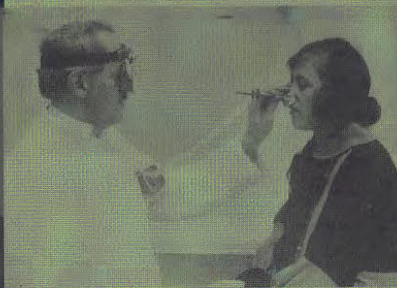
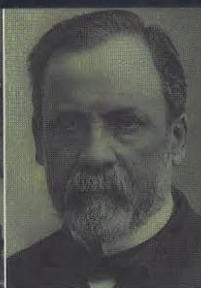


prof.dr. M.J. van Lieburg

DE OP TIJD SCHRIJFT



*Een selectie van
bronteksten uit het
Nederlands Tijdschrift
voor Geneeskunde
1857-1957*

Erasmus Publishing

DE TIJD OP SCHRIJFT

*Een selectie van bronteksten uit het
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
1857-1957*

door
prof.dr. M.J. van Lieburg



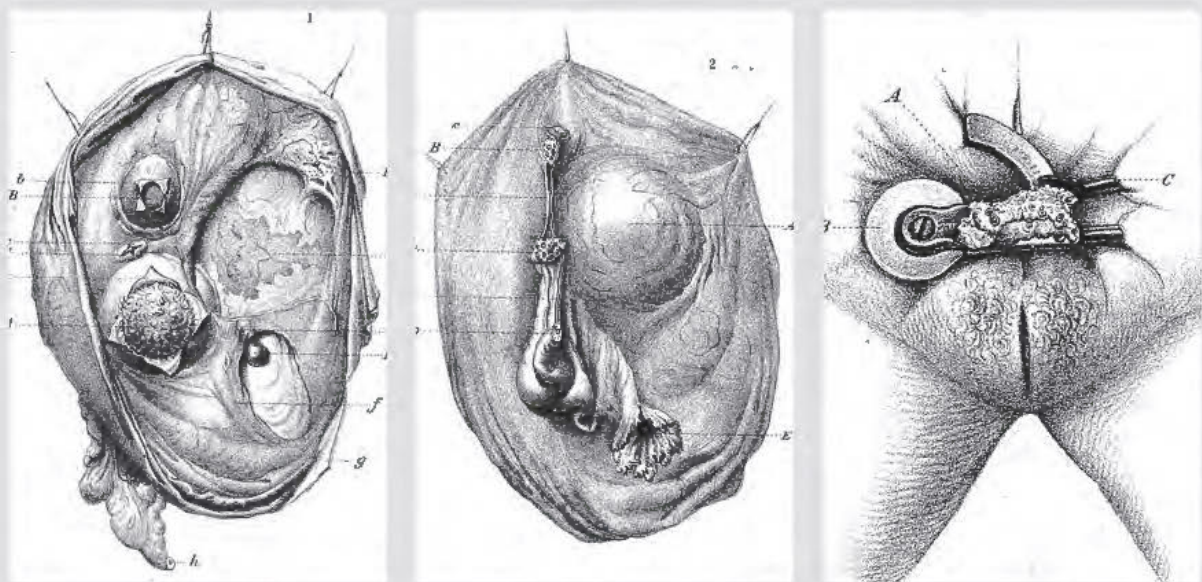
ERASMUS PUBLISHING
Rotterdam 2007

Verloskunde en gynaecologie

De geschiedenis van de verloskunde onderscheidt zich van de andere medische specialismen door de lange traditie waarin vroedvrouwen een assisterende of zelfstandige rol speelden bij de natuurlijke bevallingen, door de bijzondere betekenis van zwangerschap, bevalling en kraambed voor de (maternale en perinatale) sterfte, en door de verwevenheid met cultuur- en mentaalhistorische ontwikkelingen. Voor de situatie rond het midden van de negentiende eeuw leze men het leerzame artikel van de Amsterdamse hoogleraar Leopold Lehmann over de febris puerperalis [NTvG 1858], en de beide historische overzichten van Baart de la Faille (→A16) en Treub (→A17). Om de situatie rond de eeuwwisseling te leren kennen, dient de voordracht uit 1899 van de Groningse hoogleraar Gerard C. Nijhoff in 1899 voor de NMG-afdeling Oldambt, gegeven in de vorm van een bijscholingscursus voor medici in de periferie. In zulke voordrachten, zeker tegenover een gehoor van plattelandsmedici die volop bij de verloskundige verzorging waren betrokken, ging het niet zozeer om theoretische concepten en bespiegelingen, maar vooral om praktische zaken en adviezen. Een vergelijkbare situatie treft men aan in het artikel van de Amsterdamse vrouwenarts Louis F. Driessen, zij het dat hier geen sprake is van een hoogleraar tegenover plattelandsmedici, maar van een

medisch specialist tegenover hoofdzakelijk medici practici in de grote stad. Bovendien sprak Driessen niet op een afdelingsavond van de NMG, waar een combinatie van 'lering en vermaak' de regel was, maar in het kader van een artsencursus, een vroege vorm van georganiseerd postacademisch onderwijs in Nederland. Dankzij de vergelijking die Driessen voortdurend maakt tussen de situatie rond 1900 en de actualiteit anno 1928, leest zijn bijdrage als een historisch verslag.

In het artikel van Andreas W. Ausems komt een perifere huisarts (een leven lang gevestigd in het Brabantse Hilvarenbeek) aan het woord; overigens een huisarts met een landelijke bekendheid door zijn katholieke opinies en zijn populaire boeken over *Het groeiende leven* en zijn autobiografische relaas onder de titel *Tien duizend baby's*. Zijn enthousiasme voor de verlostang van de gynaecoloog Nicolaas J.A.F. Boerma ontlokte de uitvinder een reactie waarin hij nogmaals (de vinding dateerde uit 1905) de technische bijzonderheden beschreef en de medische indicaties opgaf van dit verloskundige instrument dat rond het midden van de vorige eeuw een geweldige populariteit genoot, maar dat voor de medische student-van-nu thuishoort in de museale krochten van de Nederlandse verloskunde.



[Afb. 135a-c]. Machiel Polano, de chirurg van het Coolsingelziekenhuis te Rotterdam, verrichtte op 13 augustus 1864 de eerste ovariectomie in Nederland. Bij zijn uitvoerige beschrijving van de operatie [Heelkundige kliniek I. Zamengestelde, uniloculaire ovariaalcyste; ovariectomie; genezing, 9 (1865) II, 109-133] van de 29-jarige Hendrika C. Muntz, uitgevoerd in diepe chloroformnarcose en 'in het bijzijn van een groot aantal kunstbroeders, zoowel van hier als van elders, en van mijne leerlingen', behoren deze afbeeldingen van de voor- [afb. 135a] en achterzijde [afb. 135b] van het uitgenomen gezwel, en van de clamp om de afgesneden steel [afb. 135c]. Polano schreef het slagen van de operatie toe 'aan den aard van het geval, het vermijden van elke voorlopige akiurgische handeling, het bij tijds ondernemen der kunstbewerking en de zorgvuldige nabehandeling. Maar boven alles aan ons uitmuntende gesticht, waar, niettegenstaande de aanwezigheid van een groot getal aan ziekten en gebreken van allerlei aard lijdenden, de hygiënische verhoudingen zoo gunstig, de hulpmiddelen voor de behandeling en verpleging zoo gepast zijn, dat ik het gerust ondernemen dorst een kunstbewerking in een algemeen ziekenhuis te verrichten, waarvoor men elders een bijzondere woning op het land of ten minste een specieel, voor de behandeling van vrouwenziekten bestemd hospitaal, zoekt' (p. 133).

[A50] G.C. Nijhoff, *Over verloskundige diagnostiek en therapie* (1899)

Voordracht gehouden in de Afdeling Oldambt der NMG, november 1898.

M.M. H.H. [Mijne Heren]. Uitgenoodigd in uwen kring een voordracht te houden bij voorkeur met een practische strekking op obstetrisch gebied, wil ik gaarne in den strengsten zin van het woord aan uw verzoek voldoen en mij bepalen tot de zuivere verloskunde, om uitsluitend een paar punten te behandelen, die den practisch werkzamen obstetricator dagelijks kunnen voorkomen. Vergun mij daarvoor een ietwat eigenaardigen vorm te kiezen, door in plaats van voorschriften omtrent de een of andere zaak te geven, juist tegenovergesteld te handelen en omtrent verschillende zaken wenken te geven in negatieven zin, U te wijzen op sommige dingen, die men als obstetricator *niet* moet doen, of U te herinneren *hoe* men sommige zaken niet moet doen.

(1) Moet men aan een vrouw niet zeggen, dat zij zwanger of dat zij niet zwanger is *als men het niet zeker weet*. Dezen oogenschijnlijk zoo onnoozelen raad zou ik niet durven geven, wanneer niet telkens en telkens weer den verloskundige een oordeel wordt gevraagd, dat hij niet altijd met besliste zekerheid geven kan. De patiënt onderstelt dat de dokter 'er natuurlijk alles van weet'. De dokter, door een dergelijk vertrouwen gevleid, vreeze in de oogen van zijn patiënt voor minder te worden gehouden dan hem lief is, zegt meer dan hij verantwoord kan, en niet zelden is dan een verkeerde diagnose uitgesproken. Nergens echter wreekt zich een zoodanige dwaling spoediger en erger dan wanneer het de diagnose eener zwangerschap geldt, over bijna geen zaak wordt door het publiek een scherper vonnis geveld, dan over het aannemen van zwangerschap, waar deze niet bestaat, of over het stellen eener andere diagnose, waar een wel en deugdelijk bestaande zwangerschap om begrijpelijke redenen wordt ontkend. De cardinale fouten bij het stellen der diagnose van het al of niet bestaan eener zwangerschap zijn van drieërlei aard: óf men diagnosticeert zwangerschap op grond van verschillende symptomen waar zij niet bestaat; óf men sluit zwangerschap uit, diagnosticeert een ovariaaltumor of iets anders, waar wel degelijk zwangerschap is; óf men houdt een extra-uterine zwangerschap voor een intra-uterine of omgekeerd.

Ad (1). Een reeds niet meer jonge vrouw, gedurende eenigen tijd gehuwd, verlangt vurig naar een kind. De buik zet op, kindsbewegingen worden gevoeld, een wieg wordt gekocht, een dokter of vroedvrouw geëngageerd, maar er wordt geen kind geboren. Men heeft zich vergist. Als de verloskundige zich heeft vergist wordt alle schuld op hem geschoven: hij had het dan maar beter moeten weten. Heeft hij niet onderzocht, zich niet de moeite van het maken eener zwangerschapsdiagnose gegeven, dan rekent men hem zijn verzuim zwaar toe, heeft hij wel onderzocht, maar een

verkeerde diagnose gemaakt, dan houdt men hem voor een onkundige.

Het verzuim van een onderzoek naar het bestaan eener zwangerschap berust dikwijls op lichtgeloozigheid. Men is er zoo aan gewoon geraakt dat de diagnose: zwangerschap, die de patiënt zelf gemaakt heeft, uitkomt, dat men niet vermoedt nu juist te doen te hebben met een ander geval. Men informeert zelfs niet nauwkeurig naar datgene wat het allereerst bekend behoort te zijn: het uitblijven der menstruatie. Men meent immers, en de patiënt zelf weet van moeder's of tante's kant voorbeelden aan te halen, dat niet bij elke zwangerschap de menstruatie behoeft weg te blijven en wordt nog niet eens wantrouwend door de mededeeling der patiënt, dat de 'zaken' niet zijn weggebleven. Had men wantrouwen gekoesterd, dan zou men zich niet hebben laten beetnemen, dan zou men zich niet hebben laten misleiden door de betuiging der patiënt, dat zij 'leven gevoeld' heeft en dikker is geworden, want dit komt bij alle vrouwen voor, die zich verbeelden zwanger te zijn. Bij elke vrouw, die meent zwanger te zijn, doch bij welke de menstruatie niet is weggebleven, moet twijfel aan het bestaan der zwangerschap worden gekoesterd en door een nauwkeurig onderzoek worden uitgemaakt of zij inderdaad wel zwanger is.

Heeft men slechts met ingebeelde zwangerschap te doen, dan is het uitsluiten van zwangerschap de eenvoudigste zaak ter wereld. Men ziet niet een welving in het onderste gedeelte van het abdomen, die met de respiratie in rust blijft, terwijl het bovenste deel van den buik op en neer gaat, maar een gelijkmatig, tonvormig gewelfd abdomen dat van de symphysis pubis af tot den proc[essus] ensiformis toe bij elke inspiratie rijst, bij elke expiratie daalt. Palpeert men, dan kan het door partieele contracties der buikspieren nog al eens voorkomen, dat men een tumor meent te voelen, zoodat men weer zou gaan twijfelen, percuteert men echter daarna, dan hoort men op de plaats waar de uterus gravidus had moeten liggen een helderen darmtoon. Dan kan de wieg opgeborgen en de baker weggestuurd worden.

Moeilijker wordt het, wanneer zich inderdaad een tumor in het abdomen bevindt, die men geneigd zou zijn voor een uterus gravidus te houden. Men krijgt in die gevallen spoedig zekerheid indien men bij gecombineerd onderzoek van het abdomen en van de vagina uit behalve den bestaanden tumor de niet zwangere baarmoeder kan voelen en dus een zwangerschap, ten minste een uterine zwangerschap met zekerheid kan uitsluiten. Heeft men een gecombineerd onderzoek nagelaten, dan kan men zich soms zeer vergissen. Voor eenige jaren zag ik een ongehuwde jonge dame te zamen met haar medicus, die grooten twijfel koesterde aan haar bewering dat van zwangerschap geen sprake

kon zijn, een twijfel die alleszins gerechtvaardigd scheen, omdat hij zelf kindsbewegingen had gezien. Toen de patiënt, begrijpelijkerwijze zeer nerveus, het abdomen had ontbloot zag ik ook iets dat veel op kindsbewegingen geleek. Zij was een virgo met een vrij grooten, druivetrosvormigen tumor van het ovarium, zoodat onder den buikwand grootere en kleinere tumoren waren, die bij samentrekkingen der buikspieren, als zij snikte, verplaatst werden en den indruk maakten van kleine deelen, die zich bewogen. De medicus had er niet aan gedacht, dat bewegingen in den buik alleen dan voor kindsbewegingen mogen gehouden worden, wanneer elke contractie der buikspieren evenals elke passieve verplaatsing is uitgesloten, wanneer de patiënt rustig ademend stil ligt en niet wordt aangeraakt, terwijl het van zelf spreekt dat de respiratiebewegingen, het kloppen der aorta, darmbewegingen, niet met kindsbewegingen mogen worden verward.

Bij een ongeveer 40-jarige vrouw had haar chirurgijn gemeend, dat een miskraam dreigde, evenwel hield de bloeding op, zonder dat van uitdrijving van een foetus of eivliezen sprake was, zoodat de chirurgijn meende

dat de zwangerschap door ging; de patiënt geloofde het ook, maar was toch niet geheel gerust, omdat van tijd tot tijd gedurende eenige dagen een matig bloedverlies werd waargenomen. Zij gevoelde wel leven, maar niet zoo duidelijk als bij haar andere kinderen. Toen ik ongeveer acht maanden na den vermeenden abortus, die misschien werkelijk had plaats gevonden, de patiënt voor het eerst zag, was de buik slap, was overal een heldere darmtoon bij percussie waar te nemen en kon ik den kleinen uterus in het kleine bekken gemakkelijk betasten.

In een ander geval was de medicus, geroepen door een jonggehuwde vrouw omdat zij meende een miskraam te hebben, zóó overtuigd dat de vrouw zwanger was, en dat de zwangerschap niet door een miskraam was afgebroken, dat hij herhaalde malen de telkens weer door bloedingen beangstigde patiënt onderzocht, zich zelf en haar overtuigde van den voortgaanden groei der baarmoeder en zich met haar ongerust maakte of misschien ook een pathologische afwijking de oorzaak der herhaalde bloedingen kon zijn. Toen ik de patiënt tot onderzoek kreeg, kwam zij met de mededeeling dat de



[Afb. 136]. Portret van Gerard C. Nijhoff.

**[C35] B.J. Kouwer,
In memoriam G.C. Nijhoff (1932)**

Gerard Cornelis Nijhoff (geb. 19 april 1857, overl. 14 mei 1932). Het leed is geleden, de strijd is gestreden, Goddank! Dit is de eerste verzuchting, die wij hebben geslaakt, voor zoover wij van nabij of van verre met hem hadden medegeleefd in de zware maanden, die het eind van zijn levensweg vormden. En nu durven wij weder voor onzen geest doen herleven dat vriendelijke, zacht blozende gelaat, vol beheerschte blijmoedigheid. Nijhoff was algemeen bekend, populair in den besten zin van het woord, bemind in wijden kring. Men zag hem, zijn eigen aard nooit verloochenend,

overal, men hoorde hem overal, maar ongepaste eerzucht, 'Streberei' was hem ten eenemale vreemd. Zoo ken ik hem van den Leidschen studententijd af.

Langs den weg der H.B.S. te Enkhuizen en te Leiden en het toelatingsexamen tot de Universiteit, kwam hij in 1874 als student te Leiden, legde er het artsexamen af in 1880 en promoveerde 18 juni 1881 op een proefschrift over *Het leven en de physiologie van Herman Boerhaave*. Hij verhuisde daarna naar Amsterdam, waar hij van 1881 tot 1888 onder den pas tot hoogleeraar benoemden G.H. van der Mey het assistentschap in de verloskunde bekleedde en met de leiding der phantoomoefeningen werd belast. Tegelijkertijd oefende hij als specialist in de verloskunde en gynaecologie de particuliere praktijk uit. Van 1891 tot 1897 was hij als leeraar verbonden aan de Rijkskweekschool voor vroedvrouwen.

Reeds vroegtijdig ontloek zijn liefde voor het werk der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; van 1888 tot 1892 was hij haar hoofdbestuurder-secretaris. Ten gevolge van een der niet al te zeldzame kleine omwentelingen in de Maatschappij trok hij zich eenige jaren terug uit dien kring, maar keerde er later bij herhaling in terug. Zoo was hij van 1899 tot 1902 lid van het hoofdbestuur, in 1901 voorzitter, van 1919 tot 1921 ondervoorzitter en van 1928 tot 1931 nogmaals voorzitter. Wij hebben hem vooral in deze laatste hoedanigheid mogen bewonderen: hij leefde, als emeritus hoogleeraar, rustig in den Haag, en nochtans onttrok hij, de eenenzeventigjarige, zich niet aan de zware taak, waartoe men hem riep: een zware taak, voorwaar, want

de Maatschappij doorleefde toen weder een van haar hervormingsbewegingen, of hergroeperingen, en had bovendien het netelige vraagstuk der 'moraal-clausule' tot oplossing te brengen! Hij kweet zich daarvan op voortreffelijke wijze en niet minder meesterlijk vertegenwoordigde hij onze Maatschappij ook naar buiten. Ik herinner mij o.a. zijn keurige en zoo wel overwogen rede bij het jubileum, dat de R.K. Artsenvereeniging met grooten luister, omstuwd door de hoogste prelaten, te Utrecht mocht vieren.

In die vele jaren heeft Nijhoff schier nooit ontbroken op onze Algemeene Vergaderingen en heeft hij naarstig deel uitgemaakt van talloze commissies. Nijhoff vervulde ook al deze plichten op voorbeeldige wijze. Geen wonder, dat hij zich een eereplaats verwierf in onze Maatschappij, en dat wij ons gelukkig gevoelden hem dat te mogen toonen, bij het vieren van zijn veertigjarig artsdiploma. Wie kon vermoeden, dat zijn gade, die zoo van harte mede genoot in deze huldiging, hem binnen enkele maanden zou ontvallen, en dat hem zelf een zoo hard lot stond te wachten! Gezegend de sluier, die onze toekomst omhult!

Van dezelfde opgewekte plichtsbetrachting zijn wij getuige geweest in de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging, die hij mede had opgericht en waarvan hij, van 1887 af, een der trouwste medewerkers was. Met haar heeft hij de ontwikkeling der moderne gynaecologie in ons vaderland doorleefd en met haar heeft hij de goede overlevering der Nederlandsche verloskundigen helpen handhaven. Een blik in de inhoudsopgave van het nu 45 jaren oude tijdschrift dezer vereeniging is al voldoende om

dokter wegens de herhaalde bloedingen niet geheel gerust was over den afloop der bevalling, die de volgende maand zou moeten plaats vinden, terwijl de medicus schreef, dat hij vreesde dat het kind dood zou zijn, omdat de fundus uteri sedert geruimere tijd 6-7 centimeters boven den navel bleef staan en niet hoger kwam. Nu, leven deed het kind niet, want de zeer gespannen buik gaf overal een helderen percussietoon, zoodat van een tumor, laat staan van een uterus gravidus geen sprake kon zijn.

Weer iets anders leerde een vierde geval. Een dokter had aan een vrouw verteld, na een zeer minutieus onderzoek, dat zij zwanger was, want hij had door gecombineerd onderzoek een vergrooten uterus gevoeld. Dit laatste was waar, echter was de vergroting van den zeer harden uterus niet afhankelijk van zwangerschap, maar van een fibromyoom van den wand, dat tot bloedingen aanleiding gaf, die in de laatste 7-8 weken waren weggebleven. Later hielden de bloedingen geheel op, terwijl de buik sterk in omvang toenam en bleek, dat bij de vrouw tegelijk met het interstitieele fibromyoom zwangerschap bestond, zoodat ik na een-

ige maanden duidelijk harttonen kon hooren, en de patiënt ongeveer 7 maanden na mijn eerste onderzoek in de Amsterdamsche kraaminrichting beviel. In zulke gevallen wordt zwangerschap gediagnosticeerd zonder dat zij bestaat. In andere, iets minder frequent voorkomende wordt de een of andere tumor gediagnosticeerd en soms ook helaas, geopereerd, terwijl de vrouw niets mankeert buiten haar zwangerschap.

Wanneer een vrouw een zwangerschap wil dissimuleeren, doet zij tegelijk onjuiste mededeelingen als men haar ondervraagt, simuleert zij allerlei verschijnselen die juist door de zwangerschap zijn verdwenen, ontkent zij alle mogelijke geslachtsverkeer, negeert zij het wegblijven der menses, die meestal, volgens haar mededeelingen juist over zijn. Daarentegen somt zij een reeks van klachten op, die aan tumoren enz. moet doen denken, of – en dit komt juist bij gynaecologen zoo veelvuldig voor – simuleert zij baarmoederbloedingen in de hoop dat een inwendig, liefst instrumentaal onderzoek tot een abortus zou kunnen voeren. Vindt men bij een ongehuwde vrouw een tumor in den buik, dan moet men geen uitspraak doen voordat

een indruk te ontvangen van zijn onverdroten ijver. En toch ontmoet men hierin slechts een klein gedeelte van de vruchten van zijn arbeid. Ook het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* bevat er onnoemelijk vele en nochtans zocht hij steeds naar nieuwe gelegenheden om uiting te geven aan wat zijn geest vervulde. Zoo gaf hij van 1900 tot 1907 met Buning en Van der Goot de *Medische Revue* uit; in het *Gedenkboek* der Groningsche Universiteit (1614-1914) beschreef hij de geschiedenis harer geneeskundige faculteit van Nicolaas Mulerius tot Jan van der Hoeve; in Buning's *Ongeval en ziekte* bewerkte hij het hoofdstuk 'Ongeval en vrouwenziekten'; zijn *Boek voor jonge meisjes*, in 1888 te Amsterdam verschenen, beleefde in 1913 den vierden druk. Ik stip slechts vluchtig aan zijn bijdragen in de *Geneeskundige Bladen*, het *Tijdschrift voor praktische verloskunde*, het *Weekblad van het Recht*, den *Sociale verzekeringsgids* – en geef met dit alles slechts een zeer onvolledigen indruk van den omvang zijner pennevruchten.

Dat Nijhoff, naast zijn talrijke maatschappelijke en ambtelijke bemoeiingen, tijd wist te vinden voor zoo omvangrijken literairen arbeid, heeft ons menigmaal verbaasd. Gedeeltelijk mag men de verklaring wel zoeken in een aangeboren liefde tot het boek, tot het lezen en schrijven van boeken, gepaard aan een journalistieke lenigheid van geest. Wat hij las (en hij las veel!) onthield hij zonder moeite en wist het, met eigen gedachten verwerkt, vlug en gemakkelijk tot een leesbaar en dikwijls leersaam overzicht op papier te brengen, met nauwkeurige vermelding van de bron, waaruit hij putte. Aan andermans gedachten zou hij

zich nooit vergrijpen! Wat hij als nieuw, als voortbrengsel van eigen onderzoek zijn lezers aanbood, bijvoorbeeld een manier van handelen bij placenta praevia met behulp van doorboring hiervan tot op het amnion, zijn theorie over het ontstaan van de mola hydatidosa, was inderdaad eigen werk. Uiteraard kon niet alles van het vele, dat hij neerschreef of uitsprak, op gelijke hoogte worden geplaatst; dit zou onverenigbaar zijn geweest met zijn journalistieke vlugheid. Hij schreef, omdat hij schrijven moest, niet uit ijdelheid, niet uit berispelijke eerezucht, maar omdat hij te goeder trouw overtuigd was daarmede nut te kunnen stichten. Dit geldt ook voor zijn geneigdheid, mondeling zich uit te spreken; hij sprak gemakkelijk en vlot, sprak gaarne, maar werkelijk niet uit eigenliefde, doch uit onweerstaanbaren, innerlijken aandrang. Hierin kon hij onbeheerscht zijn. Hij vertoonde in dit opzicht een Duitsch kleurtje, maar, ik herhaal het, zonder de minste bijgedachte aan eigen roem of voordeel.

