



Over herhaalde baring bij dezelfde vrouw

<https://hdl.handle.net/1874/294998>

1409

B. 165.

OVER HERHAALDE BARING
BIJ DEZELFDE VROUW.

J. P. M. KORNH.

ss.
cht
9

OVER HERHAALDE BARING BIJ DEZELFDE VROUW.

Over herhaalde baring bij dezelfde vrouw.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT

NA MACHTIGING VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS

D^R. H. ZWAARDEMAKER

Hoogleeraar in de Faculteit der Geneeskunde

VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT DER UNIVERSITEIT

TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE

FACULTEIT DER GENEESKUNDE

TE VERDEDIGEN

op Donderdag 11 November 1909, des namiddags ten 4 ure

DOOR

JOHANNES FRANCISCUS MARIE BOSMAN

ARTS

geboren te DEVENTER

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

Gedrukt bij J. VAN BOEKHOVEN, Utrecht.

RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT



0957 7044

AAN MIJNE OUDERS

EN

AAN MIJNE AANSTAANDE VROUW.

Bij de voltooiing van mijn proefschrift breng ik U, Hooggeleerden en Lectoren der Philosophische en Medische faculteiten, mijn dank voor het onderwijs, van U genoten.

Groote erkentelijkheid ben ik U verschuldigd, Hooggeleerde KOUWER, dat Gij mij met raad en daad hebt willen terzijde staan bij de bewerking van dit proefschrift. Veel heb ik moeten vergen van Uw geduld, dikwerf beslag gelegd op Uw kostbaren tijd. Met willendheid zijt Gij mij steeds tegemoet gekomen. Aanvaard daarvoor mijn oprechten dank.

Zeergeleerde BOSSCHA, mijn practische vorming heb ik wel voor 't grootste deel aan U te danken. De jaren, als assistent aan het Stedelijk Ziekenhuis doorgebracht, hebben mij, naar ik hoop en vertrouw, een goeden grondslag gegeven, om met vrucht als huisarts werkzaam te zijn. Meer en meer heb ik Uw helder oordeel, menschenkennis en rijpe ervaring leeren kennen en waardeeren. Waar ik Uwe hulp noodig had, heb ik nooit tevergeefs bij U aangeklopt. Ook daarom heeft het mij moeite gekost, uit een betrekking, die mij lief was, te scheiden.

Aan mijn oud-collega's, assistenten, mijn dank voor de hartelijke vriendschap, voortdurend ondervonden.

INLEIDING.

De verloskunde en de verloskunst stellen aan hare beoefenaars eischen, die met den vooruitgang op het geheele gebied der geneeskunde grooter en grooter worden, zwaarder en zwaarder drukken, althans bij dengene, die voor den prikkel dier eischen vatbaar is. Helaas zijn er — en zullen er wel altijd blijven — sommigen, die dien prikkel niet kennen, die met fatalistische kalmte zwangerschap en baring, als de meest natuurlijke functie der vrouw, laten verlopen, en zich pas rekenschap geven van den aard der hulp, die verleend moet worden, op het oogenblik, dat levensgevaar voor moeder of kind, meer of minder dreigend, tot handelen noopt. Het aantal dier zoogenaamde „verloskundigen” is niet groot. Grooter is het aantal onwetende vrouwen en mannen, die meenen, eerst hulp noodig te hebben, wanneer iedereen weet, dat de baring in vollen gang is; dat de hulp hier veel te laat komt, is duidelijk. Het is niet mogelijk, te berekenen, hoeveel kinderen er jaarlijks levenloos worden geboren, als gevolg van die onwetendheid en onverschilligheid. Er behoeft evenwel niet aan te worden gewanhoopt, dat dit verlies aan menschenlevens in den loop der toekomst niet kleiner zou worden.

Een ander gedeelte der, met liefde en zorg, verwachte kinderen aanschouwt het levenslicht niet, omdat, terwijl de krachten der natuur te kort schoten, de baring ten einde te brengen, de wél overwogen hulp, die verleend werd, toch ondoelmatig bleek, het kind niet kon redden.

Voor nog een ander gedeelte der kinderen echter is volgens menschelijke berekening het dood-geboren worden slechts in uiterst geringe mate afhankelijk van omstandigheden, waarop de mensch eenigen invloed kan uitoefenen. Volgens menschelijke berekening zal altijd en immer een zekere onvermijdelijke sterftেকans aan het feit der geboorte verbonden blijven. Moge dit onvermijdelijk sterftecijfer a zijn of $a - x$, voor het overblijvende aantal dood geboren kinderen blijft de mensch, de vader, de moeder, de verloskundige aansprakelijk!

Wat hierboven gezegd is ten opzichte van het verwachte kind, geldt in volkomen gelijke mate van de gevaren, die de moeder bedreigen in de zwangerschap en tijdens de baring.

Wie zich de groote verantwoordelijkheid bewust is, die hij als verloskundige op zich neemt door de zorg voor een a. s. bevalling te aanvaarden, die gevoelt de noodzakelijkheid, de zwangerschap van den aanvang af te bewaken, ja — reeds van te voren zijn aandacht te wijden aan de vraag, of zwangerschap geoorloofd of wenschelijk is; die is zich ook bewust, dat lang, voor dat het oogenblik der baring is aangebroken, het plan van behandeling moet vaststaan, en de omstandigheden daarmee in overeenstemming moeten zijn gebracht. In algemeenen zin zal deze uitspraak geen bestrijding vinden. Over de mogelijkheid, de omstandigheden naar verkiezen te wijzigen, kan men min of meer blijmoedig oordeelen. Een vraag van beteekenis als deze, of de bevalling thuis mag plaats hebben of in een doelmatig ingericht ziekenhuis moet geschieden, kan met en door verstandige menschen wel bijna altijd beantwoord worden; zoo kan men in zeer veel gevallen althans tijdelijk de maatschappelijke omstandigheden tot zekere hoogte naar eigen inzicht wijzigen. Maar toch, bij het beantwoorden dier vraag en bij het opmaken van het plan der behandeling, komt men dadelijk voor de groote moeilijkheid te staan, dat men te oordeelen heeft over een toekomstigen gang van zaken, dien men op zijn best als min of meer waarschijnlijk kan voorzien.

