

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 perinatale 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 perinatale 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

gemaakt van recidieven na excisie. Ruime excisie en regelmatige na-controle wordt daarom door de meeste schrijvers met nadruk aanbevolen.

Literatuur: ALBERTINI, A. VON (1955) *Histologische Geschwulstdiagnostik*, bl. 379. Thieme, Stuttgart. — BEKS J. B. F. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 2421. — BOLCK, F. (1952) *Die Endotheliome*. Thieme, Leipzig. — PINKUS, H. (1959) *J. invest. Derm.* **33**, 171. — SCHWEITZER, S. E. en L. H. WINER (1936) *Arch. Derm. Syph. (Chicago)* **34**, 997. — SUURMOND, D. (1958) *Brit. J. Derm.* **70**, 133. — TIBBS, D. (1952) *Metastasizing haemangiomas*. *Brit. J. Surg.* **40**, 465.

's-Gravenhage, 16 december 1959

D. SUURMOND

De indeling van bloedvatgezwollen, die ik in mijn artikel heb voorgesteld, berust op de opvatting, dat deze gezwollen uitgaan van de elementen, die het capillair opbouwen, met name de endotheelcellen en de daaromheen gelegen pericyten. Er zijn m.i. geen argumenten aan te voeren tegen de veronderstelling, dat er van gedifferentieerde cellen geen gezwollen zouden kunnen uitgaan. De gezwollen, die door VON ALBERTINI worden beschreven, gingen naar mijn mening niet uit van het endotheel, doch van de reticulumcellen, die het capillair omgeven, maar hiervan geen wezenlijk bestanddeel vormen.

De gezwollen die van het endotheel uitgaan en plaatselijk destructief groeien, dus kenmerken van kwaadaardigheid tonen, zou ik willen classificeren als hemangio-endotheliosarcomen.

Groningen, 12 januari 1960

J. W. F. BEKS

PRIMAIR AMYLOÏD, VOORNAMELIJK IN LONG EN MAAG

Het komt ons voor, dat bij de patiënt met primair amyloïd, door GROEN en SLUIJTER (1959) beschreven, een primaire paraproteïnemische reticulose (morbus Kahler, morbus Waldenström) als oorzaak van de amyloidosis niet geheel uitgesloten is te achten.

Dat er eenmaal een pathologisch eiwit in de urine werd gevonden, is in dit opzicht een zeer belangrijk gegeven. Paraproteïnen in de urine tonen vaak niet de klassieke bence-jones-eigenschappen; elektroforese van de urine-eiwitten van deze patiënten zou van veel belang zijn geweest.

Bij een zo duidelijk verhoogd totaal eiwitgehalte van het serum (8,5 g/100 ml) wekt het vinden van een globulinefractie van 3,5 g/100 ml op de α_2 -plaats in het elektroforese-diagram het vermoeden van een paraproteïne. PAS- en vetkleuring van de stroken (eventueel immunologische methoden en ultracentrifugering) hadden hier misschien meer zekerheid gebracht.

Dat er bij obductie geen plasmocytose in het beenmerg werd gevonden is uiteraard een sterk argument tegen morbus Kahler, hoewel ook in dit opzicht verrassingen bekend zijn (BRASS 1943). Primaire macroglobulinemie kan, zoals wij bij één onzer patiënten zagen, soms zelfs niet eens vermoed worden door postmortaal onderzoek van het beenmerg alleen.

Wanneer één botboring een negatief resultaat oplevert, behoeft dit nog geen argument tegen morbus Kahler te zijn. Soms moet men op verschillende plaatsen beenmergbiopsie doen. Veel sterker geldt dit nog voor primaire macroglobulinemie. Indien de vermelde botboring nodig was, omdat naaldbiopsie onvoldoende materiaal heeft opgeleverd, zou dit op zichzelf reeds de gedachten richten op morbus Waldenström. Men vraagt zich af, welke andere aanwijzingen het cytologisch beeld van het beenmerg bij de beschreven patiënt zou hebben kunnen geven.