Met zijn benoeming tot hoogleeraar te Groningen, op eenenveertig-jarigen leeftijd, ging hij een moeilijken tijd tegemoet. Het was hem bekend, dat deze benoeming niet de eenparige instemming der faculteit had verworven, en ook, dat hij als gynaecoloog bezwaren zou kunnen ontmoeten, waartegen hij zich niet dadelijk opgewassen zou gevoelen. Het strekt hem tot groote eer, dat hij met groote voorzichtigheid en met volledige erkenning van de belangen der patiënten als het allerhoogste, niet heeft geschroomd, de hulp van zijn ambtgenoot Koch in te roepen, zoo vaak als hiertoe aanleiding bestond. Dit teekent den onzelfzuchtigen, humanen mensch. Het heeft Nijhoff

dan ook niet ontbroken aan volledige waardeering in den kring der faculteitsleden en in dien van zijn tot oordeelen bevoegde vakgenooten in engeren kring. Hij vond te Groningen een geheel verouderde kliniek, geheel verouderde toestanden; nog eenige jaren zou hij geduld moeten hebben, voordat een nieuwe kliniek zou worden gesticht. Hieraan en aan het onderwijs heeft hij zich gewijd met zijn beste krachten en met de grootste toewijding. Toen de Groningsche Universiteit zich ook de belangen van het landbouwonderwijs ging aantrekken, aarzelde hij niet hieraan deel te nemen door een toch ook voor hem zelf geheel nieuw deel der wetenschap, de vergelijkende verloskunde, voor zijn rekening te nemen. Met de langs dezen weg verkregen nieuwe inzichten heeft hij ook in onzen kring van gynaecologen groot nut weten te stichten. Ook aan critiek heeft het Nijhoff niet ontbroken, natuurlijk; het is voor jongeren, die niet den geheelen mensch, het geheele leven van een mensch, kunnen overzien, gemakkelijk, stof tot onwillende beoordeeling te vinden in onderdeelen. Wij, die het volledige beeld van Nijhoff voor ons hebben, kennen hem in zijn geheel. Nijhoff is door het leven gegaan altijd dezelfde, met de oogen wijd openstaand over het geheele veld der wetenschap, onvermoeid werkend ten bate van alle belangen, die hem werden toevertrouwd, nooit zich zelf zoekend, altijd gevend uit de volheid van zijn gemoed en zijn kennis, woekerend met de groote gaven, die hem waren geschonken. Laat ons, Nederlandsche geneeskundigen, over het graf hem danken voor hetgeen hij in zijn vruchtbaar leven voor ons allen is geweest.

men óf een graviditeit met zekerheid heeft herkend óf met evengroote zekerheid heeft kunnen uitsluiten.

Het is reeds een groot aantal jaren geleden, dat ik van een bevriend medicus een briefje kreeg of ik een zijner patiënten, een jonge dame, wilde onderzoeken, die een opgezetten buik had, zwangerschap was echter absoluut uitgesloten, een ander zond mij een meisje met de diagnose virgo, ovariaaltumor. Beide waren zwanger. Bij beide kon met den stethoskoop de foetale hartslag op ontwijfelbare wijze gehoord worden, zoodat geen ontkennen baatte, hoezeer beide ook bezwoeren, dat van zwangerschap geen sprake kon zijn. De eene patiënt was inderdaad verleid, had geslachts-gemeenschap gehad met een der employé's in dezelfde zaak waar zij in betrekking was, die haar had gerust gesteld met het fraaie verhaal, dat datgene wat zij samen deden, iets geheel anders was, dan hetgeen gewoonlijk leidde tot de geboorte van een kind.

Herhaalde malen is mij voorgekomen, dat op mijn spreekuur patiënten verschenen met klachten over bloedingen, over fluor albus, soms met een gansche reeks van klachten, en het dringende verzoek hen vooral nauwkeurig te onderzoeken, waarbij een eenvoudig gecombineerd onderzoek een zeer weeken en vergrooten uterus deed voelen, nadat de bruine verkleuring van de linea alba en de blauwe verkleuring der vulva reeds als waarschuwend tekenen hadden dienst gedaan. In den regel keeren die patiënten dan niet terug, wanneer aan hun wensch naar een intra-uterine onderzoek niet wordt voldaan, maar beproeven zij hun geluk bij een ander. Het zijn aspiranten voor een crimineelen abortus, die het met hun geweten en misschien ook met hun beurs op een accoordje willen gooien. Een voorzichtig medicus zal bij patiënten die zwanger zijn, maar het niet willen weten er niet zoo licht inloopen, maar toch is een waarschuwing om geen zwangerschap over het hoofd te zien, die wel bestaat nooit geheel overbodig.

De derde groep van vergissingen, die waarbij een extra-uterine zwangerschap voor een intra-uterine gehouden wordt, komt wegens de zeldzaamheid van vergevorderde buitenbaarmoederlijke zwangerschappen niet zoo heel dikwijls voor, toch heb ik er zelf een voorbeeld van gezien en een vrouw geopereerd waar een afgestorven voldragen vrucht buiten de baarmoeder lag, terwijl herhaalde malen te voren een normale zwangerschap gediagnosticeerd was. Deze vergissingen kunnen in sommige gevallen licht gemaakt worden en zijn niet zoo heel erg, daar meestal nog wel tijdig blijkt waarmede men eigenlijk te doen heeft. Erger is het, wanneer bij het bestaan eener niet vergevorderde extra-uterine zwangerschap aan de mogelijkheid van deze niet wordt gedacht en de vrouw wordt gerust gesteld of wegens een vermeende retroflexie of iets anders zoo krachtadig werd onderzocht of behandeld, dat een bersting van den zwangeren eileider volgt met een enorme inwendige bloeding. Niet minder erg is het wanneer, op grond van onvoldoende gegevens een extra-uterine zwangerschap of een andere abdo-

minaaltumor wordt gediagnosticeerd en het abdomen wordt geopend om een normalen zwangeren uterus te laten zien!

Wanneer het onderzoek – men herinnere zich uit den kleinen Scanzoni het versje 'Die Untersuchung ist nie klar, wenn 's keine combinirte war' – dus ook het gecombineerde onderzoek niet leidt tot een zekere diagnose, schorte men zijn oordeel op. Ontbreken de gegevens bij een niet vergevorderde zwangerschap, bestaat een moeilijk te ontwarren combinatie van verschillende dingen, dan geeft de tijd licht, en blijkt bij een nieuw, maar onbevooroordeeld onderzoek dikwijls alles helder, wat bij het eerste onderzoek duister scheen. Hierbij houde men in het oog dat de zwangere baarmoeder in de eerste maanden steeds week is, dat zij eerst later haar deegachtige consistentie krijgt, dat zij bij het betasten, aanvankelijk weinig, doch later bij sterkere samentrekking méér van consistentie wisselt en dat dus bij het niet hooren van foetale harttonen, het voelen van balloteerende in vocht gelegen deelen in een zich contraheerenden en in de portio vaginalis overgaanden tumor, het bewijs voor een intra-uterine zwangerschap leveren. Ten aanzien der extra-uterine graviditeit mag aan de aanvankelijke vergrooting van de baarmoeder evenals bij de normale zwangerschap even herinnerd worden.

Een tweede ding dat de verloskundige *niet of niet dan bij de allergrootste urgentie mag doen is het breken der eivliezen voor dat de ontsluiting volkomen of zeer vergevorderd is*. Wanneer de placenta voorligt en de vrouw in het ontsluitingstijdperk een belangrijke bloeding heeft, is het breken der vliezen bijna het meest werkende middel om de bloeding te doen ophouden, hetzij men na het breken der vliezen het hoofd in den bekkeningang tegen de placenta aandrukt, hetzij men op de wijze, die gewoonlijk naar Braxton Hicks genoemd wordt, door middel van gecombineerde handgrepen – met een of twee vingers in den uterus en de andere hand op den buik – keert op den voet, om met den afgehaalden voet te tamponneeren zonder dat men er aan trekt, ten minste zóó hard aantrekt, dat het een extractie wordt.

Wanneer de baarmoeder zeer sterk is uitgezet door hydramnios, kan het langzaam en voorzichtig ontlasten van een zekere hoeveelheid vruchtwater door middel van het een of ander toegespitst instrument, dat men na afloop van een wee boven het ostium internum inbrengt, van groot nut zijn, en eveneens kan het breken der vliezen tot het opwekken van vroeggeboorte, wegens de groote werkzaamheid van dat middel, in tegenstelling van de meeste andere niet veroordeeld worden, al zou ik veel liever ook hier de vochtblaas intact laten.

Buiten deze drie gevallen wordt echter meestal het breken der vliezen – helaas niet zelden – gedaan uit onkunde of onvoorzichtigheid. Het zijn hoofdzakelijk twee redenen, die er toe leiden, dat men in het ontsluitingstijdperk de vliezen breekt. De eerste en wel meest voorkomende is overhaasting. De partus duurt reeds

lang en de ontsluiting neemt niet toe. Het eene uur, soms de eene dag verloopt na den anderen zonder dat het begeerde einde komt of zelfs nadert en uit arren moede breekt men de vliezen in de hoop dat daarop volgende, betere weeën den afloop zullen bespoedigen. Meestal was men niet in staat zich nauwkeurig reken-schap te geven van de reden waarom de partus zoo weinig vordert, dikwijls wist men niet of een afwijken-de ligging der vrucht, een nauw bekken, tweelingen, hydramnios dan wel iets anders behalve de zoo spoedig aangenomen uterusatonie de traagheid in den gang der baring verklaart, kan het zelfs voorkomen, dat de vrouw niet eens in partu is, omdat men den geopen den inwendigen baarmoedermond en ietwat gespannen vliezen voelende, over het hoofd zag, dat het halskanaal nog lang is en de eigenlijke ontsluiting nog beginnen moet. Breekt men dan bij drie, vier centimeters ontsluiting de vliezen, dan mag in sommige gevallen daarop een behoorlijke weeënwerkzaamheid volgen, meestal komt men dan na eenigen tijd tot een andere diagnose, tot een die teleurstelling geeft, tot het herkennen van een dwarsligging, een bekkenver-nauwing of het uitzakken van de navelstreng. Dan is Hol-land in last, want de ontsluiting is niet groot genoeg om eenige extractietherapie tot een niet gevaarlijke te maken, terwijl juist hetzij de hierboven genoemde afwij-kingen, hetzij een uit de harttonen gediagnosticeerd periculum in mora de extractie zouden indiceeren.

Wanneer men bij geringe ontsluiting de vliezen breekt, moet men wel weten wat men doet, moet men de gevolgen die het kan hebben voor zijn rekening kunnen en willen nemen. Als bij geringe ontsluiting, nog voordat een hoofd diep in het bekken staat de vliezen gebroken worden, loopt gewoonlijk daarbij of kort daarna een aanzienlijke hoeveelheid vruchtwater af. Ligt de navelstreng in de buurt van den baarmoedermond, dan zakt deze niet zelden uit, ligt de vrucht dwars dan zakt een arm uit, is het bekken vernauwd dan daalt het voorliggende hoofd niet in en vindt het veel slechtere kans om dit te doen dan later, omdat voor als nog de krachtige weeën ontbreken, die juist aan het einde van het ontsluitingstijdperk zoo dikwijls beter dan men had kunnen verwachten, het hoofd door een nauw bekken helpen brengen. Bovendien verkeert de vrucht onder ongunstige condities, kan de vroeger door vruchtwater beschermde navelstreng gedrukt, of de placentaire bloedsomloop gestoord worden, waardoor menig kind, te voren volstrekt niet in gevaar, na betrekkelijk korten tijd dreigt te stikken. Wil men dan bijvoorbeeld wegens een nauw bekken, een uitgezakte navelstreng of dreigend gevaar voor het kind keeren, dan wordt dit gecontraïndiceerd door de geringe ontsluiting of in de hoogste mate bemoeilijkt door de samensnoering van den uterus om het kind.

Een weinig anders, maar wat de uitkomst betreft dikwijls op het zelfde neerkomende, is het geval, wan-neer een verloskundige toucheert, maar wat hij ook exploreeren mag, niet kan komen tot de diagnose van de ligging van het kind. Hij onderzoekt lang en met

nadruk en op een zeker oogenblik, meestal wanneer een wee begint of de vrouw perst, vloeit vruchtwater af en voelt hij een kindsdeel. Hij mag zich gelukkig achten als dit een voet is, want niet zelden komt dan een arm of de funiculus naar buiten.

Het breken van vliezen uit haast, of uit onvoorzich-tigheid verdient alle opzichten afkeuring en is nooit gemotiveerd. Als bij een vrouw, met slechts weinige centimeters ontsluiting, de vliezen nog staan, en geen bloeding of eclampsie, twee vrij zeldzame uitzonde-ringen dwingen tot ingrijpen, is er noch voor de moe-der noch voor het kind eenig gevaar. Een weeënzwakke moge onder deze omstandigheden voor den verlos-kundige vervelend, uiterst vervelend zijn, voor de moeder en voor het kind kan zij gerust dagen lang duren. Neemt men de voorzichtigheid in acht, dat men bij beginnende ontsluiting en zeer zwakke weeën niet te spoedig aan de vrouw zegt dat de verlossing al begonnen is, maar uit men zich twijfelend, spreekt men slechts van voorbereiding tot den arbeid – men herinnere zich de dolores praesagientes der oude ver-loskundigen! – dan kan men ook aan de vrouw zelf den langen duur als een weinig beteekenende zaak voorstellen. Heeft zij weinig pijn, dan bestaat bij haar alleen onrust, wanneer men haar te vroeg heeft voor-gespiegeld, dat zij weldra bevallen zal zijn. Maar al is dit niet zoo en maakt de vrouw met haar man en haar gansche familie, de baker inclusief zich ongerust – men vindt echter ook nog wel verstandige bakers! – dan is het nog beter dat deze onrust bestaat, dan dat men door onvoorzichtig handelen de boel in de war stuurt en na afloop en welk een afloop soms! berouw moet hebben over eigen onvoorzichtigheid.

Voor het stellen eener juiste diagnose is het breken der vliezen allerm minst noodig. Wanneer men niet – zooals alle jongere verloskundigen behooren te kennen – door een voorafgaand uitwendig onderzoek den stand der vrucht heeft kunnen bepalen, en men bij inwendig onderzoek nog in het onzekere blijft, moet men het maken eener nauwkeurige diagnose uitstellen tot dat er meer ontsluiting is. Men moet bedenken, dat slechts door één oorzaak een voorliggend deel niet te voelen is n.l. een dwarsligging en door twee hoog en onduidelijk, namelijk een stuitligging of een nauw bek-ken. Ligt een groot deel voor, staat het zéér hoog, dan zal het balloteeren daarvan al reeds de schedellig[g]ing hebben doen herkennen. Men zal dan om de diagnose te maken óf na de inwendige exploratie het verzuimde uit-wendige onderzoek moeten inhalen óf moeten afwach-ten totdat de ontsluiting bijna volkomen is. Is men dan nog niet verder gekomen, dan heeft het breken der vliezen minder bezwaar, mits men er op rekent tegelijk versie te doen, waartoe men de wijdte van het bekken moet kennen, het promontorium en de voorvlakte van het heiligbeen dus heeft moeten betasten.

In de derde plaats *moet de verloskundige geen tang appliceeren, waar hij nog keeren kan, of wegens hoogen stand van het hoofd en engte van het bekken de perfo-ratie is geïndiceerd*. Het spreekt van zelf dat de forceps

alleen mag geapliceerd worden op het hoofd, en een der allereerste lessen der operatieve verloskunde is wel deze, dat de extractie van het hoofd met dit instrument des te meer moeilijkheden oplevert, naarmate de operatie meer afwijkt van hetgeen men de typische forcipale extractie noemt, de extractie bij gebroken vliezen, volkomen ontsluiting, diepstaand hoofd, normale schedelliging, naar voren gedraaid achterhoofd, niet vernauwd bekkenuitgang, niet al te nauwe of te onrekbare schaamspleet.

Bijzondere moeilijkheid levert de extractie op, wanneer het hoofd hoog staat, én omdat het hoofd meestal dwars staat en dus door de dwars aangelegde tang over voor- en achterhoofd d.w.z. niet onschadelijk en niet stevig gevat wordt én omdat meestal een groote weerstand te overwinnen valt (nauw bekken) én omdat men met de tang wél in de richting van den bekkenuitgang, maar niet in de richting van den bekkeningang trekken kan. Men tracht aan dit bezwaar tegemoet te komen door zoogenaamde astractietangen, die echter wel in de kliniek bruikbaar, maar voor de dagelijksche practijk niet bijzonder geschikt zijn.

Staat een hoofd hoog en is het bekken niet te nauw, dan is een tijdig verrichte keering de aangewezen therapie. Men kan het nakomende hoofd in korten tijd en met minder gevaar voor het kind door het bekken trekken dan het voorafgaande. Vandaar de raad om bij het herkennen eener bekkenvernauwing vóór alles te zorgen, dat de vliezen niet breken of gebroken worden, voordat een zeer ruime ontsluiting een gemakkelijke versie toelaat en na het breken der vliezen, of nadat men ze, bij ruime ontsluiting, zelf gebroken heeft, keering te doen als het hoofd geen neiging vertoont ons in het bekken in te dalen.

Niet zelden vergist men zich, vooral bij rachitische bekkens, in den stand van het hoofd. Wanneer men niet door uitwendig onderzoek het inwendige controleert, loopt men gevaar uit de gemakkelijke bereikbaarheid, vooral bij meerbarenden tot het reeds ingedaald zijn te besluiten en een tang te appliceren, waarmede men niets verkrijgt dan veel moeite, terwijl de keering zeer geschikt had kunnen worden verricht. Zorgt men te onderzoeken buiten een wee, zonder dat de vrouw perst, dan vindt men niet zelden het hoofd bewegelijk en kan men, zoo de baarmoeder dit toelaat, versie doen. Is dit niet het geval, is de uterus sterk samengetrokken, is reeds langere tijd verlopen sinds het breken der vliezen, meent men te moeten denken aan overmatige rekking van het onderste gedeelte der baarmoeder, dan is niet alleen de versie, maar eveneens de tang gecontraïndiceerd, moet men afwachten en niets doen zoo geen drukverschijnselen (oedeem van den oorlip der baarmoedermond) of cervixrekking (uitpuilen van het onderste uterussegment, afscheiding tusschen het corpus uteri dat zich contraheert en het onderste gedeelte dat gerekt wordt), in het belang der moeder tot extractie nopen. In het belang van het kind mag hoogstens een voorzichtige poging tot forcipale extractie gedaan worden, terwijl men de hoop op

behoud van het kind in de particuliere practijk meestal zal moeten opgeven. Heeft bij een matig vernauwd bekken geen keering tijdig kunnen geschieden, dan zal men bij verdere handelingen in den regel alleen met het belang der moeder te rade kunnen gaan en zal in deze gevallen de perforatie, soms ook van het levende kind een geïndiceerde operatie blijven, al willen velen in klinieken van een perforatie van het levende kind niets meer weten, al wordt – niet steeds met volmaakte oprechtheid – de perforatie afgekeurd en symphyseotomie of sectio caesarea met zachte kleuren geschilderd.

Wie goed overweegt wanneer een keering kan en moet gedaan worden, wanneer een bekken eigenlijk te nauw is voor een onverkleind hoofd, dus de juiste grenzen tusschen deze operaties en de tang gedurende de baring weet te stellen, zal voor vele moeilijkheden en teleurstellingen bewaard worden. Daarbij bedenke men, dat afwachten met nauwkeurige controle, dat het juist en scherp bepalen op welk oogenblik nog kan worden afgewacht, wanneer daarentegen afwachten een verzuim zou zijn, voor den verstandigen en immers steeds even geduldigen verloskundige zoo dikwijls nummer één is.

Het is te hopen, dat eindelijk eens een eind kome aan den tijd, waarin als regel bij voorliggend hoofd in de eerste plaats aan het aanleggen der tang gedacht wordt. Zij blijft bij moeilijkheden zoo dikwijls in gebreke, haar wordt nog zoo dikwijls meer opgedragen dan men van haar verwachten kan, dat een scherpe beperking der indicaties voor de forcipale extractie met nadruk in wel elke verloskundige kliniek wordt betoogd. Maar hoe dikwijls ook de typische extractie ongemotiveerd en zonder eenige aanwijzing wordt verricht van de atypische geldt dit bovenal. Elke atypische forcipale extractie kan leiden tot de meest enorme moeilijkheden en gevaren. Daarover echter nu geen uitvoerige uiteenzetting. Slechts nog dit ééne: men doe geen forcipale extractie zonder duidelijk geconstateerden stilstand in den voortgang der baring, zonder gevaar voor het leven van het kind of direct aantoonbaar, van den duur der baring afhankelijk gevaar voor de vrouw.

Ten slotte nog een vierde punt. Het betreft het verwijderen der nageboorte. *Men verwijdere de nageboorte nooit te spoedig.* Onder normale omstandigheden begint de loslating der placenta eerst na de geboorte van het kind. Ik behoef wel niet te herinneren dat juist de loslating vóór de geboorte der vrucht een terecht bedenkelijk geachte afwijking moet genoemd worden. Men kan zelfs nog verder gaan en zeggen dat in den regel na de geboorte van het kind de loslating der placenta nog beginnen moet. Drie verschillende fasen moet men in het nageboortetijdperk scherp uiteenhouden namelijk: (1) de loslating der placenta van den uteruswand; (2) de uitdrijving der placenta uit de uterusholte in den baarmoederhals en de vagina; (3) de uitdrijving van de placenta uit de vagina naar buiten. Men heeft allen grond om aan te nemen, dat zoo wel de loslating als de uitdrijving uit den uterus door uteruscontracties worden bewerkt en niet door de

retractie, die de baarmoeder enkel door haar lediging ondergaat. Nu is ongetwijfeld de verbinding van de placenta met den uteruswand in het ééne geval veel losser of veel vaster dan in het andere, zijn dus in het eerste weinig en zwakke samentrekkingen wèl, in het andere daarentegen niet voldoende, en zal dus in het eerste geval een enkele krachtige uteruscontractie in staat kunnen zijn om de placenta los te maken en uit te drijven, in het andere na een aantal krachtige uteruscontracties de placenta nog niet losgemaakt en daarom nog niet uit den uterus uitgedreven kunnen worden. Zijn na de baring de samentrekkingen van den uterus zwak, dan zal in het eerste geval de loslating wèl, maar de uitdrijving uit de baarmoeder niet geschied zijn, in het laatste geval de loslating misschien nog niet eens begonnen zijn. Uit de vastheid of losheid der verbinding tusschen uterus en placenta verklaart zich, waarom in het eene geval zwakke samentrekkingen veel in het andere geval sterke samentrekkingen weinig praesteeren.

Er komt nog iets anders bij. Is de placenta nog aan den uteruswand vastgehecht, dan bloedt de plaats van insertie niet, is zij losgeraakt, dan bloedt deze wel en in den regel sterker wanneer de placenta gedeeltelijk, dan wanneer zij geheel losgeraakt is. Zoo zal dus een zwakke uteruscontractie nu eens leiden tot het blijven vastzitten der placenta zonder dat deze abnormaal vast aan den uteruswand verbonden is, zonder bloeding, in het andere geval tot geheele of gedeeltelijke loslating met bloeding; een sterke uteruscontractie daarentegen nu eens tot volledige loslating en uitdrijving der placenta zonder aanzienlijke bloeding, dan eens daarentegen tot gedeeltelijke loslating der vaste geadhaereerde placenta met bloeding.

Al deze verschillen doen a priori vermoeden dat het nageboortetijdperk in het eene geval anders zal verloop en dan in het andere. Daar verschillende contracties noodig zijn om in de verschillende gevallen hetzelfde werk te doen, zal in het eene geval dus ook de loslating en uitdrijving der placenta uit den uterus meer tijd kosten en allicht ook met meer bloeding gepaard gaan dan in het andere, waarbij men weer mag bedenken, dat in den regel de tijd meer van de adhaesie der placenta, de bloeding van de samentrekking der baarmoeder afhankelijk is.

Heeft men te doen met een regelmatige baring, dan zal meestal na eenigen tijd, zonder bedenkelijke bloeding de eerste en de tweede phase van het nageboortetijdperk zijn afgelopen en ligt de placenta gedeeltelijk in den baarmoederhals, grootendeels in de vagina onder het ledige en gecontraheerde corpus uteri. Dan houdt de contractie der ledige baarmoeder en ook de bloeding grootendeels op. Hieruit volgt dat men er op zal kunnen rekenen, dat de loslating en uitdrijving der placenta door de contracties der baarmoeder in den regel eerst na eenigen tijd zal zijn afgelopen. Klinische ervaringen hebben geleerd, dat men dezen tijd op ongeveer een half uur stellen mag. Daarom heeft men het eerste half uur na een natuurlijke regelmatige ba-

ring niets anders te doen dan zich te overtuigen of de baarmoeder zich behoorlijk contraheert en af te wachten, om na dien tijd na te gaan of de placenta reeds uit het corpus uteri is uitgedreven.