Voorzien — en voorzegen — deze woorden drukken, zonder eenige toevoeging, de groote moeilijkheid reeds uit! Wie aan deze bezwaren het hoofd moet bieden, zal grooten steun vinden in degelijke kennis van de physiologie en pathologie der vrouw; daarnaast zal hij ruime ervaring, groote feitenkennis niet kunnen ontberen. Wil men alleen eigen ervaring, kennis van zelf waargenomen feiten raadplegen, dan is een menschenleven veel te kort, om de bouwstoffen te leveren. Men is dan wel genoodzaakt de te geringe eigen ervaring aan te vullen met die van anderen, welke men in de litteratuur vindt nedergelegd. Ongelukkigerwijze zijn de door anderen medegedeelde ervaringen zonder meer niet bruikbaar. Eigen oordeel, eigen feitenkennis, eigen ervaring, eigen menschenkennis moeten te hulp komen, om de berichten en raadgevingen van anderen naar behooren te kunnen gebruiken. Gelukkig degene, die beschikt over kritischen aanleg, over menschenkennis; gelukkig degene, die ervaring bezit, zelf feiten in grooten getale heeft waargenomen; gelukkig ook — laat ik er dit bijvoegen — die niet enkel zijn eigen geheugen en indrukken heeft te raadplegen, maar die bovendien een nauwkeurig op schrift vastgelegde herinnering aan vele feiten, aan vele indrukken bezit. Voor hem zelf van groote waarde, kan deze schat ook voor anderen beteekenis hebben. Deze beteekenis is echter slechts zeer betrekkelijk. Hoeveel schatten van leerzame waarnemingen liggen er

opgehoopt in de onafzienbare stapels aantekeningen van klinieken en van geneesheeren met huispraktijk! Schatgravers waren en zijn er in grooten getale. Wat zij achtereenvolgens aan het licht brengen, vormt echter zóó dikwerf een berg van tegenstrijdigheden, dat de argelooze toeschouwer verbijsterd wordt, de oppervlakkige zich laat verblinden door het meest schitterende brok, waarop zijn oog valt. Alleen de werkelijk deskundige zal er zijn voordeel mee kunnen doen. De ontwikkelde delver zal de beteekenis der gevonden voorwerpen, der te voorschijn gebrachte delfstoffen doorzien, toevallige vondsten als van geenerlei waarde ter zijde leggen, en de gevolgde techniek van het delven zelf in aanmerking nemen bij het beoordeelen der te maken gevolgtrekking.

Wie zelf het mijnwerkerspak heeft gedragen, waardeert beter het werk daar onder den grond, dan zij, die het zonnelicht nooit den rug toekeerden. Voor mij zelf heb ik het als een groot voordeel beschouwd, dat delvingswerk persoonlijk te leeren kennen. Voor mij zelven heb ik gehoopt, daarvan althans deze vrucht te plukken, dat ik het werk van anderen met beter geoefenden blik zou leeren bezien, dan mij te voren mogelijk was. Wat anderen bruikbaar zullen vinden onder de vruchten van mijn werk, wil ik ter hunner beoordeeling laten.

In het archief der Verloskundige Polikliniek der Utrechtsche Universiteit, uit de jaren 1899—1905, bevinden zich 9100 historiae partuum. Daaronder behooren vele geschiedenissen, die betrekking hebben op eenige achtereenvolgende baringen der zelfde vrouw. Ik heb mij de vraag gesteld, of uit de studie daarvan iets te leeren valt omtrent eigenaardigheden in het beloop der baring; het was te voorzien, dat het vooral de vrouwen met vernauwd bekken zouden zijn, die bruikbare gegevens aan de hand zouden kunnen doen.

Daar er onder deze laatsten zijn, die een of meer malen ook in de kliniek bevielen, zocht ik tevens de geschiedenissen dezer baringen bijeen. Ook zijn er vrouwen met bekkenvernauwing, waarvan de bevallingen slechts klinisch zijn waargenomen; deze werden eveneens aan mijn materiaal toegevoegd. De nasporingen over herhaalde baring bij bekkenvernauwing loopen zodoende van 1888—April 1907.

Wat bij het zoeken nog op ander gebied practisch bruikbaar werd geoordeeld, meende ik niet geheel ter zijde te moeten leggen. Aangezien de overgrootste meerderheid van mijn gegevens uit de verslagen der Polikliniek is geput, is het uit den aard der zaak niet mogelijk geweest, op alle detailpunten nader in te gaan.

Uit den aard der zaak, want waar het leiden der baring aan practicanten, d. w. z. beginners op verloskundig gebied, is toevertrouwd, moeten hun verslagen wel vaak de sporen dragen van gemis aan voldoende waarneming;

òf de observatietijd is te kort, òf soms ook is het verslag een stuk theoretische verloskunde, een, met het handboek als leidraad, luchtig gefantaseerd verhaal. Voor zoover het dus niet gold de baring bij het vernauwde bekken, nauwkeuriger waargenomen, gecontrôleerd en geboekstaafd, heb ik mij moeten bepalen tot enkele vraagpunten, waarvan de beantwoording, door de beschikking over een groote massa gegevens, niet al te onjuist behoeft te zijn.

De vraag: zijn er eigenaardigheden waar te nemen in het beloop der herhaalde baring bij eenzelfde vrouw, moet dus, wat betreft het niet-vernauwde bekken, ruimer gesteld worden, en wel in dien zin: is het mogelijk den invloed na te gaan, dien opvolgende zwangerschappen en baringen uitoefenen op de moeder? Neemt het gevaar voor complicaties toe? Welke invloed valt te bespeuren op het kind?

Met het oog hierop werd nagegaan:

- 1^o. de frequentie van abortus.
- 2^o. de baringsduur.
- 3^o. het kindergewicht.
- 4^o. de frequentie van afwijkende liggingen.
- 5^o. het nageboorte-tijdperk.
- 6^o. de inplanting van placenta en navelstreng.
- 7^o. de mortaliteit van moeder en kind.

Terwijl later aan de herhaalde baring bij het vernauwde bekken een afzonderlijk gedeelte zal worden gewijd, zullen ook in het nu volgende hoofdstuk cijfers en gegevens, hieraan ontleend, voor zoover dit mogelijk en noodig is, mede hun gewicht in de schaal leggen.

HOOFDSTUK I.

1^o. De frequentie van abortus.

Het is moeilijk de juiste verhouding tusschen het aantal normale geboorten en miskramen aan te geven. Dit is te verklaren door het feit, dat zeer veel abortus voorkomen, juist in het begin der zwangerschap, zoodat men er òf weinig van bespeurt, òf er geen beteekenis aan toeschrijft. Vandaar, dat het aantal opgegeven abortus zeker te klein is, en vandaar ook de uiteenlopende cijfers bij de verschillende auteurs.

MICHAÏLOFF ¹⁾ bijv. berekent het aantal op 10,18 % van het geheele geboortecijfer, uit een (ziekenhuis)materiaal van 257,988 vrouwen over de jaren 1840—1890.

