

# Verloskundige hulp in vier huisartsenpraktijken uit de vorige eeuw

DOOR ALB. J. SMULDERS\*

In 1884 promoveerde *Benjamin Jan Kouwer* te Leiden op een proefschrift, dat een verslag inhield van alle baringen, die in 1883/84 in de Leidse verloskundige kliniek en polikliniek waren verricht. Toen Kouwer (in 1899) hoogleraar te Utrecht werd en ook daar de polikliniek tot ontwikkeling bracht, publiceerde hij, met medewerking van zijn assistent Ausems, in het Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie het eerste van zijn tweejaarlijkse overzichten van alle baringen, in de Utrechtse kliniek en door prakticanten in de stad verricht.

Het was mij opgevallen, dat in de nagelaten bibliotheek van mijn vader, die zich in 1901 als huisarts vestigde en die in Amsterdam had gestudeerd, de eerste vier van deze Utrechtse verslagen aanwezig waren. Blijkbaar vervulden deze publikaties bij jonge artsen de rol van een algemeen gewaardeerd en levendig postgraduate onderwijs. Maar ook oudere artsen lazen ze, met bedaarde kritiek, en enkelen onder hen werden door de overzichten van Kouwer geprikkeld om ook de resultaten van hun eigen verloskundige praktijk te publiceren.

*J. C. Prillewitz*, die zich in 1864 te Geervliet vestigde en vanaf 1869 te Maarssen praktiseerde, gaf een overzicht van zijn 42-jarige obstetrische praktijk. *Dr J. Schouten*, die vanaf 1890 in Diever, Dwingeloo en Havelte werkzaam was, waar hij de enige arts was tussen Meppel en Assen, en die zich later in IJzendijke (Zeeland) vestigde, gaf verslag van 1200 partus. *T. Beekenkamp*, vanaf 1891 huisarts in Gouderak (Z.H.), publiceerde de zeer levendige voordracht, welke hij voor de Geneeskundige Kring Gouda had gehouden onder de titel „Verloskundige praxis ten plattelande; verslag van en opmerkingen over 1500 partus”.

De aanleiding om naar dergelijke publikaties te zoeken was gelegen in een interessante vondst. In oude familiepapieren had ik de partusverslagen aangetroffen van mijn grootvader, F. W. Smulders, die van 1864 tot 1896 in Brabant huisarts was. Een analyse van deze oude verloskundige praktijk leek mij boeiend, niet alleen omdat daardoor iets van de grootvaderlijke prestaties aan het licht zou komen, maar vooral omdat mij dit een zeldzame gelegenheid leek een schriftelijke stage te lopen in de praktijk van een huisarts uit de vorige eeuw, die geheel alleen de verloskunde in haar volle en heroïsche omvang moest beoefenen.

Op zoek naar vergelijkingsmateriaal vond ik in de literatuur dus de verslagen van Beekenkamp, Prillewitz en Schouten. En daar deze vier artsen\*\* werkzaam waren op het platteland van Zuid-Holland,

Drente, Utrecht, Zeeland en Noord-Brabant, leken hun praktijken tezamen een mooie steekproef op te leveren uit de arbeid van de Nederlandse huisarts van die tijd.

Door het verloskundig jaaronderzoek 1958 van het N.H.G. heeft bovendien de huisartsenverloskunde weer actualiteit gekregen. Als de *Werkgroep* bij de bespreking van de forcipale extracties uit dit jaaronderzoek schrijft: „Over de frequentie van forcipale extracties in de huisartsenpraktijk zijn ons geen gegevens bekend”, dan blijkt deze uitspraak niet geldig te zijn voor huisartsenpraktijken uit de vorige eeuw.

Het verloskundig onderzoek van het N.H.G. zal de status praesens van 1958 bepalen. Het is, dunkt me, nu dus een goed tijdstip om de archieven te openen teneinde iets te leren kennen van de anamnese van de huisarts als verloskundige.

\* \* \*

Ferdinand Wijnand Smulders, geboren op 5 november 1837, studeerde aan de toenmalige klinische scholen van Rotterdam en Amsterdam. Hij vestigde zich in juli 1864 te Sint Michielsgestel en in april 1874 te Rosmalen, waar hij in 1896 overleed. De entourage, waarin hij zijn werkzaamheden verrichtte, kan men terugvinden in de Brabantse schilderijen van Vincent van Gogh.

Uit Sint Michielsgestel (1864-1874) zijn alle partusverslagen in een apart cahier bewaard gebleven. Uit de Rosmalense tijd (1874-1896) staan zij in het grote visiteboek maandelijks bijeen; vanaf 1881 zijn ze zonder lacunes te volgen.

In *tabel A* kan men zien, hoe Smulders elke partus summier noteerde. Ik verzamelde hierin enkele karakteristieke voorbeelden. Helaas ontbreken er heel wat gegevens, die men graag had willen weten, zoals leeftijd, pariteit, aard van het bekken, duur van de partus. Maar als excuus mag wel gelden, dat de verloskundige werkkaart van het N.H.G. pas honderd jaar na zijn vestiging tot stand zou komen.

\* Geneesheer-directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Breda, vroeger huisarts te Berg-eyk.

\*\* Voor hen, die belang stellen in de geschiedenis van de medische opleiding, is het interessant te weten, dat deze vier medici twee aan twee verschillend zijn opgeleid. Schouten en Beekenkamp waren universitair gevormd en legden het sinds 1878 voorgeschreven artsexamen af. Prillewitz en Smulders studeerden aan de niet-universitaire klinische scholen en werden door „De Provinciale Commissie van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht” uit de provincie van hun opleidingsschool geëxamineerd voor de titel van Genees-, Heel- en Verloskundige (Vroedmeester).