Dit kan men gemakkelijk te weten komen op twee verschillende wijzen: of men voelt door den buikwand dat de baarmoeder hooger staat, smal en hard is geworden en boven de schaambeensvereening een ietwat uitpuilende weekere massa zich bevindt. Dit is de baarmoederhals met de placenta, het harde, vaste lichaam daarboven is het samengetrokken corpus uteri. Dit kan men alleen goed voelen als de blaas d.w.z. de pisblaas ledig is. Heeft men na de geboorte van het kind om de navelstreng ter hoogte van de vulva een bandje of een veiligheidsspeld gelegd, dan kan men zien, dat niettegenstaande den hooger en stand van den fundus uteri de navelstreng verder naar buiten gekomen is, de baarmoeder is omhoog, de placenta omlaag gegaan. Drukt men nu onder het harde gedeelte van de baarmoeder met de ulnairzijde der hand in de richting van de wervelkolom, dan ziet men zoolang de placenta nog in den uterus ligt, of daaraan door de vliezen nog vast verbonden is, dat de navelstreng naar binnen gaat, ligt de placenta geheel los dan komt zij verder naar buiten.

Het is noodig, dat men weet of de placenta reeds buiten, of nog in den uterus ligt, omdat men in het eerste geval door het drukken op den fundus uteri, eventueel door het uitpersen der baarmoeder: het zoogenaamde credeeren, de placenta mag verwijderen, maar in het laatste geval – als er geen bloeding is – *moet wachten* [en] als er wel bloeding is *uteruscontracties moet opwekken, zonder pogingen te doen om de placenta uit te drukken*, want als bij voldoende contracties, de placenta nog niet uit het corpus uteri is gekomen, is dit omdat zij nog niet voldoende is losgeraakt en moet dus wèl door wrijven van den fundus uteri d.w.z. door het opwekken van uteruscontracties de loslating, maar niet door knijpen en persen de uitdrijving worden bevorderd. [noot: Men bedenke wel dat het drukken op den fundus uteri en het z.g. credeeren twee verschillende handgrepen zijn.] Eerst wanneer de placenta in de vagina ligt en ook dan nog niet te spoedig, drukke men de placenta uit. Niet te spoedig omdat, ook al ligt de placenta buiten het corpus uteri, nog eivliezen geadhaereerd kunnen zijn, die bij minder haast beter loslaten en anders licht kunnen achterblijven en rotten of andere stoornissen kunnen veroorzaken.

Deze handelwijze in het nageboortetijdperk, veel meer dan vroeger rekening houdende met den natuurlijke gang van zaken, ongeveer het midden houdende tusschen de snelle en de te expectatieve methode, wordt vrij algemeen in den huidige tijd geleerd. Er wordt weinig tegen geopponeerd, maar veel tegen gezondigd. Deels uit haast, deels uit vrees. Uit haast omdat men denkt door wrijven van den buik of door trekken aan de streng de placenta wel spoedig te kunnen krijgen, uit vrees omdat men in de minste bloeding een indicatie ziet tot het verwijderen der

nageboorte. Het een zoowel als het andere is verkeerd. Wie te veel haast maakt, krijgt er de placenta óf niet óf niet volledig uit; tegen een bloeding, als deze niet uit scheuren komt, maar uit den atonischen uterus, beantwoordt niet het verwijderen der placenta, maar wel het opwekken van uteruscontracties aan de indicatie. Wanneer men te spoedig een placenta verwijdert stoort men de regelmatige, vooral de blijvende contractie van den uterus post partum. Wanneer men wegens een atonische nabloeding de placenta verwijderen wil, zal men soms spoedig en gemakkelijk daarin slagen, (wanneer de placenta los ligt,) maar dan nog niet de atonie bezworen hebben, soms merken, dat men te doen heeft met een geadhaereerde dat is nog niet losgelaten placenta en gevaar loopen zonder noodzaak een gevaarlijk werk te ondernemen, het manueel verwijderen der nageboorte.

Elke haast wreekt zich. Wie in het nageboortetijdperk actief optreedt zonder dat het is aangewezen, stoort de normale contracties, veroorzaakt in plaats van ze tegen te gaan de gevreesde atonische nabloedingen. Toen ik als jong candidaat in de Leidsche polikliniek verlossingen waarnam, schrok ik van de nabloedingen. Toen kreeg ik van Prof. Simon Thomas den raad: als je je minder haast met het credeeren zal je ook wel minder last van nabloedingen hebben. En dit is steeds uitgekomen. Een groot gedeelte, misschien wel de helft der bloedingen post partum danken hun oorsprong niet aan verzuim, maar aan ontijdige pogingen om de nog niet losgeraakte placenta te verwijderen.



[Afb. 137a en b]. De Utrechtse hoogleeraar verloskunde en vrouwenziekten, Benjamin J. Kouwer wist in 1906 geen raad met de 'Intrauterine verwonding der vrucht' van een 23-jarige patiënte die reeds twee kinderen ter wereld had gebracht, 'maar beiden jong [had] verloren' [50 (1906) I, 1743-1747]. Op de bijbehorende afbeelding, gemaakt 'naar een photographie binnen vier en twintig uren na de verlossing gemaakt', waren vlak vóór de kleine fontanel twee granulerende wondjes te zien, waarvoor hij geen enkele verklaring kon bedenken. 'Hoe ik de zaak ook beschouw, tot een aannemelijke oplossing kom ik niet. Toch acht ik de mededeeling van belang, voornamelijk uit gerechtelijk-geneeskundig oogpunt.'





[Afb. 138]. Portret van Pieter C.T. van der Hoeven.

**[B1-4] P.C.T. van der Hoeven,
De vrouw van vijftig jaar (1932)**

M[ijne] H[eren]. Ik ga u in dit uur acht oude dames laten zien, tenminste in uw oogen, oud; Bolk noemde ze, een beetje onhoffelijk, physiologisch dood. Ieder van die dames komt hier om een kwaal van den ouden dag op gynaecologisch gebied: cet age est sans pitié.

No. 1. De eerste komt met de gewone klachten van het climacterium. De meeste vrouwen verwerken deze klachten zonder medicus. Het is in den regel ook zoo erg niet, en komen de vrouwen met hun klachten bij ons, dan hangt de prognose voor een groot deel af van de wijze, waarop wij er op reageeren. Overtuigen wij de vrouw, dat niemand de opvliegingen, die haar benauwen, ziet, dat het over een paar maanden overgaat, dat zij – wat dikwijls een angst is – er geen beroerte van krijgt, dat iedere vrouw dien tijd door moet, dan is een normale vrouw daardoor in den regel gerust gesteld.

Maar doen wij druk, en b.v. nemen wij den bloeddruk op, die nu altijd wat verhoogd blijkt te zijn – begrijpelijk, nu het hormonale evenwicht verbroken en nog niet op nieuw niveau ingesteld is – en vertellen wij dit aan de vrouw, dan begrijpt zij, dat zij ernstig ziek is. Overigens zijn het voornamelijk de vrouwen, die vroeger over de menstruaties klaagden, die nu weer klagen, nu ze niet menstrueeren. Dr. H.P.A. Smit heeft dit indertijd in zijn proefschrift naar aanleiding van een uitgebreid onderzoek uiteengezet. Een beetje tragisch stemmen de vrouwen, die, als hun menstruaties wegblijven, zich niet kunnen indenken, dat zij nu al oude vrouw worden, dat het nu al uit is, en daardoor in de meening verkeeren, dat zij gravida zijn. En dan tegenwoordig die dubbele teleurstelling, als zij hooren, dat dit niet zoo is, en zij toch zooveel dikker geworden zijn.

Wat de behandeling betreft – als er überhaupt behandeling noodig is –, vraagt men

zich in de eerste plaats af, of de toediening van hormoon-paerparaten juist is: geeft men de paerparaten, die, naar men meent, nu in geringere mate in het organisme aanwezig zijn en daardoor onaangename verschijnselen veroorzaken, dan zal hierdoor, als deze paerparaten inderdaad werkzaam zijn, theoretisch momenteel een verzwakking der verschijnselen bereikt kunnen worden. Maar men stelle er zich niet al te veel van voor. Zoolang ik bij het vak ben, zijn hiervoor paerparaten aangegeven, telkens weer andere, en ten slotte combinaties van alle mogelijke hormonen te gelijk, en altijd weer zijn deze paerparaten aangeprezen en door andere vervangen. Toch zijn zij, *ut aliquid fieri videatur*, niet altijd te ontberen. Een geluk is, dat men belooven kan, dat de vrouw na een paar maanden zeker succes zal ervaren. Van meer belang lijkt de regeling van het dieet en de levenswijze: zuinig met vleesch, eieren en zout, en als de vrouw dik wordt ook met meelspijzen en zoetigheid. Een vrouw van de laatste categorie doet goed zich een weegschaal aan te schaffen, waarop zij zich iederen avond weegt. Neemt zij in gewicht toe, dan moet zij bij iederen maaltijd van al, wat zij eet, den volgenden dag een vierde minder gebruiken. Nooit mag zij zoo weinig eten, dat zij snel afvalt.

In de tweede plaats komt hierbij een goede zorg voor geregelde, ruime defaecatie. En dan de levenswijze: hoeveel vrouwen van 48 jaar moeten eerst even bekomen, als zij een trap opgelopen hebben. Hoevelen blijven in hun zomervacantie in Zwitserland maar liever in het hotel zitten, rustig, terwijl hun man met de kinderen de bergen in gaat. Het kwaad, dat hier gebrouwen is, is niet van nu, maar dateert uit de vroegere levensjaren der vrouw, en laat zich daardoor in den regel niet gemakkelijk en niet in korten tijd herstellen. Hoe komt een getrouwde vrouw van 48 jaar, die niet tennist of zwemt, een auto heeft en maar twee kinderen gehad heeft, aan beweging, en vooral aan bezigheid, en dan nog bezigheid, waarbij de psyche niet te sterk over de genitalia gaat domineeren?

No. 2. Dit is een heele familie: 4 zusters te gelijk. Deze eerste (a) klaagt, dat zij nog steeds – zij is 52 jaar – menstrueert, maar erger en frequenter dan vroeger: in het type van de bloedingen zit dus een cyclus, maar deze is niet meer normaal. De tweede (b) vloeit ook telkens, of af en toe, maar dat gaat buiten eenig menstruatie-type om. Ook heeft zij een bijna voortdurende waterig bloederige afscheiding, die onfrisch ruikt. De derde (c) menstrueerde al jaren niet, en heeft nu op eens vrij veel bloed verloren. De vierde (d) eveneens.

De eerste (a) menstrueert te lang – zij is 52 jaar – en te erg. Beide zijn vrij zekere

teekenen, dat de uterus de zetel is van eenige circulatiestoornis. In dergelijke gevallen menstrueert de vrouw te erg en te frequent, en treedt het climacterium later in dat gewoonlijk. Men ziet dit bij retroflexie, bij fibromyomen en ook bij sclerosis uteri, dit is de toestand, waarbij de spierelementen in de baarmoeder verdwenen en vervangen zijn door overmatig veel bindweefsel. De levende ligatuur der bloedvaten is daardoor tot verdwijning gekomen en is er eenmaal bloeding, dan houdt die lang aan. De vrouw wordt gevaarlijk anaemisch.

Bij de tweede (b) ben ik bang voor een carcinoom. Wij onderzoeken haar: ik voel niets bijzonders, maar de vingers komen met wat bloed er aan uit de vagina. Ik blijf bang voor kanker: óf een beginnend carcinoom van de portio, óf een van den cervix, dat nog geheel achter de portio verborgen ligt, en nog niet aanleiding gegeven heeft tot het ontstaan van een krater. Ik heb mij vergist, ik voel wel wat: uit de portio hangt een klein poliepje. Die dingen zijn soms moeilijk te voelen: een slijmvliespoliepje. Laat u nu niet dadelijk verleiden, om te zeggen, dat het meevalt, want deze poliepjes, vooral de wat plomper gevormde en wankleurige, zijn soms uit het ostium hangende flodders van een maligne aandoening van het corpus-slijmvlies: een sarcoom gewoonlijk. Een grotere, uit het ostium hangende poliep is gewoonlijk een goedaardig fibromyoom. Eigenaardig is, dat als deze tumoren gaan rotten, zij aanleiding geven tot stank en temperatuursverhoging en een algemeenen achteruitgang van de vrouw, die absoluut niet in verhouding staat tot het gemak, waarmee de vrouw van het gezwel te verlossen is.

En nu c en d: die hooren bij elkaar, want beiden zijn wat ouder, beiden hadden al jaren niet gemenstrueerd, beiden hebben nu plotseling vrij heftig gevloeid. Palpatorisch zijn bij geen van beiden afwijkingen vast te stellen, maar curetteeren wij, dan komt bij de eene (c) ongeveer niets, bij de andere (d) komen wittige brokjes voor den dag: d heeft een corpus-carcinoom, c heeft waarschijnlijk een bloeding door barsting van een sclerotisch vat in den uteruswand gehad, een apoplexie in den uterus. Ik heb indertijd een groot aantal baarmoeders van verschillende leeftijden microscopisch onderzocht, en kon toen vaststellen, dat reeds op betrekkelijk jongen leeftijd de spierelementen achteruit gaan en vervangen worden door bindweefsel, terwijl de arteriae sclerotische veranderingen in hun wand vertoonen, zoodat tenslotte de uterus van de oude vrouw niet veel anders meer is dan arteriosclerotische vaten in wat bindweefsel. Barsting van zoo'n vat en bloeding zijn nu goed te begrijpen.

Wij hebben dus vier vrouwen voor ons: de

eerste (a) met een retroflexie, een fibromyoom, een asthenische vaatuitzetting, een sclerotisch veranderde baarmoederspier, of zoo iets; de tweede (b) met een carcinoom, of een goedaardige poliep; de derde (c) met een gebarsten, sclerotisch veranderd vat in den baarmoederwand, de vierde (d) met een corpuscarcinoom of een sarcoom.

Maar nu loopt hier in de practijk nog een ding doorheen. In het algemeen stileeren wij ons er op, alle waargenomen verschijnselen onder één hoofd te brengen, één kwaal tegelijk aan te nemen, en niet meer. Bij het onderwerp, dat ons nu bezig houdt, moeten wij altijd voor oogen houden, dat bij de oorzaken voor baarmoederbloedingen het carcinoom groote beteekenis heeft, en al komen, zooals ik in een vorige clinische les in dit Tijdschrift uiteenzette; de meeste uteruscarcinomen bij vrouwen tusschen 30 en 40 jaar voor, ook bij de vrouw van 50 jaar, en ook bij nog ouderen, is kanker altijd te verwachten en te vreezen, ook — en daar komt het nu op aan — als zij een retroflexie, een myoom, een sclerotischen uterus, een poliepie heeft. Met andere woorden, ook als wij op dezen leeftijd bij de klacht van bloeding of onfrissche afscheiding een dezer afwijkingen vinden, is een proefcurettagage noodig, om het carcinoom uit te sluiten. Ik heb op deze wijze in drie of vier gevallen, waar een retroflexie voor de oorzaak der klachten gehouden was, carcinoom als oorzaak gevonden, en dus den geretroflecteerden uterus verwijderd. Nog anders gezegd: in de gevallen, waar men meent de bloeding te kunnen bestrijden, zonder de baarmoeder te verwijderen, zal men het besluit hiertoe nu nooit nemen, zonder eerst gecuretteerd en het verkregene microscopisch onderzocht te hebben.

De bedoelde conservatieve behandeling zal bij een retroflexie uit een operatie van Alexander-Adams of applicatie van een pessarum, bij kleine myomen nog al eens, bij sclerotische uteri altijd uit stralenbehandeling bestaan. Voor dit laatste legt men eerst in het eene, daarna in het andere laquaar laterale, zoo dicht mogelijk bij het ovarium, gedurende 24 uren 25 mgr radium, en appliqueert daarna door den voorsten buikwand een huiddosis Röntgenstralen op ieder ovarium. Om huidverbrandingen te voorkomen dien ik deze Röntgenstralen in zes zittingen, drie op ieder ovarium, toe. Kan men deze behandeling terstond na de bloeding beginnen, dan blijft dikwijls iedere verdere bloeding dadelijk achterwege; anders ontstaat nog één menstruatie, die nu soms zelfs vrij heftig is en een secale-infuus — nog altijd het best werkende middel — noodig maakt. Doelmatig is het dan na de bloeding de stralenbehandeling nog eenige malen te herhalen, maar dan gewoonlijk van de rugzijde uit. Sinds ik over

radium en over Röntgenstralen beschik, heb ik geen enkelen sclerotischen uterus en geen enkel klein intramuraal myoom bij vrouwen van 40-50 jaar meer geëxstirpeerd.

No. 3: een verschrompelend, oud wijfje; zij ziet er ouder uit, dan zij is. Zij heeft wat bloederig, waterige afscheiding. De medicus schrijft, dat hij haar onderzocht heeft en met zijn vinger in een klein kratertje kwam, waaruit na zijn onderzoek nog wat meer, min of meer stinkend, wat etterig met dun bloed gemengd secreet kwam; hij meende een carcinoom van de cervix te voelen.

Dit is een typische anamnese: de vrouw heeft gelukkig geen kanker, maar een geschrompelde vagina met colpitis senilis. De colpitis senilis geeft op zich zelf al wat dun waterig-bloederig secreet, maar de schrompeling heeft in dit geval achter in de vagina op een afstand van een paar centimeters van de portio tot een circulaire vernauwing gevoerd. Daar hier nog maar een klein gaatje is, waardoor het secreet uit den uterus maar moeilijk naar buiten kan komen, voert dit tot stagnatie van het secreet daarachter. Het gaat rotten, de vaginaalwand van het afgesloten zakje geraakt in ontsteking, het secreet wordt nog meer stinkend en etterig. Boor ik mijn vinger door dit gaatje, dan stroomt het opgehoopte secreet naar buiten, en kan ik tot de portio doordringen, die klein en atrophisch blijkt te zijn. Reinigende irrigaties, en open houden van de vernauwde plek door er af en toe een speculum of den vinger in te brengen zijn in den regel voldoende therapie om de vrouw van een somtijds zeer hinderlijke kwaal te bevrijden, en, behoudens een enkele uitzondering is niet eens een langdurige behandeling noodig.

Een enkele maal zijn ontsteking en etterretentie niet beperkt gebleven tot de vaginaalwanden, maar vindt men ook een absces, dat dieper ligt. Klaarblijkelijk is dan ook het parametran weefsel links of rechts, misschien soms ook het peritoneum van het cavum Douglasii aangetast en zetel geworden van een purulente, chronische ontsteking. Incisie met opvolgende tamponnade zijn mij altijd voldoende therapie gebleken.

No. 4 heeft ook last van een vieze afscheiding: stinkend, etterig en af en toe bloederig, en haar temperatuur is licht verhoogd: 37,8°. In de vagina zit niet zoo veel, maar als wij bij bimanueel onderzoek de baarmoeder tusschen de handen drukken, blijkt hieruit een stroompje etter voor den dag te komen. De oorzaak zit dus in den uterus. Nu kennen wij bij jongere vrouwen deze ophooping van een beetje etter in de cervix, wanneer het daar door een chronische gonorrhoeische ontsteking tot woekering en vervolgens tot schrompeling van bindweefsel, waardoor de beide ostia vernauwd worden, gekomen is. Ook bij

deze jongere vrouwen is de temperatuur ietwat verhoogd; zij klagen over pijn en uitvloed, en voelen zich ziekerig. De etter, die bij het onderzoek weer over de vingers loopt, geeft de diagnose, verwijding van de cervix door incisie de genezing [noot: Op verwijding door dilatatoria volgt altijd opnieuw vernauwing]. Bij deze andere vrouw, onze no. 4, zit de etter in het corpus uteri. Een enkele maal zit er zooveel pus in den uterus, dat deze uitgezet wordt tot een rond balletje met dunne wanden: ik heb een mooi dergelijk praeparaat in mijn museum.

De oorzaak van deze pyometra ligt weer in schrompeling, maar nu van de geheele cervix, een ouderdomsschrompeling, waardoor het secreet uit den uterus niet weg kan, en in atrophie van de cervixklieren, waardoor de anti-bacterieele werking hier opgeheven is, en dus de microben uit de vagina tot in het cavum uteri kunnen komen. Soms ook bevindt zich in de cervix een carcinoom, dat dan zoowel microben als afsluiting levert, maar bij onze patiënte is dit, naar ik hoop, nu niet het geval: zij heeft een ongecompliceerde pyometra, maar — en nu geldt weer hetzelfde als bij onze vorige patiënten — zeker ben ik daarvan niet, voordat ik weer het slijmvlies met de curette verwijderd heb. Wij curetteeren dus — voorzichtig, ten einde den baarmoederwand niet te perforeren — en vinden dan bij microscopisch onderzoek óf het carcinoom, óf een ontstoken, een duidelijk ontstoken weefsel.

Ik zeg met opzet weefsel en niet slijmvlies, omdat, als het proces wat langer bestaat, een soort granulatiweefsel ontstaan kan zijn in de plaats van het door de ontsteking op den duur verwoeste slijmvlies. Is dit het geval, dan heeft de vrouw dikwijls minder over etterige, dan wel over bloederige afscheiding geklaagd. Gewoonlijk is bij de curettage dadelijk macroscopisch reeds uit te maken, of wij met een carcinoom dan wel met een ontsteking zonder meer te doen hebben. In het eerste geval komen er wittige brokken, in het tweede kleinere, dunnere en roode lappen naar buiten. Hebben wij met een ongecompliceerde pyometra te doen, dan incideeren wij weer de cervix, en gewoonlijk is de vrouw dan door deze behandeling in ééne zitting voldoende geholpen. Een enkele maal is het noodig de uterus in de volgende weken nog een paar maal met b.v. Dakin's vloeistof uit te spoelen, en zeer zelden slechts moet het tot verwijdering van de baarmoeder komen: vaginaal, om een peritonitis te voorkomen.

En nu ten slotte no. 5: een goedmoedig vrouwtje van 54 jaar. De diagnose is gemakkelijk. Zij heeft een carcinoom bij de clitoris, ontstaan in een craurosis. Gij kent het ziektebeeld. Eerst jeuk, vooral 's nachts in bed; dan

in de huid die eigenaardige blauwachtige verkleuring met verlies van elastische vezels in het weefsel, veroorzaakt door een trophische stoornis, waardoor het komt tot oedeem in de cutis en drukatrophie daaronder, de craurosis. Nu is de huid haar vermogen om te rekken kwijt geraakt, en scheurt zij bij den minsten druk. Bij den jeuk voegt zich dan pijn en wat afscheiding. Het proces breidt zich voortdurend uit van de omgeving der clitoris langs labia minora en majora naar beneden tot over den anus heen, en bijna altijd ziet men op een oogenblik een plekje er in een zweertje, een kratertje worden, de rand hiervan wordt wat hooger, het kratertje een knobbeltje, een gezwelltje, een carcinoom. Het geheele proces vraagt in den regel een paar jaren om van pruritus tot het carcinoom te komen.

Ter behandeling van den pruritus is van alles aangegeven: Röntgenbestraling, inspuitingen, betten met 2% nitrus argenti, met 1% looizuurplossing, diachylonzalf, anaesthesinezalf, kalzan, enz., en al deze middelen helpen wel wat, of helpen niet veel.

Bij de craurosis komen dezelfde middelen in aanmerking, en als de huid stuk was, geven zij inderdaad wel wat verlichting, maar genezing ziet men zelden. Daarom doet men in den regel verstandig, de zaak niet al te lang aan te zien, en steeds voor oogen te houden, dat het carcinoom dreigt. Een tijdige exstirpatie van de geheele aangetaste huid van den introitus vaginae en om het ostium urethrae heen bevrijdt de vrouw van haar klachten en redt haar leven. Is het eenmaal tot kanker gekomen, dan is de prognose zeer ernstig, daar het dan moeilijk is onder het gezwel voldoende weefsel weg te nemen om recidief te kunnen voorkomen. Stoeckel raadt nu een zeer uitgebreide operatie aan, waarbij ook zowel de lies- als de dijlymphklieren worden weggenomen.

Ten slotte wil ik volledigheidshalve nog aanstippen, dat aan de vulva zeker even dikwijls, zoo niet meer, op alle mogelijke plaatsen carcinomen voorkomen, die zich zonder het voorstadium van craurosis aldaar ontwikkelen. In den regel worden zij aanvankelijk miskend en daardoor komen ze bijna altijd te laat onder gynaecologische behandeling en is de prognose uiterst slecht. Ik zag ze ontstaan uit naevi, die eerst jaren lang rustig gebleven waren, uit een melanoompje, dat op een oogenblik gaat groeien enz.: een aansporing om deze oogenschijnlijk onschuldige dingetjes weg te nemen, als men daar in de buurt toch opereert. In een vorige klinische les heb ik mededeeling gedaan van een dergelijk geval, dat ik toen juist gezien had. Sedert dien heb ik er nog een waargenomen, dat ook met den dood geëindigd is: de vrouw had ruim bijtijds gewaarschuwd, en ik waarschuw nu.



[Afb. 139]. Portret van Hector Treub.

