

Forciple extracties: enige aanvullingen en een correctie

Het artikel over forciple extracties uit het jaaronderzoek 1958* — (1961) huisarts en wetenschap, 4, 372 — vereist enige aanvulling. In *tabel 8* van het genoemde artikel werd nagegaan, of er tussen de gynaecoloog en de huisarts een verschil was te constateren in het tijdstip, waarop zij na volkomen ontsluiting de forceps aanleggen. Wij stelden ons namelijk de vraag, of de een, dan wel de ander langer wacht, alvorens deze ingreep toe te passen. Het lijkt nu van belang deze tabel te splitsen naar eerstbarenden en meerbarenden. Immers, de interpretatie van de regel van Pinard is voor velen mede afhankelijk van de pariteit van de kraamvrouw. In het algemeen wacht de arts bij de multipara korter dan bij de primipara; de meesten interpreteren de regel van Pinard, voor wat betreft de hierin aangegeven tijdsduur, aldus, dat zij bij een primipara tot twee uur en bij een multipara tot één uur na volkomen ontsluiting wachten, alvorens de partus forcipaal te beëindigen.

In *tabel 8a* wordt nu een overzicht gegeven van de forciple extracties naar de tijdsduur tussen het begin van volkomen ontsluiting en het moment van aanleggen van de forceps, naar pariteit en leiding der baring. Bestudering van deze tabel brengt enige verschillen in gedragslijn aan het licht tussen specialist en huisarts. Alvorens deze verschillen te interpreteren, dienen we rekening te houden met de mogelijkheid, dat het patiëntenmateriaal, dat de gynaecoloog te behandelen krijgt een andere samenstelling heeft dan dat van de huisarts en daarom niet zonder meer daarmee vergelijkbaar is. Er zou bijvoorbeeld een verschil kunnen bestaan in de aard

van de pathologie; de gevallen, welke de gynaecoloog te behandelen krijgt, zouden over het algemeen van ernstiger aard kunnen zijn dan die van de huisarts. Nu kunnen wij uit de gegevens, ons door het enquête-onderzoek verstrekt, een dergelijk verschil niet aantonen, hoewel we de mogelijkheid hiertoe moeten openlaten. De verschillen, zoals *tabel 8a* aangeeft, zouden dus zowel op het materiaal als op de handelwijze kunnen berusten.

Wanneer we deze verschillen nader beschouwen, zien we, dat de gynaecoloog binnen het eerste halfuur na volkomen ontsluiting relatief vaker de forceps aanlegt dan de huisarts. Binnen het tijdsbestek van één uur na volkomen ontsluiting geldt hetzelfde ten aanzien van de primiparae; voor de multiparae liggen de percentages ongeveer gelijk. Na één uur volkomen ontsluiting zijn tussen specialist en huisarts geen duidelijke verschillen in gedragslijn meer aantoonbaar. In het algemeen kan men stellen, dat de gynaecoloog eerder dan de huisarts overgaat tot het aanleggen van de forceps. Dit spreekt temeer, indien men ook het tijdverlies door overname van de behandeling en het eventuele vervoer naar het ziekenhuis in rekening brengt. Tussen primiparae en multiparae, bij wie een forciple extractie werd toegepast, vinden we met betrekking tot het tijdstip van aanleggen van de forceps ook enig verschil. Bij de multiparae wordt de verlostang eerder aangelegd. Binnen een halfuur na volkomen ontsluiting openbaren de verschillen zich reeds duidelijk (15 procent multiparae tegenover 6 procent primiparae). Binnen één uur na volkomen ontsluiting zijn reeds 34 procent multiparae tegen 12,7 procent primiparae op deze wijze verlost. Binnen twee uur na volkomen ontsluiting is bij 58,8 procent der multiparae en bij 37,5 procent der primiparae de partus forcipaal beëindigd. Bij primiparae vindt de meerderheid

* Onderzoek met financiële steun van de gezondheidsorganisatie T.N.O.; de statistische bewerking geschiedde door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

