

Verloskundige zorg in het Derde Rijk

Discussies rond de voor- en nadelen van thuisbevallingen versus ziekenhuisbevallingen worden al meer dan 50 jaar gevoerd. In *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* werd onlangs een historische beschouwing aan dit onderwerp gewijd.¹ In september 1934 werden de opvattingen van het toenmalige bewind in Duitsland ten aanzien van de plaats van de bevalling in een rondschriven van dr. Leonardo Conti, chef van het Pruisische ministerie van binnenlandse zaken, kenbaar gemaakt. Uit het rondschriven bleek een streven naar het handhaven en propageren van de thuisbevalling: alleen als de woonomstandigheden erg slecht waren of als er een afwijkende bevalling verwacht werd, was er voorkeur voor een ziekenhuisbevalling. In alle andere gevallen kon men beter thuis bevallen, omdat de vooruitzichten op een gunstige afloop van een normale bevalling thuis niet slechter zijn dan die in het ziekenhuis en omdat de thuisbevalling het saamhorigheidsgevoel binnen het gezin versterkt. Het bevoornden van een hechte familieband paste in de nationaal-socialistische visie.

Enkele maanden later hield zijn moeder, een strijdbare verloskundige die later leidster van de Duitse organisatie van verloskundigen zou worden, in Parijs een voordracht over

moedersterfte thuis en in het ziekenhuis. Zij besloot haar toespraak met te zeggen: 'Bei ernster Prüfung der überaus wichtigen Frage der Müttersterblichkeit werden die Regierungen aller Länder zu dem Entschluss kommen müssen, dass die Erhaltung der klassischen Form der Geburtshilfe, d.h. der Entbindung der Frau im eigenen Heim, geschützt vor Infektionen, betreut von einer nur für Geburtshilfe ausgebildeten und nur geburtshilflich tätigen Frau, die staatlicher Aufsicht untersteht und damit die Erhaltung eines leistungsfähigen und lebensfähigen Hebammenberufs und Standes von grösster Wichtigkeit ist.'

Anderhalf jaar later werd het zg. Hebammengesetz ingesteld. Deze wet, die van staatswege het systeem van de thuisbevalling en de positie van de verloskundigen beschermt, werd in 1941 ook in Nederland ingevoerd en bepaalt – nu 45 jaar later – nog steeds voor een belangrijk deel de verloskundige organisatie in ons land.

LITERATUUR

¹ Zander J, Goetz E. Hausgeburten und klinische Entbindung im Dritten Reich. *Geburtsh Frauenheilkd* 1985; 45: 915-22.

J. H. J. M. MEUWISSEN

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Wondergenezing?

In zijn reactie op de klinische les van prof. Lammes stelt collega Colenbrander: 'Is het daarom vreemd te veronderstellen, dat niet alleen angst en woede met interne secretie te maken hebben, maar alle gemoedstoestanden, ook hoop en vertrouwen?' (1986; 323).

Ik ben de mening toegedaan dat:

- (de ervaring leert dat) een positieve, een opgewekte stemming het functioneren van alle organen gunstig beïnvloedt (via betere doorbloeding?, adequatere zenuwimpulsen?);
- aan die positieve invloed zelden of nooit aandacht wordt geschonken, althans veel minder dan aan de negatieve invloed, hetgeen inzicht en therapie benadeelt.

H. K. SCHEFFER

's-Gravenhage, februari 1986

Torticollis nasopharyngealis (syndroom van Grisel)

Ik las met belangstelling het artikel van Paping et al. (1985; 1787-90) alsmede de ingezonden reactie van Van Delft en Geus met het antwoord van de auteurs (1985; 2472). Ik heb vier patiënten gezien bij wie ik de diagnose 'syndroom van Grisel' heb gesteld.¹ Hoewel allen de beschreven torticollisstand van de halswervelkolom hadden met röntgenologisch een éézijdige (sub)luxatiestand C.1-C.2, kon ik klinisch, noch röntgenologisch instabiliteit vaststellen. Na de acute fase wordt niet meer geklaagd over pijn, wel over bewegingsbeperking en stijfheid waarbij bij onderzoek de rotatie van het hoofd in de richting van het ge(sub)luxeerde gewricht vooral beperkt bleek. In geen der vier gevallen was sprake van een indicatie voor manipulatie, op een wijze zoals de klassieke manuele geneeskunde pleegt te stellen;^{2,3} de aanwezigheid van een (sub)luxatie is altijd een contra-indicatie voor een manipulatie (welke niet verward dient te worden met repositie). Dat dergelijke patiënten wel te

behandelen zouden zijn door middel van behandelingstechnieken volgens de orthomanipulatie, lijkt me uiterst twijfelachtig.⁴ Rest me nog op te merken dat de eer de naam van dit ziektebeeld te dragen eigenlijk toekomt aan Malgaigne.⁵

LITERATUUR

¹ Grisel P. Enucleation de l'atlas et torticollis nasopharyngien. *Presse Med* 1930; 38: 50-3.

