

Centraal Bureau voor de Statistiek, dat in Nederland de maternale sterfte maar in zeer geringe mate wordt beïnvloed door illegale abortus provocatus.

Zeker is, dat er zich in ons land bij huisbevallingen maternale en perinatale sterfgevallen voordoen, die in een goed geoutilleerde kliniek zijn te voorkomen. Dit is een preventieve taak voor onze verloskundige volksgezondheidsdiensten, die niet uit de weg gegaan mag worden met het te hulp roepen van onbewezen en niet te bewijzen hypothesen, die de aandacht van het hoofdprobleem afleiden.

Wat de tweede opmerking van collega SMALBRAAK betreft: reeds thans bevallen in Nederland ongeveer 30 pct van alle parturientes in de kliniek. Bij een goede selectie en een goede verdeling over het gehele land zou dit aantal vermoedelijk al voldoende zijn om een optimale verloskunde te bedrijven. Ook het aantal gynaecologen is daarvoor reeds toereikend, wanneer deze gynaecologen althans inzien dat zij een volkomen normale bevalling die om *sociale redenen* in een kliniek plaatsvindt, zonder enig bezwaar kunnen overlaten aan een vroedvrouw of aan een gezinsarts zonder gespecialiseerde opleiding in obstetrische pathologie.

Literatuur: SMALBRAAK, H. B. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2093.

Amsterdam, 11 november 1966 G. J. KLOOSTERMAN

OUDE LIEDEN MET ONDERTEMPERATUUR

Bij het caput selectum van KALSBECK (1966) zou ik gaarne enige opmerkingen willen maken.

1. De auteur schrijft (bl. 1948): „Waarschijnlijk is echter de hogere leeftijd op zichzelf al belangrijk genoeg als endogene factor: bij een aantal oude, verzwakte lieden, die in een redelijk verwarmde kamer te bed lagen, was geen andere endogene factor te vinden. Verondersteld wordt dan wel dat de temperatuurregulerende reflexbanen en -centra ten gevolge van arteriosclerose niet meer adequaat functioneren.”

Ik meen dat hier bedoeld worden de gevolgen en biologische processen die op een bepaalde leeftijd plaatsvinden. De leeftijd zelf lijkt mij in dit verband als uitgangspunt niet voldoende gemotiveerd. Ook lijkt het mij onjuist, de verminderende temperatuurregeling alleen aan de arteriosclerose toe te schrijven. Ook autochtoon celverval in de hersenen kan hiertoe leiden (VERZAR, 1965).

2. Bij degenen die op deze wijze sterven, kan niet gesproken worden van een natuurlijke dood. Het overlijden door hypothermie heeft dan ook gevolgen bij het invullen van de overlijdensverklaring. Het lijkt mij goed, dat wij ons hiervan bewust zijn, omdat dit ons op het spoor kan doen brengen van wantoestanden in behuizing, verkeerde slaapgewoonten e.d.

Literatuur: KALSBECK, F. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1946. — VERZAR, F. (1965) *Experimentelle Gerontologie*. S. Karger Verlag, Bazel.

Arnhem, 31 oktober 1966

C. LEERING

Ad 1. Er is waarschijnlijk weinig bezwaar tegen dat collega LEERING op gezag van VERZAR ook autochtoon celverval in de hersenen als oorzaak wil aannemen. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat zowel arteriosclerose als dit celverval slechts veronderstellingen zijn: in deze richting nauwkeurig uitgewerkte secties van dit soort gevallen zijn niet bekend.

Ad 2. Over de doodsoorzaken van de hypotherme patiënt heb ik niet gesproken. In de laatste tien jaar waren er in ons ziekenhuis 10 patiënten wier temperatuur bij opneming lager was dan 32°C. Van hen overleden er 8, maar slechts 2 enkele uren met hypothermie; de overige 6 kregen

een normale of hoge temperatuur. Hieruit blijkt al dat hypothermie op zichzelf meestal niet de doodsoorzaak is. Het grondlijden — zie tabel endogene factoren — of de complicaties, zoals bronchopneumonie en pancreatitis kunnen dit wél zijn.

Voor het analyseren van de *exogene* factor — want hierop doelt de inzender met „wantoestanden in behuizing” — ligt het meer voor de hand, de gegevens van een goed opgenomen hetero-anamnese aan te vullen met een onderzoek ter plaatse door een sociale werkster dan het A-formulier niet te tekenen.

Het gebruik van barbituraten voor slapeloosheid — en niet verkeerde slaapgewoonte op zichzelf — is een *endogene* factor, die men op het spoor kan komen door alle gebruikte medicijnen te laten meebrengen, dikwijls een schoenendoos vol!

De opvatting van collega LEERING over de niet-natuurlijke dood is moeilijk in overeenstemming te brengen met hetgeen op de achterzijde van het A-formulier ten aanzien hiervan wordt vermeld en met hetgeen door ZELDENRUST (1966) in zijn onlangs verschenen monografie hierover wordt gezegd.

