

Duizend bevallingen in een huisartspraktijk*

DOOR DR. G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP EN R. E. VAN SEIJEN, SEMI-ARTS

Inhoud:

Inleiding

Plaatsbeschrijving

Praktijkbeschrijving

Materiaalbeschrijving

Organisatie en beleid in de praktijk

Enkele in dit verslag gebruikte begrippen

Moederlijke sterfte

Perinatale sterfte

Perinatale sterfgevallen

Nabeschouwing perinatale sterfgevallen

Bijzonderheden bij duizend bevallingen thuis

Partus praematurus

Liggingsafwijkingen

Diversen: forcipale extracties, totaal-ruptuur, uitgezakte navelstreng, K.I.B.-bevallingen.

Haemorrhagia post partum

Manuele placentaverwijdering

Stoornissen in het kraambed

Afwijkende vrucht

Opneming na de bevalling

Aantal bevallingen met complicaties

Kraamhulp

Bevallingen in het ziekenhuis

Kunstverlossingen

Opneming durante partu

Publikaties van andere huisartsen

Nabeschouwing

Literatuur

Inleiding

Bij het schrijven van het hoofdstuk „De verloskundige zorg in de huisartspraktijk” in het boek „Inleiding tot de huisartsgeneeskunde” (Bremer, 1969) bleek de volgende vraag moeilijk te beantwoorden: welke complicaties kunnen tijdens en na de bevalling optreden wanneer de huisarts — na

Samenvatting. In dit artikel wordt een analyse gegeven van 1000 opeenvolgende bevallingen in een huisartspraktijk. Deze bevallingen vonden plaats gedurende de periode 1-1-1958 tot 13-3-1970. Gedurende deze tijd werden 182 vrouwen naar de specialist verwezen om de bevalling onder specialistische leiding klinisch te laten verlopen. Er werden bij deze 1182 bevallingen 1199 kinderen geboren. De perinatale sterfte in de gehele groep bedroeg 18,3. Moederlijke sterfte kwam niet voor.

Elk perinataal sterfgeval wordt geanalyseerd. Zes gevallen waren vermijdbaar, zes andere waren wellicht vermijdbaar geweest. Alle belangrijke bijzonderheden die zich bij de duizend bevallingen thuis hebben voorgedaan worden besproken. Hierna komen in het kort tien andere publikaties — geschreven tussen 1893 en 1969 — ter sprake waarin Nederlandse huisartsen verslag uitbrengen over hun verloskundige werk. Tenslotte worden in een nabeschouwing enkele opmerkingen gemaakt naar aanleiding van de door huisartsen op dit terrein geschreven publikaties.

een nauwkeurig prenataal onderzoek — meent dat een vrouw thuis kan bevallen?

Trachtend op deze vraag toch een bevredigend antwoord te verkrijgen werd Goormans — medewerker aan de Vrouwenkliniek van het Academisch Ziekenhuis te Leiden — verzocht het aantal complicaties tijdens de graviditeit te tellen bij duizend vrouwen, die tot het moment dat de baring — à terme — begon, geen enkel pathologisch verschijnsel hadden vertoond. Zij hadden volgens de indicaties van de kliniek dus thuis kunnen bevallen.

De op deze wijze geselecteerde groep bleek echter sterk af te wijken van een door de huisarts geselecteerde groep. Zo kwam bijvoorbeeld bij de in de kliniek verzamelde gegevens partus praematurus niet voor. Een gediagnostiseerd geval van intra-uteriene vruchtdood werd — per definitie — niet meegerekend. Het was dan ook niet verwonderlijk dat Goormans tot een perinatale sterfte kwam van 1 pro mille en dat in zijn materiaal slechts twee tweeling-geboorten voorkwamen!

Om tot een bevredigender antwoord op onze vraag te komen werd in de eigen praktijk een

* Uit het Instituut voor huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Leiden (directeur Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis). Auteurs, respectievelijk lector in de huisartsgeneeskunde en student-assistent, danken de collegae dr. R. H. Gevers en M. Helfferich van de Vrouwenkliniek van het Academisch Ziekenhuis Leiden voor hun adviezen en collega J. W. H. van den Berg van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de medewerking bij het opstellen van enkele tabellen.

analyse verricht van de complicaties die zich hebben voorgedaan bij duizend bevallingen thuis. Deze benadering leek meer ter zake; de keuze „thuis bevallen” betekent immers dat vrijwel zeker geen ernstige complicaties worden verwacht. Een analyse was mogelijk omdat van alle bevallingen baringsverslagen werden gemaakt.

Plaatsbeschrijving. De praktijk waarin het onderzoek plaatsvond, ligt vrijwel geheel binnen de grenzen van de gemeente Nieuwkoop. Deze gemeente, gelegen ten noord-westen van de Nieuwkoopse Plassen in het Hollandse „Middengebied”, behoort volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (C.B.S.) tot de „Noordelijke Veenstreek Zuid-Holland” — economisch-geografisch gebied no. 72 —; het heeft een urbanisatiegraad A4 (20 tot 30 procent agrarische beroepsbevolking) (C.B.S.). In 1958 had de gemeente 4 513 inwoners, in 1970 bedroeg dit aantal 7 835. Enkele gegevens betreffende Nieuwkoop, de Noordelijke Veenstreek Zuid-Holland en Nederland treft men aan in *tabel 1*, 2, en 3.

Praktijkbeschrijving. De praktijk was in 1958 3 540 zielen groot (van wie 13 procent particulier verzekerd), in 1970 totaal 3 851 zielen (van wie 27 procent particulier verzekerd). In 1966 werd een gedeelte van de praktijk aan een collega overgedaan omdat de hoeveelheid werk te uitgebreid werd.

In Nieuwkoop zijn drie huisartsen werkzaam wier gezamenlijke praktijken de gemeentegrenzen ruim overschrijden. De specialisten naar wie de patiënten indien nodig worden verwezen zijn gevestigd in Woerden (op 22 km afstand), Leiden (30 km), Utrecht (40 km) en een enkele maal Amsterdam (36 km). In het dorp is geen vroedvrouw werkzaam zodat het verloskundige werk door de huisartsen wordt verricht (*Bremer*, 1964). De praktijk werd door mij in 1955 — na een tweejarig assistentschap — van mijn voorganger overgenomen.

Materiaalbeschrijving. Van de onderzochte duizend (thuis-) bevallingen vond de eerste plaats op 1 januari 1958, de laatste op 13 maart 1970: een periode van ruim twaalf jaar. Gemiddeld werden thuis 82 bevallingen per jaar gedaan, gemiddeld werden vijftien vrouwen per jaar verwezen. Gedurende deze twaalfjarige observatieperiode hebben zich uiteraard bepaalde ontwikkelingen voltrokken, zodat men niet kan zeggen dat het om een homogeen materiaal gaat. De belangrijkste verandering die zich heeft voorgedaan is de daling van de gemiddelde pariteit: grote gezinnen met kleine kinderen zijn zeldzaam geworden (*Tabel 4*).

Het percentage verwijzingen per jaar is gedurende de observatieperiode gestegen: in 1958 vond 6,9 procent van de bevallingen plaats in het ziekenhuis, vanaf 1961 nam dit percentage vrij snel toe en sinds 1963 schommelt het rond de twintig. In het totaal werden 182 zwangeren verwezen om klinisch te bevallen onder wie 73 primiparae (40 procent); onder de duizend thuisbarenden waren 271 primiparae (27 procent) (*figuur 1*). Om een indruk te geven van de veranderingen die zich gedurende de genoemde twaalf jaar hebben voor-

Tabel 1. Geboortecijfers per 1 000 van de gemiddelde bevolking

Periode	Nederland	Noordelijke Veenstreek	
		Zuid-Holland (E.G.G. no. 72)	Nieuwkoop
1956/1960	21,1	28,7	30,0
1961/1965	20,7	26,7	29,3
1966/1970	18,9	25,0	26,7

Tabel 2. Huwelijksvruchtbaarheidscijfers per 1 000 gehuwde vrouwen van 15 tot 44 jaar

Periode	Nederland	Noordelijke Veenstreek	
		Zuid-Holland (E.G.G. no. 72)	Nieuwkoop
1908/1911	272,0	366,2	361,9
1959/1961	167,8	269,6	277,8
1967/1968	143,3	192,4	183,9

Tabel 3. Perinatale sterfte

Periode	Nederland	Noordelijke Veenstreek	
		Zuid-Holland (E.G.G. no. 72)	Nieuwkoop
1956/1960	26,5	22,6	23,9
1961/1965	23,6	21,5	19,9
1966/1970	20,4	19,8	23,3

Tabel 4. Aantallen bevallingen bij verschillende pariteiten

Jaar	Pariteit									IX en hoger	Percentage bij IV en hoger
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII			
1958 ..	27	19	15	10	1	4	3	9	10	38	
1959 ..	37	18	16	10	5	6	4	3	9	36	
1960 ..	27	34	10	7	9	2	3	3	11	33	
1961 ..	27	28	20	13	6	3		5	9	32	
1962 ..	15	28	17	9	3	3	2		13	33	
1963 ..	17	26	20	8	3	1	6	1	4	26	
1964 ..	20	13	11	8	3	4		2	4	22	
1965 ..	24	18	21	8	3	3	3	1	2	24	
1966 ..	20	15	11	2	4		2	1		16	
1967 ..	21	29	6	8	3	1				18	
1968 ..	14	24	15	2	1	1				7	
1969 ..	18	25	14	3		1				7	

gedaan, werden ten aanzien van sommige criteria de eerste 500 bevallingen vergeleken met de tweede 500. De eerste 500 bevallingen vonden plaats in een periode van bijna 60 maanden, de tweede 500 in een periode van 88 maanden.

Organisatie en beleid in de praktijk. Wat betreft deze aspecten wordt verwezen naar *Bremer (1969)*.

Enkele in dit verslag gebruikte begrippen. Onder een „bevalling” wordt in hetgeen volgt verstaan een geboorte bij een zwangerschapsduur van tenminste 28 weken. Een bevalling geleid door een waarnemer (weekend of vakantie) werd bij het onderzoekmateriaal gerekend. De desbetreffende collega werd verzocht een kort baringsverslag te schrijven.

