

dat men bij de bronchitis-alleen weinig longfunctiestoornissen vindt, maar dat een bronchitis met complicaties zich direct zal uiten in een verminderde 1-seconde-waarde. De groep patiënten, die zo frequent in de huispraktijk wordt gezien, de zogenaamde eenmalige hoesters, geeft weinig problemen, maar het zijn de patiënten, die bij de longarts komen en die een veranderde 1-seconde-waarde vertonen, die behandeling behoeven. De selectie van de patiënten kan het beste gebeuren op geleide van de 1-seconde-waarde.

Dekema concludeert, dat wel is gebleken, dat het onderwerp „chronische bronchitis” zeer veelzijdig is. De problemen zijn door de voordrachten geenszins opgelost, maar deze panel-discussie heeft het onderwerp toch wel in hoge mate onder ieders aandacht gebracht. Het spreekt vanzelf, dat het patiëntenmateriaal van de kliniek, dat veelal de desastreuze gevolgen van het emfyseem toont, anders is dan wat in de huispraktijk om hulp vraagt. Aan de huisarts is de moeilijke taak om dit emfyseem te voorkomen.

Samenvatting. In een panel-discussie over de chronische bronchitis worden achtereenvolgens aan de orde gesteld: de problemen in de huispraktijk, de aetiologie (allergie, stof en infectie), embryologie en histologie van de bronchiaalboom, de pathologische anatomie (o.a. de veranderingen in trilhaarepithelium en slijmproductie), het longfunctie-onderzoek (vooral de verminderde 1-seconde-waarde), de bacteriologie (met het accent op de *Haemophilus*), de sociale aspecten (met vergelijkende cijfers omtrent ziekte-dagen) en tenslotte de therapeutische mogelijkheden.

Summary. Chronic bronchitis. In a panel-discussion the following subjects are successively raised: problems in general practice, etiology (allergy, dust and infection), embryology and histology of the bronchial tree, pathological anatomy (among others the changes in the ciliated epithelium and the production of mucus), the examination of pulmonary function (especially the reduced 1-second-value), bacteriology (with emphasis on the *Haemophilus*), the social aspects (with comparative figures on absenteeism through illness) and finally the therapeutical possibilities.

Stuart-Harris, C. H., in Orie, N. G. M. en H. J. Sluiter (1961) *Bronchitis, An international symposium.* Van Gorcum, Assen.

Goslings, W. R. O., in idem.

VAN DE STUDIEGROEP PRAKTIJKVOERING

*Het ijken van bloeddrukmeters**

Het meten van de bloeddruk is een precare gelegenheid: met de ten dienste staande apparatuur tracht men de werkelijke arteriële bloeddruk zo goed mogelijk op niet bloedige wijze te meten. Voorwaarde tot het verkrijgen van een enigszins betrouwbaar resultaat is, dat de gebruikte apparatuur deugdelijk is.

De kwikmanometers met lineaire schaalverdeling zijn betrouwbaar wanneer de buiten gebruik zijnde kwikkolom op „0” staat en het ventiel aan de bovenzijde van de stijgbuis niet is verstopt. Anders is het gesteld met de kwikmanometers met gesloten stijgbuis en de veermanometers. Deze instrumenten, die in de algemene praktijk door kleinere omvang en lichter gewicht voordelen bieden in vergelijking tot de eerstgenoemde kwikmanometers met open stijgbuis, hebben het nadeel ontregeld te kunnen worden door langdurig gebruik of van buiten inwerkend geweld. Daarom is het beslist noodzakelijk deze instrumenten periodiek te ijken, ook indien uitwendig geen tekenen van beschadiging aanwijsbaar zijn.

A *Het controleren van een kwikmanometer met open stijgbuis.* Hiertoe wordt de manchet niet te los om een 1/2 liter melkfles gewikkeld. Vervolgens wordt met de ballon de druk snel op bijvoorbeeld

200 mm Hg gebracht. Indien de opstelling thans in rust wordt gelaten mag de hoogte van de kwikkolom niet veranderen. Daling van de kwikkolom wijst op lekkage in het systeem: een kortdurend doorstijgen van de kwikkolom duidt op een verstopt ventiel in de stijgbuis of een bemoeijde doorgang van de ingepompte lucht.

B *Het controleren van een kwikmanometer met gesloten stijgbuis, en een veermanometer.* Nadat een kwikmanometer met open stijgbuis aan de bovengeschreven test is onderworpen en in orde bevonden, kan deze worden gebruikt voor het testen van een kwikmanometer met gesloten stijgbuis of een veermanometer. Voor het ijken met behulp van de open kwikmanometer dient men over enkele hulpstukjes te beschikken die voor een luttel bedrag te verkrijgen of te vervaardigen zijn.

Om de meters op elkaar te kunnen ijken moet in de eerste plaats een koppeling worden aangebracht in de slang naar het aanwijsinstrument (manometerbuis of -klok); vaak is deze reeds aanwezig en bestaat uit een aansluitconus met passende aansluitnippel. Het is het gemakkelijkst de conus aan de zijde van de manometer te hebben, waar in deze beschrijving dan ook vanuit wordt gegaan. Uiteraard is het noodzakelijk dat alle te ijken bloeddrukmeters van een dergelijke koppeling worden voorzien.