Tabel A

Enkele voorbeelden van de wijze waarop F. W. Smulders van 1865-'96 zijn verloskundige praktijk registreerde

Datum jaar-nummer	Naam der vrouw	Ligging der vrucht	Ontijdig Vroegtijdig Voldragen	Geslacht Levend Dood	Aanmerkingen	Hoe-veel betaald
1869 Apr. 23 No 30	Huisvrouw van Corn. P.	Voetligging	Voldragen	mannelijk levend	Evenals de twee vorige keeren na het breken der membranae geen dolores en daarna ontwikkeling van het kind.	Fl. 4.—
1869 Sept. 2 No 56	Huisvrouw van Johan van J.	Eerste schuinse schedelliging	Voldragen	vrouwelijk levend	Het kind heeft spina bifida en pes equinus sin.	Fl. 6.—
1869 Dec. 9 No 81	Huisvrouw van Arie van D.	Tweede schuinse schedelliging	Voldragen	mannelijk levend	Wegens het lang blijven in den exitus pelvis van het hoofd en atonia uteri, de forceps aangewend.	Fl. 2.—
1869 Sept. 6 No 63	Huisvrouw van Notaris v. D.	Dwarsligging	Voldragen	vrouwelijk levend	Keering in pedibus met opvolgende extractie. Post. haemorrh.	Fl. 12.50
1872 Jan. 10 No 4	Mijne Echtgenote	Eerste schuinse schedelliging	Voldragen	mannelijk levend	Joannes Nicolaas Josephus	
1875 Jan. 29 No 10	Huisvrouw van Martin W.	Hoofdigging met uitzakking van den umbilicus	Voldragen	vrouwelijk dood	Aangezien bij mijne komst ik de umbilicus ver buiten de deelen vond en het caput in coitu, werd direct de forceps aangewend.	Fl. 3.—
1882 Jan. 5 No 2	Huisvrouw van Bartel v. G.	Dwarsligging met uitzakking van arm en navelstreng	Voldragen	mannelijk dood	Wegens ligging werd versio in ped. gedaan. De arm was reeds ver buiten de vagina afgedaald.	Arme.
1883 Mrt. 7 No 14	Huisvrouw van Bert de H.	Billigging	Voldragen	mannelijk levend	Wegens vernauwing extractie. Placenta oclusa ut antea.	Fl. 5.—
1884 Sept. 7 No 37	Huisvrouw van Francis T.	Eerste schuinse schedelliging	Vroegtijdig	vrouwelijk levend	N.B. Drie dagen post partum kreeg zij scarlatina en stierf zeven dagen p.p.	Fl. 2.50

Tabel B

Verloskundige huis-praktijk van F. W. Smulders

	Van juli 1865 tot april 1874 te Sint Michelsgestel										van 1881 tot 1891 te Rosmalen											
	vanaf juli																					
	1865	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	Totaal
Aantal partus .....	19	54	72	89	81	83	91	98	129	24	73	77	70	62	71	71	51	72	81	70	68	1500
Aantal kinderen .....	19	54	74	91	84	84	93	100	130	24	75	80	70	67	74	72	53	73	82	70	69	1534
Gemelli .....	—	—	2	2	3	1	2	2	1	—	2	3	—	5	3	1	2	1	1	—	3	34
Doodgeboren .....	—	2	6	4	4	7	6	3	4	—	2	1	3	3	2	2	2	4	2	4	6	67
Spontaan geboren .....	18	44	62	83	73	71	84	89	120	18	62	69	59	55	68	65	45	57	69	61	60	1329
Schedelliging .....	17	50	71	88	77	76	85	92	123	24	69	76	65	62	67	64	47	67	71	65	57	1408
Aangezichtsligging .....	—	3	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	1	—	9
Dwarsligging .....	1	—	—	2	2	3	—	1	2	—	4	—	3	—	—	2	1	3	2	4	4	34
Stuitligging .....	1	1	3	1	5	4	7	7	5	—	2	3	2	5	5	6	5	2	8	1	8	81
Forceps .....	—	9	8	7	8	9	8	6	7	6	8	10	5	10	6	3	6	10	8	4	3	141
Versie en extractie .....	—	—	—	1	2	3	1	2	3	—	4	—	5	1	—	3	1	6	2	4	4	42
Extractie .....	1	1	3	—	1	1	—	3	—	—	1	1	—	—	—	1	1	—	3	1	2	20
Sectio caesarea .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	2
Placenta praevia .....	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	4
Placenta adhaerens .....	—	—	—	—	1	—	1	2	1	1	—	—	3	6	2	2	3	—	2	5	5	34
Prolapsus funiculi .....	—	—	—	—	—	2	2	2	—	—	3	1	2	1	—	—	2	4	4	1	—	24
Prolapsus brachii .....	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	—	—	—	—	—	1	—	4	1	2	—	14

Het enige prenatale contact bestond in die tijd in het bespreken van de partus.

In *tabel B* vindt men de resultaten van 1500 bevallingen uit Smulders' praktijk. In deze tabel zijn alle partus uit zijn eerste vestigingsplaats Sint Michielsgestel vermeld en voorts zijn vanaf 1881 uit zijn tweede plaats Rosmalen zoveel opvolgende bevallingen genomen, dat het totaal 1500 werd. Dit getal 1500 werd gekozen, omdat Beekenkamp, wiens publikatie mij het eerst onder ogen kwam, eveneens 1500 partus analyseerde.

Deze tabel geeft inzicht in de omvang van een obstetrische plattelandspraktijk in die dagen en men kan er de frequentie van normaliteit en pathologie en van de verleende kunsthulp uit aflezen.

In *tabel C* treft men de absolute getallen uit de vier praktijken aan. De cijfers van Beekenkamp en Smulders zijn hier al rechtstreeks vergelijkbaar.