Tot de „onderzoekpopulatie” werden alleen die vrouwen gerekend die zich tijdens de graviditeit tot de eerstgenoemde schrijver hebben gewend, hetzij om te overleggen waar de partus zou kunnen — of moeten — plaatsvinden, hetzij om te vragen of de partus door hem zou kunnen worden geleid. Vrouwen die zonder voorafgaand overleg de specialist — of een andere „verloskundige” (bijvoorbeeld de vroegere huisarts elders) — consulteerden, werden niet bij het onderzoek betrokken. Voor zover kon worden nagegaan, was hiervan gedurende de onderzoeksperiode zestienmaal sprake. In enkele van deze gevallen werden de controles door mij verricht. Perinatale sterfte kwam bij deze zestien bevallingen niet voor.

Bij het bepalen en vermelden van de „pariteit” werden abortus en partus immaturus niet mee-

gerekend. Een „primipara” is een vrouw die voor het eerst bevalt van een kind dat tenminste 28 weken oud is. Onder „partus praematurus” wordt verstaan het eindigen van de zwangerschap tussen de 28e en de 37e week; onder „partus serotinus” het eindigen van de zwangerschap na de 42e week.

Als „perinatale sterfte” wordt beschouwd het sterven van het kind na de 28e zwangerschapsweek of gedurende de eerste week na de geboorte. De perinatale sterfte kan worden verdeeld in intra-uteriene sterfte — de sterfte na de 28e week doch voor de geboorte — en neonatale sterfte. In het laatstgenoemde geval betreft het levend geboren kinderen die binnen een week sterven (*De Haas-Posthuma*).

Moederlijke sterfte

Moederlijke sterfte kwam niet voor.

Perinatale sterfte

Het totale materiaal omvat 1 182 bevallingen, dat wil zeggen 1 000 bevallingen thuis en 182 bevallingen in het ziekenhuis. Bij deze 1 182 bevallingen bevonden zich zeventien tweelingen (elf thuis en zes in het ziekenhuis), het gaat dus om 1 199 geboren kinderen. De perinatale sterfte in deze totale groep bedroeg 22 per 1 199 geboren kinderen, dat is 18,3 per 1 000. De perinatale sterfte bij de duizend thuisbevallingen bedroeg vijftien per 1 011 geboren kinderen, dat is 14,8 per 1 000. De perinatale sterfte bij de 182 klinische bevallingen bedroeg zeven per 188 kinderen, dat is 37,2 per 1 000.

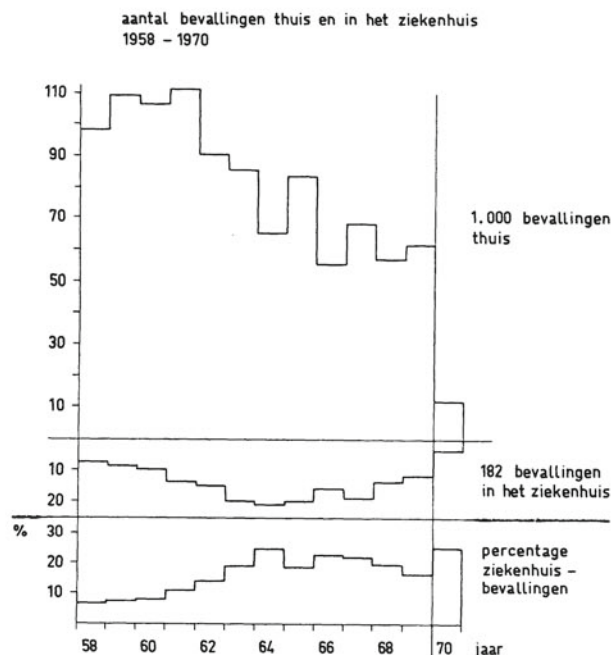
Perinatale sterfgevallen

Casus I

Mevrouw N-O, 35 jaar, Xe para, à terme 12 maart '58, bloedgroep A, Rh +. Bij de laatste twee prenatale controles wordt een stuitligging gevonden. Op 11 maart beginnen de weeën 's avonds laat, na enkele uren breken de vliezen spontaan, om 24.00 uur is er 3 tot 4 cm ontsluiting, hoogstaande onvolkomen stuit. Er wordt alsnog besloten om de partus klinisch te laten verlopen. De vrouw heeft meestal zware kinderen en het elektrische licht was — om „duistere” redenen — in de woning uitgevallen. Bovendien had de vrouw geen kraamhulp. De vrouw wordt opgenomen. Uit de brief van de specialist wordt het volgende geciteerd:

„Ongeveer anderhalf uur na opname werd de stuit tijdens een wee even zichtbaar in de vulva. Op dat moment werden de kinderlijke harttonen onregelmatiger en langzamer en helaas was er toen geen vordering meer in de baring. Nog een half uur later werden de cortonen dermate slecht dat ik besloot tot stuitextractie. Deze stuitextractie is zeer moeilijk gegaan. Het kostte veel moeite om de stuit aan de lies aan te haken en tot buiten de vulva te brengen, hetgeen pas lukte, nadat met een gaas-lus de lies was aangehaakt. Daarna gaf het nakomend hoofd nog zeer veel moeilijkheden, voordat het hoofd door de bekkeningang

Figuur 1



passeerde. Het kind, een jongen, woog 4 480 gram en overleed vrij snel. Het hart pulseerde nog tien minuten, doch wij konden het kind niet tot ademen brengen. Obductie werd niet verricht. Wij mogen wel met zekerheid aannemen dat dit kind overleden is tengevolge van de stuitextractie."

Classificatie: sterfte eerste levensweek; gevolgen van de baring.

Casus II

Mevrouw K-L, 34 jaar, VIe para, à terme 4 oktober '58, bloedgroep O, Rh +. Van de vijf kinderen die deze vrouw reeds had, waren drie om onbekende redenen prematuur geboren. Patiënte viel op 23 juli van de trap en kreeg enkele dagen later hematurie met koorts. Hiervoor kreeg zij een sulfakuur. Op 31 juli ontstond icterus waarvoor de internist bij poliklinisch onderzoek geen duidelijke oorzaak kon vinden. Op 10 augustus, duur van de graviditeit 32 weken, begonnen de weeën om 14.00 uur. Om 20.30 uur breken de vliezen spontaan. Tien minuten later wordt een dochter van 2 980 gram in stuitligging geboren, waarbij een armpje moet worden afgehaald. Het kind wordt direct opgenomen in een couveuse-afdeling, maar overlijdt op de zevende dag. Diagnose van de kinderarts: bronchopneumonie door verslikking. Obductie werd niet verricht.

Conclusie: het is niet duidelijk waarom ik deze vrouw niet durante partu heb laten opnemen aangezien hiervoor alle tijd aanwezig was. Voor deze opneming bestond een duidelijke indicatie: praematuritas plus stuitligging. De stuitligging was enkele uren voor de geboorte gediagnosticeerd. Waarschijnlijk werd de praematuritas bij deze vrouw „normaal” gevonden: zij had in 1947, 1949 en 1953, dus driemaal, een kind prematuur gekregen, geboortegewicht bedroeg steeds ongeveer 2 000 gram. Dit was thuis elke keer goed gegaan!

Enkele maanden na de geboorte werd de vrouw nader onderzocht in verband met de icterus. Een oorzaak kon niet worden aangetoond. Pas in 1970 werd zij wegens galstenen geopereerd.

Classificatie: sterfte eerste levensweek; ziekte ademhalingswegen.

Casus III

Mevrouw D-B, 41 jaar, VIe para, à terme 16 augustus '58, bloedgroep O, Rh — (antilichamen in de achtste maand negatief). De bevalling zou om verschillende redenen klinisch plaatsvinden. Patiënte was elders geopereerd wegens een totaal ruptuur na de tweede partus. Daarna vonden de daaropvolgende bevallingen klinisch plaats: partus III: geen bijzonderheden; partus IV: doodgeboren gemacereerd kind, oorzaak onbekend; partus V: geen bijzonderheden.

Patiënte werd thuis gecontroleerd in overleg met de specialist. Tijdens de graviditeit worden geen afwijkingen gevonden. De vrouw krijgt à terme weeën, de ligging is moeilijk te bepalen, er zijn geen cortonen te horen. Uit de brief van de specialist wordt het volgende geciteerd: „Bij opname bleek er een afgeweken hoofdligging te bestaan, er waren geen kinderlijke harttonen te horen. Er was 6 cm ontsluiting. Na catheteriseren was er snelle vordering en daalde het hoofd in en een uur later werd er een derdegraads gemacereerde foetus geboren van het mannelijk geslacht. De placenta woog 500 gram en vertoonde geen infarcten, ook aan de navelstreng waren geen afwijkingen zichtbaar”. Er werd geen oorzaak gevonden voor de intra-uteriene dood van het kind. Obductie werd overigens niet verricht. Aan het eind van zijn schrijven stelt de specialist voor bij een eventuele volgende graviditeit in de 37e week partus arte praematurus te verrichten.

Classificatie: doodgeboren; slecht omschreven oorzaken.

Casus IV

Mevrouw D-K, 24 jaar, primipara, à terme 10 september '58, bloedgroep A, Rh +. Bij controle tijdens de zwangerschap worden weinig bijzonderheden gevonden. Er is geen verhoging van de bloeddruk. De gewichtstoename tijdens de graviditeit verloopt volkomen normaal. De weeën beginnen om 1.00 uur op 5 september, zij duren de gehele volgende dag. Op 5 september wordt voor het eerst getoucheerd om 19.30 uur. De ontsluiting blijkt 1 cm te bedragen; er wordt een stuitligging gevonden. De vrouw wordt opgenomen. Om 20.30 uur diagnosticeert de specialist stuitligging met volkomen ontsluiting. Na twee uur wachten wordt weer onderzocht, dit keer wordt hoofdligging met 2 cm ontsluiting gevonden! De cervix wordt iets opgerekt, de vrouw krijgt 2½ E Thymofysine. Om 0.00 uur begint de vrouw te persen, een uur later wordt een levenloze jongen geboren van 3 000 gram. Het kind is waarschijnlijk vlak voor de geboorte overleden. De bevalling heeft dus meer dan 24 uur geduurd. Obductie werd niet verricht.

Conclusie: Het is duidelijk dat in dit geval obstetrische fouten zijn gemaakt, hoewel een oordeel over de doodsoorzaak zonder obductie niet kan worden gegeven.

Classificatie: doodgeboren; slecht omschreven oorzaken (?); moeilijkheden bij de baring (?).

