stadium van de bevalling kwam geen wijziging. In de jaren 1953-1962 was de frequentie van het optreden van hemorragie na de partus ongeveer 5 procent. Vanaf april 1963, na de introductie van de actievere leiding van het nageboortetijdperk, daalde het percentage hemorragieën dramatisch tot 2,6. In het laatste jaar zelfs tot 1,9. Het gemiddelde bloedverlies was 135 ml.

Het percentage manuele placentaverwijdering daalde veel minder, namelijk van 1,8 tot 1,5 van alle gevallen. Hierbij zijn echter ook alle gevallen begrepen van kunstmatige bevallingen (tangextracties, sectios), waarbij vaak manuele placentaverwijdering als routine werd toegepast. Als men die niet meetelt, is het percentage slechts 1,3.

Vóór april 1963 was ongeveer 61 procent van alle placentae binnen 15 minuten geboren. Bij de actievere methode ná april 1963 werd de placenta in 87 procent der gevallen binnen vijf minuten geboren en in slechts 6,1 procent der gevallen was de placenta na 15 minuten nog niet geboren. In de laatste series was dat percentage nog lager, namelijk 3,4.

De kans op hemorragie in het derde stadium wordt groter bij het toenemen van de duur van die fase. Zij onstaat door verslapping van de uterus en gedeeltelijke loslating van de placenta. Wanneer bij de oude methode het nageboortestadium langer dan een half uur duurde, trad in 30 procent van de gevallen hemorragie op van 570 ml of meer. Bij de huidige methode gebeurde dat nog slechts in 9 procent van de gevallen.

In geen der 10082 bevallingen na april 1963 verricht, trad uterusinversie of andere beschadiging van de uterus op. Na-palpatie wegens verdenking op achtergebleven cotyledonen of membranen, met als gevolg flinke bloedingen, was echter in 0,5 procent der gevallen nodig, doch dat was gelijk aan het percentage patiënten dat volgens de oude methode was geholpen.

Ware het oogmerk alleen maar het snellere verloop van het nageboorte-tijdperk dan zou men dat nauwelijks van nut kunnen achten, doch waar tevens een betere uteruscontractie wordt bereikt en dientengevolge minder bloedverlies, menen schrijvers deze actievere methode met klem te moeten propageren. In de gevallen dat het niet lukte door combinatie van injectie met syntometrine en navelstrengextractie de placenta te laten geboren worden, was er meestal sprake van een placenta accreta, welke ook bij de oude behandeling niet zou zijn losgekomen. In de gevallen, dat de placenta gedeeltelijk los ligt, is extractie de meest logische manier om hem geheel los te krijgen. Natuurlijk moesten de studenten eerst goed worden geïnstrueerd hoe groot de kracht moest zijn waarmee men aan de navelstreng kan trekken. Een enkele keer scheurde de navelstreng wel eens af bij een onervarene, maar onoverkomelijke bezwaren leverde dat toch nooit op.

Schrijvers concluderen dat deze methode in de huisartspraktijk ook heel goed kan worden toegepast.

L. J. Bastiaans.

67-3. Fréquence et causes de la mort du foetus in utero. *Magnin, P., H. Gabriel en M. Aknin. (1966) Presse méd. 74, 2789-2794.*

Onder dood van een foetus in utero wordt in Frankrijk verstaan vruchtdood na zes maanden zwangerschap voor het begin van de bevalling en bij een geboortegewicht van minstens 1000 gram. De aldus gedefinieerde vruchtdood vindt men ongeveer eenmaal op honderd graviditeiten.

De schrijvers berichten over een onderzoek naar oorzaken van deze vruchtdood in honderd gevallen. Voor 67 afgestorven vruchten werd een zekere doodsoorzaak gevonden. 23 maal zwangerschapstoxicose, vijfmaal reeds bestaande hypertensie. Bloedgroepenonverenigbaarheid negen keer; aandoeningen van de moeder (diabetes, syfilis, hypertermie, cholestatische leveraandoening) acht keer. Obstetrische complicaties veroorzaakten vijftien maal vruchtdood: negen keer loslating van de placenta, driemaal placenta praevia, in twee gevallen gebroken vliezen met infectie en eenmaal afdrijfpogingen. Viermaal serotine zwangerschappen en driemaal foetale misvormingen. Vijftien keer werd er voor de vruchtdood een niet volledig overtuigende oorzaak gevonden, zoals omstrengeling van de hals door de navelstreng, torsie van de navelstreng, toxoplasmose en gecombineerd voorkomende afwijkingen en aandoeningen, welke elk alleen onvoldoende zijn om de dood te verklaren. Tenslotte werd in achttien gevallen geen doodsoorzaak gevonden.