*Tabel C Absolute getallen uit de vier verloskundige praktijken*

Huisartsen	Sm.	B.	Pr.	Sch.
Aantal partus .....	1500	1500	1229	1200
Aantal kinderen .....	1534	1517	1249	1212
Gemelli .....	34	19	20	14
Doodgeboren .....	67	40	106	45
Spontaan geboren .....	1329	1210	863	943
Hoofdligging .....	1417	1472	1161	1151
Dwarsligging .....	34	16	38	17
Stuitligging .....	81	29	50	44
Forceps .....	141	246	214	172
Versie en extractie .....	42	32	56	46
Ontwikkeling .....	20	25	?	43
Sectio caesarea .....	2	—	1	1
Perforatie .....	—	3	—	7
Placenta praevia .....	4	9	4	5
Uterus-ruptuur .....	—	—	1	—
Prolapsus funiculi .....	24	16	6	?
Placenta adhaerens .....	34	24	30	?
Ruptura perinei .....	?	?	88	?
Eclampsie .....	2	3	?	6
Onverlost gestorven .....	—	2	—	2
Na de dood verlost .....	1	—	1	—
Dood bij partus .....	1	1	1	—
In puerperium gestorven ....	?	3	21	—

Sm. = Smulders Pr. = Prillewitz  
B. = Beekenkamp Sch. = Schouten

In *tabel D* zijn de vier praktijken vergelijkbaar gemaakt door alle gegevens in procenten weer te geven.

*Tabel D Gegevens der vier praktijken, uitgedrukt in procenten van het aantal partus*

Huisartsen	Sm.	B.	Pr.	Sch.
Gemelli .....	2,3	1,3	1,6	1,2
Dood geboren .....	4,4	2,66	8,62	3,75
Spontaan geboren .....	88	80	70	79
Hoofdligging .....	92,3	98	94,4	95,9
Dwarsligging .....	2,3	1	3,1	1,4
Stuitligging .....	5,4	1,9	4	3,7
Forceps .....	9,4	16,4	17,4	14,3
Versie en extractie .....	2,8	2,1	4,6	3,8
Extractie .....	1,3	1,7	—	3,5
Prolapsus funiculi .....	1,6	1,09	0,5	—
Placenta praevia .....	0,27	0,6	0,32	0,41

Opvallend is het verschil in frequentie van tweelingen en van hoofdliggingen in de Brabantse praktijk (Smulders) en de Noordhollandse (Beekenkamp). Daarmede correspondeert bij Smulders een groter aantal dwarsliggingen, stuitliggingen en versies.

\* \* \*

*Forcipale extracties.* Interessant, vooral voor leermeesters in de verloskunde, is bij Beekenkamp het hoge aantal tangverlossingen bij zoveel hoofdliggingen; er komt één forceps op zes bevallingen voor. Van zijn 246 forcipale extracties werden er elf verricht bij kruinligging, vier bij aangezichtsligging, één bij voorhoofdsligging en 230 bij achterhoofdsligging. Er werd 36 maal een hoge tang aangelegd. Zeven kinderen, die met behulp van een tang werden geboren, kwamen dood ter wereld (2,8 procent); deze zeven partus, die alle door Beekenkamp worden beschreven, waren zeer gecompliceerd.

Beekenkamp staat in zijn verslag uitvoerig stil bij zijn forcipale extracties en hij schrijft zo ongeveer een klinische les over de indicaties en voorwaarden voor het aanleggen van een tang. Het blijkt, dat hij aan een langdurige baring een slechtere prognose toekent dan aan een forcipale extractie. Het verkorten en verzachten van het obstetrische lijden door middel van een forceps acht hij voor de medicus een dankbare taak.

In sommige praktijken, zo schrijft hij, is het met luid geraas laten vallen van de forceps een goed weeëndrijvend middel, maar in zijn praktijk vragen de vrouwen al spoedig, „of het nog niet kan”. Als alle voorwaarden tot termineren van de partus gunstig zijn „en ook de vrouw zelve aandringt, kunnen wij ons daar dan maar van afmaken, zonder eenige andere contra-indicatie, alleen door te zeggen: de zooveel en zooveel uren van Prof. Treub of Prof. Kouwer zijn nog niet om?”

Beekenkamp, wiens mortaliteitscijfer bewijst dat hij een meester in de forceps is, demonstreert intussen duidelijk, hoe de verwachting van de kraamvrouwen in een praktijk geheel wordt bepaald door de houding van de huisarts. In onze dagen zal het „het kapje” of „het spuitje” zijn of een al te haastige kreet om „opname”, waarmede de geschiedenis zich herhaalt.

Bij Prillewitz, die naar verhouding een nog hoger aantal tangverlossingen verrichtte, is het mogelijk (*tabel E*) de indicatiestelling naar zijn eigen indeling weer te geven.

In tegenstelling tot de breedspakige Beekenkamp geeft Prillewitz zijn getallen zonder commentaar. Ook bij zijn 17,4 procent forcipale extracties blijken de uitgangstangen bij weënzwakke de doorslag te geven. Elders in zijn artikel geeft Prillewitz een volledige lijst van doodsoorzaken van de overleden kinderen. Zeven hebben als enige doodsoorzaak een forcipale extractie, maar ook onder de andere doodsoorzaken zullen nog wel forceps-kinderen zijn, zodat de mortaliteit van zijn tangverlossingen niet is te berekenen.

Tabel E

214 Forcipale extracties bij 1249 partus  
uit de praktijk van Prillewitz,  
ingedeeld naar indicatie en pariteit

	Prim.	Mult.	P + M
Ongeduld der moeder .....	3	—	3
Weeënzwakte .....	92	28	120
Bekkenvernaauwing .....	5	7	13
Voorhoofdligging .....	2	3	5
Te groot hoofd bij normaal bekken ...	3	8	11
Niet volbrachte spildraai .....	—	6	6
Op nakomend hoofd bij billigging .....	—	1	1
Rigiditeit weke delen .....	18	1	19
Prolapsus funiculi .....	—	2	2
Prolapsus brachii .....	5	—	5
Te korte streng of te veel omstrengeling .....	16	4	20
Alle indicaties .....	144	70	214

Ook Schouten geeft van zijn 173 forcipaal geboren kinderen zeer gedifferentieerd de indicaties aan. *Tabel F* vermeldt zijn eigen indeling.

Op 173 forcipale extracties had Schouten negen doodgeboren kinderen; bovendien stierven nog negen forcipaal geboren kinderen na één tot drie dagen.