HEGAR ¹⁾ neemt op 8—10 geboorten 1 abortus waar = $12\frac{1}{2}$ à 10 %.

KEYSSNER ¹⁾ op 2623 geboorten: 469 abortus = 17,84 %.

In 't algemeen zou het aantal bij multiparae overwegen boven dat bij primiparae, doordat in de meeste gevallen de oorzaak van het vroegtijdig afbreken der zwangerschap bij de moeder zou liggen, in zooverre met het klimmen der jaren en de toename van het kindertal de vatbaarheid voor algemeene en plaatselijke ziekten zou stijgen.

Bij het nagaan van ons eigen materiaal heb ik ook zelf ervaren, dat het onmogelijk is, de abortus-frequentie in eenigszins juiste cijfers uit te drukken, omdat op anamnestiche gegevens moest worden afgegaan. De onbetrouwbaarheid hiervan moge blijken uit het feit, dat het herhaaldelijk voorkomt, dat eenzelfde vrouw bij opvolgende opgaven telkens minder abortus gehad zou hebben, of dat het aantal nu en dan grillig wisselt. Ik heb mij dus, wanneer ik reden had, aan de juistheid der opgaven te twijfelen, gehouden aan het kleinste genoemde getal. Op die manier krijgen wij dus een vaststaand gegeven, dat echter zeker te klein is.

¹⁾ Uit: v. WINCKEL. Handbuch der Geburtshülfe II 2.

In 't geheel kon ik beschikken over de baringsgeschiedenissen van 2309 vrouwen, van wie minstens twee verlossingen waren waargenomen en beschreven, het meerendeel zonder, een gering aantal met bekkenvernaauwing.

Deze **2309** vrouwen hadden samen **13559** kinderen en **1345** abortus, dus gemiddeld op **100** zwangerschappen **9** abortus = **9** %.

Hiervan echter waren:

1505 vrouwen met **7609** kinderen en **0** abortus,
dus gemiddeld **5** kinderen en **0** abortus,
en **804** vrouwen met **5950** kinderen en **1345** abortus,
dus gemiddeld **7,4** kinderen en **1,67** abortus, d. w. z.,
op **11** zwangerschappen kwam **2** maal abortus voor = **18,18** %.

Van meer belang is het, na te gaan, of en in hoeverre met het aantal kinderen de vatbaarheid voor miskraam stijgt.

Evenwel, de onvolledigheid der poliklinische verslagen, tezamen met de genoemde onbetrouwbaarheid der anamnese, bemoeilijkt ten zeerste een onderzoek in deze richting. Wat ik heb kunnen vinden volgt hieronder.

Van de bovengenoemde 804 vrouwen waren er:

53 , waarbij de 1^{ste} baring was waargenomen. 33 × trad eens of meermalen abortus op vóór de geboorte van het 1^{ste} kind = in	62,26 %.
119 , waarbij de 2^{de} baring was waargenomen. 34 × trad eens of meermalen abortus op tusschen de geboorte van het 1^{ste} en 2^{de} kind = in	28,57 %.
184 , waarbij de 3^{de} baring was waargenomen. 26 × trad eens of meermalen abortus op tusschen de geboorte van het 2^{de} en 3^{de} kind = in	14,13 %.
208 , waarbij de 4^{de} baring was waargenomen 14 × trad eens of meermalen abortus op tusschen de geboorte van het 3^{de} en 4^{de} kind = in	6,73 %.
222 , waarbij de 5^{de} baring was waargenomen. 16 × trad eens of meermalen abortus op tusschen de geboorte van het 4^{de} en 5^{de} kind = in	7,2 %.
207 , waarbij de 6^{de} baring was waargenomen. 6 × trad eens of meermalen abortus op tusschen de geboorte van het 5^{de} en 6^{de} kind = in	2,89 %.
200 , waarbij de 7^{de} baring was waargenomen. 14 × trad eens of meermalen abortus op tusschen de geboorte van het 6^{de} en 7^{de} kind = in	7 %.
176 , waarbij de 8^{ste} baring was waargenomen. 7 × trad eens of meermalen abortus op tusschen de geboorte van het 7^{de} en 8^{ste} kind = in	3,98 %.

Tevens zij hiermee betoogd het wenschelijke van een nader onderzoek in deze richting.

Sedert een paar jaar moet op het poliklinische baringsverslag naast de vraag: hoeveelste zwangerschap? ook nog worden ingevuld: welke van deze eindigde in een abortus? Over een afzienbaren tijd zal dus een onderzoek als bovenstaand allicht een stap nader brengen tot het gewenschte doel.

2^o. De duur der baring.

Waar de duur van een bevalling van zooveel verschillende factoren afhangt: kracht der weeën en van de buikpers, meerderen of minderen weerstand der weeke deelen, positie en grootte van het kind, hardheid en vervormbaarheid van den schedel, ruimte van het bekken, is het onmogelijk, de zuivere betrekking aan te geven, die in dien zin tusschen I, II, III etc. parae bestaat. Ook gaat het niet aan, den gemiddelden baringsduur te berekenen voor ieder opvolgend kind, juist, omdat het tijdsverloop in elk afzonderlijk geval van zooveel toevalligheden kan afhangen.

Wel kunnen we nagaan voor iedere vrouw afzonderlijk, of er een merkbaar verschil is in den duur der opvolgende partus.

Ik zocht nu uit die patienten met niet-vernauwd bekken, die minstens 4 × achtereen in de polikliniek waren bevallen, en deelde ze in rubrieken in, al naarmate ze als I, II, III etc. parae voor 't eerst waren waargenomen.

Uitgeschakeld werden die gevallen, waarbij de oorzaak van korteren of langeren duur in onrijpheid of abnorme ligging van het kind kon worden gezocht, ook de gevallen van meervoudige zwangerschap, of die, waar kunsthulp werd verleend. „Uitgangstangen” intusschen, voor zoover ze werden aangelegd wegens langen duur, en dit is verreweg 't meest het geval, werden wel opgenomen. Als merkbaar verschil in tijdsduur nam ik 2 uur minstens, verschilde een baring bijv. 1½ uur met een volgende of voorafgaande, dan werd ze in tijdsverloop er mee gelijk gesteld.

De manier, waarop de bewerking geschiedde, blijkt uit bijgaande tabellen.