² Lewit K. *Manuelle Medizin im Rahmen der medizinischen Rehabilitation*. Leipzig: Barth, 1977.

³ Vortman BJ. *Manuele geneeskunde van de wervelkolom*. Deel II, Kliniek. Eindhoven, 1985.

⁴ Sicksz M. *Orthomanipulatie*. Leiden: Stafleu, 1981.

⁵ Malgaigne JF. *Die Knochenbrüche und Verrenkungen*. (naar C.G. Burger Bd. II. Stuttgart: Rieger, 1856).

B. J. VORTMAN

Son, december 1985

Bloedarmoede door sportbeoefening; een onschuldige 'bijwerking' van een gezonde hobby

Met zeer veel belangstelling las ik dit artikel van Hoepelman en Marx (1985; 155-7). Het gaat om een zeer wetenswaardig verschijnsel in een tijd dat hardlopen over langere afstand ongemerkt is uitgegroeid tot volkssport nummer twee.¹

Als men, zoals de auteurs, daling van de hematocriet als een vorm van adaptatie aan intensieve sportbeoefening wil zien, zou het dienstig kunnen zijn ook de hemoconcentratie – zoals die optreedt bij langdurige en zware inspanning – in de overwegingen te betrekken. Tijdens zware inspanning (groter dan 40% van de maximale zuurstofopname) treedt namelijk een vochtverschuiving op van de intravasculaire naar de intracellulaire ruimte,² waarschijnlijk als gevolg van aanzuiging van osmolair actieve afbraakproducten in de spier. Deze hypovolemische tendens is in de eerste tien minuten duidelijk aanwezig en recht evenredig aan de mate van inspanning, en neemt vervolgens

geleidelijk toe zolang de inspanning wordt voortgezet. Een stijging van het hemoglobinegehalte is het directe gevolg, terwijl de hematocriet door gelijktijdige verschrompeling van de erythrocyten slechts weinig toeneemt. Vochtverlies door transpiratie, perspiratio insensibilis en verminderde terugresorptie uit de tractus digestivus spelen deze hemoconcentratie in de kaart. Enkel de metabole waterproductie uit glycogeen en de tijdens inspanning genuttigde drank komen aan het vochtverlies tegemoet. Dat ondanks vochtretentie door training de aërobe capaciteit kan toenemen is genoegzaam bekend. Bovendien is aangetoond dat vochtonttrekking, voorafgaande aan langdurige inspanning, de prestaties ongunstig beïnvloedt.³

Al met al lijkt het voorstelbaar dat hemodilutie door expansie van het plasmavolume een adequate aanpassing is aan de immer wederkerende hemoconcentratie tijdens intensieve sportbeoefening.

LITERATUUR

- ¹ Rozendaal S. NRC Handelsblad 1985 Okt 24.
- ² Costill DL, Coté R, Fink WJ, Handel P van. Muscle water and electrolyte distribution during prolonged exercise. *Int J Sports Med* 1981; 2: 130-4.
- ³ Armstrong LE, Costill DL, Fink WJ. Influence of diuretic-induced dehydration on competitive running performance. *Med Sci Sports Exerc* 1985; 17: 456-61.

J. VAN WILLIGEN

Amsterdam, januari 1986

Wij danken de heer Van Willigen voor zijn nuttige aanvullingen op ons artikel. Inderdaad daalt tijdens inspanning het plasmavolume met ongeveer 9%, waarbij een bijzonder snel herstel optreedt na het beëindigen van de inspanning.¹ Wanneer vochtonttrekking inderdaad de prestaties ongunstig beïnvloedt, zou de expansie van het plasmavolume lange tijd na inspanning een adequate aanpassing zijn aan deze hemoconcentraties.² Zeer recent werd een verhoogde excretie van koper in het zweet van duursporters beschreven.³ Aangezien koper essentieel is voor de vorming van hemoglobine lijkt het interessant stoornissen in het kopermetabolisme bij de eventuele oorzaken van sportanemie op te nemen.

LITERATUUR

- ¹ Costill DL, Coté R, Fink WJ, Handel P van. Muscle water and electrolyte distribution during prolonged exercise. *Int J Sports Med* 1981; 2: 130-4.
- ² Milledge JS, Bryson I, Catley DM. Sodium balance, fluid homeostasis and the renin-aldosterone system during the prolonged exercise of hill walking. *Clin Sci* 1982; 62: 595-604.
- ³ Gutteridge JMC, Rowley DA, Halliwell B, et al. Copper and iron complexes catalytic for oxygen radical reactions in sweat from human athletes. *Clin Chim Acta* 1985; 145: 267-73.