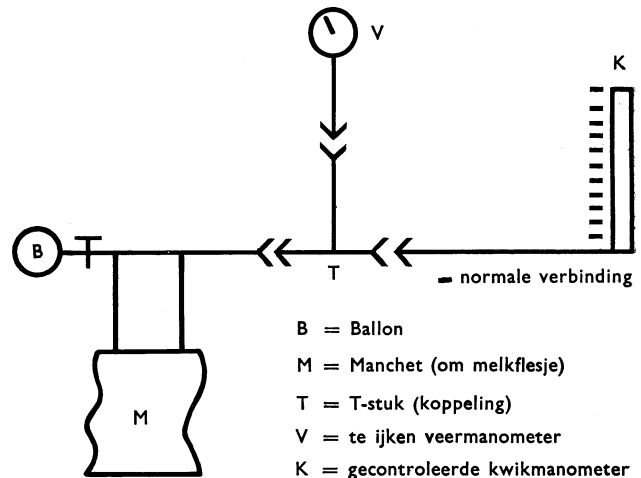
* Dit artikel is tot stand gekomen in samenwerking met de heer A. Benschop, amanuensis te Rotterdam.

Verder heeft men een metalen T-stukje nodig (verkrijgbaar in de instrumentenhandel): op de uiteinden van het rechte stuk worden een conus en een nippel gesoldeerd en op het dwarsstuk een nippel. Zelfs kan het solderen achterwege worden gelaten en van een slangverbinding gebruik worden gemaakt.

De toe te passen procedure (zie schema) is nu als volgt: De koppeling van de open manometer wordt losgenomen, het T-stuk wordt hier tussen geschakeld, op de overblijvende vrije nippel wordt de conus van de te ijken manometer aangesloten. Zelfs kan men in de toevoerslang van de „ijk”-manometer verscheidene T-stukken aanbrengen om verschillende meters tegelijkertijd te ijken. De manchet wordt weer, zoals beschreven, om een melkflesje gewikkeld. Vervolgens wordt de druk opgevoerd tot 50, 100, 150, 200, (250, 300) mm Hg en de stand van de verschillende manometers vergeleken. Vanzelfsprekend moeten alle meters dezelfde druk aanwijzen. Ook de onder A beschreven test dient op alle meters afzonderlijk te worden toegepast.

Een veermanometer die een afwijkende stand aan geeft is soms te corrigeren door de schaalverdeling een weinig te verdraaien; men dient dan echter wel te controleren of alle waarden goed worden aangegeven.

Indien men er toe overgaat de meters regelmatig te controleren zal blijken dat deze controle geenszins overbodig is en zeker elke drie maanden moet worden herhaald.



Schema. Opstelling voor het ijken van een kwikmanometer met gesloten stijgbuis of een veermanometer met behulp van een kwikmanometer met open stijgbuis.

VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

Algemene gegevens over het patiënten-materiaal van het jaaronderzoek 1958*

Ons onderzoek omvatte 9569 enkelvoudige geboorten en 122 tweelingen (= 244 kinderen). In een deel der gepubliceerde tabellen komt als totaalcijfer 9579 enkelvoudige geboorten voor. Het bleek achteraf dat zich hieronder tien gevallen van partus immaturus bevonden, die buiten het bestek van dit onderzoek vielen en derhalve werden geëlimineerd. Alle tabellen waarin sterfte voorkomt, zijn herzien op dit punt en geven een totaal van 9569 enkelvoudige geboorten. Een aantal der overige tabellen geeft een totaal van 9579, omdat in deze tabellen geen sterfte voorkomt en de uitkomsten zeker niet noemenswaard zouden verschillen na rectificatie der tien gevallen.

Wij hebben de samenstelling van ons patiënten-materiaal nagegaan en daarbij in het bijzonder geteeld op de volgende punten: De leeftijd — pariteitsverdeling; de verdeling over stad en platteland; de verdeling naar beroep. Deze factoren zullen wij nu achtereenvolgend gaan bezien.

De leeftijd — pariteitsverdeling. In tabel 1 is de

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

verdeling weergegeven van alle in ons onderzoek geboren kinderen, naar pariteit en leeftijd van de moeder (van enkelvoudige en meervoudige geboorten afzonderlijk).

In tabel 2 zijn de totalen der enkelvoudige en meervoudige geborenen per leeftijd — pariteitsklasse weergegeven in percentages, zowel van het Rijk in 1958 als van ons materiaal. Uit deze tabel blijkt duidelijk dat de jongste leeftijdsklasse (tot 24-jarigen) in ons materiaal minder is vertegenwoordigd dan de overeenkomstige groep van het Rijk (16,9 tegenover 21,4 procent). Bij de oudere leeftijdsklasse doet de huisarts meer bevallingen dan het rijksgemiddelde. Met betrekking tot de pariteitsverdeling (laatste kolommen) blijken de verschillen veel geringer te zijn.

De verdeling over stad en platteland. Als maatstaf voor de verdeling stad tegenover platteland hebben wij aangenomen de afstand van de woning van de huisarts tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, waar volledige obstetrische hulp kan worden geboden. Als „stad” werd beschouwd de praktijk van de huisarts, wiens woning binnen 6 km afstand van een