Tabel F

173 Forcipale extracties bij 1200 partus  
uit de praktijk van Schouten,  
ingedeeld naar indicaties en pariteit

	Prim.	Mult.	P + M
Rigiditeit der uitw. genit. ....	54	—	54
Atonia uteri .....	22	30	52
Atonie en aangezichts. ....	3	1	4
Atonie en voorhoofdsl. ....	1	—	1
Kruinligging .....	2	6	8
Kruinligging en bekkenvern. ....	2	5	7
Ziekte van moeder en kruinligging ...	—	1	1
Eclampsie en kruinligging .....	1	—	1
Eclampsie .....	1	—	1
Ziekte van de moeder .....	1	1	2
Atresia vaginae .....	2	—	2
Obesitas van de moeder .....	1	2	3
Bekkenvernaauwing .....	5	10	15
Rigiditeit v.h. ostium .....	11	2	13
Prolapsus funiculi bij achterh.ligg. en normaal bekken .....	3	2	5
Alle indicaties .....	109	64	173

Tenslotte zijn de forcipale extracties van Smulders samengevat in *tabel G*.

Wie zich, met een witte jas aan, mocht verbazen, dat in deze boerderij-verloskunde de forceps werd gebruikt bij prolapsus funiculi, leze in tabel A de notitie van Smulders: „Aangezien bij mijne komst ik de umbilicus ver buiten de deelen vond en het caput in coitu, werd direct de forceps aangewend.”

Tabel G

141 Forcipale extracties bij 1500 partus  
uit de praktijk van Smulders

	Aantal	Doodgeboren
Atonia uteri .....	90	—
Bekkenvernaauwing .....	36	1
Hoofdligging met prolapsus funiculi .....	7	4
Tang op nakomend hoofd na versie en extractie .....	3	1
Afgeweken hoofdligging .....	15	—
Alle indicaties .....	141	6 (4,2%)

*Tweelingen.* De vier praktijken leverden tezamen 85 tweelinggeboorten op. *Tabel H* vermeldt de ligging van het eerste en het tweede kind.

Tabel H

Ligging van eerste en tweede kind bij  
85 tweelinggeboorten uit vier praktijken

Ligging	Eerste kind	Tweede kind
Hoofdligging .....	58	37
Stuitligging .....	18	31
Dwarsligging .....	2	10
Onbekend .....	7	7
Totaal .....	85	85

De mortinataliteit der tweelingen is vermeld in *tabel I*, verdeeld naar de vier praktijken.

Tabel I

Doodgeboren kinderen bij 85 tweelinggeboorten  
in vier praktijken

	Tweeling-geboorten	Doodgeboren kinderen
Schouten .....	14	2
Prillewitz .....	20	2
Beekenkamp .....	19	1
Smulders .....	32	3
Totaal .....	85	8 (4,7%)

Smulders vermeldt hierbij nog, dat twee van zijn drie doodgeboren kinderen immatuur waren. Blijkbaar hebben tweelingen in handen van zulke ervaren verloskundigen geen hogere mortinataliteit dan enkelvoudig geboren kinderen.

\* \* \*

*Versie en extractie.* De vier artsen verrichtten samen 176 maal versie en extractie, de tweelinggeboorten inbegrepen. Bij het nagaan van de indicaties komt men midden in de hogeschool van de verloskunde van die dagen, toen men, zonder prenataal contact, bij placenta praevia en bij verwaarloosde dwarsligging met uitzakking van arm en navelstreng zijn meesterschap had te bewijzen.

Het was mogelijk van Prillewitz, Beekenkamp en Smulders de indicaties te verzamelen (*tabel J*).

Tabel J

Indicaties voor 130 gevallen van versie  
en extractie in drie praktijken

Indicaties	Pr.	Sm.	B.	P + S + B
Eenvoudige en gecompliceerde dwarsligging	44	29	14	87
Placenta praevia .....	4	4	7	15
Hoofdl. met prolapsus funiculi .....	5	7	3	15
Hoofdligging met diverse complicaties .....	2	—	8	10
Bekkenvernuwing .....	—	2	—	2
Abnormaal hoofd (cycloop) .....	1	—	—	1
Alle indicaties .....	56	42	32	130

Wat de mortinataliteit betreft, had Smulders 14 doodgeboren kinderen bij 42 versies; voor Beekenkamp was dit 8 bij 32. Bij Prillewitz was dit niet afzonderlijk na te gaan, maar wel bij Schouten, die 5 doodgeboren kinderen op 46 versies had. In totaal dus bij 120 versies 27 doodgeboren kinderen of 22,5 procent.

*Placenta praevia.* De vier artsen behandelden tezamen 22 gevallen van placenta praevia. Daar het in ons land volmaakt historie is geworden, dat een medicus zulk een levensgevaarlijke complicatie thuis afwerkt, geef ik voor een beschrijving twee van hen zelf het woord.

Bij de bespreking van zijn gevallen van placenta praevia schrijft Schouten:

„Hoewel de bloeding gedurende of na den partus la bête noire van de verloskunde is, blijft voor mij een placenta praevia de meest onaangename complicatie. Een kind kan zóó dwaas niet liggen of met wat geduld en wat handigheid komt het wel tevoorschijn, infectie is, ik zal het later vermelden, zoo goed als onbekend op 't Platteland. Lijdt de vrouw aan eclampsie, dan ligt zij meestal uren lang bewusteloos en de stuipen maken op omstanders een diepe indruk, die hen gaande weg op een ongunstige afloop voorbereidt. De vrouw echter die aan placenta praevia verbloedt, loopt dikwijls een uur voor haar dood nog over de vloer, zij noch hare omgeving beseft den gevaarlijke toestand voordat de dokter, binnenkomend, de bloedsporen ziet. Daarom lijkt mij een letale afloop van placenta praevia voor den dokter zeer onaangenaam.

„Mij werden tot heden 5 gevallen toegedacht. Alle vrouwen en 4 kinderen brachten er het leven bij af, sommigen langs 't kantje af.