**[C35] B.J. Kouwer,
In memoriam H. Treub (1920)**

Den eersten Paaschmorgen zag ik hem voor het laatst, slechts kort, want het spreken viel hem moeilijk; toch kon hij nog hartelijk lachen om een flauwiteit. Tot afscheid nog een vriendelijke blik uit zijn goedige blauwe oogen, – en nog geen drie dagen later waren zij voor goed gesloten, na een doodstrijd, waaraan wij zouden wenschen niet meer te kunnen denken. Ik moet mij inspannen, om aan het verzoek der redactie te kunnen voldoen, het beeld van onzen diep betreurden vriend te schetsen voor hen, die hem niet van nabij mochten kennen. Dat zijn er niet velen, want weinigen waren zoo populair als Treub. Maar de tijd vliegt en weldra zal zijn nagedachtenis nog slechts voortleven in zijn nagelaten wetenschappelijk werk, ook in zijn niet wetenschappelijke geschriften, voor een geslacht, dat hem persoonlijk niet zal hebben gekend. Treub heeft er recht op, dat ook die jongeren hem zullen zien zooals wij; groote vrees bekruipt mij, dat ik niet bij machte zal zijn hem te schilderen, zooals hij was, in al zijn grootheid en met zijn kleine zwakjes, een buitengewoon man, een individu zonder dubbelganger, ik zou haast zeggen, zonder eenige gelijkenis met iemand anders. Gemakkelijker, althans minder moeilijk, zou het zijn, zijn wetenschappelijk en maatschappelijk werk te beschrijven, zonder meer, indien niet bij hem vooral de schildering tot mislukking zou zijn gedoemd, bij ontbreken van de onmisbare kleur, zijn persoonlijkheid. [...]

Treub kon verbazend veel werk verzetten en wat hij wilde volbrengen, dat bracht hij ook tot stand, vlug en goed. Dit wisten zij, die hem goed kenden, reeds lang, maar eerst later erkende het elkeen. Het is dan ook niet geheel onbegrijpelijk, dat, toen Treub in 1887 tot opvolger van Simon Thomas werd benoemd, om onderwijs te geven in verloskunde en gynaecologie, sommigen het hoofd schudden en niet inzagen, wat die jonge chirurg op het hem tamelijk vreemde gebied

voor goeds tot stand zou kunnen brengen. Hij was een tamelijk rustig student geweest, in 1876 gepromoveerd op een neurologisch onderwerp [*Reflex-paralysen en neuritis migrans*] en daarna assistent geworden bij Van Iterson. De Leidsche chirurgische kliniek bezat toentertijd slechts twee assistenten. Na een paar jaren uitwonend assistent geworden, oefende hij daarbij de particuliere algemeene praktijk uit, en deze groeide snel aan tot een omvang van beteekenis. Waar Treub den tijd vandaan haalde voor al dit werk (en hij deed het voortreffelijk!) was velen een raadsel. Wel werkte hij buitengewoon vlug, begon vroeg in den morgen en eindigde laat in den avond, voor zoover een dokterspraktijk ooit eindigt, maar hij bezat toch ook slechts één lichaam! Daarbij verrichtte hij een proef-ondervindelijk onderzoek over schedelbreuk en beschadiging der hersenen, gaf hij een Nederlandsche bewerking in het licht van Von Nussbaum's *Antiseptische wondbehandeling*, spoedig gevolgd door een zelfstandig werk over hetzelfde onderwerp, behalve vele kleinere opstellen. In zijn koetsje zag men hem dan ook altijd lezende, ... maar dat waren Fransche romannetjes. In dien tijd kwam een nieuwe karaktertrek aan het licht, die zich nu en dan uitte in een uitbundige, men zou zeggen laat opgetreden studentikooze feestneiging. Ook in het dagelijksch, waarlijk niet altijd feestelijk leven toonde zijn spreektaal daarvan de kenteekenen, die aan een gewilde losbandigheid bij de keus van woorden en stijl deden denken. Deze vond men terug in zijn schrijftaal en zij bleef hem eigen tot aan zijn dood. Deze eigenaardigheid gaf wel eens aanleiding tot onjuiste beoordeeling, daar zij den indruk kon maken van ongevoeligheid voor den ernst van het onderwerp of van slordigheid ten opzichte van taal en stijl. De een vroeger, de ander later heeft wel leeren inzien, dat dit oordeel, ten eenenmale verkeerd was. Treub had 'een juridischen knobbel', en besepte bijzonder goed de beteekenis, de waarde van het woord; dat hij niet minder een 'literarischen knobbel' bezat, heeft hij herhaaldelijk getoond. Al verleide het Fransche bloed, dat hij van zijn moeder erfde, hem wel eens tot het gebruik van meer Fransche woorden, dan allen behaagde, hij vereerde de taal van zijn vaderland ten volle. Het was een aangeboren of aangekweekte tegenzin tegen conventie, die hem dikwijls juist dat woord deed kiezen, dat anderen liever door een meer gekuischten vorm zouden hebben vervangen. Grappig is het, de altijd mislukte navolging van dien eigenaardigen stijl bij velen van zijn oud-leerlingen terug te vinden!

Ik dwaal af! Twijfel was er dus bij sommigen over de juistheid van de keuze, door de Leidsche faculteit gedaan. Aan ingewijden was het echter wel bekend, dat Simon Thomas zelf

in zijn begaafden en energieken leerling den grondslag had ontdekt, waarop niet alleen een voortreffelijk verloskundige, maar ook een uitstekend gynaecoloog zou groeien. De nog zoo jeugdige gynaecologie dier tijden bewoog zich in chirurgische richting en het was juist de chirurgische voorbereiding, waarmede Treub was gewapend, die Thomas in zijn opvolger waarschte. Bij anderen echter was juist deze omstandigheid de aanleiding tot twijfel en deze werd bij hen nog versterkt in de eerste jaren van Treub's professoraat. Als verloskundige bleef hij zijn leermeester getrouw, ofschoon hij, natuurlijk, de bakens verzette, naarmate het getij verliep. Als gynaecoloog echter was hij wel verplicht zijn eigen weg te zoeken, en deze liep toenmaals vooral in de chirurgische, met name de operatieve richting. Deze sleep- te, het kon haast niet anders, Treub mede, gedurende korten tijd. Men zag hem spoedig aan het werk aan de operatietafel. Bij retroflexio uteri, die bezwaren gaf, werd betrekkelijk spoedig naar het mes gegrepen: ventrifixatio uteri. Al werd hierdoor aan de baarmoeder geenszins een physiologische plaats in de buikholtte verzekerd, 'dit laat mij koud: de baarmoeder hoort daar, waar zij geen kwaad doet'. Een van Treub's apodictische uitspraken, die hij later zou herroepen!

De velerlei klachten, die werden toegeschreven aan de 'losse nier', brachten hem tot 'ophangen van de nier' op groote schaal. Maar, weldra overtuigd van den onjuisten grondslag en het nuttelooze van deze operatie, verliet hij dezen weg, om aan de enteroptose, door Glénard zoo meesterlijk beschreven, de groote beteekenis toe te kennen, die zij verdiende. Ook op verloskundig gebied scheen het in den beginne wel, of aan de snijdende operaties een misschien wat al te ruime plaats zou worden ingeruimd. Bekoörd door de Fransche school, die de gevaren der keizersnede meende te verminderen, door haar vóór het begin der weeën uit te voeren, deed hij bij zijn allereerste poging van dezen aard de schokkende ervaring op, dat de baarmoeder, nog niet in arbeid, werkeloos bleef na het verwijderen van het kind; de vrouw bloedde dood. Ik meen mij te herinneren, dat ook bij zijn eerste symphyseotomie een levensgevaarlijke bloeding hem pijnlijk veraste. Later toonde hij zich bij de behandeling van placenta praevia een warm voorstander van de spoedverlossing, door gewelddadig oprekken van den baarmoedermond. Na een kleine reeks van gelukkig afgeloopen gevallen beleefde hij echter diepgaande scheuren in den hals der baarmoeder, ten deele met noodlottige gevolgen. Treub haastte zich, krachtig te waarschuwen tegen de leer, die hij te goeder trouw, maar toch ten onrechte, te voren had verdedigd. Weldra waren alle twijfelaars van vroeger gerust gesteld van

Treub had men niet te vreezen, dat de al te operatief gekleurde opvattingen van vele buitenlanders ook de Nederlandsche verloskundigen zouden besmetten. De volbloed chirurg, dien men van al te groote voorliefde voor het mes meende te mogen verdenken, bleek spoedig een uiterst bezonnen man, die krachtiger dan één ander de grootst mogelijke beperking van de operatieve geneeswijze bepleitte op verloskundig en gynaecologisch gebied. Met groote openhartigheid, getuigende ook van groote nuchterheid tegenover eigen tekortkomingen, vestigde hij de aandacht op de vele, dikwijls niet te vermijden leemten in de diagnostiek van vrouwenkwalen, waaruit, bij gemis aan voorzichtigheid, een onjuiste behandeling, allicht ook nadeel voor de patiënte moest voortkomen. In zijn *Wat de gynaecoloog niet weet* en *Gevaren der hedendaagsche gynaecologie* heeft hij dat zoo pakkend betoogd. In de plaats van bezorgdheid omtrent het standpunt, dat Treub zou innemen, trad algemeen groot vertrouwen. Ik denk niet, dat onze Nederlandsche vrouwen ooit hebben beseft, hoeveel zij onder andere in dezen zin aan Treub hebben te danken!

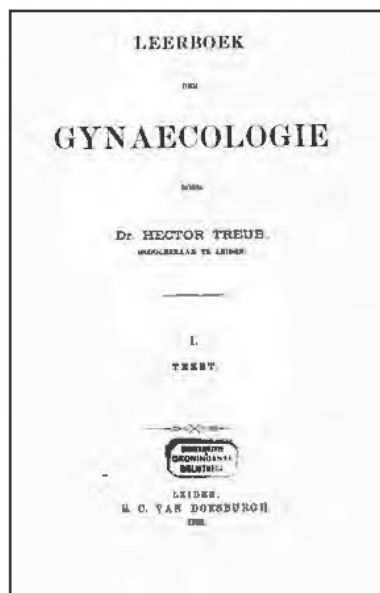
Een van de zoo aantrekkelijke eigenschappen van Treub was deze, dat hij zich wel dikwijls te buiten ging aan al te bout klinkende uitspraken, maar nooit schroomde ze te herroepen, en dan zelfs met meer klem, wanneer het hem duidelijk werd, dat hij zich had vergist. Hierin sprak zijn nauwgezetheid van geweten. Buitengewoon ontvankelijk voor het verschil van recht en onrecht, kon hij, met groote heftigheid vaak, maar tevens met bewonderenswaardig talent den strijd aanbinden voor wat hij als recht, of tegen wat hij als onrecht voelde. Wie herinnert zich niet zijn bestrijding van het Roomsche-Katholieke dogma in 'Het levensrecht der ongeboren vrucht'? Nauw samenhangend daarmede klonk zijn verweer, vele jaren lang herhaald, tegen de in onze strafwet vastgelegde aansprakelijkheid van den geneesheer, die volgens de regelen zijner kunst tot provocatio abortus overgaat. In hetzelfde verband herinneren wij ons zijn verklaringen als deskundige voor de rechtbank in zaken van misdadigen abortus of van dood door schuld of nalatigheid. Zijn walging voor den misdadiger verleide hem daarbij wel eens tot gevolgtrekkingsen, die men niet altijd zou hebben verwacht bij zijn juridischen aanleg. Den rechter echter was een misschien al te positieve conclusie dikwijls zeker niet onwelkom!

Zijn liefde voor scherp omlijnde uitspraken gaf hieraan dikwijls een beteekenis, waarbij alle twijfel scheen uitgesloten. Zij schonk ook aan zijn met recht zoo algemeen gebruikte en beminde leerboeken de bekoring, vooral voor den leerling, van stelligheid, van ontwijfelbaarheid. Het meerendeel der studenten aanvaard-

de die zonder aarzeling. Hoe vaak kon men en kan men nog, als antwoord op netelige bedenkingen van den examiner, van een student vernemen: 'het staat in Treub!' Het zij erkend, dat, afgezien van beoordeling van de juistheid van het citaat en van de denkkraft van den student, deze meestal dan toch maar een veiligen gids had gekozen.

Zijn levendige geest kende geen beperking en geen rust. Het is niet mogelijk hem volledig te teekenen in zijn verbazende veelzijdigheid. Nu eens verraste hij ons met zijn geestige feuilletons uit Parijs, pittige schetsjes van wetenschappelijken en heel of half mondainen inhoud. Dan weer genoten wij van zijn doorwrochte studies, een heele reeks, over misvormingen van het bekken, alle even oorspronkelijk en helder. Intusschen bracht de krant een gepeperde kritiek op de moderne manier van dansen, en eenigen tijd later bracht Treub, op een algemeene vergadering der oude Maatschappij van Geneeskunde, ons tot lachkrampen met zijn 'Boertje van Norameer'. Dan verscheen er wat anders, bijvoorbeeld de *Medische fatsoensleer*. 'Och ja', zei Treub, 'het liep tegen de groote vacantie en ik wist niet meer, wat voor geleerdheid ik nog meer aan de jongens zou vertellen; toen heb ik hen maar eens getraceerd op deze wijsheid: allicht dat zij er zoo veel van opsteken, dat zij later niet al te schunnig optreden tegenover hun patiënten en tegenover hun collega's'. [...]

Ik acht mij gerechtigd, de lange, lange lijst van zijn wetenschappelijke, van zijn literarische nalatenschap, de geheele oogst van zijn schatrijken geest, hier achterwege te laten; dit blijve voor rustiger oogenblikken bewaard. Groot is de beteekenis daarvan als voortbrengsel van zijn fijn bewerkte hersenen, maar de allergrootste waarde ontleenen zij aan den mensch Treub. Het leven heeft ook hem het kruis niet onthouden, dat wel een ieder te torschen krijgt. Manmoedig heeft hij het gedragen, verborgen voor de meesten. Zijn geheele leven gaf hij aan de menscheit, en mede hierdoor heeft hij de kracht behouden, die wij in hem bewonderden. Eerlijk,forsch, onvermoeid, altijd in actie. En wij hebben het moeten aanzien, dat ook hij vermoeid werd, slachtoffer van een ziekte, die eerst langzaam zich ontmaskerde, en die hem ten slotte maakte tot een martelaar, die ons met diepe deernis vervulde. Nu is het voorbij, Goddank, en wij zullen trachten, dit aangrijpend droevig beeld op den achtergrond van ons bewustzijn te dringen. Het beeld van den levenden, den werkenden en voelenden Treub blijft in ons voortleven, gedragen door onze groote dankbaarheid, stralend in onze bewondering, ons aanvurend als vroeger, als een voorbeeld, dat wij slechts op grooten afstand kunnen volgen.



[Afb. 140]. Titelpagina van Treub's leerboek der gynaecologie.

**[B2-9] H. Treub,
Leerboek der gynaecologie (1892)**

Catharine van Tussenbroek, bespreking van: Hector Treub, hoogleeraar te Leiden, *Leerboek der gynaecologie* (Leiden: S.C. van Doesburgh, 1892) 2 delen.

'Dit boek is een leerboek en geen handboek. Het draagt een zeer persoonlijk karakter en is in de eerste plaats een leerboek der gynaecologie, zooals ik het vak begrijp.' Met deze woorden heeft de schrijver in de voorrede zijn werk gekarakteriseerd en tevens den maatstaf aangegeven, waarmede hij het gemeten wil zien.

Het leerboek is bestemd voor studenten en voor praktizerende medici, die omtrent het een of ander onderwerp hun geheugen willen oprispschen. [noot: Of het wenschelijk is, dat bij het hooger onderwijs de handboeken voor leerboeken plaats maken? Het ligt in den geest des tijds en valt dus niet te keeren. De vruchten van den boom der kennis moeten tegenwoordig zóó laag bij den grond hangen, dat ieder ze in het voorbijgaan kan plukken. Vroeger moesten de jonge menschen den boom in om te bereiken. De vruchten smaakten er te beter om, en ... men leerde klimmen!] Het bestaat uit twee deelen waarvan het eerste den tekst, het tweede de afbeeldingen bevat. Reeds uit het eerste hoofdstuk: 'Anatomie, ontwikkeling, topographie en physiologie van het vrouwelijk geslachtsapparaat' blijkt, dat de schrijver het woord 'leerboek' in zeer ruimen zin heeft genomen en een breed fundament heeft gelegd waarop wie lust heeft later voort kan

bouwen. Inzonderheid de zoo gewichtige topographie der genitalia interna is met groote klaarheid behandeld. Bij de bewerking der leerstof is het practische doel consequent in het oog gehouden. Theoretische quaesties worden alléén ter sprake gebracht voor zoverre zij voor diagnostiek of therapie be tekenis hebben; quaesties van zuiver wetenschappelijk belang worden eenvoudig ter zijde gelaten. Daarentegen worden in extenso de onderzoekingsmethoden besproken, die de medicus moet beheerschen om een gynaecologische diagnose te kunnen stellen.

Zeer terecht stelt de schrijver het persoonlijk karakter van zijn werk op den voorgrond. Hieraan ontleent het de frischheid en de actualiteit, die het tot een aangename lectuur maken; hieraan dankt ook het operatieve gedeelte de groote zorg en voorliefde, waarmede het is bewerkt. Het hoofdstuk 'Algemeene regels voor de laparotomie' is geschreven met een entrain, dat tot voortlezen dwingt wie het opsloeg. Groote aandacht is gewijd aan de baarmoeder-gezwellen, inzonderheid de fibro-myomen, zoowel wat de therapie als wat de differentiël-diagnose betreft; hetzelfde geldt van de nieuwvormingen van het ovarium (cysten en solide tumoren). Bij de therapie der bekken-abscessen wordt de Péan'sche operatie kort maar duidelijk beschreven. Onder de kleinere operaties kenmerken zich de plastische door groote aanschouwelijkheid, waaraan de fraaie platen geen gering aandeel hebben.

Dat de conservatieve gynaecologie zich met een bescheiden plaatsje moet tevreden stellen, ligt in de reden. De Apostoli'sche galvanisatie wordt met waardeering besproken als therapie bij de corpus hypertrophie; bij fibro-myomen wordt zij niet dan met groote restrictie als therapeutisch hulpmiddel toegelaten; bij ontstekings-processen der adnexe niet eenmaal vermeld. Nog slechter vergaat het de gynaecologische massage van Thure Brandt, die m.i. een beter lot had verdiend dan, bijna zonder vorm van proces te worden afgemaakt. Wie deze geringschatting betreurt en een nadeel acht, heeft misschien gelijk; maar, wat wil men? Aan een werk, welks grootste kracht ligt in zijn geprononceerd persoonlijk karakter, den eisch te willen stellen van objectiviteit, is even absurd, als bij zonlicht te pruttelen, dat de maan niet schijnt. Men trooste zich met de overweging, dat een man als de Heer Treub zijn leerlingen tot denkende medici vormt, die later zelfstandig zullen weten te kiezen.

Nog een enkel woord moet aan, het tweede deel, dat der platen, worden gewijd. Het bevat een uitgezochte collectie van het beste, wat op het gebied van afbeeldingen in verschillende gynaecologische werken is ver-

spreid; vermeerderd deels met teekeningen (meest microscopische), die aan dissertaties of monographieën van Nederlandsche schrijvers zijn ontleend, deels met afbeeldingen, die waarschijnlijk oorspronkelijk zijn, daar zij geen naam dragen. Al de teekeningen (waarvan enkele in kleurendruk) zijn met buitengewone zorg uitgevoerd en zoodanig gerangschikt, dat bijeenstaat wat tot eenzelfde onderwerp behoort. Haar aantal bedraagt 263. Deze platenverzameling, die om haar volledigheid en keurige uitvoering gerust den naam van atlas der gynaecologie verdient te dragen, zet aan het boek een blijvende waarde bij, ook voor degenen, die het onderricht van het eerste deel niet meer behoeven. Zoo moeten o.a. de fraaie afbeeldingen, die de Péan'sche operatie verduidelijken, ook vakgynaecologen en operateurs in het algemeen belangstelling inboezemen. Jammer, dat de band tusschen het eerste en het tweede deel wat los is. Wie in het eerste deel werkt, vindt weliswaar van zelf den weg in het tweede, daar de nummers der afbeeldingen een voldoende aanwijzing geven wie daarentegen in den atlas bladerende opheldering wil zoeken in den tekst, heeft geen anderen wegwijzer dan den aard van het onderwerp. Deze kleine ongeriefelijkheid zou wellicht bij een tweeden druk uit den weg te ruimen zijn, door in de 'Verklaring der platen' achter ieder nummer de bladzijde te vermelden, waar de bedoelde plaat in den tekst ter sprake komt.

Het lijdt wel geen twijfel, dat Treub's *Leerboek der gynaecologie* als een welkome gave ontvangen zal worden in den kring der lezers, waarvoor het is bestemd; dat het ook buiten dien kring zich vrienden zal verwerven, staat bij mij vast.



[Afb. 141a en b]. Afbeelding uit Treub's leerboek der gynaecologie.



[Afb. 142]. Portret van Klaas de Snoo.

**[C36] W.P. Plate,
In memoriam K. de Snoo (1949)**

Na een lijden van ruim twee maanden is op vrijdag 1 april professor De Snoo overleden. Een der gevolgen van zijn ziekte was het verlies van zijn spraakvermogen. Daarom moet voor deze man, die er van hield over alles zijn mening te zeggen, de dood een verlossing zijn geweest.

Klaas de Snoo werd op 16 januari 1877 te Geervliet geboren. Nadat hij in Brielle en in Gorinchem de H.B.S. had doorlopen, liet hij zich in 1895 als student in de geneeskunde te Utrecht inschrijven. In 1902 deed hij met goed gevolg zijn artsexamen en terstond daarna werd hij assistent bij Kouwer. Van Narath kreeg hij nog enige tijd een chirurgische opleiding. In 1905 werd de jonge vrouwenarts aangezocht leraar te worden aan de Vroedvrouwschool te Rotterdam en op 1 januari 1907 volgde zijn benoeming tot directeur-geneesheer van die school. Daar ontpopte De Snoo zich spoedig als een docent van uitzonderlijke begaafdheid. Daar bleek ook zijn grote liefde voor de verloskunde. In de ouderwetse Vroedvrouwschool kon hij zich niet thuisvoelen en in 1914 werd daarom op zijn aanwijzingen een nieuwe school gebouwd. Deze voldoet ook thans nog aan hoge eisen. In 1926 werd De Snoo geroepen als opvolger van Kouwer en op 8 november van dat jaar aanvaardde hij het ambt van hoogleraar in de verloskunde en vrouwenziekten te Utrecht met het uitspreken van een rede, getiteld *Richtsnoeren bij het verloskundig onderwijs*. Hij vervulde dit professoraat, totdat hij wegens het bereiken van de zeventigjarige leeftijd moest aftreden.

De traditie van zijn voortreffelijke leermeester voortzettend, handhaafde De Snoo de goede naam, die de Utrechtse Vrouwencliniek had. Vooral aan de verloskunde werd een ruime plaats gegeven. In 1936 en 1937 werden belangrijke verbouwingen aan de kliniek uitgevoerd, die De Snoo noodzakelijk achtte wegens zijn inzichten in de anti- en

asepsis in de verloskunde. In 1937 reisde hij over Amerika naar Indië, waar hij gedurende een jaar het werk van Remmelts in de Geneeskundige Hoogeschool te Batavia op zich nam. In het laatste jaar van zijn hoogleraarschap organiseerde hij het Congres voor Praenatale Zorg te Utrecht, dat een groot persoonlijk succes voor hem werd. Op 16 december 1947 hield hij zijn afscheidscollege, dat door talrijke oud-leerlingen werd bijgewoond. Drie dagen van te voren had het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* een 'De Snoo-nummer' uitgegeven. De laatste dagen van dat jaar werd De Snoo ziek en moest zich laten opereren. Sindsdien is zijn gezondheid niet meer goed geweest. Toch reisde hij in mei 1948 naar Zuid-Afrika om daar nog enige lezingen te houden. In oktober was hij weer terug en dadelijk wilde hij weer aan het werk. Op december 1948 hield hij in Amsterdam tijdens de Anatomendag zijn laatste voordracht over de cervix uteri. Kort na zijn 72e verjaardag werd hij ziek en dit betekende het einde van dit werkzame leven.

