1937-1939 bedroeg de perinatale sterfte bij de Gemeentedienst in Rotterdam 29 pro mille, voor de gehele stad 35,7 pro mille, voor Amsterdam 37,18 pro mille, voor 's-Gravenhage 38,7 pro mille. Volgens hem waren de gunstige cijfers te danken aan de toen actieve gemeentelijke verloskundige dienst. Tien jaar later, toen de dienst was opgeheven wegens de instelling van de algehele ziekenfondsverzorging, was in Rotterdam de perinatale sterfte het hoogste van de drie grote steden, nl. Rotterdam 32 pro mille (periode 1947-1949), Amsterdam 31,1 pro mille, 's-Gravenhage 28 pro mille.

Dr. T. A. STAAL verzamelde de gegevens voor de prenatale bureaus, ingesteld door het Groene Kruis in de stad Groningen en omgeving. Hij kwam tot overeenkomstige conclusies. Zijn cijfers voor de jaren 1952-1958 zijn als volgt:

Groene Kruis Bureaus voor prenatale zorg	Alle moeders
Stad Groningen 13,8 pro mille	22,5 pro mille
Provincie Groningen 28,6 „ „	29,7 „ „
Nederland	27,4 „ „

De sterfte van de moeders die het bureau bezochten, was 0,9 pro mille.

Het opmerkelijk verschil tussen de stad Groningen en de provincie laat zien, dat de instelling van de prenatale bureaus niet de enige factor is voor de verbetering van de perinatale sterfte. De minder gunstige verhoudingen voor het platteland voor de bevalling komen in de cijfers van STAAL naar voren.

De voeding was in een vrij groot aantal gevallen niet rationeel, bv. DUW-arbeiders 286 rationeel, 214 niet rationeel. Voor fabrieksarbeiders waren de cijfers 388 wel en 112 niet rationeel. Beter waren de cijfers voor landbouwers, veehouders en intellectuelen.

De maatregelen die door Dr. STROINK worden aangeraden, kan ik ten volle onderschrijven; ik meen echter, dat de instelling van bureaus voor bijzondere zwangerenzorg een verbetering zal geven.

*Literatuur:* BERGE, B. S. TEN (1955) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.* **62**, 785. — POSTHUMA, J. H. (1953) *T. soc. Geneesk.* **31**, 57. — STAAL, T. A. (1958) Werkwijze en resultaten van de consultatiebureaus in de provincie Groningen 1952-1958. *T. soc. Geneesk.* **37**, 303. — Prenatale Zorg Dag (1959) *T. soc. Geneesk.* **37**, 279. Zie ook de uitgave *Prenatale Zorg Dag* van de Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne. — STROINK, J. A. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 2330. — *Transactions Symposium Prenatal Care Groningen-Rotterdam* (1959). Fa. Noordhoff, Groningen.

Ik dank de inzenders, Prof. TEN BERGE en de collegae RUSBACH en VAN DEN BERG, voor hun commentaren en aanvullingen van mijn artikel „Moederschapszorg in Nederland”. Aan Prof. TEN BERGE zou ik willen antwoorden, dat ik persoonlijk van het nut der bureaus voor prenatale zorg overtuigd ben, en door zijn uiteenzetting in die mening ben versterkt.

Met de collegae RUSBACH en VAN DEN BERG ben ik het eens, dat uit hun cijfers de theoretische mogelijkheid blijkt, dat het gestegen aantal doodgeboorten het gevolg is van een verbeterde diagnostiek, waardoor het aantal doodgeboorten aan onbekende oorzaak is gedaald. In de praktijk blijkt echter heel duidelijk, dat het aantal lijders aan bloeddrukverhogingen en intoxicaties sinds de oorlog weer aanmerkelijk is toegenomen, zodat er waarschijnlijk ook weer meer kinderen ten gevolge van deze afwijkingen sterven. Hierom zou ik mijn waarschuwing tegen het hoge vet- en zoutgebruik willen handhaven.

West-Knollendam, 18 januari 1960 J. A. STROINK

### DE INDELING VAN BLOEDVATGEZWELLEN

Naar aanleiding van het artikel van collega BEKS (1959) zou ik de volgende opmerkingen willen maken.

Beks gaat blijkbaar uit van de stelling, dat een „hemangio-endothelium” en een „hemangio-endothelio-saroom” ontstaan ten gevolge van een woekering van endotheelcellen. Verschillende auteurs menen echter, dat een dergelijke opvatting niet juist is en vinden deze namen daarom niet toepasselijk voor dit soort tumoren.

VON ALBERTINI (1955) wees erop, dat de normale endotheelcel een functioneel gedifferentieerde cel is; hij meende, dat een dergelijke cel nauwelijks in aanmerking zou kunnen komen als oorsprong van een gezwel. Volgens hem zouden deze tumoren eigenlijk ontstaan uit een ongedifferentieerd deel van het reticulair bindweefsel, dat nog dicht bij het embryonale mesenchym zou staan. De tumorcellen van dit soort gezwellen zouden in het fasencontrastbeeld niet de kenmerken van endotheelcellen doch veeleer die van reticulomcellen tonen. Hij stelde daarom voor, de naam „hemangio-endothelium” te vervangen door reticulosarcoma angio-vascularium.

BOLCK (1952) kwam in een goed gedocumenteerde monografie over de zg. endotheliomen, onafhankelijk van von ALBERTINI, tot een ongeveer gelijklopende conclusie. Hij slaagde er overigens niet in, een betere naam te bedenken. Een door mij in 1958 beschreven geval van maligne „hemangio-endothelium” leek de zienswijze van BOLCK ten aanzien van de wijze waarop de vasculaire structuren bij dit soort tumoren gevormd worden, te steunen.

Met betrekking tot de door BEKS voorgestelde indeling van de bloedvatgezwellen vraag ik mij af, of het verantwoord is, het „hemangio-endothelium” tot de goedaardige gezwellen te rekenen. Sommige auteurs wijzen er immers op, dat deze tumoren, ook indien ze geen metastasen vormen, toch plaatselijk destructief kunnen zijn (SCHWEITZER en WINER 1936; TIBBS 1952). Ter vergelijking hiermede zou ik het carcinoma basocellulare willen noemen, dat nooit metastaseert, maar dat wij, op grond van zijn plaatselijk soms sterk vernielende werking, ook niet zonder meer benigne willen noemen. Misschien zouden wij voor deze gevallen de term „agressief” kunnen gebruiken, zoals PINKUS (1959) voorstelt. Sommige auteurs, zoals TIBBS, vermelden bovendien, dat de histologische veranderingen in beginstadiën van het „hemangio-endothelium” weliswaar soms een goedaardig karakter hebben, doch dat er niet zelden maligne kenmerken ontstaan. Verder wordt in de literatuur herhaaldelijk melding