„No 264. Mej. W., 25 jaar, multipara, Diever, liet mij roepen op nieuwjaarsmorgen 1893 te 9 uur. Zij was à terme, had weeën en bloedde hevig. Ik begreep dus dat ik voor mijn eerste p.p. stond. Er was 7 c.m. ontsluiting, en het placentair weefsel was overal te voelen. Vermeldingswaard is zeker, dat bij deze placenta praevia centralis, de vrouw 's morgens te 6 uur voor de eerste maal bloed verloor. Zij was oudejaarsavond te 6 uur naar de kerk geweest, noch toen, noch vroeger had zij een enkele bloedvlek gezien. De placenta werd centraal doorboord daar aan de omtrek van den cervix-circel nergens een dunne plek te voelen was. Een voet was spoedig gevonden, de versie en extractie spoedig gedaan. Op het kind volgde veel bloed. De placenta hing slechts voor een klein deel aan de navelstreng, zij werd in verschillende stukken manueel weggenomen. Het kind schreeuwde dadelijk, de vrouw was flauw en kreeg een extra nieuwjaarsborrel plus een injectie ergotine. De uterus trok zeer goed samen doch de vrouw had een snellen, weeken pols, zoodat zij nog, daar we niets anders bij de hand hadden, eenige malen een slok boerenjongens kreeg. Zij genas volkomen.”

Tot zover Schouten.

Ook Prillewitz laat ik één van zijn gevallen verhalen:

„Vrouw P., 37 jaar, VI-para. Eenige dagen voor het begin der baring kleine kortdurende haemorrhagiën. Uitw. onderzoek leerde dwarsligging, hoofd rechts. Inw.: Plac. praevia centralis. Toen de weeën begonnen, hevige vloeing. Tamponade met den blaastampon. Na een paar uur werd de tampon uitgedreven en was er toen ruime ontsluiting van het o.u. Ik doorboorde nu de placenta, zocht en vond het linkerbeen, keerde en extraheerde verder het kind, alles in den tijd van eenige minuten. De secundinae volgden dadelijk. Het kind kwam levenloos ter wereld, en de moeder was bewusteloos. Doordien de baarmoeder niet samentrok, bleef de vloeing aanhouden, en verloor de vrouw veel bloed. Subc. inject. van ergotine, irrigatie's van warm water, wrijvingen deden echter den uterus hard worden. Moeder kwam bij door aether-injectiën, laag liggen van het hoofd etc. Het kraambed verliep gunstig en ik nam den 10e dag afscheid.

„Op de morgen van de 11e dag werd ik weder geroepen, wegens keelpijn van de vrouw. Ik vond haar angstig door het huisje loopen, ze kon niet slikken, had keelpijn en voelde zich naar. Nader onderzoekende vond ik verschijnselen van trismus. Ik liet haar dadelijk bedienen en schreef voor rust, melk, en gaf sub-cutaan morphine. Nog niet wetende dat trismus door infectie wordt veroorzaakt, schreef ik de oorzaak toe aan een schrik, dien de kraamvrouw had gehad den vorigen dag, toen de spoortrein door haar was gezien, in brand staande. Later heb ik vernomen, dat ze de bedstee had schoongemaakt, waarin ze was bevallen, en er toen versch stroo in had gedaan. Het is dus niet uitgesloten dat de infectie is gekomen door een trismusbacil uit dat stroo.

De toestand werd al erger en erger. Eindelijk ook tetanus. Ze lag tenslotte op het achterhoofd en de hielen. Noch morphine, noch chloroform hielpen, en ze stierf den 13e dag na hare bevalling bewusteloos.”

Omtrent de mortaliteit bij de 22 gevallen van placenta praevia geeft tabel K inzicht.

Tabel K

Mortaliteit van moeder en kind bij 22 gevallen  
van placenta praevia uit de vier praktijken

Arts	Aantal partus	Placenta praevia	Centraal	Late-raal	Marginaal	Kind dood	Moeder dood
Beekenkamp ...	1500	9 (0,6 %)	4	4	1	2*	1
Schouten .....	1200	5 (0,4 %)	3	1	1	1	—
Prillewitz .....	1249	4 (0,32 %)	—	—	—	1	1**
Smulders .....	1500	4 (0,27 %)	—	—	—	3	1

\* Waarvan één anencefaal.

\*\* Stierf op 13de dag aan tetanus.

*Perforatie.* Het perforatorium behoort thans gelukkig in het obstetrisch museum thuis. Beekenkamp gebruikt het instrument driemaal, respectievelijk bij bekkenvernuwing, hydrocefalie en anencefalie. Van één van zijn perforaties volgt hier het verslag.

„Partus No 725 (1899). Hier bleef het hoofd zeer hoog en beweeglijk staan en was moeilijk per vaginam te bereiken. Ook bij uitwendig onderzoek was de hydrocephalus mij niet opgevallen. In zoover kan van error diagnoseos gesproken worden. Na tamelijk vlot verloopende versie en extractie bleef het hoofd op den bekkeningang steken. Een te hulp geroepen collega kon het ook niet klaarspelen en bij perforatie van het achterhoofd kwam in de vorm van vrij veel sereus vocht de ware oorzaak van de stagnatie voor den dag.”

Schouten deed zeven perforaties, alle op indicatie van plat-rachitisch of algemeen vernauwd bekken. Ook hem laat ik één van zijn gevallen vertellen:

„Partus No 207. Vrouw S., Lhee, 25 jaar, I-para, riep mij Zaterdagmiddags 4 uur. 't Was anderhalf uur ver in de hei van Lhee. Ontsluiting 1,5 cm. Algemeen vernauwd rachitisch bekken. Sp.II. 26,2. Cr.il. 26. D.B. 16,5. D.C.I. 9. Omtrek 85 cm. De C.V. werd op 7,5 geschat. Pogingen tot uitwendige versie falen. Daar de vrouw flinke weeën had en zover weg woonde, bleef ik er, sliep in mijn koetsiersjas op een meelkist en onderzocht haar ieder uur want ze had veel pijn en was zeer angstig.

„'s Zondagssmorgens 6 cm ontsluiting. Vliezen reeds lang gebroken. Hoofd vast op de ingang in A-a-r. Versie mislukt, forceps dito. Daar het kind goed leefde had ik geen lust tot perforatie.