Casus V

Mevrouw J. B-B, 27 jaar, primipara, à terme 25 augustus '58, bloedgroep AB, Rh +. Bij controle werd een duidelijke zwangerschapstoxicose gevonden waarvoor patiënte op 13 augustus zoutloos dieet kreeg voorgeschreven en op 20 augustus bedrust. Patiënte beviel op 11 september, dus zeventien dagen over tijd, nadat de bevalling thuis met wonderolie en kinine op gang was gebracht. De bevalling verliep overigens normaal: ontsluiting elf uur, uitdrijving anderhalf uur. Het kind was bij de geboorte dood en vertoonde een eerstegraads maceratie; het was een jongen van 3 750 gram. Obductie werd niet verricht.

Conclusie: hoewel de toxicose niet ernstig was had deze vrouw, zeker toen zij over tijd dreigde te geraken, moeten worden opgenomen.

Classificatie: doodgeboren; afwijkingen van de zwangerschap.

Casus VI

Mevrouw T-H, 25 jaar, IIe para, à terme 25 maart '59, bloedgroep O, Rh +. De eerste bevalling was bij deze vrouw normaal verlopen. De partus vond plaats in stuitligging. Deze liggingsafwijking was tevoren bekend. De ontsluiting vond zeer traag plaats. De vliezen braken vijftien minuten voor de geboorte spontaan. Bij onderzoek daarna werd een kloppende navelstreng gevoeld. Geboorte op 5 april volgens Bracht. Het kind was slap en bleek, het overleed na vijf minuten. Het was een meisje van 4 000 gram. Er werd geen obductie verricht.

Conclusie: waarschijnlijk is het kind overleden ten gevolge van hersenletsel of door anoxemie ten gevolge van druk op de navelstreng.

Classificatie: sterfte eerste levensweek; gevolgen van de baring.

Casus VII

Mevrouw V-D, 32 jaar, primipara, à terme 13 mei '59, bloedgroep A, Rh +. Bij controle lichte toxicose. De weeën begonnen op 22 mei, dus ruim een week over tijd. De geboorte vond plaats op 23 mei na een ontsluitingsperiode van twaalf uur en een half uur persen. Er werd een meisje geboren van 3 500 gram dat lijkstijf was. Er werd geen obductie verricht.

Conclusie: er bestond een lichte toxicose bij deze 32-jarige primipara. Totale gewichtstoename: 8 kg; de hoogste bloeddrukwaarde die werd gevonden (eenmaal) was: 140/70 mm Hg.

Classificatie: doodgeboren; slecht omschreven oorzaken.

Casus VIII

Mevrouw P-K, 39 jaar, Xe para, à terme 28 juni '59, bloedgroep B, Rh — (antilichamen in de achtste maand negatief). Lichte toxicose bij controle. Het was onduidelijk of deze vrouw serotien was. Zeer langdurig ontsluitingstijdperk (38 uur!). Getracht werd de partus wat sneller te doen verlopen door kinine en wonderolie te geven. Op 27 juli breken de vliezen spontaan. Er komt meconiumhoudend vruchtwater. Er bestaan nauwelijks weeën. De volgende dag na de wonderolie en de kinine, komt de bevalling langzaam op gang. Tenslotte wordt de specialist in consult geroepen. De temperatuur van de vrouw is inmiddels gestegen tot 38,3 °Celsius. Na bijna 38 uur zijn er vrijwel geen weeën meer, de ontsluiting is volkomen met laagstaande schedel. Thuis wordt een forceps aangelegd — intraveneuze Baytinalnarcose — waarbij een levenloze jongen wordt geboren van ruim 4000 gram. Het kind moet kort voor de geboorte zijn overleden. Obductie werd niet verricht.

Conclusie: Grande multipara met primaire weeënzwakte en mogelijk serotiniteit, droge arbeid, koorts durante partu. Forcipale extractie. Tegenwoordig zou de vrouw veel eerder zijn verwezen.

Classificatie: doodgeboren; (waarschijnlijk gestorven door) moeilijkheden bij de baring.

Casus IX

Mevrouw V-H, 41 jaar, IVe para, à terme 30 maart '61, bloedgroep AB, Rh +. Het eerste kind van deze vrouw was ten gevolge van toxicose overleden. Ook nu bestond tijdens de prenatale controle duidelijke toxicose. De bloeddruk bedroeg soms 160/95 mm Hg. Patiënte hield zoutloos diët sinds half januari. Op 3 maart voelde zij geen leven meer, de cortonen waren negatief. Op 5 maart wordt vlot een derdegraads gemacereerd vrouwelijk kind geboren van ongeveer 40 cm lengte met een gewicht van 2500 gram. Obductie werd niet verricht. De vrouw ontwikkelt later een duidelijke essentiële hypertensie.

Conclusie: 41-jarige IVe para met toxicose, kind prema-tuur in utero gestorven.

Classificatie: doodgeboren; afwijkingen van de zwangerschap.

Casus X

Mevrouw V-H, 27 jaar, IIe para, à terme 28 juni '61, bloedgroep O, Rh +. Bij controle geen bijzonderheden. De vrouw roept op 14 mei wegens buikpijn mijn hulp in. Zij blijkt forse weeën te hebben, graviditeit 34 weken. Reeds na tien minuten wordt een prematuur dochttertje geboren met een geboortegewicht van 2000 gram. Het kind wordt direct opgenomen in een couveuse-afdeling, maar overlijdt de volgende dag, 34 uur na de geboorte. Obductie: hyaliene membranen-pneumonie.

Conclusie: praematuritas door onbekende oorzaak, zwangerschap van 34 weken, kind overleden door een hyaliene membranen-pneumonie.

Classificatie: sterfte eerste levensweek; ziekte ademhalingswegen.

Casus XI

Mevrouw R-S, 34 jaar, VIIIe para, à terme 24 juli '61, bloedgroep O, Rh +. Tijdens de prenatale controle bestond hydramnion en lichte toxicose. De weeën beginnen op 3 juli, dus drie weken te vroeg. De vrouw bevalt zeer vlot

van een dochter met een aantal uitwendig zichtbare, aangeboren afwijkingen namelijk duidelijk misvormde handen en voeten. Het kind wordt direct opgenomen en overlijdt na enkele uren.

Uit het obductieverslag wordt het volgende geciteerd: „Bij het macroscopisch onderzoek vonden wij een ingewikkeld congenitaal corvitium. Het hart was 2 tot 3 maal groter dan normaal en vooral de rechter boezem was wijd en gehypertrofieerd. Er was een groot defect aan het septum ventriculorum. Vanuit de rechter ventrikel kon men op twee wijzen het infundibulum bereiken. De valvula pulmonalis had slechts twee kleppen. De stand van de aorta en de arteria pulmonalis ten opzichte van elkaar was afwijkend”.

Conclusie: 34-jarige VIIIe para, partus praematurus; kind met ernstige aangeboren afwijkingen.

Classificatie: sterfte eerste levensweek; aangeboren afwijkingen.

Casus XII

Mevrouw S-P, 38 jaar, XIe para, à terme 17 oktober '63, bloedgroep B, Rh — (antilichamen in de achtste maand negatief). Bij controle was alles in orde. Op 22 september begonnen de weeën om 12.00 uur, om 18.00 uur braken de vliezen spontaan. Eerst toen werd de dokter geroepen. Bij aankomst van de arts hing het kind, met het hoofd nog niet geboren, uit de vagina. Het kind, een jongen van 3000 gram, was dood. Er bestond dus een stuitligging — die tevoren niet was herkend — en er was sprake van een partus praematurus (25 dagen te vroeg).

Conclusie: de vrouw was kennelijk niet voldoende geïnstrueerd. Na de geboorte vertelde zij niet te hebben beseft dat „het al zo ver was”.

Classificatie: doodgeboren; moeilijkheden bij de baring.

Casus XIII

Mevrouw N-O (dezelfde patiënte als de eerst beschrevene) 41 jaar, XIIIe para, à terme 17 november '63, bloedgroep A, Rh +. Bij controle was alles in orde. Op 3 november beginnen de weeën spontaan, na zes uur blijkt sprake te zijn van volkomen ontsluiting. Bij toucher wordt echter geen voorliggend deel gevonden. Door druk op de buik is een voorliggend hoofd te voelen. Met de hand in de vulva worden de vliezen voorzichtig gebroken, waarbij helder vruchtwater afloopt. Er bestaan matig sterke weeën. Na 15 minuten wordt bij een schedelliging op H1-H2 2E Thy-mofysine gegeven. Om 1.20 uur is plotseling de navelstreng zichtbaar in de vulva! Door expressie wordt tien minuten later een levenloos kind geboren, een jongen van 3750 gram, zonder uitwendig zichtbare afwijkingen.

Conclusie: grande multipara, uitgezakte navelstreng. Deze vrouw had in 1959 haar XIe bevalling doorgemaakt (normaal, thuis) en in 1961 haar XIIe bevalling, klinisch wegens een stuitligging.

Classificatie: doodgeboren; moeilijkheden bij de baring.

Casus XIV

Mevrouw D-S, 24 jaar, primipara, à terme 15 augustus '64, bloedgroep A, Rh — (antilichamen in de achtste maand negatief). Tijdens de prenatale periode bestond er een te snelle gewichtstoename. De vrouw kreeg vanaf 22 juli zoutloos diët voorgeschreven. De weeën begonnen op 14 september traag, volkomen ontsluiting liet langer dan 24 uur op zich wachten. Tijdens de ontsluitingsperiode kreeg de vrouw 2 ml pethidine. Na meer dan twee uur persen wordt de specialist in consult geroepen en wordt thuis, onder intraveneuze Baytinalnarcose, een forceps aangelegd. Het kind, een dochter van 4240 gram overlijdt vrijwel direct na de geboorte.

Obductie: uit het obductie-verslag wordt het volgende ge-

citeerd: „Serotiniteit, kunstmatige verlossing, narcose, intra-uterine asfyxie en aspiratie, defect in de falx cerebri, kleine frontale hersenkwabben, beginnende pneumonie.” Op mijn vraag aan de patholoog-anatoom of deze waarschijnlijk aangeboren afwijkingen aan de hersenen mede de oorzaak van de dood zouden kunnen zijn geweest, antwoordde deze: „De gevonden afwijkingen aan de hersenen zijn congenitaal en zouden mijns inziens achterblijven in geestelijke ontwikkeling moeten doen verwachten. Ik meen dat zij geen invloed hebben gehad op de doodsoorzaak.

Classificatie: sterfte eerste levensweek; gevolgen van de baring.

