

Koster, S. (1950) Geneeskundige bladen, 44e reeks, II.
 Meyler, L. (1954) Schadelijke nevenwerkingen van geneesmiddelen. Van Gorcum, Assen.
 Wayjen, R. G. A. van (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 2635.

Naschrift. Gaarne willen wij onze dank betuigen aan allen, die ons bij het onderzoek met advies en hulp terzijde hebben gestaan. Dit waren: Dr J. J. van Gemund en Dr H. H. van Gelderen, kinderartsen te Leiden; Dr G. Hellinga, endocrinoloog te Amsterdam; Ir W. A. Koek te Delft; J. B. Lenstra,

apotheker van het ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam; Dr F. A. Nelemans van de afdeling klinisch geneesmiddelenonderzoek T.N.O. en Dr R. G. A. van Wayjen, internist te Woerden.

Wij danken ook de schoolartsen in ons district voor hun medewerking bij het opsporen van de patiënten. Speciale dank gaat uit naar de firma Ciba die Dianabol en het placebo ter beschikking stelde en het onderzoek financierde, dit alles vooral dankzij de activiteiten van de medewerker van Ciba de heer J. P. Kattemölle.

VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

*De geboorte van de placenta**

In dit artikel willen wij een overzicht geven van de door ons verzamelde enquêtegegevens betreffende de geboorte van de placenta en daarbij aandacht schenken aan een aantal bijzonderheden, dat zich hierbij heeft voorgedaan. Zo zal de aard van de geboorte van de placenta (normaal of kunstmatig) in verband worden gebracht met de pariteit van de kraamvrouw. Voorts onderzoeken wij of er ten aanzien van de placentageboorte enige verschillen zijn te constateren tussen de door de specialist en de huisarts gevolgde gedragslijn. In aansluiting hierop zal het onderzoek zich richten op de wijze, waarop de gynaecoloog of de huisarts hebben ingegrepen indien zich ten aanzien van de placenta moeilijk-

heden voordeden. De aard van de baring (spontane baring of kunstverlossing) zal mede als mogelijke invloedsfactor in de beschouwing worden opgenomen. Tenslotte wijden wij aandacht aan de betekenis van de leeftijd van de huisarts, het verschil tussen stad en platteland en de invloed van de sociale klasse op de geboorte van de placenta.

De studie beperkt zich tot de enkelvoudig geborenen.

Pariteit. Tabel 1 geeft onder meer het verband aan tussen de aard van de placentageboorte en de pariteit van de kraamvrouw. Het overzicht toont aan, dat zich in een betrekkelijk groot aantal der gevallen moeilijkheden hebben voorgedaan. Voor het totale materiaal vinden we in 7,8 procent een kunstmatige geboorte van de placenta. Er bestaat

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

Tabel 1 Geboorte van de placenta, naar pariteit van kraamvrouw en aanwezigheid van de verloskundige hulp (huisarts of specialist) bij de geboorte van het kind.

	Onbekend	Normaal	Geboorte van de placenta		Sectio caesarea	Totaal
			Kunstmatig Credé	Manueel		
Primiparae						
Aanwezig bij de geboorte van het kind						
Huisarts	11	2417	175	27	—	2630
Gynaecoloog	1	190	32	42	49	314
Geen arts aanwezig	—	61	5	—	—	66
Totaal	12	2668	212	69	49	3010
Totaal in procenten	0,4	88,6	7,0	2,3	1,6	100,0
Multiparae						
Huisarts	12	5354	357	51	—	5774
Gynaecoloog	9	217	10	34	70	340
Geen arts aanwezig	1	431	10	3	—	445
Totaal	22	6002	377	88	70	6559
Totaal in procenten	0,3	91,5	5,7	1,3	1,1	100,0
Algemeen totaal	34	8670	589	157	119	9569
Algemeen totaal in procenten	0,4	90,6	6,2	1,6	1,2	100,0

een significant verschil tussen primiparae (9,3 procent) en multiparae (7,0 procent). Bij de berekening van deze significantie zijn de keizersneden en de gevallen, waarbij de aard van de placentageboorte onbekend was, buiten beschouwing gelaten.