I.							II.							III.							IV.						
Baring.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	Baring.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	Baring.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	Baring.	A.	B.	C.	D.	E.	F.
1	41	10	4	3	1		2	17	13	12	3			3	18	9	11	4			4	12	8	8	1		
2	7	27	16	6	3		3	14	14	13	3	1		4	5	28	7	2			5	3	6	15	5		
3	5	18	27	9			4	10	17	13	4	1		5	12	12	9	8	1		6	8	12	7	2		
4	5	14	25	13	2		5	13	17	12	3			6	13	10	16	3			7	7	8	7	7		
5	1	6	3	4	2	1	6	3	2	3	1			7	1	3	1	1			8	2	2	1	1		
6		2	1	1			7		1	1				8				2			9						

V.							VI.							VII.							VIII.						
Baring.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	Baring.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	Baring.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	Baring.	A.	B.	C.	D.	E.	F.
5	4	5	6	1	1		6	6	11	4	2			7	6	5	4	5			8	4	6	2	3		
6	7	5	3	2			7	7	9	5	2			8	6	6	7	1			9	4	6	4	1		
7	3	7	6	1			8	4	7	7	5			9	6	4	7	3			10	5	5	4	1		
8	6	3	4	4			9	8	5	6	4			10	3	9	5	2	1		11	7	2	3	3		
9	2	1	4	1			10		3	1				11		1	2	1			12		1	1	2		
10		1			1		11	1						12							13						

In reeks I werden opgenomen de vrouwen, wier 1^{ste} en volgende baringen onder waarneming der polikliniek vielen, in reeks II die, waarvan de 2^{de} en volgende partus werden geobserveerd, enz.

De reeksen zijn verder verdeeld in horizontale en verticale rijen.

Stellen de eerste eenvoudig het aantal 1^{ste}, 2^{de}, enz. bevallingen voor, de bedoeling der laatste: A, B, C, D, E en F, mogen blijken uit een nadere bespreking.

Eerste horizontale rij:

Onder 59 vrouwen der eerste reeks waren er 41, wier eerste baring langer duurde dan eenige volgende; bij 10 daarentegen duurde de eerste bevalling op een na 't langst. Bij 4 vrouwen, waarvan de 1^{ste}—4^{de} partus werd waargenomen, bleek, dat de 1^{ste} bevalling pas op de 3^{de} plaats kwam, d. w. z. dat 2 der volgende baringen langer geduurd hadden, en wel onderling ook nog met merkbaar verschil. Van 3 vrouwen kwam de 1^{ste} baring op

de 4^{de} plaats, terwijl deze zelfs bij ééne het kortst duurde van alle bij haar later waargenomen partus.

Tweede horizontale rij:

Bij dezelfde 59 vrouwen was $7 \times$ het tijdsverloop der 2^{de} bevalling langer dan van een der overige baringen dierzelfde moeders, $27 \times$ kwam het voor, dat het baringstijdperk bij het 2^{de} kind op één na 't langzaamst verliep, enz.

Derde horizontale rij:

Letten we op den duur der 3^{de} baringen dezer 59 vrouwen, dan blijkt weer, dat deze $5 \times$ 't langst duurde, $18 \times$ op één na 't langst, $27 \times$ op één na 't kortst, en $9 \times$ 't kortst, vergeleken met de andere partus dier zelfde vrouwen, enz.

De getallen onder A, B, C, D, enz. stellen dus voor het aantal malen, dat er een merkbaar verschil (minstens 2 uur) bestond in het geboortetijdperk bij 1^{ste}, 2^{de}, 3^{de}, 4^{de} enz., of 2^{de}, 3^{de}, 4^{de}, 5^{de} enz., of 3^{de}, 4^{de}, 5^{de}, 6^{de} enz., enz. kinderen, ten opzichte van dat van volgende of vorige baringen dierzelfde vrouw, en wel in dien zin, dat onder A het aantal langstdurende partus werd geboekt, onder B de daarop volgende in duur, enz. Op deze manier konden 15 reeksen worden samengesteld. Echter na reeks VIII werden de getallen te klein, om nog als materiaal te kunnen worden gebruikt.

Beschouwen we nu onze cijfers nader, dan blijkt uit reeks I, dat de eerste baring in verreweg de meerderheid der gevallen langer duurt dan eenige volgende: 41 onder A, terwijl het aantal in deze rij voor partus 2 en 3 belangrijk kleiner wordt. Voor de 2^{de} en 3^{de} baringen vinden we het, naar verhouding, grootste aantal in rij B, resp. C, terwijl de cijfers in rij D voor de 1^{ste}—3^{de} bevalling geregeld grooter worden. In verband met de bovenvermelde manier van berekening mogen we hieruit afleiden, dat meestal de baringsduur voor het 1^{ste}—3^{de} kind telkens kleiner wordt.

Uit de volgende cijfers voor de 4^{de} baring blijkt niet, ofschoon we dit zouden verwachten, dat deze meestal korter zou duren dan de voorgaande; het maximum toch vinden we in rij C, niet in rij D, hoewel aan den anderen kant het aantal gevallen, hierin geboekt, steeds toeneemt, naarmate meer baringen zijn voorafgegaan.

Gaan we reeks II na, dan vinden we weer, dat meestal de 3^{de} bevalling korter duurt dan de 2^{de}, en met betrekking tot de 4^{de} baring hetzelfde verschijnsel, als in de eerste reeks, echter met dit verschil, dat het aantal korter durende partus niet toeneemt, doch het cijfer van de langst durende, in rij A, duidelijk kleiner wordt. Duidelijker wordt het evenwel, dat de geboorte van het 5^{de} kind meer tijd gaat vorderen.

De cijfers in reeks III spreken ten gunste van een korteren duur der 4^{de} baring, vergeleken met dien der 3^{de}, hoewel het aantal gevallen in de rijen C en D mindert. Voor de getallen der 5^{de} bevalling vinden we geen bepaald maximum meer; in 't oog springend is de neiging tot korter tijdsverloop bij partus 6.

In reeks IV bestaat een merkbaar verschil tusschen de cijfers voor de 4^{de} en 5^{de} baring, ten gunste der laatste. De neiging tot langeren duur bij de 6^{de} bevalling, in tegenstelling met de uitkomst in reeks III, is duidelijk. De getallen voor partus n^o. 7 laten, door de regelmatige verspreiding, geen conclusie meer toe.

Uit de cijfers der volgende reeksen valt geen slotsom meer te trekken, voor 't allergrootste deel wel door de kleinheid der getallen, behalve deze, dat althans niet blijkt, dat de baringsduur bij veelbarige vrouwen met het aantal kinderen toeneemt.

Vatten we nu alles samen, dan mogen we zeggen, dat in het meerendeel der gevallen voor baring 1—4 het tijdsverloop korter wordt; het minst duidelijk evenwel is dit bij de 4^{de} bevalling. Wisselend daarentegen zijn de uitkomsten voor den 5^{den} en 6^{den} partus; tot een langeren duur evenwel, evenmin bij volgende baringen, kunnen we niet besluiten.