Het is moeilijk in het kort de waarde van De Snoo als wetenschappelijk mens te schetsen. Hij heeft over vrijwel elk gebied van de verloskunde en over vele onderwerpen van de gynaecologie geschreven of gesproken. Zijn inzichten waren vaak verrassend door hun oorspronkelijkheid. Zij gingen vaak lijnrecht in tegen bestaande opvattingen en De Snoo heeft het dan ook dikwijls van critici zwaar te verduren gehad. Hij was een autodidact, die weinig gaf om publicaties van anderen; zijn optreden kon zelfverzekerd zijn, omdat hij steeds zijn mening wist te documenteren. Zijn belangrijkste werk is ongetwijfeld dat op het gebied van de praenatale zorg. Zijn prophylaxis van de zwangerschapstoxicose door het regelmatig meten van de bloeddruk en vooral door het gebruik van het zoutloze dieet, is een gewichtige factor geweest voor het bereiken van de fraaie resultaten der verloskunde in Nederland. Hij ontwikkelde een eigen theorie over de geneze van de eclampsie en wees hierbij op de betekenis van de 'villinen', stofwisselingsproducten van het stroma der chorionvlokken. Een uitvoerige studie wijdde hij aan het baringsmechanisme bij de mens. De modellen, die hij liet fabriceren voor het demonstreren van de spildraai van het kind, worden ook buiten ons land bij het onderwijs gebruikt. Deze studie bracht hem er toe zijn aandacht te besteden aan de vergelijkende verloskunde. Bij talrijke – vaak in Nederland zeldzame – dieren ging hij het baringsproces na, waarbij hij vooral de cervix uteri onderzocht. Zo kwam hij tot het schrijven van zijn boek *Het probleem van de menschwording*, dat in 1948 zijn tweede druk beleefde, en

waarvan ook een Duitse uitgave verscheen. Belangwekkend is ook zijn theorie over de genitoblasten, mesenchymcellen, waaruit het inwendige geslachtsorgaan ontstaat en waarvan ook pathologische toestanden zouden zijn af te leiden. De regeneratie van het uteruslijmvlies na de partus ontstaat volgens De Snoo uit deze genitoblasten en niet uit resten van het klierepitheel. De onderzoekingen van mevrouw Lettinga en van Gravemeyer bij dieren hebben het inderdaad aannemelijk gemaakt, dat ook bij de mens een regeneratie uit het bindweefsel naast die uit overgebleven klieren mogelijk is. De genitoblasten beschouwde De Snoo ook als de moedercellen van de endometriosis, een ziekte, die, volgens hem, ontstond vooral door abnormale seksuele prikkels. Zijn theorie hierover heeft hij vastgelegd in zijn werk: *De endometriosen* dat in 1948 verscheen. Tenslotte waren ook de z.g. 'choriale invasies' volgens deze leer niet anders dan genitoblasten. Zijn opvattingen, dat thrombose vooral ontstaat door infectie, waren o.a. aanleiding voor de verbouwing in de Utrechtse Vrouwencliniek: het 'boxen-systeem' deed hiermee zijn intrede. Over hormonen van de placenta sprak hij reeds in zijn oratie in 1926 en hij opperde toen de mogelijkheid, dat in deze hormonen een verklaring moest worden gezocht voor het begin van de baring. Nog belangwekkender zijn zijn proeven met urine van zwangere, die hij te drinken gaf aan neonati om melaena neonatorum en later ook icterus gravis te genezen. Hij nam aan, dat de oestrogene stoffen, die zich in deze urine bevinden, aansprakelijk moeten worden gesteld voor het goede resultaat van deze behandeling. Ook over het ziektebeeld van de polyletaliteit had hij zich een voorstelling gemaakt. Zijn opvatting was, dat door een intoxicatie van het vlokkenstroma o.a. de icterus gravis was te verklaren. Het onderzoek naar een haemolyserende factor in de placenta werd door hem en zijn leerlingen ter hand genomen. Deze theorie kon nog geen rekening houden met de toen nog onbekende Rhesus-factor, maar is er toch misschien mee in overeenstemming te brengen. De veranderingen, die bij de morbus haemolyticus neonatorum in de placenta zijn te vinden, het aantonen van het Rhesusantigeen in de placenta, o.a. door Bolhuis, wijzen in die richting. De Snoo heeft veel critiek gehoord. Zijn opvatting over de menswording, zijn inzicht van de endometrioses, zijn mening, dat de ovaria weinig betekenis hebben voor de sexualiteit der vrouw, worden door weinigen gedeeld. Maar iedereen, ook zijn tegenstander, moet onder de indruk komen van het ontzagelijke werk, dat deze man heeft gepresteerd en bekoord worden door de phantasie, die voor een dergelijke arbeid nodig is.

Het onderwijs van De Snoo heeft zijn stempel gedrukt op de vroedvrouwen en artsen in Nederland. Voor de vroedvrouwen, die hij twintig jaar lang de beginselen van de verloskunde bijbracht, heeft hij steeds op de bres gestaan. Zijn studenten kregen een voortreffelijke opleiding. Het practicantenhuis in de Justus van Effenstraat, dat door Kouwer werd opgericht, beleefde onder De Snoo een tijdperk van bloei. Ook hij was van mening, dat men het best het leiden van een bevalling kon leren bij de patiënte aan huis. De semi-artsen waardeerden hun co-assistentenschap verloskunde, omdat zij voor het eerst in hun studie 'dokter' waren. In 1941 werd het tweede practicantenhuis te Zuilen geopend. In dit gebouw werd in aanwezigheid van De Snoo een plaque met zijn beeltenis onthuld.

Als verloskundige was De Snoo conservatief in de goede zin van het woord. Vooral heeft hij zich gekeerd tegen de polypragma-

sie van de Amerikaanse obstetrie. Zijn opvattingen legde hij vast in twee boeken; het *Beknopt leerboek der verloskunde* was bestemd voor vroedvrouwen, het *Leerboek der verloskunde* voor studenten. Het eerste werk verscheen in 1948 in zesde druk; het tweede, eveneens in zesde druk, tijdens zijn laatste ziekte. Ook buiten Nederland heeft De Snoo zijn naam gevestigd. De waardering voor zijn wetenschappelijk werk blijkt uit het erelidmaatschap van de Société Française de Gynécologie, de Société royale Belge de Gynécologie et Obstétrique, de Société de Gynécologie de Bucarest en de American Gynecological Society. Hij had bovendien de medaille van de Universiteit van Gent. Het vorige jaar werd hij ook erelid van de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging.

De Snoo was in de omgang geen gemakkelijk mens. Op degene, die hem het eerst ontmoette, maakte hij een stugge, onvriendelijke indruk. Maar zij, die lang met hem heb-

ben samengewerkt en hem daardoor beter leerden kennen, weten beter. Dat bewijst de afhankelijkheid, die zijn oud-leerlingen en zijn verplegend personeel telkens weer tonen. Zijn liefde voor de verloskunde bewees De Snoo in 1948, toen hij de 'De Snoo-Van 't Hoogenhuys-stichting', naar hem en zijn vrouw genoemd, in het leven riep. Deze stichting heeft ten doel de bevordering van de leer der voortplanting in de uitgebreidste zin; zij tracht dit doel te bereiken door om de twee of drie jaar een prijs uit te loven voor het beste werk op het gebied der verloskunde, der vergelijkende verloskunde, der embryologie, der afstammingsleer, der erfelijkheidsleer, der endocrinologie, enz. In het kapitaal van deze stichting is het geld gestort, dat De Snoo bij zijn afscheid van zijn oud-leerlingen kreeg. De naam van De Snoo zal voor altijd verbonden zijn aan de verloskunde in Nederland. In diepe erkentelijkheid zullen velen hem blijven gedenken.



[Afb. 143]. Hermanus Schols, huisarts in Nieuwpoort aan de Lek, werd op de avond van eerste kerstdag te hulp geroepen bij een bevalling die met het aanleggen van een tang routinematig leek te verlopen. Na de passage van de schedel kwam echter een verrassend vervolg. 'Bij de opvolgende geboorte van het verdere lichaam kwam tegelijkertijd naar buiten rollen een tweede hoofd, vastzittende op den rechter schouder van het kind. [...] Het kind was cyanotisch, doch eenige klappen op de billen riepen het tot de werkelijkheid terug. Het kind begon met het normale hoofd luidkeels te schreien, terwijl het de oogen van het andere hoofd beurtelings open en dicht deed.' Ook bleek het kind tussen de schouderbladen een meningocele spinalis te hebben. Het kind leefde een half uur. Bij het korte verslag dat Schols in het *NTvG* publiceerde, behoorde deze afbeelding, waarop 'het monstium' liggend op de schoot van de baker is te zien [Een geval van dicephalusgeboorte met meningocele spinalis, 55 (1911) I, 956].



[Afb. 144]. Portret van Catharine van Tussenbroek.

**[C37] C. de Lange,
In memoriam C. van Tussenbroek (1925)**

De laatste stelling van het proefschrift, waarmee Albertine Philippine Catharine van Tussenbroek op den 23sten mei 1887 te Utrecht den titel van doctor in de geneeskunde verwierf, luidde: 'Bij de pogingen tot oplossing van de sociale quaestie houde men in het oog, dat lotsverbetering door eigen inspanning de eenige is, die stand houdt en zedelijk verheft'. Eigen inspanning; ja voorwaar, dat is haar geheele lange en rijke leven geweest! Vriendelijk en gelijkmatig als steeds heeft zij in de eerste maanden van dit jaar nog al haar geneeskundig werk verricht. Haar gezondheidstoestand was toen reeds zóo achteruitgegaan, dat slechts bovenmatige inspanning en wilskracht haar daartoe in staat stelden. Onverzwakt bleef het vertrouwen van haar patiënten in haar bij het klimmen harer jaren; zij heeft niet gekend, dat langzaam afbrokkelen van de practijk, dat zoo zachtjes aan vergeten worden, dat den levensavond van menige geneeskundige heeft overschaduwd. In haar laatste levensdagen kwamen nog vele hulpzoekenden, nu tevergeefs, aan haar deur.

Slechts enkele uren heb ik voor het schrijven van dit afscheidswoord, wil het nog tijdig gereed zijn. En er ware een boek te vullen met hetgeen zij gedacht en gedaan heeft! Toen Catharine van Tussenbroek haar studie in de geneeskunde aanving, had zij reeds een eervolle loopbaan bij het onderwijs achter den rug. Haar sterke bijziendheid was haar echter bij het klassikaal onderwijs geven een groote hindernis en haar studielust bracht haar tot de Universiteit. Dat was in de dagen, toen het nog een daad was voor een vrouw, in de geneeskunde te studeeren en waarin velen, ook onder de beoefenaren, het met leede oogen aanzagen. Gemakkelijk heeft zij het dan ook in haar studietijd niet gehad, maar de lichtende figuren van Donders en Engelmann hebben dien tijd toch mooi gemaakt voor haar. 'Tot u wensch ik mij

in de eerste plaats te wenden, hooggeleerde Donders, wiens onderwijs een nieuwe wereld van denken en streven voor mijn geest heeft geopend. Mij onder uwe leerlingen te mogen tellen, u mijn promotor te mogen noemen, acht ik een onschatbaar voorrecht', lezen wij in de voorrede van haar proefschrift (*Over normale en abnormale melkafscheiding*).

Na haar promotie vestigt zij zich te Amsterdam, niet als specialiste voor verloskunde en vrouwenziekten, maar als algemeen medica voor vrouwen en kinderen. Spoedig echter werd zij wel gedwongen, zich meer in het bijzonder toe te leggen op bovengenoemde vakken, want juist daarvoor kwamen de patiënten tot haar. Jarenlang heeft zij toen samengewerkt met dr. Mendes de Leon in diens kliniek. Uit het laboratorium van die kliniek verschenen weldra van haar hand tal van belangrijke microscopische onderzoekingen (ik herinner aan die over de hypertrophia mucosae uteri), die haar naam vestigden als een uitstekend onderzoekster. In die dagen was de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging pas opgericht; zij kwam op die vergaderingen in aanraking met Treub, die toen nog te Leiden hoogleeraar was, en vond bij hem al de waardeering en tegemoetkoming, waarop zij recht had. Heel hartelijk is de vriendschap met Treub geworden. Schijnbaar waren zij zoo tegenovergestelde naturen, maar beiden hadden zulk een warm, trouw hart; beiden was het kleine vreemd. Toen zij vele jaren later haar voortreffelijk boek geschreven had over *De ontwikkeling van de aseptische verloskunde in Nederland*, vroeg Treub haar, over dit onderwerp eenige colleges te geven aan de studenten, en zelf, charmeur die hij was, nam hij toen ook plaats in de collegebank. Gedurende Treub's langdurig ziekbed gaf zij hem met volle mate zijn hartelijkheid terug. Ook met Saltet en Winkler verbonden haar hechte vriendschapsbanden en met Hamburger, dien zij reeds in haar Utrechtschen tijd leerde kennen.

Reeds spoedig na haar vestiging werd zij een trouwe medewerkster aan het [*Nederlandsch*] *Tijdschrift voor Geneeskunde*, en is dat steeds gebleven. In de laatste dertig jaargangen van het Tijdschrift vindt men bijdragen van haar hand, hetzij als oorspronkelijke artikelen, hetzij als duidelijke, overzichtelijke referaten en boekbesprekingen. Wat deze laatste betreft even een herinnering. Het was in 1895, dat de Rotterdamsche oogarts Blok een Geneeskundig Blad schreef over 'Schoolartsen'. Dit boekje werd door Catharine van Tussenbroek zeer scherp gekritiseerd en Blok leverde een niet minder scherpe antikritiek. Het was een steekspel met gepunte lansen, maar den tegenstanders was het te doen om de zaak, niet om persoonlijke ijdelheidjes en ... twee jaar later verscheen de *Inleiding tot*

de studie der schoolhygiëne, door dr. Catharine van Tussenbroek, D.J. Blok, oogarts, en C.H. de Jong, hoofd eener school. Het is ook een mooi oogenblik van haar leven geweest, toen zij haar toegejuichte voordracht hield (over Kouwer's geval van ovariaal zwangerschap microscopisch onderzocht) op het Internationale Congres voor Gynaecologie, dat in 1899 te Amsterdam plaats had. Hoe goed en nauwkeurig was dit onderzoek gedaan. Microscopie, waarbij zij alle techniek zelve verrichtte, had haar groote liefde. Toch wist zij, dat het werk gevaarlijk voor haar oogen was; de solutio retinae steeds als dreigend spook. Het is gelukkig zonder merkbare schade voor haar gezichtsscherpte mogelijk geweest het vele jaren te doen.

Wijd en ruim was haar belangstelling voor alles wat de geneeskundige ethiek en de vrouwenbeweging in den goeden zin betrof. Onbegrensd haar eerbied voor het te verwekken leven en het ongeboren kind. Door haar lidmaatschap van de redactie van het Tijdschrift, van het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, van de commissie tot afneming van het artsexamen, kwam zij steeds meer in aanraking met de vooraanstaande mannen in ons vak en elk, die haar leerde kennen, werd gewonnen 'door dat kittige wijfje met die schrandere oogen en den humor om den mond'. Steeds kwam zij op, onverschrokken, met open vizier, voor wat recht was en billijk. De ouderen van ons zijn haar artikelen over den beroepseed en het verschooningsrecht nog niet vergeten. *Laudare tempora acta*; wij doen het allen, als onze slapen grauw worden. Het vakverenigingsstreven à l'outrance, dat de laatste jaren de Maatschappij voor Geneeskunde beheerschte, was haar dermate antipathiek, dat zij haar lidmaatschap opzegde. Zwaar, heel zwaar is haar die vrijwillige ballingschap gevallen; zij was zoo gehecht aan onze oude Maatschappij.

Ik heb mij moeten bepalen tot slechts enkele herinneringen. Er is nog zooveel te zeggen, maar ik zal eindigen met het hoogste en mooiste van dit leven. Bij haar schrijftafel stond een kleine, lage fauteuil. Die heeft daar gestaan, zoo ver mijn herinnering reikt. Daarin werd uitgezegt, elken dag weer, zwaar lichamelijk en geestelijk leed. Vooral ook geestelijk leed, want voorwaar zij had charge d'ames. Wat zij, die zestig jaar lang lief en leed met Catharine van Tussenbroek heeft gedeeld, aan haar verliest, wat zij geweest is voor haar familie, het zijn niet de bladzijden van het [*Nederlandsch*] *Tijdschrift voor Geneeskunde*, waarop dat moet worden gezegd.

[A51] L.F. Driessen, *De gynaecologie dertig jaar geleden en thans* (1928)

Naar een voordracht, gehouden op den Artsencursus 1927-1928.

Dames en heeren. Tot nog toe werd door mij in de artsencursussen steeds een omschreven ziektebeeld of een bepaald onderdeel der gynaecologie of verloskunde met u behandeld. Verleden jaar heb ik mijn taak ruimer opgevat en algemeene beschouwingen gehouden over één symptoom: de pijn in de gynaecologie. Ditmaal komt het mij gewenscht voor u een overzicht te geven van den huidige stand der gynaecologische wetenschap, en ik versta hieronder de kennis der vrouw, in den ruimsten zin van het woord. Vergelijkende, wat ons ruim dertig jaar geleden werd onderwezen, kunnen wij dan zien in hoeverre de gynaecologie in de laatste dertig jaar is gewijzigd, verbeterd en vooruitgegaan. Aangezien ons slechts een beperkte tijd ten dienste staat, zal ik niet in bijzonderheden kunnen afdalen en zal het overzicht zoo beknopt mogelijk moeten zijn. Wanneer een oud-Amsterdammer zich spoedig op de hoogte wil stellen, in hoeverre zijn geboortestad in dertig jaar zich heeft uitgebreid, geschiedt dit op de gemakkelijkste en vlugste wijze, indien hij gebruik maakt van het modernste verkeersmiddel: de vlieg-machine; in vogelvlucht overziet hij de nieuwe wijken en straten, de hoogste en grootste gebouwen vallen onmiddellijk in het oog. Laat mij uw gids zijn bij onze vliegtocht boven ons speciaal gebied! Ik hoop u te wijzen op nieuwe terreinen, nieuwe uitvindingen; vaak zal onze tocht ons voeren naar grensgebieden van aanverwante vakken.

Röntgendiagnostiek. Allereerst valt ons dan op een nieuwe verlichting van het terrein door een lichtbron, voor dertig jaren pas uitgevonden, toen nauwelijks op ons gebied schijnende en thans zeer in beteekenis toegenomen. Ik bedoel de Röntgenstraal. In geen enkel onderdeel der medische wetenschap heeft Röntgens ontdekking een zoo grooten invloed gehad, als in de gynaecologie, zoowel in diagnostisch als in therapeutisch opzicht. De verloskunde heeft aan de Röntgenstraal te danken, dat de diagnose van zwangerschap eerder, beter en nauwkeuriger te stellen is dan vroeger. Aan de drie zekere teekenen van zwangerschap: (1) het zien van kindsbewegingen; (2) het voelen van kindsdeelen, en (3) het hooren van hinderlijke harttoon, is een vierde kenmerk toegevoegd: het verschijnen van kinderlijke skeletdeelen op de Röntgenphotographische plaat. Door verbeterde techniek is men in den laatsten tijd in staat gesteld dit vierde kenmerk nog vele weken eerder waar te nemen dan de drie overige. Vooral bij de vaak lastige differentiaal-diagnose tusschen fibromyoom en zwangerschap is thans de Röntgenphoto onmisbaar, wanneer men ten minste de pijnlijke situatie wil voorkomen een geopenden buik te moeten sluiten zonder verder ingrijpen, daar men de zwangere baarmoeder voor een fibromyoom heeft aangezien.

De Röntgenplaat geeft niet alleen aan, dat er zwangerschap bestaat, maar licht den onderzoeker ook nauwkeurig in omtrent de ligging der vrucht, omtrent aanwezigheid van twee- of drielingen; ook misvormingen, anencephalus, hydrocephalus en dergelijke zijn aldus reeds vóór de geboorte met volstrekte zekerheid ontdekt. Daar nu een beeld van den inhoud van de zwangere baarmoeder op de plaat te voorschijn kon gebracht worden, lag het voor de hand door middel van de Röntgenphoto nauwkeurige gegevens te verkrijgen van het vrouwelijke bekken, met name van de bekkenmaten, en in het bijzonder van de conjugata vera. Groote technische moeilijkheden moesten hierbij overwonnen worden; de aanvankelijk van Fransche zijde aangegeven werkwijzen (Albert, Fabre, Fochier) gaven eerst nog onvoldoende uitkomsten. Het is vooral aan een nieuwe methode van onzen landgenoot Van Ebbenhorst Tengbergen, de redressiemethode, te danken, dat thans op vrij eenvoudige wijze de zuivere lengte en breedte van den bekkeningang door middel van Röntgenstralen ook reeds durante vita op papier geteekend kunnen worden. Natuurlijk zijn dergelijke opnamen slechts mogelijk in een met de nieuwste instrumenten toegerust Röntgenlaboratorium, dat elke goed ingerichte vrouwencliniek thans behoort te bezitten. De huisarts zal in vele gevallen de hulp der Röntgenphoto niet kunnen ontberen.

Inmiddels schrijdt de Röntgenwetenschap steeds voort; zij stelt zich niet meer tevreden met het vastleggen op de plaat van vorm en bouw der beenderen en organen, maar tracht ook een inzicht te geven in de omtrekken van inwendige organen. Dit geschiedt door middel van contrastvloeistoffen, in de orgaanholte ingespoten; daarna wordt het orgaan met het verlichtingsscherm bekeken of op de plaat gefotografeerd. In den laatsten tijd is deze onderzoekingsmethode ook toegepast op gynaecologisch gebied: men vult de baarmoederholte met een oplossing van broomnatrïum, met collargol of met lipojodol; de vloeistof dringt in de eileiders en wordt door het abdominale ostium in het cavum Douglasii gedreven. Voor zoover men uit de nieuwste mededeelingen kan opmaken, is de methode van onderzoek, mits technisch juist, liefst met lipojodol, verricht bij onbesmette inwendige geslachtsdeelen zonder gevaar.

Gevaarlijker schijnt de insufflatie of pertubatie der eileiders te zijn, d.w.z. het kunstmatig blazen van lucht door baarmoeder en tubae. Nog onlangs deelde Moench twee gevallen mede met doodelijken afloop, terwijl tevoren 200 insufflaties zonder ongeval verricht waren. Het inblazen van lucht onmiddellijk in de buikholte na punctie om daarna de grensvlakken der inwendige organen op de Röntgenplaat te kunnen waarnemen, heeft men wegens het daarmee verbonden gevaar, vrijwel weer algemeen opgegeven.

Ongetwijfeld is de *salpingographie* in staat onze diagnostische kennis te vergroten, vooral wat betreft het onderzoek op de al of niet doorgankelijkheid van de eileiders. Maar niet alleen in pathologische gevallen, zooals bij bestudeering van het steriliteitsvraagstuk speelt de salpingographie reeds een belangrijke rol, ook de physiologische werking der eileider- en baarmoederspieren worden door dit middel ad oculos gedemonstreerd. De peristaltiek dezer organen ziet men op het verlichtingsscherm, men ontwaart een duidelijke insnoering van het eileiderskanaal aan het uterine uiteinde, voorts komt de vormverandering van de baarmoeder voor den dag, als – na inspuiting – de uterus tracht het vocht uit te persen. Nauwkeurige waarneming dezer verschijnselen zullen den vrouwenarts veel meer dan tot nog toe is geschied, tot de overtuiging brengen, dat hij te doen heeft met levende organen, die voortdurend van vorm veranderen. [noot: Nog helder staat mij voor den geest de levendige gedachtenwisseling in eene vergadering der Nederlandsche Gynaecologen Vereeniging, toen Catharine van Tussenbroek wees op het feit, dat bij de curettage de sonde nu eens 7, dan weer 8 à 9 cm diep in de baarmoederholte binnendringt; een feit, nu wel algemeen erkend, maar toen sterk betwijfeld.]

Zelfs in de zwangere baarmoeder heeft een voortvarende Zuid-Amerikaansche gynaecoloog, Carlos Heuser te Buenos Ayres, het lipojodol ingespoten ten einde in de eerste maanden de diagnose met zekerheid te kunnen stellen. In 30 gevallen zou volgens hem nooit abortus zijn gevolgd. Bij bezadigde geneesheeren zal dit voorbeeld wel geen navolging vinden. Of in andere gevallen, bijvoorbeeld ter herkenning van poliepen, fibromen, carcinoma corporis uteri enz. de Röntgenplaat veel licht zal verspreiden, en meer waarde zal blijken te bezitten dan het onderzoek met sonde of – na verwijding – met den vinger, staat nog te bezien, voorloopig althans heeft dit onderzoek nog twijfelachtige waarde.

Hetzelfde geldt van het hysteroscopisch onderzoek. Met een instrument, gebouwd op gelijksoortige wijze als de cystoscoop, heeft men getracht den binnenwand van de baarmoederholte te bekijken en de eileiders te sonderen. Algemeen heeft de hysteroscoop in de vrouwenklinieken nog geen ingang gevonden; de uitkomsten schijnen matig te zijn. Toch kan het instrument, dank zij technische verbeteringen misschien nog wel toekomst hebben. Het gebruik eischt natuurlijk bijzondere vaardigheid, waarbij sommigen het zoover gebracht hebben, dat zij zelfs het afstootingsproces van het baarmoederslijmvlies gedurende de menstruatie duidelijk konden waarnemen (Freund, Mikulicz-Radecki).

De groote betekenis van Röntgens ontdekking voor de diagnostiek, zal u uit het bovenstaande wel duidelijk gebleken zijn, toch wordt deze nog verre overtroffen door de waarde der Röntgenstralen bij de behandeling van vrouwenziekten. Voordat wij echter dit nieuwe gebouw der stralenterapie gaan bezichtigen, zullen wij eerst onze blikken richten naar oude, ons van

vroeger bekende laboratoria, die der anatomie en der physiologie.

Voor eerst de *anatomie*. Oogenschijnlijk is hier niets veranderd. Toch is onze kennis van de inwendige structuur der geslachtsorganen belangrijk gewijzigd en verbeterd: terwijl men vroeger meende, dat het baarmoederslijmvlies een onveranderlijken normalen bouw had met dunne nauwe klierbuisjes, waarvan men het nut niet begreep, heeft nauwkeurige waarneming geleerd, dat de zoogenaamde slijmvlieshypertrophie en de papillaire klierproliferatie ten onrechte bij de pathologische anatomie was verzeild geraakt, en hier thuis hoorden. Dat de door Hitschmann en Adler ontdekte cyclische veranderingen van het endometrium ons een geheel anderen kijk hebben gegeven op de physiologie der geslachtsorganen zal straks blijken.