De schrijvers gaan nader in op de gevallen met twijfelachtige en onbekende doodsoorzaak. Nauwkeurig onderzoek van de moeder is nodig op syfilis, toxoplasmose, listeriose en rickettsiose; een bloedsuikerbelastingscurve dient te worden gemaakt en een bepaling van de bloedgroepen, waarbij ook aandacht gewenst is voor ABO incompatibiliteit. Bij sectie van het kind kunnen ziektekiemen worden opgespoord. Verder is de autopsie van deze meestal gemacereerde lijkjes weinig verhelderend. Placenta-onderzoek: macroscopisch slechts ondubbelzinnige resultaten bij voortijdige loslating; verder dient het onderzoek microscopisch te geschieden op gefixeerd materiaal. Men kan dan nauw opeengedrongen oedemateuze vlokken met wijde foetale vaten vinden bij rhesusantagonisme, of ischemische gedeelten en infarcten bij toxicose. Veel belang hechten de schrijvers aan onderzoek van decidua, verkregen door voorzichtige curettage na de bevalling. In dit materiaal zouden de uteroplacentaire vaten het beste kunnen worden bestudeerd. De ervaring met deze onderzoekmethode is nog gering, doch men meent aanwijzingen te hebben gevonden, dat de dood van de foetus in utero, waarvan de oorzaak onbekend lijkt, vaak berust op sclerotische veranderingen in de wanden van de uteroplacentaire vaten. Deze veranderingen zouden veel overeenstemming vertonen met de bij zwangerschapsintoxicatie gevonden vaatwandafwijkingen.

N. Bessem

Boekbesprekingen

H. Doorenbos en W. D. Reitsma. Adipositas. Deel 23 van de Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v. Leiden, 1967; 66 bladzijden, prijs f 9,75, in abonnement f 7,50.

Een klein boekje met een belangwekkende en helder geschreven inhoud. De uiteenzettingen over de differentiële diagnostiek van de adipositas kunnen ertoe bijdragen de vele te dikke patiënten met wie de huisarts dagelijks wordt geconfronteerd, weer eens met andere en kritischer ogen te bekijken. Al was het alleen maar met de wetenschap dat bij meer dan de helft van de mensen die hun ideale gewicht met meer dan 25 procent overschrijdt een latente diabetes bestaat. Fysiologie en pathologie van de glucose- en vetstofwisseling worden besproken. Het hoofdstuk waarin de gedachtengang wordt uiteengezet waarop leefregels voor vermagering berusten, kan zeer zeker een welkome steun bij het therapeutisch handelen zijn, zonder dat, zoals de schrijvers terecht opmerken, een panacee — hetgeen ook wel niemand verwacht zal hebben — tegen adipositas wordt geboden.

F. Schreuder

G. J. M. van den Aardweg. Homofilie, Neurose en Dwangzelfbeklag. Een psychologische theorie van de homofilie, toegelicht met een analyse van leven en werk van André Gide. Polak en Van Gennep, Amsterdam, 1967; 372 bladzijden, prijs f 12,50.

In dit als reuzepocket uitgegeven proefschrift, staat de recente Nederlandse neurosetheorie (autopsychodramatheorie) van J. L. Arndt centraal. Deze theorie definieert de neurose als een dwang tot zelfbeklag. Vanuit een kinderlijke zelfvisie wordt op een kwetsing van het gevoel van eigenwaarde gereageerd met zelfmedelijden. Wanneer dit verdriet verdrongen wordt, ontstaat een onbewust en autonoom dwangmatig zelfbeklag: de neurose.

In deel I bespreekt de auteur een groot aantal psychologische testen, om „variabelen te vinden, die neurotici van niet-neurotici onderscheiden". Alleen vragenlijsten geven positieve resultaten (neurotici gaan in op meewarige vragen of klachten). De theorie van Arndt geeft de „meest eenvoudige" verklaring van de testresultaten. Met een korte