Tabel 8a

Forciple extracties, naar de tijdsduur tussen het begin van volkomen ontsluiting en het moment van aanleggen van de forceps, de pariteit en de leiding der baring

Tijdsduur	Primiparae			Multiparae		
	Huisarts	Specialist en eventueel huisarts	Totaal	Huisarts	Specialist	Totaal
1/2 uur	1 (2 1/2%)	8 (7,3%)	9 (6,0%)	1 (6,7%)	7 (18,4%)	8 (15,1%)
1/2— 1 uur	2 (5 %)	8 (7,3%)	10 (6,7%)	3 (20,0%)	7 (18,4%)	10 (18,9%)
1— 2 uur	10 (25,0%)	27 (24,8%)	37 (24,8%)	4 (26,7%)	9 (23,7%)	13 (24,5%)
2— 3 uur	15 (37,5%)	31 (28,4%)	46 (30,9%)	5 (33,3%)	8 (21,1%)	13 (24,5%)
3 uur en langer	12 (30,0%)	35 (32,1%)	47 (31,6%)	2 (13,3%)	7 (18,4%)	9 (17,0%)
Totaal bekende duur	40 (100%)	109 (100%)	149 (100%)	15 (100%)	38 (100%)	53 (100%)
Tijdsduur onbekend	?	19	22	1	6	7
Algemeen totaal	43	128	171	16	44	60

der tangverlossingen (62,5 procent) eerst plaats meer dan twee uur na volkomen ontsluiting; bij multiparae werden de meeste tangverlossingen (58,5 procent) binnen twee uur na volkomen ontsluiting getermineerd.

Een tweede aanvulling, die tevens een correctie moet zijn, vereist de paragraaf over de perinatale sterfte bij forcipale extracties. In *tabel 9* op bladzijde 375 is namelijk een fout geslopen. Deze tabel vermeldt vijf gevallen van sterfte onder de kinderen, die door de huisarts met behulp van de forceps ter wereld zijn gebracht. Bij nader onderzoek blijkt dit aantal vier te zijn. Ter verduidelijking drukken we hier nogmaals de nu verbeterde *tabel 9* af.

De perinatale sterfte onder de door de huisarts geëxtraheerde kinderen bedraagt dus 7 procent. Onder de bij de specialist, na tangverlossing geboren kinderen vinden we daarentegen een perinatale sterfte van 0,6 procent. In de groep van de huisarts blijkt dus een belangrijk hogere sterfte te bestaan dan in die van de specialist. In het genoemde artikel hebben we dit verschil abusievelijk niet significant genoemd. De afdeling statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde heeft ons hierop gewezen en een methode aangegeven die in dit geval van toepassing bleek en waarbij wél een significant verschil in sterfte aan het licht trad.

Het leek van belang, de afzonderlijke sterfgevallen te onderzoeken aan de hand van de enquêteformulieren en daarbij na te gaan, of het gevonden verschil op enigerlei wijze nader valt te verklaren. Vooropgesteld zij, dat het niet de bedoeling is met deze analyse de huisarts ook maar enigszins vrij te pleiten van eventueel gemaakte fouten. Wij hebben slechts getracht het gesignaleerde verschil zo objectief mogelijk te benaderen. Nu blijkt, dat de sterfgevallen in de groep van de door de huisarts verrichte forcipale extracties bestonden uit:

Eén geval van intra-uteriene vruchtdood, vóórdat de forceps werd aangelegd; de verdwenen harttonen benevens het uitblijven van de persweeën vormden hier de indicatie tot de tangverlossing;

één geval van uitgezakte navelstreng; bij sectie van het enige uren na de forcipale extractie gesuc-combeerde kind, werd een pericardiale bloeding gevonden, ontstaan in aansluiting aan een, wegens as-

fyxie, gegeven intracardiale adrenaline-injectie;

twee gevallen van sterfte na tangverlossing, waarbij aan de kunstgreep een langdurige partus, het gebruik van een grote hoeveelheid weeëndrijvende middelen en in één geval de toediening van morfine na volkomen ontsluiting voorafging.