Eosinofilie is bij morbus Kahler herhaaldelijk waargenomen, wordt dan als prikkelingsverschijnsel van het beenmerg opgevat; wij zagen het eenmaal bij primaire macroglobulinemie. Een hoog cholesterolgehalte van het serum kan, zij het zelden, bij multipel myeloom ook voorkomen.

Literatuur: BRASS, K. (1943) *Frankfurt. Z. Path.* **58**, 56. — GROEN, A. S. en A. H. C. SLUIJTER (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 2542.

Rotterdam, 14 december 1959

C. FRANCKE
W. N. ROBERT

De collegae FRANCKE en ROBERT hebben o.i. bij hun — overigens zeer gewaardeerde — kritische opmerkingen te weinig gelet op het gehele klinische beeld en te veel op de laboratoriumgegevens. Wat deze laatste betreft ware het, achteraf gezien, inderdaad wenselijk geweest, ook een elektroforetisch spectrum van de urine-eiwitten te hebben.

De etiologie van zg. primair amyloïd is, zoals wij in ons artikel duidelijk hebben doen uitkomen, nog onzeker. De laatste tijd neigt men er steeds meer toe, toch nauw verband aan te nemen met plasmocytosen zoals multipel myeloom en primaire macroglobulinemie (zie het fraaie overzicht over plasmacelmyeloom van PUTNAM 1959 en OSSERMAN 1959).

Wij zijn het met FRANCKE en ROBERT eens, dat de door hen genoemde laboratoriumgegevens ook in die richting wijzen; anderzijds waren er klinisch weer feiten die moeilijk te rijmen waren met de diagnose „ziekte van Kahler” (er was bv. geen anemie die bij ernstige vormen van deze ziekte bijna altijd voorkomt; bovendien is een sterke verhoging van de α_2 -fractie van de serumglobuline bij deze ziekte zeldzaam) of „ziekte van Waldenström” (geen lymfeklierzwellings, geen hepatosplenomegalie).

Wanneer er, zoals in dit geval, bij obductie niettegenstaande de uitvoerig onderzoek geen plasmocytose wordt gevonden, zal men naar onze mening, voorlopig, de diagnose primair amyloïd moeten handhaven.

Literatuur: OSSERMAN, E. F. (1959) *Plasma-cell myeloma*, II. *New Engl. J. Med.* **261**, 952 en 1006. — PUTNAM, F. W. (1959) *Plasma-cell myeloma and macroglobulinemia*, I. *New Engl. J. Med.* **261**, 902.

Amsterdam, 7 januari 1960

A. S. GROEN
A. H. C. SLUIJTER

NERVEUS BRAKEN

Met alle waardering voor het artikel van DROGENDIJK (1959) heeft het mij getroffen, dat een bepaalde maatregel van medische zijde niet werd toegepast, hoewel het „situatie-conflict”, nl. de wens om niet zwanger te worden zonder nochtans de echtelijke samenleving te weigeren, er letterlijk om vroeg!

Ik doel hier op een door de vrouw toe te passen preservatief. Weliswaar is dit geen causale oplossing, doch die schijnt op andere wijze evenmin mogelijk te zijn. Wel echter kan het conflict hierdoor dusdanig worden verzacht, dat lichamelijk zowel als geestelijk de onderlinge toenadering kan verbeteren. En hierdoor wordt een causale behandeling mogelijk.

Dat genoemde therapeutische maatregel hier is nagelaten, acht ik een verzuim. Temeer, omdat de man reeds coitus condonatus heeft toegepast en er dus klaarblijkelijk geen religieuze bezwaren de toepassing van anticonceptie in de weg stonden.

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1959) *Nerveus braken*, *Ned. T. Geneesk.* **103**, 2592.

Amsterdam 21 december 1959

L. H. LEVIE