De handgreep volgens Credé werd voor het totale materiaal in 6,2 procent der gevallen toegepast (primiparae 7,0 en multiparae 5,7 procent). Deze frequenties lijken vrij hoog, te meer indien men bedenkt, dat deze handgreep als van zeer ingrijpende aard wordt beschouwd en de toepassing ervan in de nieuwe leerboeken wordt ontraden wegens de grote kans op atonische nabloedingen. De gevaren van de manuele placentaverwijdering zouden, mits door ervaren handen verricht, minder groot zijn en de hierbij aanwezige kans op infectie zou door het gebruik van antibiotica aanzienlijk kunnen worden verlaagd. Nu is het zeer wel mogelijk, dat onder de naam „Credé” ook een aantal verrichtingen is geboekt, waarbij niet de echte, volledige handgreep met uitpersen van de uterus heeft plaatsgevonden, maar alleen een krachtige druk op de fundus uteri is uitgeoefend.

De manuele placenta verwijdering werd in een frequentie van 1,6 procent geregistreerd. Ook ten aanzien van deze verrichting was een significant verschil tussen primiparae (2,3 procent) en multiparae (1,3 procent) te constateren.

Indeling van het materiaal naar aanwezigheid van huisarts of specialist bij de geboorte van de placenta. In alle tot nu toe verschenen artikelen hebben wij, indien wij de invloed van huisarts of specialist op een bepaald verloskundig gebeuren wilden onderzoeken, een indeling gegeven, gecentreerd op de geboorte van het kind. In verband met ons huidige onderwerp, de geboorte van de placenta, leek het juister een indeling te geven naar aanwezigheid van huisarts of specialist in het nage-

boortetijdperk. Immers, in een aantal gevallen zal de huisarts, nadat het kind onder zijn leiding is geboren, in het nageboortetijdperk de hulp van de specialist hebben ingeroepen, bijvoorbeeld in verband met een fluxus bij een nog niet geboren placenta, of bij een moeilijke verwijdering van de nageboorte. Om derhalve eventuele verschillen tussen beide groepen verloskundigen zo scherp mogelijk te analyseren, werd in *tabel 2* een indeling gemaakt naar hun aanwezigheid tijdens de geboorte van de placenta. Tevens werd gesplitst naar pariteit, spontane bevallingen en kunstverlossingen, normale en kunstmatige placentageboorte.

Uit *tabel 2* zijn de volgende resultaten af te lezen. In de groep van de spontane baringen past de gynaecoloog zowel bij primi- als multiparae significant vaker dan de huisarts een kunstmatige verwijdering van de placenta toe. De Credé-frequenties blijken nagenoeg gelijk te zijn, (6 à 7 procent), zodat het verschil berust op het hoge percentage manuele placentaverwijderingen door de specialist verricht. In ongeveer 10 procent van de door de gynaecoloog geleide gevallen is na spontane geboorte van het kind de placenta manueel verwijderd.

In de groep van de kunstverlossingen is het percentage kunstmatige geboorten van de placenta, zowel bij de huisarts als bij de specialist hoger dan in de groep van de spontane bevallingen. Het tussen de pariteiten gevonden verschil in Credé-frequentie onder de door de huisarts verrichte kunstverlossingen (primiparae 17,7, multiparae 10,5 procent) blijkt niet significant te zijn. Evenmin is het verschil onder de multiparae tussen de door de huisarts (10,5 procent) en de specialist (7,4 procent) toegepaste handgreep van Credé significant. Onder de primiparae bestond in dit opzicht geen enkel verschil.