Casus XV

Mevrouw V-W, 36 jaar, Vle para, à terme 13 oktober '64, bloedgroep A, Rh — (antilichamen in de achtste maand negatief). Zeer sterke adipositas en hypertensie tijdens de prenatale controles. Patiënte krijgt op 15 september zoutloos dieet voorgeschreven. Aan het begin van de graviditeit weegt zij 109 kg, aan het eind van de graviditeit hetzelfde. Urine: bij herhaling geen afwijkingen. De moeder van patiënte heeft diabetes. De geboortegewichten van de andere kinderen varieerden tussen 3 500 en 4 500 gram. Patiënte bevalt op 15 oktober van een doodgeboren kind, een zoon van 6 000 gram. Bij de bevalling geven de schouders nogal wat moeilijkheden. Er bestaat een eerstegraads maceratie. Obductie wordt niet verricht.

De vrouw wordt na de bevalling uitvoerig onderzocht op het bestaan van diabetes. In november 1965 schrijft de internist: „Diabetes zeer onwaarschijnlijk.” In maart 1966: „Géén diabetes.” In 1966 bevalt zij vlot — klinisch — van een dochter van 4 950 gram. Ook toen waren de bloed-suikercurves normaal. Begin 1970 blijkt een duidelijke diabetes te bestaan!

Classificatie: doodgeboren; ziekte van de moeder (prediabetes?).

Casus XVI

Mevrouw K-H, 23 jaar, primipara, à terme 20 maart '66, bloedgroep O, Rh +. Tijdens de controle werd reeds vermoed dat sprake zou kunnen zijn van gemelli: de uterus was veel groter dan de duur van de graviditeit wettigde. De vliezen breken op 14 januari spontaan, patiënte wordt direct opgenomen. Diagnose: gemelli, dreigende partus praematurus, duur graviditeit 32 weken.

Uit de brief van de specialist wordt het volgende geciteerd: „Reeds op de dag van opname kreeg de vrouw in de loop van de middag sterkere weeën en 's avonds volgde partus praematurus: het eerste kind lag in onvolkomen stuitligging, de navelstreng was uitgezakt en klopte langzaam zodat ik snel aan de lies moest extraheren. Helaas brak daarbij het linker femur van het sterk premature kind: een zoontje van 1 710 gram. Deze fractuur wordt door de chirurg behandeld met rekverband. Het kind maakt het gelukkig goed.

Het tweede kind, een meisje van 1 400 gram lag dwars, na uitwendige handgrepen kon dit worden gecorrigeerd tot hoofdligging, daarna werden door mij de vliezen gebroken, waarna snel spontane partus volgde in normale achterhoofdsligging. Het kind was bij de geboorte goed, maar ging al gauw kreunen en overleed 12 uur later in de couveuse.” Obductie werd niet verricht.

Classificatie: sterfte eerste levensweek; gevolgen van de baring (?); vroeggeboorte (?).

Casus XVII

Mevrouw J-H, 21 jaar, primipara, à terme 30 april '66, bloedgroep B, Rh —. Bij de prenatale controles werden geen afwijkingen gevonden. Op 13 maart moest de vrouw met

spoed worden opgenomen omdat zij plotseling was gaan vloeien.

Uit de brief van de specialist wordt het volgende geciteerd: „Bij opname was de algemene toestand redelijk, de tensie 130/80. De vrouw vloede veel. Het hoofd stond hoog beweeglijk boven de bekkeningang en promineerde. Er bestond een placenta-*praevia*. Er werd direct dwars cervicale sectio caesarea verricht, waarbij een kind werd geboren van nauwelijks 2 000 gram dat in de couveuse werd behandeld. Tijdens de incisie in de uterus verscheen er placenta-weefsel in de wond. Het kind leek het aanvankelijk goed te maken doch enkele minuten na de geboorte ontstonden er moeilijkheden met de ademhaling en is het kind 24 uur na de geboorte overleden, ondanks alle goede zorgen van de kinderarts.”

De kinderarts schreef het volgende: „Het was een kindje — een jongen — van nog geen 1 500 gram, dat aanvankelijk goed doorschreeuwde, maar reeds na enkele minuten een apnoe en hartstilstand kreeg. Na hartmassage, beademing, Micoren, zuurstof etcetera ging het kind aarzelend weer ademen, doch deze therapie moest telkens worden herhaald met steeds kortere tussenpozen en tenslotte overleed het. Er was klinisch en röntgenologisch geen hyaliene menbranen-pneumonie, mogelijk wel een hersenbloeding.” Obductie werd niet verricht.

Classificatie: sterfte eerste levensweek; gevolgen van de baring; vroeggeboorte (?).

Casus XVIII

Mevrouw L-D, 43 jaar, VIIIe para, à terme 8 mei '66, bloedgroep O, Rh +. In 1957 had deze vrouw een partus immaturus doorgemaakt, waarbij een gemacereerde foetus was geboren. Tijdens de zwangerschap vertoonde zij geen afwijkingen maar op 7 april kwam zij met de mededeling dat zij zogsecretie had gekregen, tevens voelde zij geen leven meer. Na overleg met de specialist werd besloten af te wachten, maar vanaf 21 mei kreeg zij bruine afscheiding, waarvoor zij op 31 mei werd opgenomen.

Uit de brief van de specialist wordt het volgende geciteerd: „Mevrouw L-D werd op 31-5 opgenomen als VIII-para bij een zwangerschapsduur van 43 weken met een sinds eind maart afgestorven foetus in utero. Tensie: 140/80. In de urine geen afwijkingen. Luesreacties: negatief. Bij opname reikte de uterus tot handbreed boven de navel, er was reeds 8 cm ontsluiting bij staande vliezen en grote vochtblaas. Nadat de vliezen door mij waren gebroken en er koffie-bruin vruchtwater was afgelopen, is de vrouw enkele uren later bevallen van een 3e-graads gemacereerd kind van het vrouwelijk geslacht. De placenta was opvallend klein en vertoonde geen infarcten. Ik zou niet weten waarom dit kind intra-uteriën is gestorven.”

Classificatie: doodgeboren; slecht omschreven oorzaken.

Casus XIX

Mevrouw M-M, 22 jaar, IIe para, à terme 12 juni '67, bloedgroep A, Rh — (antilichamen in de achtste maand negatief). Tijdens de prenatale controles werden geen bijzonderheden gevonden. Op 1 juli begon de vrouw plotseling te vloeien, zij was toen negentien dagen over tijd. Opneming volgde.

Uit de brief van de specialist wordt het volgende geciteerd: „Er was bij opname een normale achterhoofdsligging, er was 3 cm ontsluiting met staande vliezen, daarbij kon ik geen placentaweefsel voelen. De vliezen werden door mij gebroken waarbij helder vruchtwater afliep. Ik gaf 1 keer 2 E piton, waarop er goede weeën kwamen. Patiënte heeft in het ziekenhuis niet meer gevloeid. 's Avonds om 21.00 uur werd een kind van het vrouwelijk geslacht geboren van 4 570 gram, het kind was dood. Er was geen maceratie of lijktijfheid, en er waren aan het kind ook geen afwijkin-

gen te zien, lever en milt waren niet vergroot. Reeds bij opname kon ik bij de vrouw geen harttonen meer horen en voelde de vrouw ook geen leven meer, waarschijnlijk is het kind kort voor de opname intra-uterien doodgegaan. De placenta vertoonde een marginale vliesscheur, maar verder waren er geen afwijkingen, met name geen retroplacentaire bloedingen en infarcten. Een duidelijke oorzaak voor de dood van het kind heb ik dus niet kunnen vinden. Er is weliswaar bloedverlies durante partu geweest, doch de vrouw is daarbij niet gecollabeerd. Het basaal-metabolisme was normaal, het cholesterolgehalte 300 mgr procent, dus iets aan de hoge kant, Hb 12,2 gr procent, urine: eiwit zwak positief, bloedsuikerbelastingcurve normaal. De Rh-antilichamen bleken bij herhaalde controle eveneens weer negatief te zijn."

Classificatie: doodgeboren; afwijkingen van de zwangerschap.

Casus XX

Mevrouw J-H, 27 jaar, primipara, à terme ongeveer 10 oktober '67 (datum van de laatste menstruatie kon niet worden opgegeven) bloedgroep A, Rh +. Bij controle tijdens de graviditeit lichte toxicose (bloeddruk enkele malen tot 150 mm Hg systolisch, eenmaal 100 mm Hg diastolisch), zoutloos dieet vanaf 9 augustus. De bevalling begint met het breken van de vliezen, vrij snel komen de weeën, na 13 uur is de ontsluiting volkomen, drie kwartier later wordt een levenloos kind geboren, een jongen van 2 565 gram. De cortonen waren kort voor de geboorte nog te horen geweest.

Uit het obductieverslag wordt het volgende geciteerd: „Waarschijnlijk durante partu overleden kind... De placenta is iets te klein t.o.v. lengte en gewicht van het kind, doch een morfologisch aanvaardbare doodsoorzaak werd in de placenta niet gevonden. Massale vruchtwateraspiratie. Pathologisch-anatomische diagnose: kleine placenta (295 gram) (dat wil zeggen ongeveer 20 procent te licht in verband met gewicht van het kind), longen niet luchthoudend. Placenta: normale rijping voor de duur van ongeveer 40 weken. Massale aspiratie van vruchtwater. Geen aangeboren afwijkingen. De gevonden afwijkingen wijzen op een asphyxie veroorzakend moment kort voor of tijdens de partus."

Classificatie: doodgeboren; moeilijkheden bij de baring (?); afwijkingen van de zwangerschap (?); slecht omschreven oorzaak (?).

Casus XXI

Mevrouw B-K, 32 jaar, IIe para, à terme 12 oktober '69, bloedgroep O, Rh — (antilichamen in de achtste maand negatief). Tijdens de graviditeit had de vrouw veel last van monilia kolpitis, waarvoor een consult van de specialist werd gevraagd. Overigens tijdens de graviditeit geen bijzonderheden. De bevalling verliep vlot. Pas kort voor het begin van de uitdrijving werd ontdekt dat sprake was van stuitligging. Het kind, een jongen, gewicht onbekend, was dood en vertoonde een aantal uitwendig zichtbare aangeboren afwijkingen. Waarschijnlijk was de dood kort tevoren ingetreden want de moeder had enkele uren tevoren nog leven gevoeld. De harttonen werden tijdens de partus niet gehoord.