uiteenzetting over deze theorie wordt het gedeelte over de neurose besloten. Daarna volgt het eigenlijke onderwerp: de homofilie. De mannelijke homoseksueel wordt van verschillende kanten belicht en hem worden de neurosevragenlijsten voorgelegd. Hij maakt hoge scores op de klachtenlijsten, waaruit de auteur de conclusie trekt, dat de homofilie onder de neurose moet worden gerangschikt en dat het centrale psychisme het dwangzelfbeklag is. De homofiel klaagt dat hij niet door groepsgenoten worden geaccepteerd en hunkert naar samenzijn met een partner, die in zijn ogen die eigenschappen bezit, die hijzelf nodig denkt te hebben om te worden geaccepteerd. Dit proces ontstaat jong en wordt verdrongen. Het drama, niet aanvaard te zijn, moet echter worden herhaald. Daarbij komt, dat seksuele spelletjes met andere jongens de weg wijzen naar contact, naar intieme koestering. Enige voorbeelden illustreren deze genese. Uit deze theorie volgt een psychotherapie in de vorm van een hyperdramatiseringstechniek. De auteur bespreekt drie door hem op succesvolle wijze behandelde gevallen.

In deel II (200 bladzijden) wordt het pedofiele autopsychodrama van André Gide behandeld. Aan romans, toneelstukken, dagboekfragmenten en uitspraken van vrienden wordt het in deel I besprokene getoetst. Het grootste gedeelte bestaat uit citaten, hier en daar van korte commentaren voorzien. Gide blijkt aan alle eisen te voldoen.

Tenzij men goed thuis is in de werken van Gide en deze eens onderworpen wil zien aan een bepaalde consequente psycho-analyse, is deel I het meest interessant. De lezer ontkomt niet aan het gevoel, dat hij voor een voldongen feit wordt geplaatst. De theorie van Arndt is er en de rest wordt er omheen gedrapeerd.

Dit werk is in de pers scherp bekritiseerd, hetgeen begrijpelijk is vanwege de soms gebrekkige stijl en de vele aanhalingen uit de literatuur, welke met vele, weinig vergelijkbare percentages gepaard gaan. Toch verdienen de consequente uitwerking van een gegeven theorie en de uitgebreide literatuurstudie waardering. Een antwoord op de vele vragen, die er op het gebied van de homofilie bestaan, wordt echter niet gegeven. Voor de arts is een nadere informatie over de hyperdramatiseringstechniek van belang.

E. G. J. J. Roolvink

M. A. J. Romme, Doel en middel, Academisch proefschrift Amsterdam, 1967, 243 bladzijden.

In dit proefschrift wordt een onderzoek beschreven naar wat zich afspeelt in Amsterdam op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, speciaal wat de opname-selectie betreft van psychiatrische patiënten. De schrijver gaat uit van de volgende lofwaardige gedachtengang: Wil de geestelijke gezondheidszorg op verantwoorde wijze aan gesignaleerde noden en behoeften tegemoet komen, dan is het niet zinvol tot nieuwe voorzieningen over te gaan zolang niet een kritische evaluatie heeft plaatsgevonden van de bestaande voorzieningen. Een inventarisatie alleen is niet voldoende, want men dient te zijn geïnformeerd over de feitelijke gang van zaken en moet zich afvragen of de bestaande voorzieningen wel optimaal worden benut. Bij insiders ontbreekt het hiervoor meestal aan tijd, belangstelling en, hoe zou het anders kunnen, de nodige distantie tot het werk. Dit door een buitenstaander verricht evaluatie-onderzoek bij een overheidsinstelling, die op loyale wijze alle mogelijke medewerking heeft verleend, verdient dan ook zeker de aandacht.

Het onderzoekmateriaal omvat 449 patiënten voor wie in een bepaald tijdvak opname werd gevraagd bij de afdeling Geestelijke Hygiëne van de G.G. en G.D. te Amsterdam. Dit onderzoekmateriaal leent zich hiertoe bij uitstek omdat de aanmelding van psychiatrische patiënten grotendeels is gecentraliseerd in genoemde afdeling, al blijken ook andere wegen tot opname te kunnen leiden. Verschillende factoren die van invloed zijn op de opname-beslissing worden nagegaan, namelijk sociale achtergronden, klinisch psychiatrische factoren en relatie-factoren, waarbij ook de arts is betrokken. Het cruciale moment van de opname-aanvraag blijkt aanleiding tot een boeiende problematiek, die rechtsstreeks heeft te maken met de vraag of de extra-murale vormen van hulpverlening wel voldoende worden benut.