Literatuur: ZELDENRUST, J. (1966) *Gerechtelijke geneeskunde*. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V. Leiden.

's-Gravenhage, 6 november 1966

F. KALSBECK

MEGALOBLASTAIRE ANEMIE IN DE ZWANGERSCHAP

Uit de klinische les over zwangerschapsanemie door foliumzuurtekort (VERLOOP 1966) citeer ik de volgende zin: „Voorzover ik weet, is een nauwkeurig onderzoek naar de frequentie van het vóorkomen van anemie door foliumzuurtekort in de zwangerschap of in het kraambed in Nederland nooit geschied”.

Het is Dr. M. C. VERLOOP waarschijnlijk ontgaan, dat in 1965 mijn proefschrift *Megaloblastaire anaemie in de zwangerschap* is verschenen. In dit proefschrift wordt op een nauwkeurige wijze de frequentie van het voorkomen in Nederland van megaloblasten in het beenmerg in de zwangerschap en (of) in het kraambed berekend (0,8 pct). Indien in overeenstemming met de Engelse literatuur (GILES en SHUTTLEWORTH, 1958; HOURIHANE, COYLE en DRURY, 1960) ook de frequentie van dubieuze megaloblastaire veranderingen in het beenmerg in het onderzoek worden betrokken, vind ik voorgenoemde veranderingen in een frequentie van 3,7 pct.

Een artikel met de meest recente gegevens over de megaloblastaire anemie in de zwangerschap is in voorbereiding. In dit artikel zal o.a. nader worden ingegaan op de waarde van de MCHC, TIJBC, ijzerverzadiging in het beenmerg, foliumzuur- en vitamine-B₁₂-gehalte voor de herkenning van de megaloblastaire anemie in zwangerschap en (of) kraambed.

Literatuur: KNIPSCHEER, R. J. J. L. (1965) *Megaloblastaire anaemie in de zwangerschap*. Proefschrift Nijmegen. — VERLOOP, M. C. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2021.

's-Gravenhage, 12 november 1966

R. J. J. L. KNIPSCHEER

DE GEOGRAFISCHE VERBREIDING VAN MULTIPLE SCLEROSE

Het door MOFFIE (1966) gegeven overzicht van recente publicaties over dit onderwerp is zeer interessant: inderdaad is het opmerkelijk dat multiple sclerose in tropische gebieden zo weinig gediagnosticeerd wordt en waarschijnlijk zo weinig voorkomt.

Voorzover Dr. MOFFIE conclusies trekt omtrent de groep „Europese immigranten”, zijn deze volledig te onderschrijven: het lijkt juist, te veronderstellen, dat vrijwel alle Europeanen met een neurologische aandoening hem uiteindelijk zullen consulteren. Hetzelfde kan m.i. echter niet verondersteld worden bij de groep van 175.000 autochtone Antillianen; ik kan mij bij het lezen van deze publikatie niet onttrekken aan de indruk, dat de beschreven patiënten bijna allen behoren tot een vrij geselecteerde groep:

a. twee van de beschreven patiënten waren blank, één had licht negroïde trekken (patiënten A, E, D);

b. twee van de patiënten bezochten ziekenhuizen in de Verenigde Staten, één ging naar New York om te winkelen (patiënten A, C, D).

Deze gegevens zouden erop kunnen duiden, dat wellicht erfelijke factoren een betekenis zouden hebben („Europees bloed”) en (of) economische factoren; het laatste zou passen in de speculaties van SHATIN (1964), en sluit aan bij de opmerking, dat „onder de hogere bevolkingslagen” de voedingsgewoonten niet veel afwijken van die in Nederland.

Voor een verantwoorde globale frequentie-schatting lijken mij de volgende gegevens onontbeerlijk:

1. Hoe is de verdeling van de patiënten van Dr. MOFFIE over de verschillende inkomensgroepen?

2. Zijn alleen de financieel sterken in staat om naar de Verenigde Staten te gaan voor medisch onderzoek? Hoeveel procent van Dr. MOFFIE'S patiënten bezochten de Verenigde Staten?

3. Hoe is het ontwikkelingspeil van de lagere inkomensgroepen? Worden er van overheidswege maatregelen genomen tegen het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde?

Kortom: frequentie-schatting, gebaseerd op de zinsnede „daar ik bijna alle patiënten met neurologische afwijkingen op onze eilanden ter behandeling krijg . . .” lijkt niet verantwoord en verdient nadere toelichting.

Literatuur: MOFFIE, D. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1454. — SHATIN, R. (1964) *Neurology (Minneap.)* **14**, 338.