Uit het obductierapport wordt het volgende geciteerd: „Tentorijscheur beiderzijds met subdurale bloeding, sterke hypoplasie en dysplasie van beide nieren, ... anus imperforatus met rectumatesie, lage implantatie van beide oren, korte plompe extremiteiten, zadelneus, polydactylie aan linker hand, oligodactylie aan beide voeten. Multipole congenitale misvormingen (lijkt op het syndroom van Potter)."

Classificatie: doodgeboren; aangeboren afwijkingen.

Casus XXII

Mevrouw S-T, 24 jaar, IIIe para, à terme 9 februari '70,

bloedgroep O, Rh +. Bij controle vertoonde de urine in het begin van de graviditeit enkele malen een positieve reductie. De bloedsuikerbelastingcurve was op 18 november '69 normaal. Bij het begin van de bevalling worden al direct geen cortonen gehoord. Het kind wordt vlot geboren (14 februari) en is dood. Het is een jongen, maceratie eerste graad. Er bevindt zich een strak aangetrokken ware knoop in de navelstreng. Overigens zijn er geen uitwendig zichtbare aangeboren afwijkingen. Obductie wordt niet verricht.

Classificatie: doodgeboren; afwijkingen in en door navelstreng en placenta.

Nabeschouwing perinatale sterfgevallen. Zesde — en latere kinderen — worden thans, in 1972, vrijwel niet meer geboren. Wanneer men hiervan uitgaat kan men stellen dat negen van de 22 perinataal gestorven kinderen thans vrijwel zeker niet meer zouden zijn verwekt. De vraag is of enkele van deze perinatale sterfgevallen vermijdbaar zijn geweest. *Bout* formuleerde hiervoor de volgende criteria: „Bij het vaststellen van de al of niet bestaande vermijdbaarheid kan men uitgaan van de afloop onder de meest ideale omstandigheden. In de werkelijke situatie zullen deze zich zelden volledig voordoen. Het voordeel van het hanteren van deze norm is daarin gelegen dat enerzijds alle relevante gegevens op hun strikte waarde kunnen worden beoordeeld, terwijl anderzijds vermeden wordt „vermijdbaarheid" gelijk te stellen met „schuld".

Helfferrich, medewerker aan de Vrouwenkliniek van het Academisch Ziekenhuis te Leiden, werd verzocht de 22 perinatale sterfgevallen te beoordelen wat betreft „vermijdbaarheid". De beoordeling vond plaats aan de hand van criteria zoals deze golden ten tijde dat de bevalling plaatsvond en wel voordat het kind was geboren. Helfferrich berichtte het volgende: „Ik heb — zoals is afgesproken — de perinatale sterfgevallen verdeeld in vermijdbare, wellicht vermijdbare en onvermijdbare gevallen. Mijns inziens waren in het jaar zelf, tevoren vermijdbaar de gevallen: I, II, VIII, XI, XIII, en XIV; wellicht vermijdbaar de gevallen: V, VI, IX, XVIII, XX, en XXI en onvermijdbaar de gevallen: III, IV, VII, X, XII, XV, XVI, XVII, XIX en XXII.

De feitelijke perinatale sterfte bedroeg 22 per 1 199 geborenen of 18,3 pro mille, de onvermijdbare perinatale sterfte 10 per 1 199 geborenen of 8,3 pro mille. Kort samengevat valt nog het volgende op te merken.

- 1) het aantal grandes multiparae dat thuis bevalt is erg groot;
- 2) waarschijnlijk of mogelijk is aan toxicose onvoldoende controle en aandacht besteed;
- 3) de controle in de ontsluitingsperiode had wellicht meer informatie kunnen verschaffen en ten slotte,
- 4) bij de beoordeling van de mogelijke afloop van

de partus is misschien te weinig rekening gehouden met gegevens uit de anamnese."

Over de 22 perinataal gestorven kinderen kan nog het volgende worden opgemerkt.

Zeven kinderen werden prematuur geboren, hiervan waren twee gevallen vermijdbaar (II en XI); Zes kinderen lagen bij de geboorte in stuitligging, hiervan waren twee gevallen vermijdbaar (I en II). Vijf kinderen werden geobduceerd. Van de perinataal gestorven kinderen die in het ziekenhuis werden geboren, werd geen kind geobduceerd!

Tienmaal was sprake van een kind van het vrouwelijke geslacht, twaalfmaal van een kind van het mannelijke geslacht.

Drie kinderen hadden aangeboren afwijkingen (XI, XIV, XXI).

Zeven kinderen werden in het ziekenhuis geboren, vijftien kinderen thuis.

Tweemaal vond een forcipale extractie thuis plaats (onder narcose: VIII en XIV); de laatste forcipale extractie thuis vond in 1964 plaats.

Tenslotte: de perinatale sterfte was bij de eerste en tweede groep van 500 bevallingen hetzelfde (respectievelijk 8 en 7).

De conclusies die men uit het voorafgaande kan trekken, luiden:

Iedere zwangere moet duidelijk worden geïnstrueerd dat zij direct waarschuwt wanneer de weeën te vroeg beginnen.

Vooraf de lichte gevallen van toxicose eisen nauwkeurige controle. De zware gevallen zijn eenvoudig, die worden altijd verwezen! Primiparae met lichte toxicose dienen niet over tijd te raken (V en VII).

Elke stuitgeboorte dient zo mogelijk klinisch plaats te vinden, ook een stuitgeboorte bij multipara (I, II, VI, XII, XVI).

Bij ieder geval van perinatale sterfte dient zo mogelijk obductie plaats te vinden. Zonder obductie is een gefundeerd oordeel over de doodsoorzaak niet mogelijk (*Daamen*).

Kunstverlossingen (forcipale extracties en dergelijke) dienen zoveel mogelijk klinisch plaats te vinden.

Bijzonderheden bij duizend bevallingen thuis

Partus praematurus. Uitgaande van de reeds gegeven definitie van een partus praematurus blijkt dat van de 1 000 bevallingen twaalf prematuur plaatsvonden. In twee gevallen was sprake van een tweelinggeboorte: veertien kinderen werden dus thuis prematuur geboren. Van deze veertien kinderen werden twee doodgeboren en overleden drie binnen een week (II, IX, X, XI, XII). Twee sterfgevallen waren vermijdbaar: II en XI. In drie ge-

vallen heeft de praematuritas bijgedragen tot het overlijden van het kind. Bij de eerste 500 bevallingen kwam vijfmaal een partus praematurus voor.

In de praktijk komt het erop neer dat de bevalling zo snel verloopt dat vervoer van de zwangere niet meer zonder risico mogelijk is. De huisarts dient daarom in de verlostas een Silver Swaddler (Aluminiumfolie) te hebben.

Wegens dreigende partus praematurus werden negen vrouwen in een ziekenhuis opgenomen, hierbij werd één tweeling geboren (XVI).

Liggingsafwijkingen. Wanneer uitsluitend een achterhoofdsligging van het kind normaal wordt genoemd, kwamen bij de duizend bevallingen de volgende liggingsafwijkingen voor.

Stuitgeboorte (en dwarsligging). Er werden zeventien kinderen in stuitligging geboren (zestien bevallingen), viermaal was sprake van een tweelinggeboorte, waarbij vijf kinderen in stuitligging ter wereld kwamen. Viermaal ging het hierbij om een primipara. Bij deze zeventien stuitgeboorten werden twee kinderen doodgeboren en overleden twee kinderen binnen een week (II, VI, XII en XXI); een sterfgeval was vermijdbaar (II). In twee gevallen was de stuitligging de oorzaak van de dood.

Wanneer de eerste 500 bevallingen worden vergeleken met de tweede 500 dan blijkt dat bij de eerste 500 bevallingen tien kinderen in stuitligging werden geboren, bij de tweede 500 bedroeg dit aantal zeven. In twintig gevallen vormde een stuitligging de reden de partus klinisch te laten verlopen. Dwarsligging vormde driemaal de reden.

Conclusies: gezien het risico van een stuitgeboorte dient ernaar te worden gestreefd elke stuitgeboorte klinisch te doen verlopen, ook een stuitgeboorte bij een multipara. In de praktijk komt het erop neer dat de huisarts ook bij nauwkeurige controle en goede instructie van de zwangere wel eens thuis een stuitgeboorte zal moeten leiden.

Overige liggingsafwijkingen. Van de 1 011 geboren kinderen lagen 21 in kruinligging en vier in aangezichtsligging. In één geval was waarschijnlijk sprake van een verkeerde spildraai. Vrijwel alle kruinliggingen werden pas tijdens de geboorte gediagnostiseerd. De perinatale sterfte in deze groep bedroeg nul. Bij de eerste 500 bevallingen lagen negen kinderen in kruinligging en twee in aangezichtsligging. Ruim 95 procent van alle thuisgeboren kinderen kwamen in achterhoofdsligging ter wereld.

Diversen

Forcipale extracties vonden in het begin van de onderzoeksperiode thuis plaats. De laatste geschied-

de in 1964 (XIV). Totaal werd thuis zesmaal de forceps aangelegd waarbij eveneens zesmaal de specialist werd verzocht bij de barenden aan huis te komen. Twee kinderen overleden (VIII en XIV, in beide gevallen was dit vermijdbaar geweest. De indicaties voor forcipale extractie waren in de vier andere gevallen: diepe dwarsstand; langdurig persen zonder vordering (tweemaal) en een hoogstaande schedel die niet indaalde bij volkomen ontsluiting. In alle zes gevallen zou tegenwoordig de vrouw zijn opgenomen. De forcipale extractie vond steeds plaats onder intraveneuze Baytinalnarcose. Tegenwoordig zou ook dit niet meer thuis worden gedaan.

Totaal-ruptuur kwam tweemaal voor. In het eerste geval bij een vrouw bij wie de eerste bevalling was verlopen zonder ruptuur. De tweede maal lag zij in een bedstede — in 1960! — zij gedroeg zich, bij slechte belichting, nogal onbeheerst. In het tweede geval was het kind bij mijn komst reeds geboren. Beide vrouwen werden na de bevalling opgenomen.

Uitgezakte navelstreng kwam bij de thuisgeboren kinderen tweemaal voor. In beide gevallen stierven de kinderen (VI en XIII).