Ten aanzien van de manuele verwijdering van de placenta in aansluiting aan een kunstverlossing be-

*Tabel 2 Placentageboorte, naar pariteit van de kraamvrouw, aard der baring (spontane bevalling of kunstverlossing) en aanwezigheid van de verloskundige hulp(huisarts of specialist) bij de geboorte van de placenta. Alles in procenten.**

	Spontane baringen			Totaal	Kunstverlossingen			Totaal
	Geboorte van de placenta				Geboorte van de placenta			
	Normaal	Credé	Manueel		Normaal	Credé	Manueel	
Primiparae								
Aanwezig bij de geboorte van de placenta								
Huisarts	93,2	6,2	0,6	100 (2515)	79,7	17,7	2,5	100 (79)**
Gynaecoloog	83,2	6,9	9,9	100 (131)	57,6	17,7	24,7	100 (158)
(eventueel met huisarts)								
Multiparae								
Huisarts	93,5	6,0	0,6	100 (5620)	88,6	10,5	1,0	100 (105)
Gynaecoloog	82,4	6,9	10,8	100 (204)	59,6	7,4	33,0	100 (94)
(eventueel met huisarts)								

* Exclusief de keizersneden, de geboorten buiten aanwezigheid van de arts en de gevallen, waarbij de placentageboorte onbekend was.

** De tussen haakjes geplaatste getallen vermelden de aantallen, waarop de percentages betrekking hebben.

staat een duidelijk verschil tussen huisarts en specialist. De gynaecoloog heeft na een kunstverlossing veel vaker dan de huisarts deze ingreep verricht (onder primiparae 10 maal, onder de multiparae 33 maal zo vaak).

Mogen wij nu uit het voorafgaande zonder meer concluderen, dat de gynaecoloog met betrekking tot de manuele placentaverwijdering een veel actiever houding heeft aangenomen dan de huisarts? Ter beantwoording van deze vraag is nog een nadere analyse nodig van de door de specialist verrichte manuele ingrepen. Hiervoor is *tabel 3* opgesteld.

Wanneer wij eerst de spontane baringen in be-

schouwing nemen, zien wij, dat bij de gynaecoloog een duidelijk verschil valt te constateren tussen die gevallen, waarbij hij in consult werd geroepen gedurende het nageboortetijdperk en de bevallingen, waarbij hij ook de leiding had tijdens de geboorte van het kind. In de eerste groep, de „consult”-groep, is de frequentie van de handgreep van Credé en de manuele placentaverwijdering zeer hoog (20,0 respectievelijk 40,0 procent onder primiparae en 25,7 respectievelijk 54,3 procent onder multiparae). Indien de specialist zelf de leiding van de geboorte van het kind op zich had genomen, verliep de geboorte van de placenta (vergelijk *tabel 3* met *tabel*

*Tabel 3 Geboorte van de placenta onder leiding van de specialist; a in consult geroepen tijdens het nageboortetijdperk, b reeds aanwezig bij de geboorte van het kind; naar aard der baring (spontane bevalling of kunstverlossing) en pariteit van de kraamvrouw. Alles in procenten.**

	Spontane baringen			Totaal	Kunstverlossingen			Totaal
	Geboorte van de placenta				Geboorte van de placenta			
	Normaal	Credé	Manueel		Normaal	Credé	Manueel	
Primiparae								
Specialist aanwezig bij de geboorte van de placenta								
a In consult geroepen tijdens nageboortetijdperk	40,0	20,0	40,0	100 (25)	—	—	—	—
b Specialistische leiding bij de geboorte van het kind	93,4	3,8	2,8	100 (106)	57,6	17,7	24,7	100 (158)**
Multiparae								
a In consult geroepen tijdens nageboortetijdperk	20,0	25,7	54,3	100 (35)	—	100,0	—	100 (2)
b Specialistische leiding bij de geboorte van het kind	95,3	3,0	1,8	100 (169)	60,9	5,4	33,7	100 (92)

* Exclusief de keizersneden, de geboorten buiten aanwezigheid van de arts en de gevallen, waarbij de placentageboorte onbekend was.