In de eierstokken had men voor dertig jaar de follikels van De Graaf, de corpora lutea, rubra, vera, spuria, de follikel- en luteinecysten wel gezien, nauwkeurig beschreven en microscopisch onderzocht; de gewichtige betekenis in hun onderling verband en in verband met het geheele geslachtsleven, was ons toen nog niet geopenbaard. Het uit luteine cellen opgebouwde gele lichaam hield men voor een soort granulatiweefsel, in den follikel tot stand gekomen na de bersting, de vaten der theca folliculi groeien tusschen de gewoekerde cellen der membrana granulosa, totdat de bloedtoevoer ophoudt en de cellen onder fettige ontarding te gronde gaan, zoodat litteekenschrompeling volgt. De gewichtige taak van het corpus luteum als inwendig afscheidende klier was ons nog verborgen.

Slaan wij thans een blik op de *physiologie*, dan blijkt inderdaad de groote vooruitgang van onze inzichten in de onderlinge verhouding van ovulatie en menstruatie. Algemeen gold op het einde der vorige eeuw Pflügers menstruatietheorie, aldus geformuleerd [Treub, *Leerboek der gynaecologie*, 1892]: De groeiende eierstokfollikel oefent drukking uit op de in het ovarium gelegen zenuwuiteinden. Hoe grooter de follikel wordt, des te sterker wordt de aldus ontstaande zenuwprikkel. Eindelijk komt het zoover, dat de zich summeerende prikkels reflectorisch een actieve hyperaemie naar de genitalia teweeg brengen. Door die hyperaemie ontstaat plotseling vermeerdering van het follikelvocht, de wand van den follikel barst; er heeft ovulatie plaats. Ook de vaten van het uteruslijmvlies zijn niet bestand tegen den verhoogden bloeddruk; ook deze barsten; de menstruatie treedt in. Ovulatie en menstruatie zouden dus synchroon zijn, de zwangerschap zou dateeren van de laatst ingetreden menstruatie. Reeds klonken er stemmen van Loewenhardt, Leopold en ook Treub, die zich met Pflügers leer niet konden vereenigen, maar het bleef bij vermoedens, bewijzen ontbraken. Het zijn vooral de nauwkeurige pathologisch-anatomische onderzoekingen van Hitschmann en Adler te Weenen en van R. Schroeder en Robert Meyer geweest, die Pflügers leer hebben omvergeworpen en hebben bewezen, dat het eitje, uitgestoten 14 tot 16 dagen na de menstruatie (dus in het intervalstadium) in de baar-

moeder een decidaal veranderd, praemenstrueel slijmvlies aantreft, uitnemend geschikt als voedingsbodan, indien het ei inmiddels bevrucht is. De zwangerschap dateert dus van de eerst achterwege gebleven menstruatie. Ovulatie en menstruatie zijn niet synchroon. De uitkomsten van mijn glycogeen-onderzoekingen van het normale baarmoederslijmvlies, waaruit bleek, dat juist den 14den tot 16den dag p[ost-]m[enstruum] de glycogeenafscheiding der klieren begint om praemenstrueel haar maximum te bereiken, pasten geheel in het kader van de nieuwe leer.

Het heeft vooral in Duitschland lang geduurd, vóórdat men zich met de nieuwe opvattingen kon vereenigen; men was aldaar zoo vertrouwd met het ziektebeeld der endometritis glandularis, dat het groote moeite heeft gekost in de woekering der klieren van het endometrium een physiologisch verschijnsel te zien en de praemenstruele decidaaverandering van het stroma te beschouwen als een normale, cyclisch terugkeerende morphologische verandering, onafhankelijk van ontsteking. Men was vastgeroest in de meening, dat bij de menstruatie slechts hyperaemie en oppervlakkige bloeding plaats vond, en jaren lang heeft het geduurd, voordat de maandelijksche periode herkend werd als te zijn de 'abortus van het onbevrucht ei'.

De menstruatie is een afstootingsproces. Wanneer men het menstruele bloed nauwkeurig microscopisch onderzoekt, ontdekt men steeds weefselstukjes daarin, afkomstig van het necrobiotisch te gronde gegane baarmoederslijmvlies. Ik heb reeds in 1914 op dit feit, dat in elke vrouwencliniek gemakkelijk vastgesteld kan worden, gewezen; door Lindner (1922) en Sekiba (1923) zijn mijn waarnemingen later bevestigd. Hoe dit necrobiotische en autolytische proces tot stand komt, hoever de afstooting gaat, of alleen de oppervlakkige stromalaag of de geheele zoogenaamde functionalis (Schroeder) tot aan de basaallaag in het proces deelneemt, zijn nog open vragen. Overwegende, wat bij de baring van rijpe en onrijpe vruchten gebeurt, komt mij de afstooting tot in de spongieuse klierlaag het meest waarschijnlijk voor. Door postmenstruale regeneratie, kenbaar aan talloze mitosen in de klier- en stromacellen ontstaat een nieuw slijmvlies, dat in het intervalstadium prolifereert, in het praemenstruum secerneert.

Wat geschiedt nu tegelijkertijd in de eierstokken? Ook daar postmenstruele groei van de rijpende follikel van De Graaf, uitstooting van het ei in het intervalstadium (ovulatie) en praemenstruele ontwikkeling van een corpus luteum, dat door afscheiding van nog onbekende stoffen (hormonen) onder invloed van het rijpende ei het baarmoederslijmvlies beschermt. Gaat het eitje onbevrucht te gronde, dan atrophieert het gele lichaam, het slijmvlies wordt uitgestooten. Komt daarentegen het bevruchte ei in de baarmoederholte tot ontwikkeling, dan heeft er een levendige woekering plaats zoowel in het ovarium (corpus luteum graviditatis) als in het slijmvlies der baarmoeder (deciduavorming).

Het is derhalve in het vrouwenleven het ei, het vruchtbeginsel, het kiemplasma, dat overheerscht. Het

vormt met het corpus luteum en het baarmoederslijmvlies een drieëenheid, die niet straffeloos kan verbroken worden. Proefnemingen hebben zulks bewezen. Vernietigt men het corpus luteum (Fraenkel heeft deze proeven bij zwangere konijnen genomen) dan gaat onherroepelijk de vrucht verloren, het moederdier aborteert. Wordt het ei niet bevrucht, dan eindigt ook de taak van het gele lichaam, het schrompelt ineen en het baarmoederslijmvlies wordt (bij den mensch) in zijn oppervlakkige lagen vernietigd en afgestooten. Tenslotte wijzen de gevallen van amenorrhoe na curettage en cauterisatie van het slijmvlies op den invloed, die van het endometrium uitgaat op de eierstokwerking.

De onlangs door Aschheim en Zondek medegedeelde proefnemingen schijnen te bewijzen, dat het physiologisch onderlinge verband der genoemde grootheden, nog weer afhankelijk is van een boven deze gestelde macht: namelijk van den invloed van het afscheidingsproduct der glandula pituitaria, de zetel van de groei-kracht. Want uitschakeling van den invloed van het ei (bijv. door Röntgenstralen) en toevoeging van klierextract zou de ovulatie en vorming van corpora lutea weer aan den gang brengen.

Dit verband tusschen eierstok en baarmoeder kan niet verklaard worden op de oude wijze, alsof slechts zenuwinvloeden zich doen gelden, want het uit zijn omgeving weggenomen en elders geïmplanteerd ovarium heeft dezelfde uitwerking. De eierstok moet dus stoffen afscheiden, die – in de bloedbaan opgenomen – op andere organen, vooral de baarmoeder, een specifieke invloed uitoefenen.

Een nieuw gebouw, de nieuwe leer der inwendige afscheiding, de *endocrinologie* is verrezen; een leer, overeenkomende met de oude humoraal-pathologie, maar thans niet steunende op den onvasten bodem van speculatieve beschouwingen, maar gegrondvest op onweerlegbare proeven op dieren. In het licht dezer nieuwe wetenschap wordt voor ons menig duister vraagstuk in de gynaecologie begrijpelijk. Men is er in geslaagd stoffen uit de geslachtsklier te bereiden, die – ingespoten bij gecasteerde proefdieren – een typische bronstcyclus opwekken. Sinds men ter bestudeering van de bronst in het slijmvlies der vagina der proefdieren een gemakkelijk verkrijgbaar proefobject heeft gevonden (gedurende de bronst verandert de oppervlakkige laag der scheede in dik plaveisel-epitheel) is onze kennis in deze materie belangrijk uitgebreid. Verschillende benamingen zijn aan het eierstokhormoon gegeven: Fellner spreekt van feminin, Zondek van folliculine, Laqueur noemt het menformon; al die stoffen hebben – in tegenstelling met de vroegere alcoholische extracten van Hermann en anderen – de eigenschap, dat zij in water oplosbaar zijn.

Het gebouw der endocrinologie is nog geenszins voltooid; wij zijn pas in het begin. Want hoe meer men zich verdiept in de leer der inwendige afscheidingen, ook die van andere klieren (hypophysis, bijnier, thyreoidea, thymus enz.), des te meer blijkt de correlatie van al deze organen en des te meer ziet men in, dat de

eierstok slechts een schakel is in de keten, die alle inwendige klieren verbindt. Een paar voorbeelden. Het corpus luteum werkt gedurende de zwangerschap remmend op de ontwikkeling der overige follikels van De Graaf; met de hypofunctie van het ovarium gaat gepaard een hyperfunctie van de hypophysis, in het voorste gedeelte der hypophysis ontwikkelen zich zoogenaamde zwangerschapscellen (Baer), die verdwijnen, wanneer de eierstok haar functie weer hervat.

Bij acromegalie gaat hyperfunctie van de hypophysis bijna steeds gepaard met atrophie van de geslachtsdeelen en bij de dystrophia adiposo-genitalis, een ziekte, die zich kenmerkt door genitale hypoplasie, ziet men de hypophysis aangedaan. Sterke praemature ontwikkeling der genitalia heeft men waargenomen bij bijniertumoren en congenitale niergezwollen. Er bestaat voorts een antagonismus tusschen ovarium en bijnier: het ovarium werkt remmend op het chromaffine systeem en treedt het ovarium in het climacterium of na castratie buiten werking, dan wijst de verhoogde bloeddruk op hyperfunctie van de bijnier. De thymus verdwijnt in de puberteit; de status thymolymphaticus gaat bijna steeds gepaard met genitale hypoplasie. Lijderessen aan morbus Basedowi (vergrooting van de schildklier) zijn vaak oligo- of amenorrhoeisch. Na castratie ontstaan dikwijls myxoedemateuse toestanden, die na behandeling met thyroïdextract verbeteren.

Ik deed slechts enkele grepen in dit mierennest van wederzijdsche invloeden der inwendige klieren; de tijd ontbreekt om dieper op deze correlaties in te gaan, maar het zal u duidelijk zijn, dat in de laatste jaren ons gezichtsveld ruimer is geworden. De vrouwenarts staat niet meer uitsluitend naar de organen van zijn speciaal gebied, maar hij beschouwt ze in verband met het geheele organisme. Niet het zieke geslachtsorgaan is – zooals dertig jaar geleden – voorwerp van studie, maar de zieke vrouw. Nog duidelijker blijkt deze nieuwe en betere zienswijze, als wij straks met een enkel woord den invloed van het gestel, van zenuw- en zieleleven op de geslachtsfuncties zullen bespreken.

De therapeutische beteekenis der endocrinologie is nog maar matig, ondanks de reclame, die, vooral van Amerikaansche zijde voor het gebruik van endocrine stoffen wordt gemaakt. Het is helaas te betreuren, dat – in plaats van de onderzoekers rustig te laten doorwerken – aan het ongeduldige publiek (evenals indertijd met het tuberculine van Koch) te groote verwachtingen worden voorgespiegeld. Teleurstellingen kunnen niet uitblijven. Enkele praeparaten hebben inmiddels reeds een vaste standplaats in ons therapeutisch arsenaal verkregen; als zoodanig noem ik de pituitrine, een middel, waarvan in de verloskunde met prachtig gevolg kan gebruik worden gemaakt, mits het in geschikte gevallen en op het juiste oogenblik wordt toegepast, helaas heeft ook dit middel bij onoordeelkundig gebruik in ondeskundige handen vaak droevige gevolgen gehad.

Stralenterapie. Keeren wij thans terug tot ons uitgangspunt bij de biologische beschouwing van het

geslachtsleven, namelijk de belangrijke, alles overheerschende rol, die het ei daarbij speelt en stellen wij ons levendig voor den geest, welk een bron van energie dat eitje, waaruit zich na bevruchting het embryo – de mensch – zal ontwikkelen, bevat, dan wordt het ons duidelijk, waarom de Röntgenstraal op dit gebied zulk een grooten invloed heeft. Biologisch immers hebben Röntgen- en radiumstralen de grootste uitwerking daar, waar zij weefsels treffen, wier cellen de meeste activiteit vertoonen. Vandaar de vernietigende invloed der stralen op snel woekerende gezwellen als carcinoomen en sarcomen, op de zich steeds vernieuwende epitheelcellen der huid, op in omvang toenemende lymphomen. Toen eenmaal, dank zij de toepassing van filters en het gebruik van harde buizen, de stralen tot de inwendige geslachtsdeelen konden doordringen zonder letsel van de huid, heeft de Röntgentherapie in de gynaecologie zich snel ontwikkeld en ondanks de aanvankelijke tegenwerking van pessimistische theoretici heeft zij zich een eerste plaats onder de behandelingswijzen veroverd. Het nut der stralenbehandeling wordt thans wel door niemand meer betwijfeld, de literatuur over dit onderwerp verschenen, vult reeds een geheele bibliotheek.

Onfeilbaar bleek het middel bij de bestrijding van praeclimacterische bloedingen. De ervaring, bij die behandeling opgedaan, dat de stralen de meeste uitwerking hebben in het postmenstruale stadium is geheel in overeenstemming met onze nieuwe opvatting van slijmvliesregeneratie en follikelgroei in de eerste helft van het intermenstruum.

Voor al in de behandeling der fibromyoomzieken heeft de Röntgenstraal een groote ommekeer gebracht: 85 tot 90% van deze lijderessen, die anders een levensgevaarlijke operatie zouden moeten ondergaan, kunnen thans zonder gevaar van hun kwaal bevrijd worden. Voorop moet worden gesteld, dat rekening worde gehouden met de tegenaanwijzingen: onzekere diagnose, vermoeden op kanker, subserieuze of submuqueuze zitplaats van het gezwel, ontsteking en necrose sluiten ook in den praeclimacterischen leeftijd bestraling uit, terwijl de zich ontwikkelende en geslachtsrijpe organen liefst nooit bestraald mogen worden met het oog op eventuele kiembeschadiging. In Duitschland wordt in het algemeen het gevaar der kiembeschadiging licht geacht, toch neemt gaandeweg het aantal vrouwenartsen, die huiverig zijn de zoogenaamde temporaire castratie toe te passen, toe. Proeven op dieren, door mij in 1922 op het congres te Innsbruck medegedeeld, zijn onder anderen door Martius te Bonn herhaald, de uitkomsten bleken dezelfde als die van Laca Sagne te Parijs: het nakroost van in de jeugd bestraalde dieren is minderwaardig. Soms toont zich de ontaarding pas in het 2de of 3de geslacht. Mag men den mensch daaraan wagen? Weliswaar zijn duidelijke bewijzen van kiembeschadiging door Röntgenstralen bij den mensch slechts sporadisch medegedeeld, maar de tijd om over dit punt een zeker oordeel te vellen is nog veel te kort, en daarom: *in dubiis abstine.*

Staat het vraagstuk der kiembeschadiging nog onopgelost, aan den schadelijken invloed der Röntgenstralen op de zich in utero ontwikkelende vrucht valt niet meer te twijfelen. Niet minder dan 32 zoogenaamde Röntgenkinderen zou ik u uit de mededeelingen in de literatuur neergelegd, kunnen beschrijven: mismaakt, microcephaal, blind, idioot of achterlijk, leveren deze kinderen wel het levende bewijs van de gevaarlijkheid der stralen. En hoeveel gevallen zijn er nog onbekend gebleven? Onverantwoordelijk handelt daarom de Röntgenoloog, die, zonder voorlichting van den gynaecoloog, meent de aanwijzing tot stralenbehandeling te mogen stellen en die zich aldus aan het gevaar blootstelt de zwangere baarmoeder in plaats van een vleeschgezwel te bestralen. Maar ook even onverantwoordelijk is de gedragslijn van den gynaecoloog, die, zonder volledige technische vakkennis, de nieuwe gevaarlijke behandelwijze meent te mogen en kunnen toepassen. Wil men weten, hoeveel en hoezeer op dit gebied van beide zijden gezondigd wordt; dan leze men slechts in de gynaecologische Röntgenbibliotheek de hoofdstukken over Röntgenbeschadiging. Met de doseering der Röntgenstralen kan men niet voorzichtig genoeg zijn; bij bestrijding van goedaardige bloedingen heeft men dit in het buitenland wel eens uit het oog verloren, toen door krachtiger bestraling getracht werd spoediger nuttig effect te verkrijgen; grootere algemeene reactie is het gevolg (Röntgenkater, uitschakelingsverschijnselen) en ik schrijf het daaraan toe, dat bij velen de geestdrift voor de stralenbehandeling aanmerkelijk is bekoeld. Voorzichtige Röntgenologen blijven tevreden.

Bij de bestrijding van den kanker zijn daarentegen groote doses noodzakelijk; de grootsche verwachtingen, die men van uitsluitend Röntgenbestraling koesterde, zijn helaas niet vervuld; nu men tegelijk of alleen radium toepast, worden de uitkomsten beter. Zoo kunnen bij den operabelen halskanker radiologen en chirurgen op een even gunstig genezingscijfer wijzen (ongeveer 50%). Het operabele corpuscarcinoom hoort bij den chirurg. Bij inoperabele gevallen en naar mijn meening ook bij zoogenaamde grensgevallen, verdient de stralenbehandeling de voorkeur; met rechtmatigen trots wijst de radioloog op 10 tot 15% genezing der inoperabele kankers. Wie had dertig jaar geleden, van een dergelijken vooruitgang kunnen droomen?

De Röntgenstraal, grootste vijand van de groeikracht, zou volgens sommigen in minimale doses prikkelend werken en als stimulans soms therapeutische toepassing kunnen vinden. Proefondervindelijk heeft men bij dieren nog nooit deze Reizwirkung kunnen vaststellen; steeds zag men vernietiging, ontaarding, geen groei. Bij de beoordeeling van klinische uitkomsten zij men derhalve sceptisch. Over den invloed van zeer geringe doses Röntgenstralen op acute ontstekingsprocessen zijn de mededeelingen nog van te jongen datum om nu reeds een gevestigd oordeel te kunnen uitspreken. Dat de Röntgentherapie bij pruritus vulvae, bij eczeem, bij peritoneaal- en genitaaltuberculose

op voortreffelijke uitkomsten mag wijzen, zij terloops aangestipt, om u aan te toonen, welk een machtig hulpmiddel bij de bestrijding der vrouwenziekten ons ten deel is gevallen.

Een kort woord over de *pathologische anatomie*. Dit gebouw steunt op de oude cellulair-pathologie van Virchow, en daar deze leer langzamerhand verdrongen wordt door de thans weer in eere herstelde humoraal-pathologie, dreigt het gevaar van ineensstorting. Enkele verschijnselen zijn reeds tekenend. Zoo heeft men onlangs te Berlijn reeds gesproken van het bankroet der pathologisch-anatomische diagnose in beginstadiën van kanker en schroomt men niet tot volledige exstirpatie over te gaan zonder voorafgaande proefcurettagé, uitsluitend afgaande op klinische gegevens. Voorts wordt door velen aan de pathologisch-anatomische veranderingen van het endometrium weinig betekenis meer gehecht, sinds bekend werd, dat de bloedingen meer van ovarieelen dan van uterinen oorsprong zijn; met de endometritis hyperplastica, die – zooals ik boven reeds zeide – naar het gebouw der normale anatomie verhuisde, moesten, volgens sommigen – ook de pathologische hyperplasie, de necrobiotische degeneratie en meer dergelijke ziektebeelden verdwijnen. Het is de taak der patholoog-anatomen hun gebouw te verdedigen en zich niet te laten verjagen. Te veel is de wetenschap aan hen verschuldigd: ik wees reeds op den vooruitgang onzer biologische inzichten dank zij pathologisch-anatomisch onderzoek; laat ik voorts nog in herinnering brengen Marchands onderzoekingen van de mola, van het chorionepitheliom, en zijn strijd tegen de opvatting dezer gezwellen als deciduomen, waardoor de foetale genese van het syncytium voor goed werd vastgesteld. Onze huidige opvatting van de groote betekenis van het trophoblast, syncytium en Langhans cellen voor de stofwisseling van het foetus dateeren van dit onderzoek. Dat ook in de toekomst nog veel te doen is, leert het vraagstuk der endometriomen. Zonder studie der morphologie dezer eigenaardige gezwellen blijft de controverse over haar genese (Sampson, Schiller, Josselin de Jong) een vruchteloos debat. Met waardeering voor den arbeid, verricht in de werkplaatsen der serologen, haematologen, cytologen, bacteriologen, die de gynaecologie ongetwijfeld met de uitkomsten van hun arbeid hebben verrijkt (waarop ik door tijdsgebrek niet nader kan ingaan), vergete men niet, dat hoofdzakelijk aan de studie der morphologie de wetenschap haar grootten vooruitgang te danken heeft.

Slaan wij thans een blik op het trotsche, huizenhoog reikende gebouw der *chirurgie*. Reeds voor dertig jaar nam het in de gynaecologie een voorname plaats in; dank zij de verbetering der techniek, de toepassing van aseptische in plaats van antiseptische maatregelen, de vervanging der chloroform- door aether- en chlooraethylnarcose, het gebruik maken van lumbale en plaatselijke anaesthesie, de verbetering van instrumentarium, de scherpere controle op verbandmateriaal en betere opleiding van het verplegend personeel, zijn de

uitkomsten der heilkundige behandeling steeds beter geweest. Een paar cijfers, ontleend aan een onderzoek door Kouwer voor een tiental jaren bij 15 opereerende Hollandsche vrouwenartsen ingesteld. De sterftekans bedroeg bij buiksneede voor: liggingsverbetering baarmoeder 0%; onverwikkeld salpingectomie 1,3%; onverwikkeld ovariotomie 1,7%; myoomenucleatie 2%; supravaginaalampcutatie 4,5%; totalexstirpatie voor fibromyoom 4,5%, en sectio caesarea 6%. Is het een wonder, dat de aanwijzing tot chirurgisch ingrijpen steeds uitgebreid werd, terwijl een vorig geslacht nog te kampen had met sterftecijfers van 30 tot 40% bij de eenvoudige laparotomie? Toch dreigt voor den chirurg het gevaar van zelfoverschatting; onder andere is dit reeds gebleken bij de uitgebreide kankeroperatie volgens Wertheim, waardoor volgens de meeste statistieken een derde of vierde deel der kankerlijdsters onmiddellijk in aansluiting aan de operatie ten grave daalt. Hier past terughouding, behalve voor hen mischien, die in de gelegenheid zijn door groot materiaal zich een bijzondere technische vaardigheid eigen te maken. In de toekomst zal bij de kankerbestrijding de chirurg niet meer uitsluitend aan het woord zijn: radiooloog, misschien wel seroloog, zullen moeten helpen. De vraag moet niet luiden: opereeren of bestralen? Maar: hoe kunnen operatie en bestraling elkaar aanvullen? Het is niet ondenkbaar, dat het halscarinoom bijvoorbeeld voortaan aldus het best behandeld wordt: Vóórbestraling met radium, na zes weken eenvoudige totale exstirpatie (geen Wertheim), nabehandeling met Röntgenstralen. Vóórbestraling bij corpuscarinoom is m.i. ongewenscht; bestraling na de volledige exstirpatie verdient soms overweging. Bij oude zieken, wier inwendige organen (hart, nieren, longen) onvoldoende werken, kan de door middel van chloorzink verrichte chemische uterus-exstirpatie de chirurgische vervangen.

Terughouding past den chirurg ook bij de bestrijding van bloedingen, veroorzaakt door fibromyomen en in het climacterium. Ik verwijs naar het hoofdstuk der stralenterapie. Geheel ongeoorloofd zijn m.i. operaties, ter wille van temporaire steriliteit ondernomen. De eierstokken worden in een plooi van het buikvlies opgeborgen om later, als de vrouw weer zwanger wil worden, te voorschijn gehaald te kunnen worden (Van de Velde). Navolging zal onze landgenoot in ons land wel niet vinden. Ook schijnt mij terughouding geboden bij hystericae, die niet rusten voordat een litteken van een appendectomie-, een ventrofixatie-, een operatie volgens Pfannenstiel of volgens Alexander Adams, soms zelfs van een nephropexie den buik (ont)siert. Straks kom ik op dit onderwerp terug.

Ten slotte hoede men zich bij de bestrijding der steriliteit voor polyphragmasie. De vele eileideroperaties hebben tot nog toe weinig nut gehad en de insnijdingen ter verruiming van het halskanaal (Pozzi) zijn met het oog op latere littekenschrompeling niet onbedenklijk.