K.I.B.-geboorten. Bij 69 van de duizend bevallingen was het kind reeds geboren bij binnenkomst. Uit vergelijking van de eerste groep van 500 bevallingen met de tweede groep blijkt dat de verdeling over deze beide groepen 39/30 is. De pariteit van de vrouw plus de afstand tot het praktijkhuis is hier van invloed. De bereikbaarheid van de arts is in mijn praktijk niet slecht omdat mijn vrouw — collega — in noodgevallen hulp kan bieden. Overigens dient het aantal gevallen van K.I.B.-geboorten uiteraard zo gering mogelijk te zijn. Goede kraamhulp maakt de kans op en de risico's van K.I.B.-geboorte ongetwijfeld geringer. In feite is geval XII eveneens een K.I.B.-geboorte.

Behalve dit perinatale sterfgeval traden de volgende complicaties op.

Een kind werd (in 1962) geboren terwijl de vrouw stond zodat het daarbij op de keukenvloer viel. Het kind, een prematuur van 35 weken, heeft enkele uren gekreund, maar toonde daarna en ook later geen afwijkingen.

Driemaal was sprake van een (lichte) haemorrhagia post partum (graad I).

Eenmaal ontstond een totaal-ruptuur.

Haemorrhagia post partum (H.P.P.) Bout berichtte hierover: „De bijdrage tot de moedersterfte bleek in ons onderzoek voor bijna één derde deel gevormd te worden door de verbloeding”. De huisarts die bij de barenden de bevalling thuis leidt, dient daarom ervoor te zorgen dat het risico van abnormaal bloedverlies zo klein mogelijk is. Iedere

zwangere krijgt in onze praktijk, behalve voedingsadviezen, een ijzerpreparaat per os (ferrofumaraat), terwijl het hemoglobinegehalte tijdens de zwangerschap tweemaal wordt gecontroleerd: bij het eerste bezoek en in de achtste maand. Tenslotte wordt aandacht eraan besteed dat de zwangere niet met een volle blaas het uitdrijvingstijperk ingaat. Desondanks kwamen bij de duizend bevallingen enkele gevallen voor van H.P.P.

Een definitie van H.P.P. is moeilijk te geven. Direct post partum wordt door mij een diep bord onder de vulva van de liggende vrouw geplaatst, zodat het bloedverlies enigszins is te taxeren. In de regel is er een litermaat in huis waarmee de inhoud van het bord kan worden gemeten. Bij duizend bevallingen kon zodoende het volgende worden geconstateerd:

H.P.P. I matig, meer dan normaal (tot circa 300 ml) 28-maal.

H.P.P. II fors (tot circa 500 ml) 21-maal.

H.P.P. III ernstig (opneming noodzakelijk) tweemaal.

Het hebben van een H.P.P. in de anamnese (I of II) wordt beschouwd als een reden de volgende partus klinisch te laten verlopen.

Om te beoordelen of zich misschien vermijdbare gevallen van H.P.P. hebben voorgedaan, werd bij alle gevallen van H.P.P. II en III nagegaan hoe de vorige bevallingen waren verlopen. Het bleek dat één vrouw tweemaal een H.P.P. II thuis had gehad. Door een administratieve fout was het eerste geval niet goed genoteerd. Bovendien bleek dat in een van de twee gevallen van H.P.P. III de vrouw na de eerste bevalling ook had gevloeid (H.P.P. I); hetzelfde gold voor een geval van H.P.P. II. Bij vergelijking van de twee groepen van 500 bevallingen bleek vrijwel geen verschil te bestaan in het aantal gevallen van H.P.P.

Twee gevallen van H.P.P. (één geval I en één geval II) traden op na een forcipale extractie thuis. In zeven gevallen was het nodig de placenta vanwege de fluxus manueel te verwijderen, in één geval gebeurde dit thuis door de specialist. De twaalf H.P.P.'s II bij primiparae traden in het algemeen niet op na bijzonder „zware” bevallingen. Slechts eenmaal was dit het geval namelijk na forcipale extractie. Tweemaal bleek de vrouw enkele uren post partum te gaan vloeien omdat zij een volle blaas had. Eenmaal werd na een normaal verloopende partus een enorm vulvair hematoom waargenomen. Voor zover een en ander was te beoordelen, bleek de oorzaak van alle hier genoemde gevallen van bloeding post partum een atonia uteri te zijn.

Conclusie: meer dan normaal bloedverlies na een bevalling is een reden de volgende bevallingen klinisch te laten verlopen. Deze conclusie is uiteraard niet nieuw. Toch zou men graag in de huispraktijk

een objectief criterium willen hebben om te kunnen beoordelen wat „meer dan normaal” is. Wanneer men stelt dat het klinische beeld van de vrouw de ernst van de toestand bepaalt, is dit natuurlijk juist, maar ook dan is „meer dan normaal” moeilijk te bepalen (*Hoogland*). Ondanks nauwkeurige selectie zal de huisarts die thuis bij de barendende bevalling leidt, enkele malen worden geconfronteerd met een H.P.P.

Manuele placenta-verwijdering. Tienmaal moest de placenta manueel worden verwijderd. Niet elke keer was het daarbij noodzakelijk de hand tot in het cavum uteri te brengen. Soms bleek de placenta „gevangen” te zitten in het ostium externum; hij kon dan door voorzichtige tractie tevoorschijn worden gebracht. In drie gevallen was sprake van een vastzittende placenta, in zeven gevallen van een H.P.P. Tweemaal werd de specialist in consult geroepen om de placenta manueel te verwijderen.

Conclusie: indien in de anamnese een manuele placenta-verwijdering voorkomt, dan is dit een reden de volgende bevallingen klinisch te laten verlopen. Heeft een vrouw na een bevalling een H.P.P. doorgemaakt of moest de placenta manueel worden verwijderd, dan is dit een reden tijdens het post-natale onderzoek te letten op afwijkingen aan de uterus (bijvoorbeeld myomen).

Stoornissen in het kraambed. Onder dit hoofd zal uitsluitend het optreden van koorts in het kraambed worden besproken. De haemorrhagia post partum werd reeds in het voorafgaande behandeld. Bij vrouwen met hulp van het kraamcentrum werd de temperatuur nauwkeurig rectaal opgenomen en genoteerd, meestal gebeurde dit tweemaal per dag. Was geen hulp van het kraamcentrum aanwezig, dan werd toch in vrijwel alle gevallen de temperatuur tenminste eenmaal per dag rectaal opgenomen. Temperatuursverhoging boven de 38°Celsius werd als koorts genoteerd, ook indien dit slechts één dag duurde.

Als oorzaken van koorts werden onderscheiden: een duidelijke extra-genitale infectie: tonsillitis, „griep”, erysipelas, urineweginfectie, enzovoort; mastitis; endometritis en febris e causa ignota. In *tabel 5* staan de 55 patiënten met koorts in het kraambed vermeld. De cijfers tussen haakjes geven de aantallen weer, aan wie een antibioticum — meestal een breedspectrum antibioticum — werd gegeven.

Tijdens het kraambed — gerekend is tien dagen — behoefde geen vrouw te worden opgenomen. Dit was wel noodzakelijk na het kraambed: twee patiënten wegens mastitis; een patiënt wegens diepe trombose (na een normale bevalling). Koorts in het kraambed kwam 34-maal voor bij de eerste

Tabel 5. Koorts in het kraambed bij duizend bevallingen thuis

Oorzaak	Aantal	Anti-bioticum
E causa ignota	15	(3)
Extra genitale infectie . . .	9	(1)
Mastitis	21	(14)
Endometritis	10	(9)
Totaal	55	(27)

500 bevallingen en 21-maal bij de tweede 500 bevallingen.

Hoewel het materiaal niet geheel vergelijkbaar is, blijkt in de kliniek koorts in het kraambed aanmerkelijk vaker voor te komen. Zo noemt bijvoorbeeld *Hoogland* een percentage van 27. *Holmer* vermeldt dat in een verloskundige afdeling van een ziekenhuis het aantal gestoorde kraambedden zelden onder de 8 procent komt, terwijl dit aantal voor bevallingen aan huis waarbij kraamzorg werd gegeven — in 1958 — 4,5 procent was.

Afwijkende vrucht. De 1 011 kinderen die bij de duizend bevallingen werden geboren vertoonden de volgende vruchtafwijkingen: tien kinderen werden dood geboren; vijf kinderen stierven binnen een week; twee kinderen vertoonden het beeld van mongoloïde idiotie en zes kinderen vertoonden — direct na de geboorte gediagnosticeerde — andere aangeboren afwijkingen die niet tot de dood leidden. Voorts vertoonden negen kinderen afwijkingen welke men „geboorteletsel” kan noemen. Hierbij was één kind met ernstige hersenbeschadiging door een partus praecipitatus, — het kind moest later in een inrichting voor oligofrenen worden opgenomen —; één kind met een clavicula-fractuur ontstaan door ernstige schouder-dystocie; één kind met plexusparese; na één jaar vertoonde dit kind geen afwijkingen meer. Tenslotte deden zich zes gevallen van asfyxie voor waarvan twee vrij ernstig waren. Alleen het eerstgenoemde kind — ernstige hersenbeschadiging — moest direct worden opgenomen.

Elfmaal werd thuis een tweeling geboren, hierbij is geen kind overleden. Tweemaal vond de bevalling prematuur plaats, vijf van de 22 kinderen lagen in stuitligging. In twee gevallen was tevoren bekend dat sprake was van een tweeling. Zes tweelingen werden in het ziekenhuis geboren.

Twee kinderen kregen tijdens het kraambed een forse bloeding uit de navel; vijf kinderen moesten om uiteenlopende redenen binnen tien dagen na de geboorte in een ziekenhuis worden opgenomen (infecties, icterus e causa ignota, slecht drinken enzovoort). Alle kinderen werden „gezond” ont-

slagen. Een definitief oordeel over de gezondheidstoestand van het kind kan evenwel pas later worden gegeven. Sommige aangeboren afwijkingen worden immers pas naderhand ontdekt, bijvoorbeeld bepaalde aangeboren hartafwijkingen. Uit vrees voor het bestaan van een aangeboren afwijking wordt een kind dat direct na de geboorte problemen geeft misschien wat snel opgenomen.

De beoordeling van een pasgeborene geschiedt tegenwoordig nauwkeuriger dan vroeger door de Apgar-score te vermelden. Het is het beste het kind direct na de geboorte te onderzoeken op het bestaan van aangeboren afwijkingen (*Smithells*). Het is belangrijk hierbij te letten op het aantal navelarteriën.

Tenslotte moeten onder het hoofd „afwijkende vrucht” ook de kinderen die prematuur werden geboren worden vermeld: veertien kinderen werden thuis prematuur geboren.

