

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-afwijdering.

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.”