** De tussen haakjes geplaatste getallen vermelden de aantallen, waarop de percentages betrekking hebben.

Tabel 4 Aard der placentageboorte naar leeftijd van de huisarts en pariteit van de vrouw; huisarts aanwezig bij de geboorte van het kind; in percentages.

	Onbekend	Aard der placentageboorte		Manueel	Totaal
		Normaal	Credé		
Primiparae					
Jaar van afstuderen					
1952—1956	0,6	92,0	6,6	0,8	100,0 (622)*
1947—1951	0,6	91,2	6,6	1,6	100,0 (699)
1942—1946	—	92,9	5,8	1,3	100,0 (520)
vóór 1942	0,4	91,8	7,3	0,5	100,0 (749)
Multiparae					
1952—1956	0,4	92,9	5,8	0,9	100,0 (1283)
1947—1951	—	92,0	6,9	1,1	100,0 (1415)
1942—1946	0,3	91,9	7,0	0,8	100,0 (1376)
vóór 1942	0,2	93,9	5,1	0,8	100,0 (1700)

* De tussen haakjes geplaatste getallen vermelden de aantallen, waarop de percentages betrekking hebben.

2) onder primiparae in een praktisch even hoog percentage normaal als bij de huisarts (93,4 tegenover 93,2 procent) en onder de multiparae in een nog iets hoger percentage normaal (95,3 tegenover 93,5 procent).

De reden, waarom de gynaecoloog in het nageboortetijdperk in consult werd geroepen, zal bijna steeds betrekking hebben gehad op moeilijkheden ten aanzien van de placentageboorte, al dan niet gepaard met ernstige fluxus. Het lijkt volkomen gerechtvaardigd, dat de gynaecoloog hier in een zo hoog percentage een kunstmatige geboorte van de placenta heeft bewerkstelligd.

In de gevallen, waar hij zelf de leiding van de geboorte van het kind op zich had genomen, bleek hij niet actiever dan de huisarts in zijn gedragslijn ten aanzien van de placenta. Alleen verrichtte hij in deze groep relatief minder vaak de handgreep van Credé, maar 3 - 4 maal zo vaak een manuele placentaverwijdering.

In de rubriek van de kunstverlossingen vinden wij alle manuele placentaverwijderingen daár, waar de specialist ook de kunstverlossing zelf verrichtte. De frequenties (primiparae 24,7 en multiparae 33,7 procent) lijken hoog. Een mogelijke verklaring is, dat verschillende gynaecologen profylactische overwegingen hebben laten gelden. Herhaaldelijk zal men direct na de geboorte van het kind de placenta manueel hebben verwijderd, blijkbaar met de bedoeling om moeilijkheden, veroorzaakt door een partiële loslating van de placenta, te voorkomen, waarbij men op dat moment nog gebruik kon maken van de bij de kunstverlossing gegeven narcose.

Als conclusie mag gelden, dat bij spontaan verlopende baringen de gynaecoloog niet actiever is dan de huisarts ten aanzien van het kunstmatig bevorderen van de placentageboorte. Bij kunstverlossingen gaat hij, wellicht ook uit profylactische motieven, vaker dan de huisarts over tot het manueel verwijderen van de placenta. In deze groep volgt hij dus een actiever gedragslijn dan de huisarts.

Leeftijd van de huisarts. Uitgaande van de gedachte, dat ten aanzien van de leiding in het nageboortetijdperk het gedragspatroon van de oudere en in vele gevallen meer ervaren huisarts afwijkt van dat van zijn jongere collega, hebben wij *tabel 4* opgesteld. Deze geeft een overzicht van de mogelijke relatie tussen de leeftijd van de huisarts en de aard van de placentageboorte. Nu dient hierbij te worden opgemerkt, dat de getallen ook betrekking hebben op enkele gevallen, waar de gynaecoloog, in het nageboortetijdperk in consult geroepen, de leiding van de placentageboorte heeft overgenomen.