Conclusie: een tweeling-geboorte moet worden beschouwd als een pathologische geboorte en dient — voor zover dit mogelijk is — klinisch plaats te vinden.

Opneming na de bevalling. Binnen de periode van het kraambed — tien dagen — moest viermaal een moeder worden opgenomen, tweemaal wegens haemorrhagia post partum en tweemaal wegens totaal-ruptuur. Na het kraambed moesten drie vrouwen worden opgenomen: twee wegens mastitis en één wegens diepe trombose.

Binnen de periode van het kraambed moesten veertien kinderen worden opgenomen, één kind omdat de moeder moest worden opgenomen en een tweeling op sociale indicatie. Drie kinderen overleden in het ziekenhuis (II, X, XI).

Aantal bevallingen met complicaties. Tot dusver werden de complicaties afzonderlijk besproken. Sommige komen echter frequent gecombineerd voor zodat door het optellen van alle complicaties niet wordt aangegeven bij hoeveel bevallingen een complicatie optrad. Men kan zich trouwens afvragen wat onder een complicatie dient te worden verstaan. In sommige gevallen is nauwelijks sprake van een complicatie in de zin van „bijkomend verschijnsel dat de aandoening ernstiger maakt” (*Van Dale*). Het woord „bijzonderheid” is dan beter op zijn plaats. Wanneer de in het voorafgaande genoemde „complicaties” als zodanig worden beschouwd, blijken 192 van de duizend bevallingen hiermede te zijn gepaard gegaan. Bij de eerste 500 bevallingen was dit 108-maal het geval, bij de tweede 84-maal. De K.I.B.-geboorten zijn hierbij niet als complicaties meegeteld.

In tabel 6 worden de complicaties — of bijzonderheden — vermeld die bij duizend bevallingen

Tabel 6. Complicaties en bijzonderheden voorkomend bij duizend bevallingen thuis, respectievelijk in de eerste en tweede groep van 500 bevallingen

Complicaties en bijzonderheden*	Totale aantal	Groep I	Groep II
Perinataal sterfgeval	15	8	7
Tweeling-geboorte	11	8	3
Partus praematurus	12	5	7
Stuitligging	17	10	7
Kruinligging	21	9	12
Aangezichtsligging	4	2	2
Forciple extractie	6	4	2
Totaal-ruptuur	2	1	1
Uitgezakte navelstreng	2	1	1
Haemorrhagia post partum	51	27	24
Manuele placenta			
verwijdering	10	7	3
Koorts in kraambed	55	34	21
Niet-dodelijke aangeboren			
afwijkingen	8	4	4
Geboorteletsel	9	5	4
Opneming van moeder			
tijdens kraambed	4	2	2
Opneming kinderen	14	7	7

* K.I.B.-bevallingen vallen buiten deze rubriek.

thuis (ondanks zo goed mogelijk uitgevoerde prenatale zorg en selectie) werden waargenomen. Tijdens de bevalling moesten 33 vrouwen worden verwezen, deze vrouwen zijn uiteraard niet bij de genoemde duizend gerekend.

Kraamhulp. Op het grote belang van goede kraamhulp — bij voorkeur door een kraamcentrum — behoeft niet te worden gewezen. (*Verbrugge*). Bij 102 van de duizend bevallingen was geen hulp van het kraamcentrum. Wat dit betreft, vertoonde de eerste groep van 500 bevallingen geen verschil met de tweede groep (respectievelijk 52- en 50-maal). Het komt in mijn praktijk niet meer voor dat kraamhulp wordt gegeven door iemand zonder specifieke opleiding, wel geschiedt dit door particuliere verpleegsters.

Bevallingen in het ziekenhuis

Gedurende de tijd waarin de duizend bevallingen thuis plaatsvonden, werden 182 vrouwen verwezen voor een klinische bevalling. Daarbij kwamen 188 kinderen ter wereld. Bij 65 vrouwen was sprake van een primaire verwijzing, dat wil zeggen zodra de diagnose graviditeit was gesteld, werd besloten dat de bevalling in een ziekenhuis zou plaatsvinden. Bij 66 vrouwen werd dit besluit genomen gedurende de zwangerschap, een zogenaamde secundaire verwijzing, terwijl 33 vrouwen

gedurende de bevalling werden verwezen. Van twee bevallingen ontbreken de gegevens. Zestien vrouwen werden op sociale indicatie verwezen. De indicaties voor de verwijzingen zijn vermeld in tabel 7.

Het aantal perinatale sterfgevallen bedroeg in deze groep zeven. Eenmaal was sprake van primaire verwijzing, viermaal van secundaire verwijzing en tweemaal werd de vrouw durante partu verwezen (I en IV). Voor de indeling van de medische indicaties voor klinische partus werd aanvankelijk gebruik gemaakt van een tabel uit het Leerboek der Verloskunde van *Holmer*. Van de indicaties konden 45 echter niet in deze tabel wor-

den ondergebracht. Onder meer ontbraken alle indicaties om de zwangere tijdens de bevalling op te nemen, bijvoorbeeld uitgezakte navelstreng, langdurige ontsluiting en afgelopen vruchtwater zonder weeën. In tabel 7 is daarom een andere indeling toegepast waarbij als criterium gold of de verwijzing „primaire”, „secundaire” dan wel „tijdens de bevalling” plaatsvond.

Kunstverlossingen. Bij de 182 klinische bevallingen kwamen de volgende kunstverlossingen voor: forcipale extractie (zesmaal); vacuüm-extractie (eenmaal); en sectio Caesarea, (negentienmaal). Hierbij werden 27 kinderen geboren, waarvan één kind perinataal overleed (XVII).

Tabel 7. Indeling van de medische indicaties voor 166 klinische patiënten

A. Primaire verwijzingen	
H.P.P. in de anamnese	15
Eén of meer doodgeboren kinderen in de anamnese ...	8
Habituele abortus, partus praematurus	6
Eerste bevalling na steriliteitsbehandeling	6
Manuele placentaverwijdering, kunstverlossing, behalve uitgangstang en stuit	6
Bloedgroep-antagonisme	5
Oude primipara	5
Discongruentie bekken/hoofd	4
Oude multipara en/of grande multipara	3
Eerste partus na langdurig steriel huwelijk	3
Diverse anamnestiche gegevens	2
Operatie in de baarmoeder	1
Longafwijkingen	1
Diabetes	1
Totaal	66
B. Secundaire verwijzingen	
Verloskundige vaat-nieraandoening	21
Niet te keren stuitligging	11
Bloedgroep-antagonisme	7
Fluxus	7
Discongruentie hoofd-bekken	6
Serotinitas	4
Meervoudige zwangerschap, tevoren bekend	4
Diverse niet-verloskundige afwijkingen van de moeder ..	4
Niet te keren dwarsligging	3
Diverse verloskundige afwijkingen van de moeder	2
Oude multipara	1
Diversen	1
Totaal	71
C. Verwijzingen tijdens de bevalling	
Dreigende partus praematurus	9
Liggingsafwijkingen ontdekt tijdens bevalling	9
Langdurige ontsluiting	7
Afgelopen vruchtwater zonder weeën	7
Meervoudige zwangerschap ontdekt tijdens partus	2
Uitgezakte navelstreng	2
Discongruentie bekken-hoofd	1
Langdurige uitdrijving	1
Diversen	1
Totaal	39

Totaal 176 indicaties dat wil zeggen in tien gevallen bestond een dubbele indicatie.

Opneming durante partu. Het is voor een vrouw een buitengewoon onaangename belevenis wanneer zij tijdens de bevalling moet worden opgenomen. Deze situatie dient dan ook zoveel mogelijk te worden voorkomen. Onder „durante partu” wordt verstaan dat de vliezen waren gebroken of dat duidelijke weeën aanwezig waren. Indien men deze criteria aanlegt is het duidelijk dat een aantal van de in tabel 7 vermelde gevallen onvermijdbaar moet worden genoemd, zoals alle bevallingen die prematuur beginnen. In de praktijk komt het erop neer dat niet alle stuitliggingen tevoren worden ontdekt, zodat de huisarts ook bij nauwkeurige prenatale zorg wel eens thuis een stuitgeboorte zal moeten leiden. Totaal werden 37 kinderen in stuitligging geboren van wie zeventien thuis. Dat wil zeggen: bijna de helft van de stuitgeboorten verliep thuis!

Publikaties van andere huisartsen

Pel en Pel-Mellink vermelden „het vrijwel ontbreken van publicaties van reeksen bevallingen door Nederlandse huisartsen”. Hoewel Nederlandse huisartsen op dit gebied inderdaad niet veel hebben gepubliceerd leek het ons toch nuttig de volgende tien publikaties in het kort te vermelden. Wie de oudste publikaties uit deze reeks leest, beseft pas goed welke veranderingen zich op dit terrein gedurende de laatste halve eeuw in ons land hebben voltrokken (*Smulders*).

Metzlar, C. (1893-1901) Ned. T. Verlosk. 4, 82; 7, 177; 9, 1, 10, 125; 12, 171. Het betreft vijf artikelen over steeds 200 „accouchementen”. Plaats: Lisse; observatieperiode: 1890-1901; Totaal aantal bevallingen: 1000; moederlijke sterfte: 6; kinderlijke sterfte: 3. De schrijver vermeldt alleen de doodgeborenen: 33.

Schouten, J. (1903) Ned. T. Verlosk. 14, 79. Dit artikel bevat aantekeningen en opmerkingen over 1200 „accouchementen” ten plattelande. Plaatsen: IJzendijke (Zeeuws-

Vlaanderen) en Drenthe; observatieperiode: 1890-1902; aantal bevallingen: 1200; moederlijke sterfte: 2; kinderlijke sterfte: ?. De schrijver vermeldt alleen de doodgeborenen: 45.

Beekenkamp, T. (1909) Ned. T. Verlosk. 19, 191. Het betreft een verloskundige praxis ten plattelande. Plaats: Gouda; observatieperiode: 1891-1907; aantal bevallingen: 1500; moederlijke sterfte: 5; kinderlijke sterfte: ?. De schrijver vermeldt alleen de doodgeborenen: 40.

Prillewitz, U. C. (1909) Ned. T. Verlosk. 19, 1. Het artikel bevat „Eenige mededeelingen omtrent mijne 42-jarige praktijk op verloskundig gebied.” Plaatsen: 1864-1869 Geervliet, 1869-1907 Maarssen en omstreken; observatieperiode: 1864-1907; aantal bevallingen: 1229; moederlijke sterfte: 20; kinderlijke sterfte: ?. De schrijver vermeldt de doodgeborenen plus de sterfte tijdens de eerste veertien dagen: 106.