Eensdeels waren deze resultaten te voorzien. Terwijl toch de kracht der weeën in 't algemeen bij meerbarige vrouwen niet zooveel zal veranderen, de buikpers in wat meerdere mate in slechte conditie komt, zijn de weeke baringswegen des te beter op de uitdrijving van het kind voorbereid en bieden zij minder weerstand. Aan den anderen kant zou mogen verwacht worden, dat bij pluriparae de nadeelen gaan overwegen boven de voordeelen. Uit onze gegevens blijkt dit echter niet.

3^o. De frequentie van liggingsafwijkingen.

Van belang is het, na te gaan, of de frequentie van liggingsafwijkingen toeneemt, naarmate meer baringen voorafgingen. Daartoe heb ik alle afwijkende (d. w. z. niet-achterhoofds- of kruinliggingen) posities verzameld, doch hierbij niet gerekend die, waarbij wellicht de onrijpheid van het kind, als ook misvormingen een rol speelden, evenmin die, waar gemelli werden geboren.

Ik deelde ze in 3 rubrieken in:

- A. Aangezichts- en voorhoofdsliggingen (Aa).
- B. Stuit- en voetligging (St.).
- C. Dwarsligging, waarbij ook die gevallen gerekend werden, waar prolapsus funiculi bij hoofdligging bestond, omdat hieruit blijkt, dat het hoofd den bekkenring niet voldoende afsloot (Dw. l.).

	Aantal.	Aa.	St.	Dw. l.	Totaal.	In ‰.
I p.	400	1	9		10	2½
II p.	712	4	5	4	13	1,9
III p.	758	4	6	8	18	2,4
IV p.	695	2	8	5	15	2,1
V p.	600	2	5	3	10	1,6
VI p.	502		15	7	22	4,4
VII p.	431	2	9	3	14	3,2
VIII p.	357	2	8	10	20	5,6
IX p.	253		5	1	6	2,4
X p.	180		7	1	8	4,4
XI p.	123	1	3	3	7	5,7
XII p.	98		4	1	5	5
XIII p.	66		1	1	2	3
XIV p.	49	1	1	2	4	8
XV p.	29		1	1	2	7
XVI p.	20	1	1		2	10
XVII p.	8				0	0
XVIII p.	7			1	1	14
Totaal	5288	20	88	51	159	3‰

Laten we buiten beschouwing het aantal afwijkende liggingen bij de XIII—XVIII parae, daar dit te klein wordt, dan kunnen we de geheele reeks in twee kleinere groepen verdeelen: baring bij de I—V parae en bij de VI—XII parae. Immers, waar in de 1^{ste} groep het aantal afwijkende liggingen schommelt om en bij 2‰, zien we van af de 6^{de} baring plotseling een grooteren sprong, die tot 2 à 3 maal dat aantal voert.

Een iets duidelijker inzicht in de verschillen, naar gelang van het aantal voorafgegane baringen krijgen wij, wanneer we de verhouding voor Aa., St. en Dw. l afzonderlijk berekenen.

	Aa.	St.	Dw. l.		Aa.	St.	Dw. l.
I p.	1 = 0,25 %	9 = 2,25 %	0 = 0 %	VII p.	2 = 0,46 %	9 = 2,07 %	3 = 0,69 %
II p.	4 = 0,56 %	5 = 0,70 %	4 = 0,56 %	VIII p.	2 = 0,56 %	8 = 2,24 %	10 = 2,80 %
III p.	4 = 0,52 %	6 = 0,79 %	8 = 1,04 %	IX p.	0 = 0 %	5 = 1,97 %	1 = 0,39 %
IV p.	2 = 0,29 %	8 = 1,15 %	5 = 0,72 %	X p.	0 = 0 %	7 = 3,88 %	1 = 0,55 %
V p.	2 = 0,35 %	5 = 0,83 %	3 = 0,5 %	XI p.	1 = 0,81 %	3 = 2,43 %	3 = 2,43 %
VI p.	0 = 0 %	15 = 2,98 %	7 = 1,39 %	XII p.	0 = 0 %	4 = 4,08 %	1 = 1,02 %

Men ziet dan de aangezichtsligging enz. zeer onregelmatig verdeeld voorkomen bij I—XII parae, en dan nog altijd in geringe frequentie. Hieruit volgt wel, dat de aangezichtsligging niet of niet noemenswaard afhankelijk is van eerst- of meerbarigheid der vrouw. Voor de stuit- en voetligging zien wij, van de 2^{de} baring af, de frequentie bij de volgende baringen vrij regelmatig toenemen. De verklaring van deze vondst, zoo geheel in overeenstemming met algemeen erkende beschouwingen omtrent het tot stand komen van deze houding der vrucht, behoef ik hier zeker niet te geven. Verrassend evenwel is de veelvuldigheid (2,25 %!) bij de I parae. Daarom heb ik mij afgevraagd, of de verklaring misschien te zoeken was in de grootere veelvuldigheid van vroedvrouw-consulten, die natuurlijk bij I-barige vrouwen eerder wordt verzocht dan bij meerbarigen.

Echter uit een daartoe ingesteld onderzoek bleek, dat dit niet het geval kon zijn, want van 5 maal, dat wegens stuit- of voetligging de hulp der polikliniek werd ingeroepen door een vroedvrouw, geschiedde dit slechts ééns bij een I-para, ééns bij een IV-, ééns bij een VII- en tweemaal bij een XI-para. Een verklaring van dit merkwaardige feit, te merkwaardiger, daar alle II—XII parae samen slechts 2,10 % stuit- of voetliggingen vertoonen, kan ik dan ook niet geven.

Wat de dwarsligging enz. betreft, hiervoor toonen zich de I parae immuun. Wel vinden we een, zij het dan ook verre van regelmatige, toename met het aantal voorafgegane baringen.

Ten slotte heb ik nog uitgerekend het aantal „uitgangstangen”, voor zoover ze werden aangelegd wegens weeënzwakte of uitblijven van den spildraai.

	Aantal.	Tang.	%.
I p.	400	32	8
II p.	712	2	< 3
III p.	758	1	1,3
IV p.	695	1	1,4
V p.	600	3	0,5
VI p.	502	4	0,8
VII p.	431	1	0,2
VIII p.	357	1	0,3
IX p.	253	4	1,6
X p.	180	2	1,1
XI p.	123	0	0
XII p.	98	2	2
XIII p.	66	1	1,5
XIV p.	49	1	2

Het hoogste aantal wordt gevonden bij de I parae, wederom een bevestiging van den ouden regel, dat hierbij het uitdrijvingstijdperk het langst duurt. Hierop volgt een snelle, hoewel niet gelijkmatige daling van het percentage, dat weer begint te stijgen bij de 9^{de} baring. Echter spoedig worden de cijfers te klein, om daaruit een behoorlijke conclusie te kunnen trekken.