Een overzicht van de historische ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam gaat aan het onderzoek vooraf, evenals een beknopte beschrijving van de bestaande voorzieningen, meer in het bijzonder van de afdeling Geestelijke Hygiëne van de G.G. en G.D. Het gebrek aan plaatsings-mogelijkheden blijkt geen eigentijds euvel te zijn aangezien de eerste medewerker, Dr. F. S. Meyers er al in 1916 mee worstelde. Het onderzoek geeft onder andere aanleiding tot de volgende opmerkelijke conclusie: „Hierbij wordt waarschijnlijk gemaakt dat de invloed op de opnamebeslissing uitgaande van de houding ten aanzien van opname bij patiënt en milieu sterker is dan de invloed die van de diagnostiek uitgaat" (bladzijde 236).

Over de vorm van het proefschrift kan worden opgemerkt dat het door indeling en formulering duidelijk de logisch ontwikkelende, ordenende denktrant van de schrijver weerspiegelt, zo zelfs dat het lezen ervan soms doet denken aan het naspelen van een schaakpartij. Dit kan tot een wat al te vergaande simplificatie leiden.

Ten slotte dient te worden vermeld dat de schrijver in zijn nabeschouwing een lans breekt voor de medische economie, welke methoden ontwikkelt om doel en middel op elkaar af te stemmen en een zo groot mogelijk nuttigheidseffect te bereiken. In de toekomst zal hiermee waarschijnlijk meer en meer rekening moeten worden gehouden op alle gebieden van gezondheidszorg.

Een proefschrift dat zeker ter bestudering kan worden aanbevolen.

R. Horst

P. J. van Biljon. „'n Ondersoek na die Werksmetodes, Organisasie en Administratie van Algemene Praktijke deur middel van 'n aantal volledige ondersoeke van bestaande Praktijke". (1966) Academisch Proefschrift Universiteit van Pretoria.

Dit proefschrift is ook voor de Nederlandse huisarts belangwekkend, enerzijds omdat men hieruit een uitstekend beeld krijgt van de algemene praktijk in Zuid-Afrika, anderzijds omdat Van Biljon bij de voorbereiding van zijn proefschrift ook een aantal Nederlandse praktijken heeft bezocht en enkele interessante vergelijkingen trekt tussen de Zuidafrikaanse en Nederlandse praktijken.

Er wordt een volledige analyse gegeven van de werkzaamheden in een stedelijke, een half stedelijke en een plattelandspraktijk, welke als representatief worden beschouwd voor een dertigtal praktijken, die door de auteur werden bezocht. De auteur onderstreept het belang van een apart vertrek voor de receptioniste, in Zuid-Afrika ontvangstdame geheten. Een typisch aspect van deze praktijken is, dat veelal aparte vertrekken voor de naturellen aanwezig zijn. De gemiddelde praktijkgrootte in Zuid-Afrika is drieduizend cliënten. Afspraakspreekuren bestaan vaak in theorie, maar in de praktijk komt er meestal weinig van terecht. De gemiddelde consultatietijd is 8,4 minuten, voor de Bantoes 3 minuten. Ook op ander gebied blijkt er vaak verschil te zijn tussen de behandeling van de blanke en niet-blanke patiënten. De auteur geeft hiervan verschillende voorbeelden en schrijft onder andere: „Oor die algemeen krij mens die indruk dat die nieblanke deel van die praktijke op 'nafskeepbasis gehanteer word. In geen geval is doelbewuste oneerlike of uitbuitende geneeskunde gesien nie, maar die gebrek aan belangstelling en die onwilligheid om voldoende tijd of kapitaal aan die deel van die praktijke te bestee, lei tog in beide gevallen tot minderwaardige geneeskunde". En bij zijn conclusies: „Met leedwese moet dus genoteer word dat de hantering van nie-blanke pasiente die een aspek van die algemene praktijk is waar die kwaliteit van die geneeskunde belangrik te kort skiet".

De schrijver vindt op het platteland een verhouding tussen consulten en huisbezoeken van 16 op 2. In Pretoria is deze verhouding 17 op 10. De verhouding wordt niet beïnvloed door de praktijkgrootte maar door het gegeven stad/platteland. Het is de auteur opgevallen, dat in Nederland de neiging bestaat meer huisbezoeken te doen dan strikt noodzakelijk is. In Zuid-Afrika neemt het ziekenhuiswerk

voor de huisarts een even grote plaats in als bijvoorbeeld in Canada. Er wordt een analyse van de huisbezoeken en het ziekenhuiswerk in de eigen praktijk (morbiditeitsonderzoek) gegeven.