Verloskunde. De groote vlucht, die de chirurg in de laatste decennien heeft genomen, is van merkbaren invloed geweest op het stellen der aanwijzing van ver-

loskundige operaties. De keizersneede, vroeger een bijzondere gebeurtenis in de kliniek (alle assistenten en verpleegsters werden bijeengeroepen), had nog in 1900 een sterftecijfer van 22,9% (Sachs); zij is thans geen zeldzaamheid meer. De vroegere classieke snede in het baarmoederlichaam wordt meer en meer vervangen door de minder bloederige suprasymphysaire cervicaalsneede. De sectio wordt toegepast bij bekkenvernauwing, verkeerde indaling van den schedel in het bekken, placenta praevia, eclampsie. Perforatie van het levende kind komt in de kliniek niet meer voor (Pinard). De partus praematurus artificialis, waarvoor slechts onzekere (eivliessteek) of de aseptiek bedreigende (bougies) middelen ten dienste staan, heeft veelal plaats moeten maken voor de sectio, die volstrekke zekerheid geeft voor het verschijnen van een krachtig ontwikkeld, rijp kind. Veel spoediger dan vroeger grijpt men actief in bij buitenbaarmoederlijke zwangerschap; dezelfde stelregel geldt hier als bij de acute appendicitis en beklemdre breuk: bij inwendige verbloeding wachte men niet tot morgen, maar opereert vóór de zon ondergaat. Menig langdurig ziekbed met onzekere toekomst, is aldus voorkomen.

Dit alles geldt echter alleen, als de zwangere vrouw de voorrechten geniet van een naar alle eischen des tijds goed ingerichte kliniek. Door de vlugge hedendaagsche vervoermiddelen kan vaak aan dezen eisch tegemoet gekomen worden. Echter niet altijd. De plattelandsverloskundige, die zich zelf moet behelpen, komt hier voor groote moeilijkheden te staan en gaandeweg heeft zich aldus in de verloskunde een verschil in indicaties ontwikkeld tusschen verloskundige behandeling in de kliniek en op het land, de klinisch operatieve en huiselijke normale verloskunde (Hirsch).

De onvoldoende hulp ten plattenlande is wel een van de voornaamste oorzaken van het betreurenswaardige feit, dat ondanks alle vooruitgang na Semmelweis ontdekking het kraambed nog talloze slachtoffers eischt. Van 6.000 moeders en 90.000 kinderen, die jaarlijks thans nog in Duitschland sterven, zou volgens Hirsch het grootste deel door de sectio te redden zijn. Deze uitspraak moge al te optimistisch zijn, zij wijst den huisarts op zijn plicht het sterftecijfer te verlagen door, voorbehoedend, alle verschijnselen gedurende de zwangerschap nauwkeurig waar te nemen en bijtijds maatregelen te nemen als baringsstoornissen dreigen. De zwangeren, lijdende aan albuminurie (dreigende eclampsie), aan bloedingen (placenta praevia), behept met sterk vernauwd bekken, mogen niet meer thuis bevallen. Zonder inwendig onderzoek verwijze men hen naar de kliniek, opdat haar de zegeningen der vooruitgaande wetenschap niet onthouden worden.

De huisverloskundige heeft een belangrijke taak te vervullen bij de leiding der *normale bevalling*. Onze inzichten hieromtrent zijn in de laatste kwarteeuw ook wel eenigszins veranderd: de ouderwetsche verloskundige, die zich weinig bekommerde om de kermende, gillende barende en alleen au moment suprême bij de geboorte te hulp schoot, behoort wel voor goed tot het

verleden. Zonder voorstander te zijn van de door narcotica kunstmatig teweeggebrachte baring in schemerslaap of pijnlooze baring kan de verloskundige door persoonlijk optreden, hoofdzakelijk psychisch, zeer veel leed verzachten; soms zal hij het morphine-spuitje of kleine doses chloroform niet kunnen ontberen. Wanneer hij dan volgens Van der Hoevens raad bijtijds de vliezen breekt, gebruik maakt op het juiste oogenblik van Kristellers handgreep en de uitdrijving doet geschieden in de door Jonges aangegeven ligging, zal hij de voldoening smaken niet alleen de barende spoediger uit haar lijden in den werkelijken zin des woord verlost te hebben, maar ook kunstmatig ingrijpen met den tang te hebben voorkomen. [noot: Na toepassing der methode van Van der Hoeven en Jonges is het aantal tangverlossingen in mijn practijk tot op de helft verminderd, na de invoering van pituitrine kwam de uitgangstang hoogst zelden meer voor].

De prophylaxe in de verloskunde is nog onlangs het onderwerp geweest van openbare besprekingen (Wissenbeek, Engelhard). Ik behoef daarover dus niet lang uit te wijden. Slechts zij vermeld, dat het vroeger gebruikelijke melkdiët (régimé lacté absolu) met vrucht kan vervangen worden door zoutloos diët (De Snoo).

Aan een al te langdurige zwangerschap (meer dan 300 dagen) make men door het breken der vliezen, toedienen van oleum ricini of kleine doses pituitrine en chinine een eind, daar gebleken is, dat de kindersterfte tienmaal zoo groot is als bij de normale verlossing. Ook een al te langdurige baring zie men niet al te lijdzaam aan: is ondanks krachtige weeën de ontsluiting in 24 uur niet volkomen geworden, dan volge men Aschners onlangs gegeven raad en verwijde men bijvoorbeeld volgens de methode van Bonnaire-Van Oordt het ostium; ook het terugschuiven van den oedemateusen voorloop over den schedel kan aanbeveling verdienen.

Slechts één voorwaarde! Dat men aseptisch handele. De noodzakelijkheid somtijds in de scheede te moeten manipuleeren, maakt mij huiverig mede te gaan met hen, die – ter wille van de steriliteit – het vaginale onderzoek vervangen door het rectale. In enkele Zwitsersche en Duitsche klinieken heeft het rectale onderzoek ingang gevonden en wordt het ook aan de vroedvrouwen aanbevolen. Mijns inziens geen voorbeeld ter navolging.

Ondanks de grootere voortvarendheid, die de huidige verloskundige bij het eerste en tweede tijdperk der bevalling ontwikkelt, blijft geduld nog steeds zijn beste eigenschap, een deugd, die hij vooral moet beoefenen in het derde tijdperk bij de verwijdering van de placenta. Vroeger werd daarmee te groote haast gemaakt; na-deelige gevolgen, onvolkomen loslating der nageboorte, bloedingen, atonie, retentie der vliezen bleven niet uit. Alleen bij heftige bloedingen moet snel ingegrepen worden en zij men niet te angstig de placenta manueel te verwijderen.

Wat het kraambed betreft, is niet veel nieuws te vertellen. De strijd of een besmet kraambed steeds te wijten is aan infectiekiemen van buiten, is nog niet

geheel beslist. Zelfbesmetting schijnt mogelijk te zijn. Het is daarom hoogst onbillijk elk gestoord kraambed aan de schuld van den verantwoordelijken verloskundige toe te schrijven, zooals helaas thans nog vaak, en vroeger steeds geschiedde. Menig nauwgezette geneeskundige heeft aldus groot leed en onverdiende verwijten ondervonden.

Bij de behandeling van het gestoorde kraambed is men steeds meer conservatief geworden; evenals dertig jaar geleden staat men vrijwel machteloos, als eenmaal de infectiekiemen in de omgeving en in de bloedbaan zijn binnengedrongen. Alle van de zijde der fabrikanten luidt aangeprezen nieuwe geneesmiddelen: collargol, electrogol, inspuiting met antistreptococcenserum, polyvalent serum zijn gebleken niet specifiek te zijn. Exstirpatie der baarmoeder, door sommigen aanbevolen, heeft evenmin mogen baten.

Als uitnemend middel, dat de involutie der baarmoeder bevordert, heeft het secale cornutum zich gehandhaafd; de chemische industrie vervaardigde talloze praeparaten, te veel om op te sommen; aan het versch bereide secale-infuus geef ik de voorkeur, het heeft mij slechts zelden in den steek gelaten.

De verzorging van het pasgeboren kind gaat buiten het bestek van deze les; alleen zij met groote voldoening vastgesteld, dat de neiging der moeders haar kind zelf te voeden in de laatste kwarteeuw zeer is toegenomen. De propaganda voor borstvoeding heeft geholpen. Wie had in het begin dezer eeuw, toen begonnen werd de ouderwetsche bakkers door geschoolde kraamverzorgsters te vervangen, kunnen voorspellen, dat het aantal borstkinderen tot 96% kon opgevoerd worden?

Dames en heeren. Mijn voornemen was als slot dezer les een algemeene beschouwing te geven over de gynaecologische opvattingen, zooals zij thans zijn in vergelijking met vroeger. Gemakkelijk is mij deze taak gemaakt door een inmiddels in dit Tijdschrift verschenen voordracht van prof. Nijhoff over Gynaecologie en gynaecotherapie, die ik u ter lezing aanbeveel. Ook Nijhoff [NTvG 1927] legt den nadruk op het feit, dat onze opvattingen ruimer zijn geworden, dat niet het orgaan, maar het organisme, niet de zieke baarmoeder of eierstok, maar de zieke vrouw moet waargenomen en behandeld worden.

In mijn voordracht van den vorigen artsencursus 'De pijn in de gynaecologie' gaf ik verscheidene voorbeelden, waaruit bleek, dat liggingsafwijkingen, vergrooting van baarmoeder of eierstok, inscheuring en verlenging van den baarmoederhals, op zich zelf beschouwd geen oorzaak van klachten behoeven te zijn. Door genezing van het zieke orgaan wordt niet steeds het einddoel, genezing der vrouw, bereikt. De grootste helft der hulpzoekenden op het spreekuur voor gynaecologie hebben meer psychische dan somatische behandeling noodig, en zelfs, wanneer operatieve of radiologische behandelwijzen verricht moeten worden, kan alleen gunstige uitkomst daarvan verwacht worden, wanneer tegelijk de vertrouwenwekkende geneesheer met zijn volle individualiteit gunstig kan

inwerken op de psyche. Voor een goed deel is de opgang, die de psychoanalyse de laatste jaren gemaakt heeft, daaraan toe te schrijven. Maar ook hier dreigt weer gevaar! Hetzelfde gevaar, dat men gelukkigerwijze bij de somatische studie van den mensch bezig is te overwinnen. Door al te nauwkeurige beschouwing van het onderdeel, van het orgaan, van de cel, door al te v r doorgevoerde analyse vergat men het geheel. Allerwege hoort men thans: Geeft ons synthese in plaats van analyse! Leert ons, hoe de organen onderling door middel van zenuwinvloeden, en secretieproducten in de bloedbaan, door het reticulo-endotheliale systeem samenhangen. Geeft ons verklaring van de levensverrichtingen van het organisme en niet uitsluitend van het orgaan! Bij het ontrafelen der zielefuncties door de psychoanalytici dreigt de ziel vergeten te worden. Men roept onbewuste herinneringen op uit het verleden, liefst op seksueel gebied, brengt neigingen en gedachten naar voren, zonder zich af te vragen of de ziel zelve niet daardoor naar voren, zonder zich af te vragen of de ziel zelve niet daardoor besmeurd wordt. Als met een ontleedmes wordt de psyche in haar fijnste geleidingen uit elkaar geplozen, de psyche als geheel met haar remmenden invloed op tot nog toe onbewuste en onbekende hartstochten wordt ondermijnd en komt aldus in verdrukking. Zelfbeheersching gaat op de vlucht. Boeken, als Stekels: *Die Geschlechtsk lte der*

Frau, als Van de Veldes *Het volkomen huwelijk* en dergelijke, waarin het natuurlijk aangeboren schaamtegevoel der vrouw niet alleen wordt aangerand, maar zelfs geheel wordt genegeerd, moeten, wanneer zij bij den man instemming verwerven, noodzakelijkerwijze aanleiding geven tot grootere conflicten in het gemeenschappelijk samenzijn van man en vrouw, als thans reeds bestaan. Ik zou u verscheidene voorbeelden uit mijn praktijk kunnen aanhalen, waar brutale veeleischendheid van de zijde van den echtgenoot op geslachtelijk gebied, de vrouw tot wanhoop heeft gebracht.

Aan u, huisartsen, aan ons, gynaecologen, de taak op te treden als beschermers der vrouw, opdat zij noch in het huwelijk, noch daarbuiten uitsluitend beschouwd wordt als een door de cultuur geremd, in haar onderbewustzijn slechts naar seksuele bevrediging verlangend lustobject: analyseert de vrouwenpsyche, maar niet alleen op seksueel gebied. Tracht synthetisch de motieven eener handeling op te bouwen om de psyche in haar geheel te leren kennen, dan zult gij tot de overtuiging komen, dat de zoo treffende uitingen van hulpvaardigheid, van moederliefde, van zelfopoffering geen sublimaties zijn van onderdrukte seksuele of perverse hartstochtelijke gevoelens, maar van hoogerhand gegeven eigenschappen der vrouwenziel, die zij bezit en bezeten heeft, zoolang het menschdom bestaat.



[Afb. 145 a en b]. De Amsterdamse obstetricus en vrouwenarts Bodo J.W. Slingenberg informeerde zijn collega's in 1909 over 'Het voorkomen eener bilnaadscheur tijdens de normale baring' [53 (1909) II, 740-744 en 904-905]. 'Het betrekkelijk hooge percentage der bilnaadscheuren bij eerst-barenden bij wie de baring wordt geleid volgens de bestaande methoden, geeft mij aanleiding een methode bekend te maken, welke door mij gedurende eenige jaren is toegepast en waarmede het mij is gelukt het aantal scheuren tot enkele procenten terug te brengen', zo opende hij zijn bijdrage. 'In hoofdzaak sluit zij zich aan bij de reeds bestaande. Het goede gevolg wordt echter verzekerd, zooals zoo vaak in ons beroep, door schijnbare kleinigheden en enkele trucs.' De bedoelde methode werd geadstrueerd met twee afbeeldingen. Tot de voordelen rekende Slingenberg de verkorting van de 'p riode du d sespoir' en 'het algeheel beheerschen van den toestand', waardoor er geen ruimte was 'voor zenuwachtigheid bij den verloskundige'.



[Afb. 146]. In zijn klinische les over 'De gevaren bij het onderzoek naar de oorzaak van steriliteit' [88 (1944) I, 560-562] rapporteerde de Rotterdamse vrouwenarts Balthazar S. ten Berge, later hoogleraar verloskunde en gynaecologie te Groningen, over de complicaties na een salpingografie met behulp van lipiodolinspuitingen bij een 27-jarige vrouw. Het relaas geeft indirect een goed tijdsbeeld van de bezettingsjaren én van het pre-antibioticatijdvak. Een maand na de ingreep moet de vrouw worden opgenomen 'met een groot infiltraat in het bekken, achter en naast den uterus gelegen. Achter de baarmoeder ontwikkelt zich een absces waarvoor colpotomie wordt verricht. In den etter worden staphylococci gevonden, waarna een periode van drie maanden van koorts en etterafscheiding volgt. Daarna wordt patiënte geëvacueerd wegens brand van het ziekenhuis. Na drie weken wordt zij weer opgenomen. Op de longphoto ziet men geen afwijkingen. De reactie van Pirquet blijkt positief te zijn. In november wordt begonnen met een dieet volgens Gerson en met röntgenbestraling. Patiënte onderbreekt deze behandeling door haar vertrek. Thuis wordt zij goed verpleegd en gevoed. Zij krijgt een darmfistel in den buikwand. April 1943: ramp in het Westen van Rotterdam, evacuatie naar buiten. Spoedig moet zij opnieuw in een ziekenhuis worden opgenomen. Er ontwikkelen zich meer fistels. 27 februari 1944 overlijdt de zieke, vier jaar na het vervaardigen van de lipiodolphoto. Hieruit blijkt wel', aldus Ten Berge, 'hoe labiel de gezondheidstoestand van een vrouw met doorstane tuberculose der geslachtsorganen is.' Op de röntgenfoto is de driehoekige schaduw te zien van de met lipidol gevulde uterus. Het oorspronkelijke bijschrift vermeldt: 'De tubae zijn afgesloten. Aan den rechter kant is contrastolie gekomen in het veneuse gebied van den breeden band. Uit dit veneuse gebied, den plexus dien de vena uteri hier vormt, is door een anastomose de vena ovarica bereikt. In de vena ovarica, die rechts naast de wervelkolom zichtbaar is geworden, heeft de olie zich in druppels verdeeld. Ook in het veneuse gebied dat achter de baarmoeder voor het sacrum is gelegen, is lipiodol gekomen'. Aan het slot van zijn klinische wijst Ten Berge, naar aanleiding van een artikel van zijn Duitse collega Heinrich Martius [*Zentralblatt für Gynaekologie* 1943], nog 'op een gevaar van geheel anderen aard en wel op de mogelijkheid van beschadiging door Röntgenbestraling. Röntgenstralen kunnen een gen beschadigen, doordat een electron een ionisatie in het gecompliceerde eiwitmolecuul van het gen doet ontstaan. Het is mogelijk, dat een ion uit het eiwitmolecuul door het electronenbombardement wordt weggeslagen of dat een binding wordt veranderd. Deze geringe afwijkingen veroorzaken een mutatie, die ook in latere generaties merkbaar kan zijn. Men verhoogt dus de mogelijkheid van mutaties. Uit de uitkomsten van het biologische experiment, waarbij eicellen krachtig bestraald worden ten gevolge waarvan een degeneratieve nakomelingschap ontstaat, kan men wel besluiten, dat deze mutaties verlies beteken. Moeilijk zal het zijn dit van geval tot geval aan te toonen. Het is echter denkbaar, dat indien een grotere bevolkingsgroep dit proces ondergaat, het op den duur zeer ongewenste gevolgen kan hebben. Om verschillende redenen moet men dus bij het onderzoek naar de oorzaak van steriliteit zeer voorzichtig te werk gaan, het is mijn indruk, dat dit tegenwoordig te dikwijls uit het oog wordt verloren'!

[A52] A.W. Ausems, *Een en ander uit de kraamkamer* (1940)

Wij, lezers van het Tijdschrift, zijn de Redactie nog steeds buitengewoon dankbaar voor de rubriek 'clinische lessen', die in de laatste jaren een belangrijk onderdeel der afleveringen uitmaken. De vorm waarin die klinische lessen gegoten worden, de wijze waarop het geval aan den lezer wordt voorgesteld en uitgesponnen, benaderen niet zelden de *viva vox* zelve van den schrijver, zoodat men dezen en den patiënt als in levenden lijve voor zich ziet. Soms echter heb ik een bezwaar, namelijk dat de werkwijze van de kliniek te weinig is ingesteld op de werkelijkheid der dagelijksche omgeving. Wat in de kliniek als het beste, zelfs eenig juiste wordt erkend, kan niet altijd in de huiselijke omstandigheden van den patiënt, waaronder de arts moet werken, worden toegepast en moet dikwijls door iets anders worden vervangen. De behandeling in de kliniek is niet zelden ingewikkeld, dit mag ook wel, omdat de gewenschte hulpmiddelen talrijk zijn en gemakkelijk te bereiken. De huiselijke omstandigheden echter dwingen herhaaldelijk tot snelle, afdoende maatregelen, terwijl dan blijkt, dat met de eenvoudiger apparatuur toch een gunstig resultaat voor de patiënten te bereiken valt.

Ik meen dat in het bijzonder de verloskunst tot bovenstaande opmerkingen aanleiding geeft. Immers juist in de verloskunst gebeurt het zoo dikwijls, dat men plotseling voor onverwachte verwickelingen komt te staan, waarbij onmiddellijk en ter plaatse zelve gehandeld moet worden en waarbij de exacte methodes der kliniek niet in aanmerking kunnen of behoeven te komen. Zoo bestaat er aanleiding tegenover de klinische obstetrie eenige aandacht te vragen voor wat men zou kunnen noemen de huiselijke verloskunst.

Om te beginnen iets over den *forceps*. Er bestaan vele verloskundige tangen, van allerlei vorm, doch alle variaties op eenzelfde grondgedachte; want aangezien het doel: het uithalen van het kinderhoofd, voor alle hetzelfde is, kunnen de verschillen in vorm slechts van ondergeschikte beteekenis zijn en houden zij verband met den wensch het technische effect van de tang zoo groot mogelijk te doen zijn. Het is daarom ook begrijpelijk, dat het eene model meer rekening houdt met de moeder, het andere meer met het kind en dat zoo-vele voorgangers in de verloskunst een eigen verlostang hebben bedacht, die dan naar hun meening het best aan alle eischen zou voldoen. Hierbij mag niet vergeten worden dat een zeker conservatisme en nationalisme en ook een *jurare in verbis magistris* van de zijde der verloskundige kunstbroeders voor een deel de keuze aan een bepaalde tang gebonden houden. Zoo gebruikt men in Nederland voor het meerendeel de tang van Naegele.

Wij zijn allen aan de kliniek zeer zorgvuldig en zeer schoolsch onderricht in de techniek van deze tang en zouden bij het gebruik geen enkele afwijking van de officieele handgrepen durven wagen, bij ervaring

wetende dat het nuttige effect goeddeels afhankelijk is van een zeer correcte hanteering. Men denke slechts aan het aanleggen er van. Als dit niet zeer voorzichtig, zachtzinnig en geduldig geschiedt, kan het moeilijk en voor de moeder heel pijnlijk zijn. De geringste asymmetrie van de lepels maakt het sluiten lastig, soms onmogelijk. Forceert men dit onwillekeurig, dan is een verwonding van het kinderhoofd vrijwel zeker. Dit forceeren geschiedt heel gemakkelijk, omdat de handvatten der tang een goed houvast bieden en er als het ware toe uitlokken. De gansche bouw is te massief in verhouding tot de groote kwetsbaarheid van de weefsels der moeder en het teere kinderhoofd.

Het is overigens een algemeen kenmerk vooral van de oudere maar ook van de meeste thans bestaande tangmodellen, dat zij in de eerste plaats berekend zijn op aanwending van kracht. Men moest immers voorheen de moeder 'verlossen', verlossen van haar kind, hoe dan ook. Om ontsluiting, indaling en ligging van het hoofd bekommerde men zich weinig of niet en de uithaling van het kind vergde dan dikwijls een buitengewone en ruwe kracht. Het instrument moest dus wel sterk en massief zijn. Ik herinner mij hoe nog in de eerste jaren dezer eeuw een Utrechtsche verloskundige een extra zwaar gebouwde tang voor de moeilijke verlossingen bezat. Deze verlossingen geschieden dan onder het motto: als ik de tang er maar in krijg, krijg ik het kind er wel uit. Wat er van het kind veelal terecht kwam, behoeft men niet te vragen.

Onze hedendaagsche houding ten opzichte van moeilijke bevallingen is gelukkig anders geworden. De techniek is verbeterd en het instrumentarium houdt rekening ook met het kind. Heel sterk komt dit uit bij den *forceps*, die Boerma indertijd construeerde, welke tang echter tengevolge van het bovenvermelde conservatisme, doch in strijd met het nationalisme, nog steeds niet de populariteit heeft verworven, die het instrument ten volle verdient. Deze tang mist de nadeden der classieke modellen van Naegele en anderen en bezit daarentegen zeer te waardeeren voordeelen.

De *forceps* is in de eerste plaats zeer klein, bijna vestzakformaat, maar toch groot genoeg om zelfs een hooge-tangextractie te kunnen doen. Zij is licht gebouwd en elastisch, doch sterk genoeg om er ten volle op te kunnen vertrouwen. Zij bezit geen handvatten. Men kan het hoofd dus niet samenknijpen, hetgeen van groote beteekenis is ter voorkoming van hersenbloeding. Men behoeft zich ook niet te bekommeren over het 'kruisen' der lepels en het doet er dan ook niet toe welken lepel men het eerst inbrengt. Wanneer de ontsluiting en indaling volkomen zijn en men op de hoogte is van de ligging van het hoofd, is het inbrengen van de tang heel eenvoudig. Men schuift de lepels naar binnen zooals een catheter in de blaas, want het is geheel onnoodig eerst twee vingers in de vagina te

brengen en op geleide daarvan de tang. Het zal duidelijk zijn dat de patiënte van het inbrengen der lepels op deze wijze in het geheel geen pijn gevoelt. Alleen als het hoofd niet volkomen is ingedaald, moet men ter meerdere zekerheid met den vinger controleeren of de tang goed op haar plaats ligt.

Het is voor een uitgangstang van geen enkel voordeel of gemak de barende dwars te leggen. De uithaling geschiedt terwijl men naast het bed staat en de patiënte gewoon te bed ligt, doch met de beenen verticaal omhoog, teneinde het uittreden van het hoofd – met het oog op het perineum – goed te kunnen controleeren en zeer geleidelijk te doen geschieden. Daartoe maakt men de lepels los, zoodra een flink deel van het hoofd zichtbaar is en neemt ze geheel weg vóór het hoofd gaat 'doorsnijden'. De kunstbewerking doet op deze wijze volstrekt niet méér pijn, dan wanneer het hoofd spontaan geboren wordt en soms weet de patiënte niet eens, dat de forceps gebruikt is, als men het haar te voren niet heeft gezegd. Ik zie geen kans met de tang van Naegele de kunstverrichting op een zóó weinig indruk makende wijze te doen verloopen en men krijgt dan ook van de patiënte en haar omgeving geregeld te hooren, dat men zich dit geheel anders en veel erger had voorgesteld.