Toch leeren onze cijfers, dat, mochten ook al met het stijgen van het aantal bevallingen de nadeelen voor de vrouw toenemen, deze in niet geringe mate worden gecompenseerd door het beter voorbereid zijn der zachte baringswegen.

Hebben we tot dusver in dit gedeelte onze gegevens alleen beschouwd ten opzichte van het, als ik 't zoo noemen mag, nummer der baring, zoo rijst thans de vraag: zijn bij een bepaalde vrouw omstandigheden aanwezig, die telkens en telkens leiden tot afwijkende ligging van het kind? Dat hiervoor weer verschillende factoren, als: grootte van het kind, kracht van de weeën en buikpers, enz. in het spel komen, is zonder meer duidelijk, doch tevens ook, dat we in de meeste gevallen niet kunnen berekenen de resultante dezer componenten en ons dus met het gegeven feit moeten tevreden stellen. Ik verzamelde nu weer het aantal vrouwen, die minstens 4 maal achtereenvolgens in de polikliniek waren verlost, ten getale van 318. Hiervan waren 33, die één of meer liggende afwijkingen in haar baringsreeks vertoonden, benevens 2 vrouwen, waarvan dit slechts uit de anamnese bekend was. Niet medegerekend werden weer de gevallen, waar onvolwassen kinderen, monstra en gemelli ter wereld kwamen. Onder deze 33 vrouwen zijn er 10, waarvan reeds de 1^{ste}, 23, waarvan pas latere baringen voor 't eerst onder waarneming kwamen.

Nevensgaande tabel geeft een overzicht van het aantal liggingsafwijkingen, benevens de verhouding tot voorgaande of volgende baringen.

We zien nu, dat in de tabel, waarin opgenomen zijn de vrouwen, waarvan reeds de 1^{ste} bevalling in de polikliniek werd waargenomen, slechts bij 1 vrouw 2 maal een afwijkende ligging geobserveerd werd. (n^o I). Echter dient opgemerkt te worden, dat bij partus n^o 4 een placenta praevia lateralis bestond, en het kind 3 weken te vroeg ter wereld kwam. Bij alle andere vrouwen bestond slechts 1 maal een abnormale positie. Alleen werd bij n^o III aangeteekend, dat tijdens de 2^{de} bevalling het hoofd tot volkomen ontsluiting op den ingang bleef dobberen, en pas na het breken der vliezen indaalde. Misschien geeft dit in verband met den 4^{den} partus de vingerwijzing, dat bij deze vrouw in het verloop harer baringsreeks meerdere afwijkingen te wachten zijn. Ook dient hierbij gewezen te worden op het feit, dat al hare kinderen meer dan 4000 gram wogen.

Wat betreft de tabel der eerst na den eersten partus door de polikliniek

No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
<i>Als I-para onder observatie gekomen.</i>																	
I	×	×	×	Vt.	×	Schl.											
II	×	×	×	St.	×												
III	×	×	×	Afg. h. p. f.													
IV	×	St.	×	×	×												
V	×	×	×	Schl.													
VI	×	×	St.	×													
VII	×	×	St.	×	×												
VIII	St.	×	×	×													
IX	×	×	×	St.													
X	×	×	Afg. h. p. f.	×													
<i>Als multipara onder observatie gekomen.</i>																	
I	(Dw.l.)	×	×	×	×	×	Schl.	×	Afg.h.	Afg.h.							
II	(×)	×	St.	×	×												
III	(×)	×	×	(×)	×	×	St.	×	×								
IV	(×)	×	(×)	×	×	St.	×										
V	(×)	×	×	×	×	×	×	×	(×)	×	×	St.					
VI	(×)	(×)	×	St.	×	×											
VII	(×)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	(×)	×	×	×	×	×	Aa.
VIII	(×)	(×)	×	×	×	Schl.											
IX	(×)	×	Aa.	×	×												
X	(×)	×	×	×	St.												
XI	(×)	×	×	×	×	×	×	×	(×)	×	×	×	×	Aa.			
XII	(×)	(×)	×	×	×	×	St.										
XIII	(×)	×	×	Hfd.l. p. f.	Schl.												
XIV	(×)	×	×	×	×	×	×	×	×	(×)	×	×	Hfd.l. p. f.	×			
XV	(×)	×	×	×	×	×	(×)	×	×	St.	×						
XVI	(×)	×	×	×	×	×	×	×	×	(×)	×	Schl.	×	×			
XVII	(×)	(×)	×	×	×	St.											
XVIII	(×)	Aa.	(×)	×	×	Aa.	Aa.										
XIX	(×)	×	×	(×)	×	×	×	St.									
XX	(×)	×	×	×	×	×	(×)	Aa.	×	×	×						
XXI	(×)	×	×	×	×	×	(×)	×	×	×	Dw.l.	×					
XXII	(×)	×	×	×	(×)	×	Afg.h.	Vt.	×								
XXIII	(×)	×	×	×	×	×	×	×	(×)	×	×	Schl.	×				
<i>Slechts afwijkingen in de anamnese.</i>																	
I	(×)	×	Dw.l.	Vt.	×	×	×	×	(×)	×	×	×	×	×	×		
II	(×)	×	×	×	×	Dw.l.)	×	×	×								

× = normaal.
 Vt. = voetligging.
 St. = stuitligging.
 Afg. h. = afgeweken hoofdligging.
 p. f. = prolapsus funiculi.
 Schl. = schouderligging.
 Aa. = aangezichtsligging.
 Dw.l. = dwarsligging.
 (...) = alleen uit de anamnese bekend.

behandelde vrouwen, en zien we voorloopig af van de anamnestiche gegevens, dan werd genoteerd:

1 maal 3 afwijkende liggingen (n° I)
 3 „ 2 „ „ (nos XIII, XVIII, XXII)
 19 „ 1 „ „ ligging.