„Ik hoopte dat anderen wél zouden kunnen wat mij mislukte. Doch men zit daar niet in Amsterdam. Men ziet hier wel veel vossen en konijnen, maar geen Specialisten in de obstetrie. Een sjees naar Beilen, met een telegram naar Groningen. Per eerste Boemeltrein arriveert gelukkig de verwachte collega. 's Middags om 3 uur stonden we samen voor het bed. Ook nu mislukte versie en forceps, zodat werd geperforeerd. Ik kan mij moeilijk voorstellen, dat stads-mensen begrip hebben van zulk hondenwerk. Ik had er 2 dagen gezeten, moest er 25 gulden bijleggen, en . . . was hoogst gelukkig dat men mij collegiaal niet in de steek had gelaten.”

Ik meen, dat iedere huisarts, die gewend is te mopperen, als de huidige wiegende ambulance-wagen iets later komt, en ook elke specialist, die vindt dat hij vijf minuten te vroeg voor een sectio naar het ziekenhuis is geroepen, dit stukje vaderlandse geschiedenis zou moeten uitknippen om in de verlostas te leggen.

Prillewitz en Smulders hebben geen perforaties verricht.

*Sectio caesarea.* De vier artsen verrichtten viermaal een sectio. Die van Prillewitz was bij een vrouw die à terme verdrongen uit het water werd gehaald; het kind was dood. Smulders verrichtte tweemaal een sectio. De eerste was bij een vrouw, die hij onverlost dood aantrof; er werden twee dode meisjes geboren. Voor de andere staat als indicatie aangegeven: graviditas extra-uterina; de vrouw overleefde de operatie. Voor de sectio van Schouten, in een klein Drents boerderijtje verricht, geef ik het woord aan de operateur zelf:

„No. 398. Vrouw M. 24 jaar, I para. Schippersvrouw, was bij hare ouders in Diever, om daar hare bevalling af te wachten. 24 Maart 1894, 's morgens 8 uur toen hare bevalling iedereen dag kon worden verwacht, kreeg zij stuipen. Toen ik haar zag lag zij reeds bewusteloos, reageerde op geen enkelen prikkel, cornea reflex verdwenen, pols klein en snel 115, temp. 38,9° en ik behoefde niet lang te wachten om een hevige aanval te zien, de zevende binnen 2 uur. Het bleek dat er geen beginnende ontsluiting was, zij kreeg 20 mgr morphine en wij wachtten af, of er geen uterus-contractie's te ontdekken waren. Dit was niet zoo, ik riep collega v. d. Mijle uit Smilde en daar er nog 5 aanvallen kwamen, ondanks nog 2 maal 20 mgr. morphine, besloten wij om sectio caesarea te doen.

„Er behoefde niet te worden genarcotiseerd. De uterus werd, na opening van de buik in de l. alba, naar buiten gebracht en in de mediaanlijn ingesneden. Mijn mes kwam precies in de placenta terecht, de bloeding was hevig. Coll. v. d. Mijle omvatte de cervix uteri en het kind, dat goed leefde, werd uitgenomen, de secundinae verwijderd en daarna de

uterus, die zich flink contraheerde, gehecht met diepe zijde-hechtingen.

„Van ureter-uitzetting werd niets bespeurd. De buikwand werd gehecht en de vrouw in het warme bed gelegd. De operatie was vlug afgelopen, geheel volgens „t boekje” dat ik even van te voren had ingekeken. Alleen was er geen elastische ligatuur om de cervix uteri gelegd, wegens den diepen, vasten stand van het hoofd.

„De vrouw ontwaakte 's avonds laat uit hare verdoving, had geen stuipaanvallen meer en genas koortsloos zoo goed, dat zij zelf haar kind ten doop hield toen het een maand oud was. Alle eiwit was toen uit hare urine verdwenen.”

*Doodsoorzaak der overleden kinderen.* Door Schouten, Prillewitz en Beekenkamp worden in lijsten de doodsoorzaken van alle bij of na de geboorte overleden kinderen vermeld. Belangstellenden moge ik hiervoor naar de oorspronkelijke publikaties verwijzen.

Hierbij moet worden opgemerkt, dat Prillewitz onder de overleden kinderen niet alleen de doodgeborenen rekent, maar ook de kinderen, die binnen twee weken stierven. Terwijl de anderen met hun getallen de mortinataliteit aangeven, vermeldt Prillewitz eigenlijk een ruime perinatale sterfte. Het is dus begrijpelijk, dat Prillewitz met 106 gestorven kinderen het hoogste percentage mortaliteit heeft. Bovendien heeft hij 19 gemacereerde kinderen, vier monstra en elf kinderen, die reeds voor zijn komst waren gestorven.

*Moederlijke sterfte.* Prillewitz verloor één kraamvrouw vóór de baring door verdrinking, één tijdens de partus door ruptura uteri en 19 in het puerperium aan nefritis en infecties. Totaal: 21 overleden vrouwen op 1229 partus, dus 1.7 procent.

Beekenkamp had op 1500 bevallingen twee onverlost gestorven vrouwen. Verder overleed één patiënte tijdens de partus aan placenta praevia, terwijl tijdens het kraambed drie vrouwen stierven aan infecties. Totaal: 0,4 procent.

Smulders (1500 partus) trof eenmaal een vrouw onverlost gestorven aan en verloor één vrouw met placenta praevia. Over sterfte in het kraambed geeft hij geen nauwkeurige gegevens.

Schouten tenslotte (1200 partus) had twee overleden vrouwen in de laatste zwangerschapsmaand: één aan eclampsie en één door onbekende oorzaak. Een derde vrouw, die zonder dokter was bevallen, stierf enkele uren na de partus; Schouten deed alleen de lijkschouw.

Bij de partus overleed geen enkele vrouw en — wat zeker nog frapperanter is voor die tijd — Schouten verloor geen enkele vrouw in het kraambed. Dit resultaat is zonder twijfel te danken aan zijn bijzondere bacteriologische interesse.