Het breken der vliezen. Het is alweer vele jaren geleden, dat er een felle strijd woedde tusschen de Leidsche verloskundige school onder prof. Van der Hoeven en de Utrechtsche onder prof. Kouwer. Het ging over de vraag of men de vliezen een uur vroeger dan wel een uur later zou breken. In Leiden was men voor vroeg breken der vliezen, te Utrecht wachtte men totdat er eerst volkomen ontsluiting was. *Medio tutissimus ibis*, de veiligste weg ligt in het midden, vond de kraamvrouw wier meening ik vroeg. 'Als ik een tijdlang goed aan den gang ben, dan roep ik mijn dokter, die breekt het water en dan is het kind er zoo.' Aldus doen, door een zeker instinct geleid, de overgrootste meerderheid der meerbarenden en de meeste artsen met practijkervaring. Met die instinctieve handelingen van de kraamvrouw en haar dokter valt, als oorzakelijke factor, doorgaans een bepaalde phase van het baringsproces samen, namelijk het oogenblik, waarop het onderste uterussegment geheel ontplooid en gerekt is, en de baarmoedermond sterk verdund en voor 3-7 cm ontsloten is.

Tegen dit oogenblik begint de ontsluitingspijn haar hoogtepunt te bereiken, de patiënte komt meer en meer onder het angstige besef van de naderende geboorte en roept haar dokter. Deze komt, onderzoekt, vindt de ostiumranden en het onderste uterussegment als bovenvermeld en breekt de vochtblaas, ongeacht of de ontsluiting 3, 6, of 9 cm bedraagt. Tijdens een volgende wee en terwijl de barende perst, kan men dan ervaren, dat voor den rekkenden vinger de baarmoedermond openschuift als een gordijn. Met een paar weeën heeft het ostium zich teruggetrokken over het hoofd of kan men dit zonder eenige moeite over het hoofd terugschuiven, waarna de uitdrijving volgt.

Het is dus niet de mate van ontsluiting, die het breken der vliezen bepaalt, doch de mate van het gerekt zijn van het ostium en het onderste baarmoedersegment. Een enkel voorbeeld. Men komt bij een barende, vindt het hoofd half ingedaald, de ontsluiting is 4 cm, de ostiumrand dik en stug, de wand van het onderste uterussegment is eveneens dik. Men breekt de vliezen niet. Na een paar uren onderzoekt men weer, het hoofd is wederom half ingedaald en de ontsluiting nog steeds 4 cm, doch thans zijn de ostiumrand en het onderste uterussegment gerekt en zoo dun als papier. De weeën zijn in die paar uren veel sterker geworden. Thans breke men gerust de vliezen en de geboorte zal spoedig volgen.

Omgekeerd kan het voorkomen dat men een ontsluiting van 8 cm vindt met nog dikke ostiumranden. Let men alleen op de ruime ontsluiting, dan breekt men de vliezen, meenende daarmee de baring te bespoedigen. Doch de ontsluiting neemt niet toe en de geboorte volgt niet. De ostiumrand wordt in plaats van dunner gaandeweg dikker en gezwollen, vooral de voorlip. Men zegt dan, dat de voorlip beknelde zit tusschen bekken en hoofd en dientengevolge oedemateus is geworden. Dit is onjuist. Het zijn de krampachtige, plaatselijke samentrekkingen van een deel van het onderste uterussegment, die de physiologische ontplooiing er van verhinderen en oedeem van het onderste gedeelte veroorzaken. Men krijgt dan een verzoek de baring met de tang te komen beëindigen. Aan dit verzoek wordt echter niet voldaan, maar wel wordt tijdens een wee en in steensneeligging (vanwege de betere toegankelijkheid) het ostium over het hoofd terugschoven, waarna onmiddellijk de persweeën het hoofd uitdrijven. Ondanks de ruime ontsluiting werden hier de vliezen te vroeg gebroken. Met slecht gevolg. In het eerste voorbeeld had eerst Utrecht en daarna Leiden gelijk, in het tweede alleen Utrecht.

Het breken der vliezen worde niet schoolsch bepaald door een centimetermaatje, maar door een zorgvuldige waarneming van het baringsproces.

Tot slot een vraag. Waarom laat men het breken der vliezen niet in alle gevallen aan de natuur over? Omdat de vliezen zeer sterk wisselen in taaiheid en het effect van de weeën dikwerf onvoldoende is. Daarom, het zekere voor het onzekere verkiezende, neme men op het physiologische oogenblik, maar ook dan alleen, het werk der natuur over.

Het verwijderen der placenta. Nadat er sinds het ontstaan van het mensdome eenige milliarden geboorten hebben plaats gevonden, mag het wel een beetje dwaas schijnen thans nog richtlijnen omtrent het verwijderen der nageboorte te willen uitstippelen. Het blijft echter een feit, dat elke jonge generatie van artsen telkens weer opnieuw met een stillen angst voor de nageboorte het pad der verloskunst betreedt, welke angst bij sommigen in de komende jaren slechts moeilijk en langzaam verdwijnt. Het gaat natuurlijk om het overmatige bloedverlies in het nageboortetijdperk. Toch is er in het geheel geen reden om zoo bang te zijn

voor bloeding. Want er bestaat bij den mensch geen enkel orgaan dat zich zoo nauwkeurig naar de physiologische regels pleegt te gedragen als de baarmoeder, geen enkel dat zoo gewillig aan een verstandige leiding van den verloskundige gehoorzaamt, maar ook geen enkel dat zoo gevoelig is voor te ver gaande bemoeizucht en voor mishandeling.

Wanneer derhalve bij de baring en dan met name in het nageboortetijdperk zich gevaarlijke afwijkingen van het physiologische beloop voordoen, is dit in zeer veel gevallen het gevolg van een verkeerd beleid van den verloskundige. Ervaren vroedvrouwen dekken na de geboorte van het kind de kraamvrouw met een laken toe en gaan in alle gerustheid het kindje verzorgen, met de opdracht aan de moeder te waarschuwen als ze pijn voelt of erg vloeit. Maar men ziet ook jeugdige verloskundigen, die zich niet eens den tijd gunnen de navelstreng te onderbinden, doch onmiddellijk den uterus gaan knijpen en wrijven, met injectiespuitjes allerlei prikkels gaan toedienen en hiermee niet ophouden, voordat het heele huis op stelten staat, de arme kraamvrouw lijkleek terneder ligt en zij zelf met parelend zweet bedekt zijn. De geplaagde en telkens weer opgezwepte baarmoeder valt beurtelings van een overmatige contractie in een totale verslapping en reageert ten slotte heelemaal niet meer. De ter hulp geroepen oudere en ervarener collega verwijderd als terloops even de nageboorte en bemoeit zich verder niet meer met den buik. Hij zet zich aan het hoofdeinde van het bed en doet daar hetgeen noodig is om de patiënte over den schok van het groote bloedverlies heen te helpen. De baarmoeder is verder voor hem een *noli me tangere*.

Nu is niet iedereen zoo phlegmatisch als een semi-arts uit mijn assistententijd, die na de geboorte van het kind kalm verdween en tegen de baker zei: 'bewaarde nageboorte maar, die zie ik wel als ik morgen terugkom'. Deze aanstaande collega deed te weinig; maar zeker is het, dat velen zich in het nageboortetijdperk te buiten gaan aan een onphysiologische, soms gevaarlijke polypragmasie. Ten aanzien van de geboorte der placenta moet men zich van eenige feiten goed bewust zijn:

(1) Tegelijk met de uitdrijving van het kind heeft, door de verkleining van de insertieplaats, de placenta in den regel over haar geheele oppervlakte van den uteruswand losgelaten.

(2) Waar hier en daar kleine gedeelten nog vastkleven, geschiedt die loslating na een, twee of drie naweën en dan ligt de placenta geheel los in het onderste deel der baarmoeder of voor een deel zelfs in de vagina.

(3) Nadat het kind geboren is, beteekent de placenta voor de baarmoeder een vreemd lichaam: Zij komt

niet eerder in rust, d.w.z. in een blijvenden matigen contractietoestand, vooraleer dit corpus alienum uit haar holte is verdreven.

(4) Als men bij de derde nawee, dus na 10 tot 20 minuten, met vinger en duim aan de navelstreng trekt, tegelijk met de vlakke hand op den fundus drukt en de patiënte laat persen, komt in ten minste 90 van de 100 gevallen de placenta zonder eenige moeite te voorschijn. Bij mislukking wachtte men een kwartier.

(5) Het is een verloskundige doodzonde, als men na de geboorte van het kind door wrijven en knijpen de baarmoeder gaat mishandelen, want daardoor verhindert men physiologische contracties en verstoort aldus het stollingsproces in de openstaande lumina der uterine vaten, met gevaar voor abnormaal bloedverlies dientengevolge.

(6) Deze doodzonde geeft dan dikwijls aanleiding tot een andere, namelijk de onzalige methode van Credé, het gewelddadige leegknijpen van den uterus met een of beide handen.

(7) Is er een werkelijk onrustbarende bloeding, dan moet men niet talmen met het verwijderen der placenta, want men kan er vrijwel zeker van zijn, dat het bloedverlies zich anders spoedig herhaalt. Gelukt de verwijdering niet onmiddellijk door druk op den fundus en licht trekken aan de navelstreng, dan aarzele men niet de nageboorte met de hand te verwijderen. Uitstel kan levensgevaar voor de patiënte beteekenen.

(8) Andere redenen, dan een heftige bloeding, om met spoed de placenta te verwijderen zijn er nauwelijks. Indien de placenta een enkele maal op zich laat wachten, zonder dat bloedverlies tot ingrijpen dwingt, dan moet men rustig blijven en tot zelfs enkele uren geduld hebben.

(9) Echte atonie van den uterus na de geboorte komt, practisch gesproken, niet voor. De bijzonder georganiseerde spiermassa van de baarmoeder kan slechts zeer voorbijgaand in een atonischen, spanningsloozen toestand verblijven.

(10) Met medicamenteuse, zoowel als met hormonale producten zij men in het nageboortetijdperk uiterst voorzichtig, vermits men vooruit nooit weet of en op welke dosis de baarmoederspier op physiologische wijze zal reageeren en omdat elke onphysiologische reactie gevaar kan opleveren.

Samenvatting. De voordeelen van de verlostang van Boerma worden besproken. Voorts wordt het tijdstip toegelicht, waarop de vochtblaas dient te worden gebroken, benevens de gedragslijn van den verloskundige in het nageboortetijdperk.

[A53] N.J.A.F. Boerma, *Over de verlostang* (1941)

De clinische les over: 'Tangverlossing', heeft waarschijnlijk dr. Ausems aangespoord tot het schrijven van zijn opstel: 'In en om de kraamkamer' (→A52). Daarna hebben mij van verschillende zijden verzoeken bereikt om inlichtingen betreffende de door mij, nu reeds 35 jaar geleden beschreven kleine, doelmatige, evenwijdige tang. Daar ieder verder gerucht of aanprijzing mijnerzijds, althans in geschrifte, is achterwege gebleven, en het tegenwoordige geslacht van artsen dezen 'steun en toeverlaat' dus niet, of ten hoogste in afbeelding kent, wil ik een korte uiteenzetting geven betreffende de samenstelling en het gebruik van het instrument. Dit heeft buitendien nog een wijziging ondergaan, welke tot dusver niet algemeen bekend is gemaakt, en die ik toch als een belangrijke verbetering beschouw. Wanneer men in een meer dan dertigjarigen, steeds zeer drukken verloskundigen werkkring vrijwel steeds hetzelfde instrument gebruikt, kan het wel niet anders, of er komt geleidelijk een betere aanpassing tot stand aan de eischen waaraan een goede verloskundige tang dient te voldoen, ten einde de nadeelen zoo klein en de voordeelen zoo groot mogelijk te doen zijn voor moeder en kind. Dat ook de verloskundige hierbij gebaat is, spreekt wel vanzelf, maar dit is niet de hoofdzaak.

Sinds het midden der vorige eeuw wordt in ons land vrij algemeen als verlostang gebruikt het instrument, genaamd naar Naegle [*Lehrbuch der Geburtshilfe*]. Onder de zeer schaarsche afbeeldingen in diens leerboek vindt men ook die van bovengenoemde tang. Zooals bekend mag worden ondersteld, is dit instrument een mengvorm van de toenmaals bekende tangen van Levret en van Brünninghausen. De geheele lengte ervan geeft Naegle op als 38 cm, die der lepels 23 cm, terwijl deze laatste 41 mm breed zijn; de verdere maten ga ik hier stilzwijgend voorbij. Vóór het bekend worden van deze tang waren in Nederland voorzoover ik weet, vooral de instrumenten van Busch, Brünninghausen, van Levret-Baudeloque, van Salomon en ook nog de korte types van Smellie, Johnson, e.a. in gebruik [C.J. van der Klaauw, *NTvG* 1940]. Na het uniform worden van de artsenopleiding zijn al deze instrumenten buiten gebruik geraakt, en is aan dat van Naegle de voorrang gegeven.

Tijdens mijn assistentschap, en vooral als leider van den verloskundigen buitendienst, (waarbij destijds de goede gewoonte bestond, dat alle kunstbewerkingen aan huis der patiënten geschieden, en maar uiterst zelden een patiënte om deze reden naar het ziekenhuis werd gebracht), heb ik de eerste jaren de tang volgens Naegle gebruikt, niet zonder succes, en vaak met waardeering. Langzamerhand echter, toen de tangverlossing meer routinewerk was geworden, zonder dat de belangstelling verflauwde voor het steeds blijvende probleem: hoe krijg ik het gemakkelijkst en met het minste nadeel het kinderhoofd uit het kleine bekken naar buiten, en,

mij bewust van de zeer groote beteekenis van druk op en beschadiging van den kinderschedel, verliet mij de gedachte niet meer, dat een gekruist knijpinstrument niet het doelmatigst kon zijn. Wanneer men de beschadigingen van de kinderhoofden ziet, en tegelijk het misbruik, dat van de knijpende eigenschap der tang gemaakt wordt door jonge, onervaren menschen, die het schrikbeeld van 'afglijden' steeds voor oogen hebben, dan kan het wel niet anders of de wensch moet opkomen, iets anders, iets onschadelijkers, iets beters te zoeken.

Het resultaat van deze overwegingen is geweest de samenstelling van mijn evenwijdige verlostang, die als toenmalig eindmodel werd bekend gemaakt in het *NTvG* 1905 en later in het *Zentralblatt für Gynaekologie* en andere tijdschriften [zie ook *Nederlandsch Maandschrift voor Verloskunde en Vrouwenziekten en voor Kindergeneeskunde*, 1912]. Het belangrijkste voordeel van deze tang is, dat er nagenoeg geen druk wordt uitgeoefend op het kinderhoofd, en den nerveusen of angstigen geneeskundige vrijwel de gelegenheid benomen wordt, het kinderhoofd samen te knijpen. Dat het verschil in uitgeoefenden druk bij gebruik van het algemeen gebruikte type van de tang volgens Naegle, en bij gebruik van mijn instrument zeer groot is, blijkt uit het volgende. Aangenomen wordt dat mijn tang gebruikt wordt met de handpalm geplaatst dwars over de lepelstelen (fig. 1), en die volgens Naegle met de handpalm geplaatste dwars over de handvatten, zooals overal onderwezen wordt bij de phantoomoefeningen en in de klinieken.

Laten wij dan voorloopig aannemen, dat de druk van de hand gelocaliseerd is in het midden van haar breedte, wat in werkelijkheid niet het geval is. Wij willen berekenen het drukeffect van de lepeltoppen in een geval, waar op den greep van beide tangen gedrukt wordt met een hypothetische kracht van 8 kg. Bij mijn tang is de afstand van het steunpunt (slot) tot lepeltop 27 cm, de drukkende kracht (midden handpalm) werkt op ongeveer 6 cm van het slot. Wij krijgen dan als drukeffect op den lepeltop: $(8 \text{ kg} \times 0,06 \text{ m}) / 0,27 \text{ m} = 1,77777 \text{ kg}$. Bij de (kleine) tang naar Naegle is de afstand van het steunpunt (slot) tot lepeltop 20 cm, de drukkende kracht (midden handpalm) werkt op ongeveer 10 cm van het slot. Wij krijgen dus hier een effect van: $(8 \text{ kg} \times 0,10 \text{ m}) / 0,20 \text{ m} = 4 \text{ kg}$. Dus het drukeffect is meer dan twee malen zoo groot bij dezelfde gebruikte kracht. In waarheid is dit verschil nog grooter, daar de uitgeoefende druk bij het omvatten van den greep niet gelocaliseerd is midden in de handpalm, maar meer naar de radiale zijde, vrijwel ter hoogte van het metacarpophalangeale gewricht van den wijsvinger. Dit nu ligt bij het aanleggen van mijn tang dichter bij het steunpunt (slot), waardoor de berekende $1,77777 \text{ kg}$ nog kleiner wordt, bij het aanleggen van de tang vol-



Fig. 1

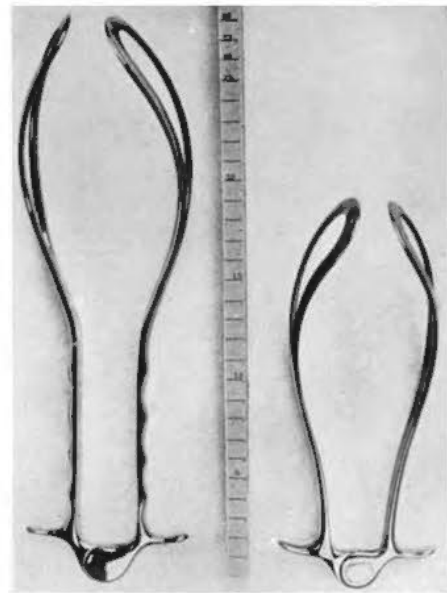


Fig. 2

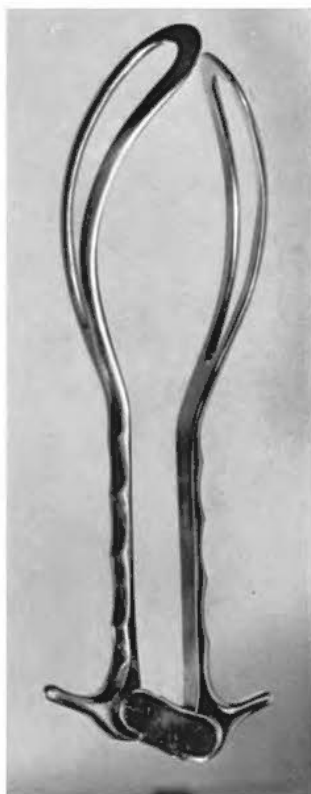


Fig. 3

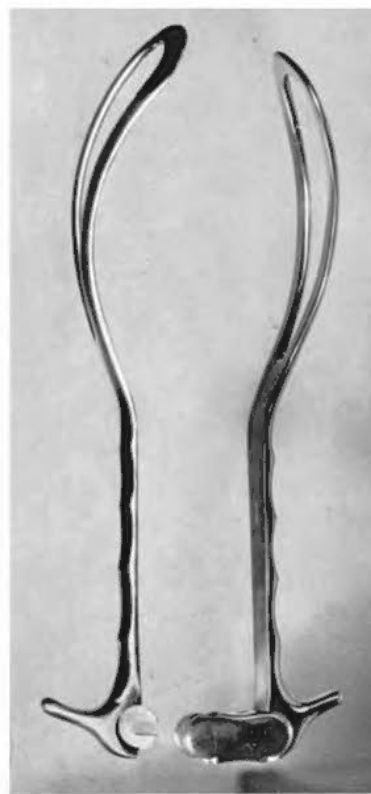


Fig. 4

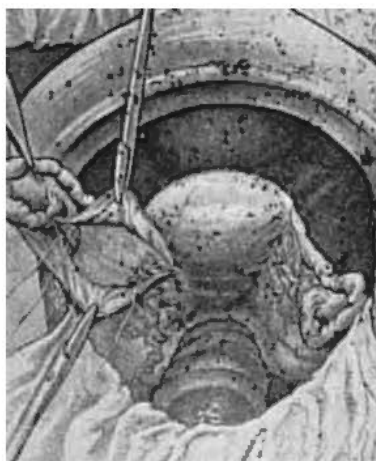
[Afb. 149a-d]. De Haagse vrouwenarts Nicolaas J.A.F. Boerma, die korte tijd (1927-1930) hoogleraar te Batavia was geweest, illustreerde in 1941 zijn beschrijving van de verlostang die hij in 1905 had geïntroduceerd [Een nieuwe verloskundige tang, 49 (1905) II, 946-955] met een viertal afbeeldingen: (a) van de positie van de handpalm dwars over de lepelstelen, (b) van de aanpassing van de tang door weglating van de lepelstelen, en (c-d) van de aanpassing van de verbinding tussen de lepelstelen en van het slot.

gens Naegele verder van het slot, waardoor de berekende 4 kg nog grooter wordt. Hieruit volgt dus: bij gelijke samendrukkende kracht, uitgeoefend door den verloskundige, is het drukeffect op het kinderhoofd bij mijn tang nog niet de helft van dat bij de tang volgens Naegele. Dat de druk op het hoofd van het kind bij gewonen stand, diep in het bekken, tijdens de forcipale verlossing niet grooter behoeft te zijn, dan de verhoudingen tusschen hoofd en weeke deelen nu eenmaal meebrengen, wordt aangetoond door de volgende proef, die ik een jaar lang bij meer dan twintig tangverlossingen heb genomen. Van een exemplaar der kleine tang heb ik de lepelstelen laten wegnemen, zoodat alleen de lepelbladen met het slot en de trekhaken overblijven (fig. 2). Dit wanstaltige instrument laat na aanlegging alleen trekking toe, de lepelbladen zijn geheel verdwenen in de vagina, de trekhaken liggen tegen de labia majora, alle actieve zijdelingsche druk door den arts is hierbij onmogelijk. En toch wordt het hoofd ermee naar buiten gebracht. De zijdelingsche druk van de normale weeke deelen der moeder is voldoende om de, in de hoofdkromming goed gebogen, lepels op hun plaats te doen blijven ten opzichte van het kinderhoofd.

Bij het ondernemen van een tangverlossing staat het hoofd niet altijd symmetrisch in de weeke deelen der moeder; zeer dikwijls staat het nog scheef, daar de spildraai nog niet volledig is volbracht. In de verloskundige praktijk zijn dit wel de meest voorkomende gevallen; daarnaast ziet men wel, dat het hoofd nog geheel dwars in het bekken staat. Iedere verloskundige met ervaring weet, dat in deze gevallen bij het aanleggen van de tang de achterste lepel veel verder moet worden ingebracht, dan de voorste. Bij tangen met vast slot, zooals de 'gewone' tangen nu eenmaal zijn, tracht men dit te compenseeren door de tang diep tegen het perineum te drukken. Levret heeft reeds getracht aan deze veel voorkomende moeilijkheid tegemoet te komen, door een 'axe ambulant' aan te brengen, waardoor het mogelijk was de lepels op drie verschillende punten te vereenigen.

Veit Karl heeft een verschuivend slot geconstrueerd, dat later is overgenomen door Kjelland. Het Engelsche slot, door Walker voor het eerst aangebracht, geeft ook den lepels eenigermate gelegenheid, zich in lengterichting ten opzichte van elkaar te verplaatsen. Bij mijn tang heb ik, reeds meer dan twintig jaar geleden, het verbindingsstuk tusschen de lepelstelen, waarvan het slot deel uitmaakt, beweeglijk gemaakt en het slot naar links geplaatst. Hierdoor is een beperkte verplaatsing in lengterichting van de lepels mogelijk gemaakt, wat de bruikbaarheid verhoogt voor alle gevallen (fig. 3 en 4). [De modellen werden voor mij vervaardigd door de firma J.M. Hopma te Groningen, later door de firma's Laméris en Martin Loth jr. te Utrecht.] Verder heb ik de lepelbladen smaller laten maken, waardoor deze zich nog beter aanpassen aan de welving van het kinderhoofd, en een eventuele uitspanning van vaginawand en vulvarand over de lepelkanten nog meer voorkomen wordt. Hiermede meen ik den artsen een bruikbaar en betrouwbaar instrument te hebben gegeven, dat bij verstandig gebruik een minimum letsel geeft aan kinderen en moeders.

Samenvatting. Door het gebruik van gekruiste verlostangen (als voorbeeld wordt genomen de tang van Naegele) bij diepstaand hoofd lijdt het kinderhoofd een druk, welke dikwijls zichtbare sporen achterlaat, doch waarvan men kan vermoeden dat onzichtbare gevolgen tot uiting zullen komen tijdens de verdere ontwikkeling van het jonge kind. Schrijver toont door eenvoudige berekening aan, dat het gebruik van een korte, evenwijdige tang dit nadeel in veel geringere mate met zich brengt, en tevens dat actieve druk door den arts op het hoofd van het kind bij de baring onder normale anatomische toestanden onnoodig is. Afbeeldingen worden gegeven van zijn evenwijdige tang, waarvan de lepels onderling beweeglijk zijn, zoodat zij op ongelijke diepte kunnen worden ingebracht bij scheef- of dwarsstaand hoofd. Een meer dan twintigjarig gebruik heeft de doelmatigheid van het instrument aangetoond.



[Afb. 150a en b]. De Amsterdamse hoogleraar obstetrie en gynaecologie Adrianus H.M.J. van Rooy bood de lezers van het *NTvG* in 1922 een uitvoerig overzicht van de vaatziekten bij de vrouw [66 (1922) II, 2817-2838]. Onder de bijgevoegde afbeeldingen bevinden zich deze tekeningen van een varicocoe pelvica (afb. 150a) en van de techniek om het variceuze complex operatief te verwijderen (afb. 150b). De zwarte spikkels op de tekening zijn beschadigingen op de originele prent.