Bij n° I is de neiging van het hoofd, den bekkeningang niet af te sluiten, zeer groot en schijnt constant te worden, naarmate het aantal baringen toeneemt. Hierbij gevoegd het feit, dat bij de eerste bevalling een dwarsligging zou hebben bestaan, zoo mogen wij wel spreken van een bepaalde voorbeschiktheid dezer vrouw voor dit type van afwijking. 't Zelfde mag misschien gelden voor n° XIII. Hier zou ook van een toenemende neiging kunnen gesproken worden. Immers bij partus n° 4 daalt het hoofd nog wel in, doch tevens zakt de navelstreng uit, bij n° 5 is van normale indaling geen sprake meer. N° XVIII daarentegen geeft een geheel andere type: neiging tot deflectie-ligging: Aa. Volgens de vroegere anamnese zou ook reeds vroeger aangezichtsligging zijn voorgekomen. Wat n° XXII betreft, hier valt omtrent een bepaald baringsmechanisme niets te zeggen; nog minder bij de overige 19, waar meermalen één of meer normale partus volgen, evenmin bij de 2 vrouwen, waarvan slechts anamnestiche opgaven omtrent afwijkende liggingen bestaan.

Vatten we het onder dit hoofd gevondene samen:

- 1°. Op grond van onze cijfers, betrekking hebbende *alleen op vrouwen met normaal, althans niet als vernauwd herkend bekken*, mogen we besluiten tot een meerderen aanleg voor liggingsafwijkingen bij multiparae, voornamelijk duidelijker wordend vanaf de 6^{de} baring, vergeleken met vrouwen die minder kinderen ter wereld brachten.
- 2°. Deze toename is afhankelijk van het aantal stuit- en dwarsliggingen. Opvallend is het groot aantal stuitliggingen bij I-parae.
- 3°. In overeenstemming met het lange uitdrijvingstijdperk is het groote percentage „uitgangstangen” bij I-parae.
- 4°. Opmerkelijk is het, dat bij sommige vrouwen telkens afwijkende ligging van het kind bestaat; enkele malen kan van een bepaald, telkens terugkeerend type van afwijking gesproken worden.

4°. Het kindergewicht.

Uit gegevens uit zijn kliniek meende HECKER ¹⁾ te mogen afleiden, dat evenredig met het aantal voorafgegane geboorten het kindergewicht toeneemt. Op 2435 kinderen vond hij als gemiddeld gewicht:

¹⁾ Monatschrift f. Geburtskunde, Bnd. 24, Blz. 405 e. v.

	voor het 1 ^{ste}	kind (uit 528)	3201 gram.
"	"	2 ^{de} " (" 686)	3330 "
"	"	3 ^{de} " (" 554)	3353 "
"	"	4 ^{de} " (" 416)	3360 "
"	"	5 ^{de} " (" 177)	3412 "
"	"	6 ^{de} " (" 74)	3353 "

DUNCAN ¹⁾ wijst daarbij op den grooten invloed, dien de leeftijd der moeders uitoefent, in zooverre toenemende ouderdom tot aan het 29^{ste} jaar grooter kinderen zou laten geboren worden, daarna weer minder zware. Op grond van meerdere gegevens (4443, tegenover 2087 van DUNCAN) komt echter HECKER ²⁾ tegen deze slotsom in verzet, wijzende op het feit, dat bij hooger en ouderdom en na veel zwangerschappen toch nog zeer zware kinderen geboren kunnen worden. Een regelmatige gewichtsvermindering na het 29^{ste} jaar valt volgens HECKER zeer zeker niet te bespeuren, hoewel een zekere invloed van den leeftijd niet te miskennen valt; toch kan dit niet de eenige factor zijn. Minstens even zwaar weegt het aantal zwangerschappen.

Door LA TORRE is beweerd, dat de grootte en de lichaamsgestalte van den vader hierbij ook een rol spelen, terwijl verder het gewicht het meest zou toenemen, wanneer aan een jongen een meisje vooraf ging (WERNICKE).

Als een gewichtige factor is door PINARD ³⁾ en na hem door vele anderen, o. a. TER MATEN ⁴⁾ op den voorgrond gebracht: de toestand, waarin de moeder verkeert. PINARD toch meent te kunnen aantoonen, dat moeders, die tot het eind der zwangerschap hebben gewerkt, minder en zelfs belangrijker, tot 300 gram, minder zware kinderen ter wereld brengen, dan vrouwen, die den laatsten tijd rust houden:

500 kinderen van moeders, die tot hare bevalling werkten, wogen gemiddeld **3010** gr.

500 kinderen van moeders, die minstens 10 dagen verblijf hielden in het refuge de l'avenue du Maine, wogen gemiddeld **3229** gr.

500 kinderen van moeders, die verblijf hielden in het dortoir van de clinique Baudelocque, wogen gemiddeld **3366** gr.

De verklaring zou hierin moeten gezocht worden, dat moeders, die geen rust kunnen genieten, meer blootgesteld zijn aan korteren zwangerschapsduur, dus grooter kans hebben, onvoldragen kinderen ter wereld te brengen.

¹⁾ Edinb. Med. Journal, 1864.

²⁾ Monatschrift f. Geburtskunde, Bnd. 26, Blz. 348 e. v.

³⁾ Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1903. Dezelfde: 1895, 1898, 1900.

⁴⁾ Kindergewichten in de Universiteits-Vrouwenkliniek te Amsterdam, Diss. 1904.

Een gewichtig bezwaar echter valt tegen deze cijfers in te brengen: dat zij gemiddelden weergeven. Immers het op den voorgrond treden van een bepaald gewicht kan zwaar drukken op het gemiddelde, zoodat een groep zwaardere kinderen geheel weggecijferd wordt, en omgekeerd. Beter leek het mij daarom, de verhouding aan te geven, die tusschen bepaalde reeksen van gewichten bestond.

Bij het nagaan der kindergewichten rijst al dadelijk de vraag, in hoeverre hieruit de rijpheid der vrucht kan worden afgeleid. En dan moet het antwoord luiden, dat de zwaarte geen vasten maatstaf geeft, daar ze aan groote schommelingen onderhevig is. Een kind kan à terme zijn, en toch slechts 1600 gram wegen. (BUMM).

Bij het nagaan van mijn materiaal ben ik nog op een bezwaar gestuit, dat nl. de gewichten in de polikliniek niet zuiver genomen zijn. In de eerste plaats ligt dit aan het instrument, een gewone veerbalans, in de tweede plaats hieraan, dat de kinderen steeds gewogen worden in een doek. Het gewicht hiervan schommelt ongeveer tusschen 70 gr. (badhanddoekweefsel) en 260 gr. (moltonluier).

Ik maakte nu een verdeling in gewichten van minder dan 3000 gram, en daarboven; deze laatste rubriek werd verdeeld in onderafdeelingen, bij 250 gram opklimmend, telkens naar beneden toe afgerond. Op die manier meende ik het gewicht van den doek althans voor een deel te kunnen elimineeren.