Hij verbaasde zich er over, dat de klinieken zoveel infecties meldden, terwijl hij in de periferie zoveel ongestoorde genezingen zag na de herniotomieën, amputaties, een sectio en enkele andere laparotomieën, die hij in zijn praktijk had verricht. Om na te gaan, aan welke bacteriologische gevaren zijn kraamvrouwen bloot stonden, verrichtte hij bij 70 bevallingen een integraal bacteriologisch onderzoek, waarvoor hij het instrumentarium bezat en waarvan hij de techniek beheerste.

Hij gebruikte hierbij petri-schalen met glycerine-agar, welke

vooraf ter controle op kiemvrijheid in de broedstof hadden gestaan. Bij de bevalling plaatste hij gedurende vijf minuten een petri-schaal voor de bedstee of het bed van de kraamvrouw. Tegelijk kweekte hij de flora van de hand van de accoucheur, van de instrumenten en van het vaginaalslijm van de vrouw en voorts nam hij (wat in die tijd zeer nieuw was) bij deze 70 kraamvrouwen dagelijks de temperatuur op.

In zijn artikel vermeldt hij in grote tabellen de resultaten van zijn onderzoek en hij vat tenslotte zijn conclusies als volgt samen:

„Ik wil niet gaarne dit onderzoek een schijn van gewicht geven, doch ik leerde eruit:

1 dat de geringe morbiditeit mijner kraamvrouwen niet het gevolg is van de steriliteit mijner handen en instrumenten, want die liet veel te wensen over.

2 dat ettercoccen, zoo ze niet door den dokter zelf worden medegebracht, in de kraamkamers, hoe vuil ze ook zijn, bijna niet voorkomen, en waar ze wel gevonden werden, hun virulentie nul was. Virulente streptococcon kwamen in de lucht der kraamkamers voor bij gelijktijdige aanwezigheid in het vaginaalslijm.

3 dat oogenschijnlijk gezonde vrouwen, wier kraambd afebril verloopt, ongestraft zéér virulente streptococcon in de vagina kunnen herbergen.”

Tot zover Schouten als huisarts-bacterioloog. Ik geloof, dat er nóg een conclusie te trekken is, namelijk dat een wetenschappelijke instelling van de huisarts de beste preventie is voor zijn patiënten.

*Vergelijking tussen kliniek en periferie.* In onze dagen zijn de verloskundige huisartsenpraktijken nauwelijks te vergelijken met de populatie van een universiteitskliniek en polikliniek. Tussen huisartsen en universiteiten schoven zich specialisten met hun perifere klinieken en aan de andere zijde van de huisarts is de voortreffelijk opgeleide vroedvrouw komen te staan.

In het begin van deze eeuw kon een huisarts met grote obstetrische ervaring, naast Prof. Treub en Prof. Kouwer, publiceren in het Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie. Dit duidt op een rechtstreekse collegiale relatie. Waren destijds de resultaten uit een huisartsenpraktijk wél vergelijkbaar met het werk van universiteitskliniek en polikliniek? Daarvoor zouden de populatie in beide praktijken en de werkwijze vergelijkbaar moeten zijn.

In een huisartsenpraktijk uit de vorige eeuw is niet de gehele bevolking van een dorp vertegenwoordigd, doch slechts een selectie der kraamvrouwen. Zeker 25 procent van de vrouwen die in het archief van Smulders als besproken staan genoteerd, hebben zich voor de partus niet gemeld. Blijkbaar hielden zij de dokter in reserve en lieten zich door baker of buurvrouw helpen.

Schouten heeft dit voor Diever en Dwingeloo aan de hand van het geboorteregister precies uitgerekend. Bij 88 procent der geboorten was een dokter en bij 12 procent onbevoegde hulp aanwezig. Voor zijn tweede vestigingsplaats waren deze getallen veel ongunstiger: 52 procent doktershulp tegen 48 procent hulp door bakkers en buurvrouwen. Deze getallen hebben betrekking op de jaren 1890-1900. Een plattelands huisartsenpraktijk bevatte dus een

selectie van de normaliteit en al de pathologie van een dorp in haar volle omvang.

Uit het proefschrift van Kouwer over de Leidse kliniek en polikliniek in 1883/84 en uit zijn verslag uit Utrecht over de jaren 1899 en 1900 blijkt, dat de populatie daar dezelfde is: een selectie normaliteit uit de stad, de gehele pathologie daaruit en nog wat extra pathologie van buiten de stad. De uniforme werkwijze der huisartsen met die van de klinieken is door hun opleiding gegarandeerd; ook vanuit de polikliniek werd in die dagen veel kunsthulp bij de kraamvrouw thuis verleend.

Ik heb het er dus op gewaagd de resultaten van de vier huisartsenpraktijken te plaatsen naast de percentages van kliniek en polikliniek in Leiden en Utrecht (zie tabel L).

Tabel L

*Gegevens van vier huisartsen en van de kliniek en polikliniek van Leiden en Utrecht in procenten van het aantal partus*

	1864-1900 4 huisartsen 3429 partus	1883-1884 Leiden 578 p.	1899-1900 Utrecht 1958 p.
Gemelli .....	1,6	1,9	1,6
Doodgeboren .....	4,7	6,8	5
Hoofdligging .....	94,5	93,8	95
Stuitligging .....	3,8	5,3	3,6
Dwarsligging .....	1,7	0,9	1,4
Forceps .....	14	6,5	4
Versie en extractie .....	3,2	2,2	1
Sectio .....	0,07	0,0	0,25
Placenta praevia .....	0,4	0,9	0,7

De lagere mortaliteitscijfers bij een hoger aantal dwarsliggingen zouden onze vier oude collegae tot voldoening stemmen. Het aantal forcipale extracties is in Leiden en Utrecht aanmerkelijk lager. De practicanen beschikten over een onuitputtelijk geduld en over een schat van troostwoorden, schrijft het Utrechtse verslag, en vanzelfsprekend werden „de zoveel uren van Prof. Kouwer” daar stipt in acht genomen.