Het enige geval van sterfte onder de door de specialist met de forceps ter wereld gebrachte kinderen, was de eerstgeborene van een vrouw, die volgens haar opgaaf 316 dagen zwanger was. Omdat de baring niet vorderde werd zij opgenomen. Meer dan drie uur na volkomen ontsluiting heeft de gynaecoloog het kind forcipaal geëxtraheerd. Sectie werd niet verricht. De oorzaak van de dood zou behalve met de tangverlossing ook met de serotiniteit kunnen samenhangen.

Dit korte overzicht van de na tangverlossing gestorven kinderen toont aan, hoe moeilijk het in vele gevallen is de juiste oorzaak van de dood aan te wijzen. Allerlei andere factoren dan de tangverlossing zelf kunnen een rol spelen, zoals in ons materiaal een uitgezakte navelstreng, een met complicaties verlopen intracardiale injectie, een lange duur van de baring, het gebruik van veel weeëndrijvende middelen, toediening van morfine tijdens de uitdrijving en een overdragenheid van de zwangerschap. Uit de analyse van de sterfgevallen vermogen we dan ook niet een antwoord te geven op de zo belangrijke vraag, of het verantwoord is, dat de huisarts zelf een forcipale extractie verricht. Hoewel een duidelijk verschil in sterfte tussen de door de specialist en de huisarts geleide forcipale extracties werd aangetoond, is het voor ons toch onmogelijk op grond van de beschikbare gegevens een uitspraak te doen.

Tegenover de vrij hoge sterfte van 7 procent onder de door de huisarts geëxtraheerde kinderen, lijkt die onder de door de specialist geleide tangverlossingen (0,6 procent) wel bijzonder laag. Deze lage sterfte, merkwaardigerwijs nog veel geringer dan die in het totale materiaal (2,43 procent) kan toch niet zonder meer worden toegeschreven aan de betere techniek van de gynaecoloog. Ongetwijfeld kan de grotere ervaring van de specialist een belangrijke factor zijn geweest. Daarnaast heeft naar onze mening echter ook een verschil in indicatiestelling een rol gespeeld. We krijgen namelijk de indruk, dat de gynaecoloog in een aantal gevallen een

Tabel 9
Forcipale extracties naar perinatale sterfte, plaats en leiding der baring

Aanwezig	Plaats	Doodgeboren	Overledenen in 1e week	In leven	Totaal
Huisarts	Thuis	2	2	40	44
Huisarts	Thuis	—	—	15	15
Specialist en eventueel huisarts	Ziekenhuis	—	—	27	27
Specialist en eventueel huisarts	Ziekenhuis	—	1	144	145
Totaal		2	3	226	231

tangverlossing heeft verricht op een ruimere indicatie dan de huisarts. Zoals we uit *tabel 8a* concludeerden, gaat de gynaecoloog eerder dan de huisarts over tot het hanteren van de tang en wel vaak binnen de tijdsduur aangegeven in de regel van Pinard. Soms kan dit berust hebben op een spoedeisende omstandigheid. Gezien de wel bijzonder lage sterfte menen wij evenwel, dat in vele gevallen een door hem ruimer gestelde indicatie tot het aanleggen van een tang in aanmerking genomen moet worden. De multiconditionaliteit der sterfte en het verschil in indicatiestelling maken de beoordeling van het verschil in resultaat van specialist en huisarts onmogelijk.

Afgezien van het bovenstaande zijn wij van mening, dat de huisarts, die onder bepaalde omstandigheden overweegt zelf een forceps aan te leggen, er zich van bewust dient te zijn, dat aan het hanteren van de tang risico's zijn verbonden, die voor hem

thuis in het algemeen groter zullen zijn dan voor de in dit opzicht meer ervaren en in de kliniek gemakkelijker werkende collega-specialist. Inderdaad laten zich bepaalde omstandigheden denken, waarin de huisarts soms genoodzaakt is zelf de extractie te verrichten, bijvoorbeeld een grote afstand tot de kliniek, vervoersproblemen of een acute verergering in de toestand van het kind. In dit verband is het merkwaardig te constateren, dat in ons materiaal, met uitzondering van het reeds vóór de extractie gestorven kind, alle sterfgevallen plaats vonden in de groep van de huisarts ten plattelande. Terwijl de frequentie der tangverlossingen nagenoeg gelijk is voor stad en platteland (zie *tabel 6* van voornoemd artikel), blijkt de sterfte na forcipale extractie voornamelijk ten plattelande voor te komen. De enquête laat echter niet toe na te gaan, of in deze gevallen bovengenoemde omstandigheden voor de huisarts als overweging hebben gegolden om de forceps zelf aan te leggen.