Katra Hospital, 30 oktober 1966 P. F. H. M. HÖPPENER
Mandla M.P., India

HET LIJDEN DAT MEN VREEST

Het antwoord van de heren GIEL en VAN DER LUGT (1966) op mijn opmerkingen over hun bovengenoemde artikel zou geen commentaar mijnerzijds behoeven, ware het niet dat er een correctie nodig is van hun eerste alinea, waarin zij vermelden dat mijn argumenten een condensatie vormen van een „langdurige en uitgebreide discussie”, welke zij met mij over het artikel hebben gevoerd. Mijn ingezonden stuk komt door deze zinsnede in een verkeerd daglicht te staan. De buitenstaander zou kunnen concluderen, dat ik, na langdurige discussie, de auteurs niet heb kunnen overtuigen, en nu met een min of meer rancuneuze instelling een lang ingezonden stuk heb geschreven om te trachten op die wijze alsnog gelijk te krijgen. Daarom stel ik er prijs op te verklaren, dat een dergelijke discussie *niet* heeft plaatsgevonden. Naar mijn mening zou een discussie wel wenselijk zijn geweest.

Literatuur: GIEL, R. en P. J. M. VAN DER LUGT (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1488, 1922. — JONGE, H. DE (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1921.

Leiden, 1 november 1966

H. DE JONGE

BERICHTEN BUITENLAND

Azië

Hemorragische koorts. — Het *Bulletin* van de Wereldgezondheidsorganisatie (1966, 1, bl. 1-104) is geheel gewijd aan de „mosquito-borne haemorrhagic fevers of South-East Asia and the Western Pacific”. Het brengt enkele artikelen over het vraagstuk en voorts de samenvattingen van vele rapporten die in 1964 zijn uitgebracht ter gelegenheid van een symposium te Genève. Pas sedert 1954 kent men de epidemische verschijning van deze ernstige ziekte voor de eerste maal te Manilla, in volgende jaren in Thailand, Maleisië, Singapore, het vroegere Frans Indochina en Calcutta. Men classificeert de „nieuwe ziekte” als ernstige variant van dengue, een virusziekte die door *Aedes aegypti* wordt overgebracht. (Met een onschuldige variant is men in Indonesië wel vertrouwd: knokkelkoorts).

Engeland

Pseudomonas aeruginosa in de operatiekamer. — Tussen januari en juni 1964 bleken 37 van 143 patiënten die in de urologische operatiekamer van het Royal Devon and Exeter hospital aan prostata of blaas waren behandeld, met de pyocyanus-bacil besmet. Aanvankelijk dacht men aan „cross-infection” in de ziekenzaal; later vond men de bronnen van infectie in de operatiekamer: resectoscopen en een bigelow-evacuator. Voor laatstgenoemd instrument was de autoclaaf niet voldoende; het behoefde chemische desinfectie. (*Lancet*, 29 okt., bl. 929).

„Hostel” voor geestelijk gestoorde bejaarden. — De *British medical Journal* van 22 oktober (bl. 999) geeft de beschrijving van Greenmount House, een modern verpleeghuis voor geestelijk gestoorde oude vrouwen en mannen, die niet voor een „krankzinnigengesticht” in aanmerking komen. Greenmount House is bestemd voor 50 patiënten, en voorziet grotendeels in de behoefte van een stadje met 160.000 inwoners.

Bestrijding van luchtverontreiniging. — Een groot aantal voordrachten vulde het programma van het internationale Clean Air Congress dat in de eerste week van oktober te Londen werd gehouden. Ook Nederlandse deskundigen kwamen aan het woord. Een onderwerp dat onlangs in deze rubriek (bl. 2094) werd vermeld, betreft het verlangen, de alomtegenwoordigheid van de benzine-automobil te beteugelen en plaats te geven aan elektrisch transport. De voorzitter van de South Western Electricity Board meende dat „in the future the battery electric passenger car could provide a cheap, safe, noiseless, and fumeless vehicle in the town”. Dergelijke wagens behoeven niet meer dan £ 450 te kosten. Voor snel verkeer over grote afstand zullen nieuwe transportmiddelen zoals de monorails en de high-speed electric railway systemen aan de orde komen. (*Med. Offr.*, 21 okt., bl. 227).

Israël

Internationaal geneeskundig congres. — De Israel medical Association organiseert van 1 tot 9 augustus 1967 te Tel Aviv haar zevende wereldcongres onder voorzitterschap van Dr. J. FODIMAN. Inlichtingen verstrekt Dr. A. M. COHEN, Schubertstraat 62, Amsterdam-Z. Tel. 17 85 81.

Schotland

Cervical cytology. — De staatssecretaris heeft de besturen van de regionale ziekenhuizen verzocht te bevorderen dat de cytologische diensten samenwerken met de huisartsen en de plaatselijke overheden. „The objective is the regular periodic examination of all women at risk in the community.” In 1964 zijn 64.000 uitstrijkpreparaten gemaakt; in 1965 steeg