De Utrechtse cijfers waren voor de actieve Beekenkamp aanleiding met Prof. Kouwer in discussie te treden over de indicaties tot het termineren van een langdurige baring. Ik refereer dit niet om aan iemands zijde te gaan staan, maar om nogmaals licht te werpen op het feit, dat een ervaren huisarts, met argumenten en cijfers ontleend aan 1500 persoonlijk geleide baringen, met een hoogleraar in discussie trad. Men is geneigd de wens uit te spreken, dat onder leiding van het Nederlands Huisartsen Genootschap dit soort gesprekken weer op gang komt, want het tijdperk van hoogleraar-monologen uit al te geïsoleerde klinieken lijkt niet vruchtbaar meer.

De tijd van de vier huisartsen, die aan dit artikel zijn inhoud gaven is — behoudens oorlogstoestand — in ons land voorgoed voorbij. Wel bestaat deze toestand nog in tweederde van de wereld. De verloskunst, die daar nodig is, kan men in ons land niet



meer leren. In een artikel, dat *Prof. de Haas* als jong-arts schreef over zijn verloskundige arbeid op Java, blijkt dat daar de verloskundige toestanden toen nog oneindig primitiever waren dan op het Nederlandse platteland van de vorige eeuw.

De ontwikkeling van de verloskunde, van een stoer en levensreddend individueel handwerk naar de veelzijdige en multi-disciplinaire verloskundige zorg van onze dagen, zal zich in een versneld tempo bij de laat-ontwikkelde volkeren herhalen. Om deze ongeloofwaardige verandering nog eenmaal in een contrast-beeld scherp voor ogen te stellen, plaats ik tot slot tegenover elkaar een uitspraak van een hoogleraar in de obstetrie, die een situatieschets geeft van de verloskunde uit 1960, en een overzicht van wat de huisarts uit de vorige eeuw aan verloskundige prestaties had te verrichten. Ik nam daartoe de tien middelste jaren uit de gegevens van Beekenkamp en Smulders en vermenigvuldigde die met drie. Bij benadering geeft dit dus de verloskundige opdracht weer van het complete huisartsenleven uit die dagen. Omgerekend op 30 huisartsenjaren kwamen Beekenkamp en Smulders voor de in *tabel M* vermelde verloskundige opgaven te staan:

*Tabel M*

Kunstgrepen	Sm.	B.
Gemelli .....	54	45
Dwarsliggingen .....	57	39
Stuitliggingen .....	117	30
Forcipale extractie .....	200	500
Versie en extractie .....	84	75
Prolapsus funiculi .....	54	43
Prolapsus brachii .....	25	?
Placenta praevia .....	6	14
Placenta adhaerens .....	69	45
Perforatie .....	—	4
Sectio caesarea .....	2	—

In zijn voordracht over „De obstetricus en de perinatale sterfte”, gehouden op het Maatschappijcongres 1960 te Eindhoven, zegt *Prof. Kloosterman*: „Wanneer wij onder verloskunde verstaan wat het woord in letterlijke zin lijkt in te houden: de kunst om de barende vrouw van haar kind te verlossen, moeten wij wel tot de gevolgtrekking komen, dat er van ons werkterrein weinig meer is overgebleven. Achter ons ligt de tijd, dat een arts een grote ervaring verwierf in het verrichten van min of meer moeilijke tangextracties, inwendige kering en uithaling, manuele correctie van de stand van het kinderhoofd.”

Even verder zegt hij: „Het zou onbillijk zijn, de jonge gynaecoloog te verwijten, dat hij zich niet vertrouwd weet met de hoge tang en dat hij vrij zeker de versie en extractie aanzienlijk minder beheerst dan Hendrik van Deventer.” En voorts: „De verloskunde moet meer een zwangerschapskunde worden.”

Tot zover Kloosterman. Er past echter één bedenking bij dit gezaghebbend woord. Kloosterman kan krachtens zijn ervaringen slechts oordelen over het terrein van de klinische verloskunde, maar 70 procent van de vaderlandse kinderen worden nog door handen van vroedvrouwen en huisartsen bij hun moeder thuis geboren. Gelden de beschrijvingen en uitspraken van Kloosterman ook voor de 70 procent huis-verloskunde?

Hoewel iedere (oud-)huisarts voor zijn praktijkgebied het antwoord zal weten, is, bij volledig gebrek aan gepubliceerde gegevens, hierover voor het gehele land geen uitsluitsel te geven. Er zullen, naast het N.H.G.-jaaronderzoek 1958, nog een aantal goed-gekozen verloskundige huisartsen-archieven moeten worden geanalyseerd, vóór wij precies weten, welke verloskundige opleiding de huidige huisarts nodig heeft.

Uit het proefschrift van Kouwer kan men zien, hoe in 1884 de toekomstige huisartsen gelegenheid kregen zich onder persoonlijke leiding en correctie van de hoogleraar te oefenen met de tang en met hun handen bij echte bevallingen. Nu er in onze dagen een harmonie moet worden gezocht tussen zwangerschapskunde en verloskunst, zijn de opleidingseisen geheel anders.

Als de ontmoeting met de vier oude huisartsen ons iets heeft geleerd, dat voor alle tijden geldt, dan is het deze sterkende ervaring, dat, als huisartsen in hun opleidingstijd adequaat en degelijk worden geschoold, de resultaten van hun werk vergelijkbaar zijn met de kliniek van hun opleiding.

Beekenkamp, T. (1909) Ned. T. Verlosk. 19, 191.

Haas, J. H. de (1932) Geneesk. T. Ned. Indië 72, 1057.

Kloosterman, G. J. (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 2029.

Kouwer, B. J. (1884) Verslag der Verloskundige Kliniek en Polikliniek van het Rijks-academisch ziekenhuis te Leiden 1883-1884. Acad. proefschrift. J. J. Groen, Leiden.  
— en A. W. Ausems (1902) Ned. T. Verlosk. 13, 239.

Prillewitz, J. C. (1909) Ned. T. Verlosk. 19, 1.

Schouten, J. (1903) Ned. T. Verlosk. 14, 79.

Werkgroep Verloskunde van de huisarts (1961) huisarts en wetenschap 4, 372.