I. M. HOEPELMAN

Utrecht, januari 1986

J. J. M. MARX

Voorlopige plaatsbepaling van het nieuwe virustaticum aciclovir

In zijn artikel (1986; 246-9) bespreekt collega Van der Veen onder andere het effect van aciclovir-crème bij herpes labialis. Hij baseert zich op het onderzoek van Fiddian et al. uit 1983.¹ Van der Veen spreekt in zijn artikel over een marginaal effect en acht behandeling zelden geïndiceerd. Hoewel hij zich dus gereserveerd uitlaat, flatteert deze uitspraak de werking van aciclovir wellicht toch. Bij lezing namelijk van het artikel van Fiddian et al. blijkt geen aandacht te zijn besteed aan de vraag of er sprake is van selectieve uitval en kan getwijfeld worden aan

de betrouwbaarheid van de diagnose herpes labialis vooral in de gevallen waarbij een 'abortieve laesie' wordt gevonden. De diagnose werd, voorzover is na te gaan, niet virologisch of elektronenmicroscopisch bevestigd. Bovendien wekt het bevreesdend dat de genezingsduur in de placebogroep gemiddeld zes dagen duurt tegen vier in de behandelde groep, als we weten dat het natuurlijk beloop ongeveer tien dagen bedraagt.

In een recent artikel in de *British Medical Journal* (niet door collega Van der Veen gerefereerd) beschrijven Shaw et al. hun onderzoek, met een met placebo behandelde controlegroep, naar het effect van aciclovir 5%-crème bij herpes labialis.² Zij concluderen dat geen therapeutisch effect van aciclovir in deze vorm kan worden aangetoond voor deze aandoening. Opmerkelijk is dat in deze studie de mediaan van de genezingsduur bij de behandelde en de placebogroep respectievelijk 9 en 10 dagen is. Zonder enige behandeling bedraagt deze 13 dagen. Dit doet de auteurs veronderstellen dat misschien de crèmebasis propyleenglycol 40% alleen enig therapeutisch effect heeft. Geconcludeerd moet onzes inziens worden dat er tot nu toe geen goede gronden zijn om bij lijders aan herpes labialis de dure aciclovir-crème voor te gaan schrijven.

LITERATUUR

- ¹ Fiddian AP, Yeo JM, Stubbings R, Dean D. Successful treatment of herpes labialis with topical acyclovir. *Br Med J* 1983; 286: 1699-701.
- ² Shaw M, King M, Best JM, Banatvala JE, Gibson JR, Klaber MR. Failure of acyclovircream in treatment of recurrent herpes labialis. *Br Med J* 1985; 291: 7-9.

A. J. P. BOEKE

Amsterdam, februari 1986

R. J. HART DE RUYTER

Graag dank ik de collegae Boeke en Hart de Ruyter voor hun opmerkingen. Dit noopt mij mijn standpunt inzake toepassing van aciclovir bij herpes labialis toe te lichten. In het overzicht was hiervoor geen ruimte.

Tot nu toe is in twee goed gecontroleerde studies een therapeutische werking van aciclovir-crème bij herpes labialis aangetoond: het genoemde onderzoek van Fiddian et al. en dat van Van Vloten et al.¹ In het onderzoek van Fiddian et al. werden patiënten met herpes labialis alleen in de onderzoeksgroep opgenomen als ze binnen 24 uur na het begin van de aandoening met de behandeling waren begonnen en zich vervolgens op iedere dag klinisch hadden laten onderzoeken. Van de oorspronkelijke 87 patiënten vielen 32 uit omdat ze niet aan deze voorwaarden hadden voldaan. De diagnostiek van laesies die zich niet verder ontwikkelen dan het papuleuze stadium, zou inderdaad zijn gebaat met virologisch onderzoek. De uitkomst verandert echter niet wezenlijk als deze 'abortieve laesies' buiten beschouwing worden gelaten; het effect blijft significant. Dat de genezingsduur in de placebogroep gemiddeld zes dagen was, is niet zo uitzonderlijk. Volgens Christie is de aandoening gewoonlijk binnen een week volledig genezen.² Zoals bekend is, varieert het ziekteverloop sterk. Misschien worden in dit soort van studies (bij patiënten met vaak recidiverende herpes labialis) vooral lichtere gevallen geselecteerd.

Het onderzoek van Shaw en medewerkers heb ik met opzet buiten beschouwing gelaten omdat hierop nogal wat valt aan te merken. De studie werd verricht bij kleine groepen patiënten in verschillende ziekenhuizen. De uitkomsten werden helaas niet voor iedere groep afzonderlijk vermeld. Verder hebben de auteurs er bij de presentatie van de gegevens geen rekening mee gehouden dat na behandeling met aciclovir de volgende aanval korter kan zijn. Deze 'nawerking' kan het therapeutische effect van aciclovir geheel of gedeeltelijk maskeren indien patiënten tijdens de eerste, gedurende het onderzoek optredende episode van herpes labialis met aciclovir worden behandeld en tijdens de