Hij heeft in Nederland de opleiding van doktersassistenten bestudeerd en voelt er voor dergelijke hulpkrachten ook in zijn land in de huisartspraktijk te introduceren. Bij de bespreking van het kaartsysteem maakt de auteur ook melding van de N.H.G.-werkkaart. Hij vindt deze kaart te klein en mist een systeem om de specialistenbrieven samen met de kaart te bewaren. Volgens hem biedt een kaartsysteem op folio-grootte hiertoe de enige mogelijkheid.

Van de bezochte praktijken waren 11 éénmans praktijken en 18 groepspraktijken; auteur geeft een indeling van de verschillende typen groepspraktijken, namelijk met alleen gemeenschappelijk gebruik van praktijkruimten (3 x); met een volledige onderlinge verdeling van inkomsten en uitgaven terwijl iedere partner zijn eigen werk blijft doen (14 x) en een volledige integratie van het werk, de inkomsten en uitgaven, waarbij de patiënten afwisselend door de ene of de andere partner worden geholpen (1 x).

Bij de bespreking van de dokterstas geeft de auteur de raad aan de praktijkhulp een lijst te geven van de inhoud van de tas en haar op geleide hiervan een dagelijkse controle van de ampullenvoorraad te laten uitoefenen. Tot besluit van zijn proefschrift komt de auteur tot de conclusie dat het noodzakelijk is de bevolking een beter inzicht te geven in de verhouding tot de huisarts en haar meer discipline bij te brengen. Dit is echter alleen verantwoord, zoals de auteur zegt, wanneer de artsen eerst zelf de hand in eigen boezem steken en hun praktijkvoering op een hoger plan brengen.

R. S. ten Cate

Het lezen waard

The Royal College of General Practitioners, de Engelse wetenschappelijke huisartsenvereniging, heeft onlangs in de serie „Reports from General Practice" uitgegeven, General Practice in new towns of Britain, een boekje dat ook voor de Nederlandse arts het lezen waard is. De prijs van dit boekje van 36 bladzijden bedraagt *f* 3,50.

Nota bene

Men kan aan meprobamatum (Artolon, Miltown, Mepavlon) verslaven.

Voor primaire tetanusimmunisatie van volwassenen gebruike men bij voorkeur het *DT-vaccin voor volwassenen.* Het entschema: de eerste twee doses met een maand tussentijd; de derde dosis ten minste zes maanden na de tweede (R.I.V. Vademecum, 1967).

Om zich bij een hardhorende patiënt beter verstaanbaar te maken is ad concham spreken effectiever dan schreeuwen.

Tips voor de huisarts*

Tip 8.Retelast

Ditmaal vragen wij uw aandacht voor een nuttig en zeer makkelijk te appliceren verband, namelijk het Retelast. Retelast is een rondgeweven, elastisch, wijdmazig verband, samengesteld uit natuurrubber en katoen, met een grote rekbaarheid. Het vervangt zwachtels en pleisters, is zeer goed wasbaar en kan eventueel in een zeepoplossing worden uitgekookt, hetgeen bij een langdurige behandeling kostenbesparend werkt. Moeilijk te verbinden plaatsen, zoals oksels, elleboog, borst, onderlichaam, dijbeen en knie zijn met Retelast uitstekend te verzorgen (zie bijgaande afbeeldingen). Bij de wondverschoning behoeft men het Retelast niet te verwijderen; men behoeft slechts een schoon compres op de wond aan te brengen, door ter plaatse het Retelast uit te rekken en het compres eronder te appliceren.

Documentatie betreffende Retelast kan men aanvragen bij het Nederlands Huisartsen-Instituut, afdeling Voorlichting.

Tip 9. Stethoscoop met elektronische toonversterker

De Stethampli is een stethoscoop waarbij de tonen, souffles enzovoort elektronisch worden versterkt, met behoud van het oorspronkelijke timbre en de frequentie van de diverse geluiden. Als energiebron voor deze elektronische versterking wordt een batterij gebruikt. Desgewenst kan men via een bij te leveren „adapteur" de geluiden vastleggen op een bandrecorder, fonocardiograaf of oscillograaf. De Stethampli is een kostbaar apparaat; de prijs is ruim *f* 700. Voor een hardhorende arts kan het echter een uitkomst zijn. Het apparaat wordt in de handel gebracht door de firma Paralab.

Documentatie is aanwezig op de afdeling Voorlichting.

Afdeling Voorlichting
Nederlands Huisartsen-Instituut

* De afdeling Voorlichting van het Nederlands Huisartsen-Instituut houdt zich aanbevolen voor elke suggestie welke mogelijk tot een „tip voor de huisarts" kan leiden.