Overigens kunnen wij geen enkele relatie aantonen. We krijgen de indruk, dat tussen oudere en jongere huisartsen in dit opzicht geen verschillen hebben bestaan.

Stad en platteland. Men kan zich voorstellen, dat de huisarts ten plattelande in verband met de grote afstand tot het ziekenhuis, zich, vaker dan zijn collega in de stad, gedwongen ziet zelf de kunstmatige geboorte van de placenta te bewerkstelligen. Dit zou betekenen dat op het platteland relatief meer kunstmatige geboorten van de placenta zouden worden geregistreerd. *Tabel 5*, waarin het verband wordt weergegeven tussen de afstand tot de kliniek en de aard van de placentageboorte, laat inderdaad enige verschillen zien. De frequentie van de normaal verlopende geboorten van de placenta ligt ten plattelande hoger dan in de stad. Wellicht gaat de huisarts op het platteland iets minder snel tot een kunstmatige ingreep over. Ook in andere opzichten blijkt zijn iets expectatiever verloskundige gedragslijn. Hij wacht meer de normale geboorte van de placenta af.

Maatschappelijke groepering van de kraamvrouw. Tussen de aard der placentageboorte en de sociale groepering van de kraamvrouw (ingedeeld naar de beroepsgroep van de echtgenoot), zou men zich een verband kunnen denken, in die zin, dat de arts ge-

Tabel 5 Aard der placentageboorte naar pariteit van de vrouw en afstand tot het ziekenhuis; huisarts aanwezig bij de geboorte van het kind; in percentages.

	Aard der placentageboorte			Manueel	Totaal
	Onbekend	Normaal	Credé		
Primiparae					
Afstand tot kliniek					
tot 6 km	0,4	89,2	9,4	1,0	100,0 (1071)*
6—10 km	0,8	94,0	4,3	0,9	100,0 (647)
11—15 km	0,2	91,4	7,7	0,7	100,0 (429)
16 km en meer	0,2	95,6	2,7	1,5	100,0 (483)
Multiparae					
tot 6 km	0,1	90,1	8,8	1,0	100,0 (2134)
6—10 km	0,3	94,7	4,0	1,0	100,0 (1446)
11—15 km	—	92,4	6,9	0,7	100,0 (1045)
16 km en meer	0,4	95,5	3,4	0,7	100,0 (1149)

* De tussen haakjes geplaatste getallen vermelden de aantallen, waarop de percentages betrekking hebben.

neigd zou zijn onder de hogere sociale groepen, uit niet-verloskundige overwegingen, sneller tot een ingreep over te gaan dan onder de lagere groeperingen. Een dergelijke relatie konden wij niet aantonen. Het is niet waarschijnlijk dat de arts zich ten aanzien van zijn gedrag in het nageboortetijdperk door andere dan verloskundige overwegingen heeft laten leiden.

Samenvatting. Uit de gegevens, verkregen uit de door het Nederlandse Huisartsen Genootschap in 1958 gehouden enquête inzake de verloskunde van de huisarts, blijkt dat de kunstmatige geboorte van de placenta onder primiparae significant vaker heeft plaats gevonden dan onder multiparae. Dit geldt zowel voor de handgreep van Credé als voor de manuele placenta-verwijdering.

De huisarts heeft bij primi- en multiparae een hogere frequentie normale, de gynaecoloog een hogere frequentie kunstmatige geboorten van de placenta. Dit verschil wordt veroorzaakt door uiteenlopende gedragslijnen na kunstverlossingen: de gynaecoloog heeft in aansluiting aan een kunstverlossing veel vaker dan de huisarts ook de placenta kunstmatig doen geboren worden. Hij paste hierbij in de meerderheid der gevallen een manuele verwijdering toe. Voor een deel zal deze meer actieve houding hebben berust op profylactische overwegingen. In de groep der spontane bevallingen was de specialist ten opzichte van de nageboorte niet actiever dan de huisarts.