Verslaving en huwelijksconflicten*

DOOR DR P. H. ESSER, ZENUWARTS TE HAARLEM**

Het hoofdstuk van de verslaving is een der boeiendste van de psychopathologie. Willen wij de huwelijksconflicten, welke met verslaving samenhangen, beter begrijpen, dan doen we goed ons te beperken tot het ontsnappingsmiddel bij uitnemendheid, de alcohol, daar dit — in tegenstelling tot andere middelen zoals morfine — voor een ieder gemakkelijk verkrijgbaar is en bovendien, sociaal gezien, in zijn uitwerking bijzonder sterk de omgang met anderen vertroebelt en tal van conflicten in het huwelijk creëert.

Het is bij ons onderwerp echter — en dat moeten we voortdurend voor ogen houden — buitengewoon moeilijk het post van het propter te onderscheiden. Huwelijksconflicten kunnen het gevolg zijn van verslaving, maar omgekeerd kunnen spanningen in het huwelijk meermalen aanleiding zijn tot het grijpen naar de fles.

Het alcoholisme, dat in ons land eens een overwegend-maatschappelijk verschijnsel is geweest, is, nadat slechte woningen, lange werktijden en gebrek waren verdwenen, tot een medisch of zo men wil tot een voornamelijk sociaal-psychiatrisch probleem geworden. Hoe men de verslaafde drinker zal benaderen is echter in hoge mate afhankelijk van het land, waarin men woont. In Frankrijk, als wijnverbouwend land, wordt het medische probleem nauwelijks gezien doordat daar de sociale factoren bepalend

schijnen te zijn voor het excessieve drinken en de verslaving. Het grootste gedeelte van de Franse bevolking drinkt wijn en andere alcoholica in grote hoeveelheden. Dit gebruik wortelt in sociale tradities en economische factoren. Het excessieve drinken heeft nauwelijks te maken met het zoeken van ontspanning in de roes.

Anders is het in Nederland, waar vrijwel geen wijn wordt gedronken en waar het excessieve gebruik van alcoholica een uitzondering is. Het drinken wordt hier door geheel andere factoren bepaald. Vandaar dat men te onzent het accent meer zal leggen op de verlichting van spanningen, van conflicten in het huwelijk, van zorgen en noden. In Nederland zijn wij geneigd in verslaafden probleemdrinkers te zien.

Nu heeft ieder mens — de een meer, de ander minder — van tijd tot tijd de behoefte aan de werkelijkheid van het dagelijks bestaan te ontkomen. Deze behoefte doet zich beslist niet slechts voor, wanneer de werkelijkheid ondraaglijk is geworden. Het is het primaire streven van de mens om zijn persoonlijkheid te transcenderen. Hij wil opgaan in gemeenschap met de ander en als middel hiertoe gebruikt hij graag alcohol. Alcohol is daardoor een soort maatschappelijk smeermiddel geworden. Een dergelijk middel brengt echter het gevaar met zich, dat het van middel tot doel wordt. Het middel wordt dan niet meer gezocht als bevrijdingsmiddel, als een mogelijkheid om vrijer met de ander om te kunnen gaan, minder geremd te zijn in zijn handelen en dergelijke, maar om zichzelf wil, om het roes-effect. Door het middel in steeds grotere hoeveelheden

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus „Conflicten in en van het huwelijksleven”. Leiden, april 1962.

** Hoofd van de Sociaal-psychiatrische afdeling van de G.G. en G.D. te Haarlem.