Smit, L. (1918) Verslag van vijfhonderd verlossingen op het platteland. Academisch Proefschrift, Leiden. Plaats: Beusichem; observatieperiode: niet omschreven, ongeveer 1907-1917; aantal bevallingen: 500; moederlijke sterfte: 2 (direct post partum en 3e dag); perinatale sterfte: 40,0 pro mille.

Folmer, H. R. (1923). Verslag van 1247 baringen. Academisch Proefschrift, Amsterdam. Plaatsen: Ellewoutsdijk, Oudelande, Driewegen, Ovezand, Borsele, 's Heerenhoek (Zuid-Beveland); observatieperiode: 1908-1920; aantal bevallingen: 1247; moederlijke sterfte: 9 (het begrip kraambed is ruim genomen); perinatale sterfte: 55,3 pro mille.

Werkgroep: Verloskunde van de huisarts. Jaaronderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Gepubliceerd in huisarts en wetenschap: 1959-1966. Plaats: Nederland, 229 huisartsen werkten mee; observatieperiode: 1958; aantal bevallingen: 9579 (zeven procent van de bevallingen werd door specialisten gedaan; moederlijke sterfte: nihil; perinatale sterfte: 24,7 pro mille.

Pel, J. Z. S., en Pel-Mellink, J. (1962) Een duizendtal bevallingen in een huisartsenpraktijk. huisarts en wetenschap 5, 133. Plaats: Middelburg; observatieperiode: 1949-1961; aantal bevallingen: 1000, waarvan 221 in het ziekenhuis op medische indicatie, 39 bevallingen werden door specialisten gedaan; moederlijke sterfte: nihil; perinatale sterfte: 18,8 pro mille.

Bessem, H. G. (1969) Verloskundige observaties in een plattelandspraktijk. huisarts en wetenschap 12, 3. Plaats: Twello; observatieperiode: 1955 tot en met 1965; aantal bevallingen: 977 (waarvan 138 in het ziekenhuis door specialisten); moederlijke sterfte: nihil; perinatale sterfte: 27,8 pro mille.

Verboom, A. (1969) Verloskunde in een huisartsenpraktijk. Academisch Proefschrift, Amsterdam, G.U. Plaats: Haarlem; observatieperiode: 1952-1966; aantal bevallingen: 625, waarvan 550 thuis, 75 door specialist in ziekenhuis; moederlijke sterfte: nihil; perinatale sterfte: (gehele materiaal) 22,1 pro mille.

Nabeschouwing

Met Pel en Pel-Mellink kan ten aanzien van het voorafgaande worden gesteld: „De waarde van deze publicatie is uiteraard problematisch. Ze be-

rust op een relatief gering aantal bevallingen...”. Na lezing van de bijdragen van andere huisartsen kunnen evenwel de volgende opmerkingen worden gemaakt.

De huisarts dient van de prenatale controles en van de bevallingen nauwkeurige verslagen te maken. Slechts aan de hand daarvan is het mogelijk het verloop van zwangerschap en partus kritisch te beoordelen. Jaarlijks zou georganiseerd door Universitaire Verloskundige Klinieken één of tweemaal een „medical audit” kunnen worden gehouden waar obstetrische „missers” worden besproken. Organisatorisch moet het niet moeilijk zijn dit te realiseren. Gezien de sterke daling van het geboortecijfer heeft de „gemiddelde huisarts” niet meer dan een of twee perinatale sterfgevallen per jaar.

De noodzaak van een uniforme rapportage ligt voor de hand. Bij het bestuderen van de andere huisartsen-verslagen viel het op hoe moeilijk het was de essentiële gegevens op te sporen omdat een nauwkeurige definiëring van een aantal gebruikte termen ontbrak.

Opvallend is hoe door de ontwikkeling van de obstetrische kennis de beoordelingscriteria zijn veranderd. In de eerste publikaties worden nauwkeurig het aantal overleden vrouwen vermeld, de auteurs kenden het begrip „perinatale sterfte” nog niet. Na de tweede wereldoorlog komt dit begrip als criterium. Tegenwoordig is het noodzakelijk de Apgar-score te vermelden. In de toekomst zal een langduriger follow-up van de geboren kinderen wenselijk zijn. In feite blijkt een statisch „vak” als de verloskunde zeer dynamisch te zijn.

Vroeger was het contact tussen huisartsen en Verloskundige Universiteitsklinieken nauwer dan tegenwoordig. Om Smulders te citeren: vroeger trad een ervaren huisarts met een hoogleraar in discussie. „Men is geneigd de wens uit te spreken, dat onder leiding van het Nederlands Huisartsen Genootschap dit soort gesprekken weer op gang komt...”

Nu het gehele medische curriculum wordt veranderd, lijkt het nuttig aandacht te schenken aan de volgende stellingen:

1 Het is niet logisch dat alle studenten tijdens hun opleiding bevallingen doen. Ervan uitgaande dat de verloskundige zorg in Nederland berust bij gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen is het niet nodig dit specifieke werk ook aan anderen te leren.

2 In de opleiding „nieuwe stijl” zal men de praktische verloskunde niet meer voor iedereen verplicht moeten stellen. Door de opengevallen plaatsen kan de aanstaande huisarts dan met meer ervaring zijn praktijk beginnen, terwijl de studie voor anderen korter wordt.

Summary. One-thousand parturitions in a general practice. This paper presents an analysis of 1000 consecutive parturitions in a general practice, during the period from 1st January 1958 to 13th March 1970. During this period, 182 women were referred to the specialist for parturition under specialized clinical guidance. These 1182 parturitions resulted in the birth of 1199 children; the overall perinatal mortality in the group was 18.3. Maternal mortality was zero. One perinatal death is analysed in detail. Six deaths could have been avoided; six other deaths could probably have been avoided. All salient details on the one-thousand home parturitions are discussed. A brief review is presented of ten publications, written between 1893 and 1969, in which Dutch general practitioners report on their obstetric work. In conclusion, some notes are presented with reference to these publications.

Bout, J. Moedersterfte in Nederland. Academisch Proefschrift, Amsterdam V.U., 1971.

Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Academisch Proefschrift, Utrecht, 1964.

Bremer, G. J. De verloskundige zorg in de huisartspraktijk. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1971. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1971.

Daamen, C. B. F. Perinatale sterfte in Rotterdam. Academisch Proefschrift, Leiden, 1966.

Haas-Posthuma, J. H. de. Perinatale sterfte in Nederland. Academisch Proefschrift, Leiden, 1962.

Holmer, A. J. M. en anderen, Leerboek der verloskunde. Van Holkema & Warendorf n.v., Amsterdam, 1967.

Hoogland, D. M. Stoorissen in het kraambed. Academisch Proefschrift, Utrecht, 1969.

Pel, J. Z. S. en J. Pel-Mellink (1962) huisarts en wetenschap 5, 133.

Smithells, R. W. The early diagnosis of congenital abnormalities. Cassell, London, 1963.

Smulders, A. J. M. (1962) huisarts en wetenschap 5, 290.

Verbrugge, H. P. Kraamzorg bij huisbevallingen. Academisch Proefschrift, Leiden 1968.

NOTITIE UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

Wel en wee in de huisartspraktijk

DOOR P. LUYCKX, HUISARTS TE ST. ANTHONIS

In de huisartspraktijk speelt zich zoveel af dat talloze casus waarmede de huisarts in zijn werk wordt geconfronteerd, bepaald niet vooraan in zijn bewustzijn blijven hangen. Er zijn echter ook ettelijke ziektegevallen die een dermate grote indruk op hem hebben gemaakt, dat hij die, zelfs na tientallen jaren, soms tot in details kan reproduceren. Vooral wanneer hij in bepaalde opzichten heeft gefaald.

Het gezin T. bestaat uit vader 50 jaar, pluimveehouder, moeder 49 jaar en zeven kinderen, vier jongens en drie meisjes: Jan, de oudste twaalf jaar, Hanny, de jongste twee jaar. Bij de vader was in 1937 gastrectomie verricht wegens een ulcus ventriculi. Toch is hij daarna veel over zijn buik blijven klagen, totdat hem begin '53 een aardbeiengalblaas werd ontnomen, waarna hij opgewekt en praktisch zonder klachten verder kon leven.

Wat gebeurde echter! Ongeveer een half jaar na zijn geslaagde operatie werd ik zondagsmiddags bij zijn vrouw geroepen, omdat zij sinds zaterdagavond krampen in de bovenbuik had; ook na onderzoek kon ik hiervoor geen verklaring vinden. Ik schreef haar driemaal daags een poeder voor met 15 mg extractum belladonna en beloofde de volgende dag terug te komen. Die dag vertelde zij dat de poeders niets hadden geholpen, dat de krampen heviger waren geworden en dat zij enige

malen had gebraakt. Ik onderzocht haar opnieuw en kon weer niets vinden! Zij moest maar met de poeders doorgaan en ik zou de volgende dag weer komen kijken.

Die dag was de pijn en het braken nog erger geworden; zij wees mij op een knobbeltje in de linker liesstreek. Natuurlijk zou iedereen de diagnose al hebben gesteld, maar ik had die nog steeds niet, moet ik tot mijn schande bekennen. Het knobbeltje zou wel een kliertje zijn, maar ik kwam toch wel diezelfde dag nog terug. Eindelijk, onder de tomatensoep — dergelijke calamiteiten herinnert men zich tot in de kleinste details — ging mij een licht op. Ik heb niet gewacht op het vlees, de groente en de aardappelen, maar reed ijlings naar mevrouw T. en liet haar met de grootste spoed opnemen. Na een uur lag zij op de operatietafel, maar helaas was zij niet meer te redden. De volgende dag is zij overleden. Met lood in de schoenen en het voornemen om niet met smoesjes of uitvluchten aan te komen ben ik gaan condoleren en toen ik zei dat het mij zo erg speet dat ik de moeder te laat naar het ziekenhuis had gestuurd, zei de vader: „'t Is heel jammer, meneer dokter, ge hebt mij altijd zo goed geholpen”. Men zal nu wellicht denken dat is eenmaal een hernia femoralis gemist, maar nu dan ook nooit meer.

Zeker is, dat het nauwkeurig palperen van de regio inguinalis thans inderdaad tot een van de