Tussen de leeftijd van de huisarts en de wijze, waarop hij

de placenta deed geboren worden, kon geen relatie worden vastgesteld. Ten plattelande wordt in het algemeen de placenta vaker spontaan geboren dan in de stad. Verschillen in aard van de placenta-geboorte naar sociale groepering van de kraamvrouw konden niet worden aangetoond.

Summary. Birth of the placenta. Data obtained in the course of an inquiry into obstetrical activities in general practice, carried out in 1958 by the Dutch Society of General Practitioners, indicate that primiparae had a significantly higher incidence of placenta delivery than multiparae. This applied both to the Credé manoeuvre and to manual extraction of the placenta.

The general practitioner had a higher frequency of normal placental births in primiparae and multiparae, while the obstetrician had a higher frequency of placenta deliveries. The difference is based on a difference in procedure following deliveries. The obstetrician delivered the placenta after delivering the child, using this succession much more frequently than did the general practitioner. In the majority of cases the obstetrician delivered the placenta by manual extraction. This more active approach must have partly been based on prophylactic considerations. In the group of spontaneous births, the specialist was not more active than the general practitioner with regard to the placenta.

No correlation was established between the general practitioner's age and his manner of conducting the placental birth. Generally, spontaneous placental birth occurred more frequently in rural than in urban practices. Differences in the nature of the placental birth according to the social status of the parturients were not demonstrable.

NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

Beklemde breuk

DOOR DR G. C. J. KRUISINGA

In de twintiger jaren verscheen een Duits boekje „Erfahrungen und Betrachtungen aus der Praxis” van Dr August Heisler, destijds in Duitsland en daarbuiten een zeer bekend huisarts in het Schwarzwald. Het boekje werd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde gerecenseerd en ik heb er persoonlijk in die tijd veel profijt van gehad.

Hetgeen Dr Heisler over de beklemde breuk schreef moge hier nog eens worden aangehaald en vertaald volgen:

„Er zijn immers veel methoden om een breuk zonder gevaar voor de patiënt te reponeren. Het bad is aan te bevelen, opdruppelen van aether en chloraethyl en andere; een betrouwbare methode bestaat niet. Ik heb dan ook in gevallen, waarin ik met de gebruikelijke methoden niet slaagde en waarbij desondanks, gezien de ligging en de duur van de beklemming, een proef verantwoord was, getracht om met een omgekeerde (hang)ligging volgens Walcher mijn doel te bereiken. De gang van zaken is nu in het kort de volgende:

Ik laat de patiënt dwars in het bed zitten, met de rug naar mij toegekeerd. Daarna buig ik hem

achterover, terwijl iemand de benen van de patiënt vasthoudt, totdat zijn hoofd over het bed afhangend de vloer raakt. Bij de hierdoor ontstane plaatsverandering van de buikingewanden en de geheel veranderde spierspanning lukte het mij in alle gevallen heel gemakkelijk de breuk te reponeren, nadat ik het tevoren zonder succes had gepoogd. Het eerste geval, waarin ik door de nood gedwongen deze methode toepaste, betrof een oude man boven de zeventig jaar, die afgelegen woonde op een eenzame boerderij. Het was winter en laat in de avond. De man zou liever gestorven zijn dan toestemming geven tot een operatie — maar de breuk was niet te reponeren. De nood maakte vindingrijk. Ik nam een proef met de bovenbeschreven methode en ziedaar, zij functioneerde best, evenals later in andere gevallen. Natuurlijk is mijn materiaal aan beklemde breuken niet groot genoeg om mij een definitief oordeel te veroorloven. Het lijkt mij echter waard een proef te nemen, mede omdat het bij de later uit te voeren operatie gewenst is, dat de darm geen uur langer dan noodzakelijk beklemd is geweest.”