Ofschoon volgens PINARD kinderen van moeders met vernauwde bekkens zwaarder zouden zijn, dan van die met normaal bekken, een bewering, die trouwens door anderen¹⁾ is tegengesproken, heb ik in nevensgaande tabel, alleen poliklinische gegevens, beide opgenomen, overwegend, dat het aantal gewichten bij vernauwde bekkens, dat hierbij in aanmerking kwam: 175, te klein was om eenigen wijzigenden invloed op onze uitkomsten uit te oefenen. Trouwens bij afzonderlijke berekening der cijfers bleek mij, dat de verhouding der verschillende gewichten ongeveer gelijk was aan die bij het normale bekken.

Uit den aard der zaak is geen oordeel te vellen over den lichamelijken toestand der ouders; ook het geslacht der kinderen heb ik moeten verwaarloozen, omdat dit niet regelmatig was aangeteekend.

Practisch mogen we aannemen, dat van de kinderen onder 3000 gram het meerendeel onvoldragen zal zijn geweest, terwijl we, bij 't vasthouden van 3000 gram als grens, wel niet te ver van de waarheid af zullen zijn. We houden dus over $4108 - 300 = 3808$ kinderen, waarvan we het gewicht nader zullen nagaan.

¹⁾ K. WILCKE. Das Geburtshinderniss der Kinder beim engen Becken. In. Diss. Halle 1902.

In de eerste plaats valt in 't oog, dat, naar verhouding, het $\%$ -gehalte der kinderen van 3500 gram 't grootst is:

$$3808 : 1084 = 100 : x = \mathbf{28,4\%},$$

en hiermee vrij aanzienlijk verschilt met dat der kinderen van 3000, 3250 en 3750 gram, wier verhouding uitgedrukt wordt door **19**, **13,7** en **11,8** $\%$. Maar wat nog meer treft, is het groote aantal kinderen, die 4000 gram en meer wegen, en die te samen **26,4** $\%$ uitmaken. Dat dit getal zeer hoog is, leeren ons o.a. de onderzoekingen van TRESLING¹⁾ en ETTINGSHAUS²⁾.

TRESLING vond op 1562 kinderen er 143 van 4000 of > 4000 gr. = $\pm 9\%$, ETTINGSHAUS op 13.112: 510 = 3,94 $\%$, dus een groot verschil met de gewichten der Utrechtsche kinderen, en in zekeren zin een bewijs voor de flinkheid der Utrechtsche moeders.

Wanneer we nu de onderlinge verhouding der gewichtscijfers nagaan, dan krijgen we, $\%$ -gewijs uitgedrukt, de volgende tabel, (de gewichten der kinderen van XI—XVIII parae worden niet vermeld, daar hier de cijfers te klein worden):

Kinderen van	3000	3250	3500	3750	4000	4250	4500	4750	5000	>5000
I p. (213).	29 %	18,7 %	28,6 %	8,9 %	11,7 %	0,46 %	1,8 %		0,46 %	
II p. (510).	24,7 %	15,7 %	28,8 %	10,2 %	15,5 %	2,3 %	2,3 %	0,6 %		
III p. (557).	23,3 %	12,7 %	28,9 %	9,5 %	19 %	3,2 %	2,5 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %
IV p. (527).	17,2 %	13 %	31,7 %	9,6 %	19 %	4 %	4 %		1,1 %	0,2 %
V p. (467).	18,2 %	13,2 %	28,9 %	13,9 %	18,2 %	2,7 %	3,6 %	0,4 %	0,4 %	0,2 %
VI p. (350).	16,3 %	14,6 %	28,8 %	12 %	18,6 %	4,2 %	2,6 %	0,6 %	2 %	0,3 %
VII p. (327).	15,6 %	19,5 %	23,2 %	9,8 %	19,8 %	2,7 %	6,1 %	1,2 %	1,2 %	0,6 %
VIII p. (263).	17,8 %	11,4 %	26,2 %	16 %	17,1 %	4,5 %	4,1 %	1,1 %	1,4 %	
IX p. (212).	12,7 %	11,8 %	27,8 %	18,4 %	18,4 %	4,7 %	5,1 %	0,9 %		
X p. (132).	15,1 %	6,1 %	27,2 %	18,1 %	14,4 %	5,3 %	6 %	0,8 %		

Uit de beschouwing van deze cijfers volgt:

- 1^o. dat het gewicht $\pm$ 3500 gram telkens in een ongeveer gelijke verhouding optreedt, en met het oog op het feit, dat het procentcijfer

¹⁾ J. H. A. T. TRESLING. Waarnemingen over partus serotinus en de geboorte van groote kinderen. Diss. Groningen 1904.

²⁾ ETTINGSHAUS. Über den Verlauf der Geburt bei Riesenwuchs der Kinder. (Volkman's Sammlung Klin. Vorträge n^o. 358).

door geen ander overtroffen wordt, uitgezonderd bij de kinderen der I parae, als normaal gewicht mag beschouwd worden;

- 2°. dat in 't algemeen het aantal kleine kinderen: < 3500 gram afneemt, het getal: > 3500 gram toeneemt, hoewel niet geheel regelmatig, naarmate meer kinderen zijn voorafgegaan.

Na deze slotsom rijst de vraag, of, en in hoeverre met het aantal baringen de kans op geboorte van praemature kinderen minder wordt. Beschouwen we daartoe de gewichten < 3000 gram, dan vinden we:

op 252 kinderen van	I	parae: 39	< 3000 gram	=	15,6 %.
" 562	"	"	II " : 52 " " "	=	9,25 %.
" 600	"	"	III " : 43 " " "	=	7,16 %.
" 568	"	"	IV " : 41 " " "	=	7,3 %.
" 493	"	"	V " : 26 " " "	=	5,3 %.
" 378	"	"	VI " : 28 " " "	=	6,3 %.
" 340	"	"	VII " : 13 " " "	=	3,8 %.
" 279	"	"	VIII " : 16 " " "	=	5,7 %.
" 220	"	"	IX " : 8 " " "	=	3,7 %.
" 146	"	"	X " : 12 " " "	=	8,21 %.

In 't algemeen wordt dus met elke volgende baring de kans, dat het kind praematuur ter wereld komt, kleiner.

Tot dusverre hebben we alleen onze berekening gemaakt met het oog op het gewicht op zichzelf, zonder acht te slaan op de verhouding tusschen de gewichten van vorige of volgende kinderen bij dezelfde vrouw, Gaan we nu na, hoe dikwerf een volgend kind grooter of kleiner was dan een voorgaand, of wel even zwaar (gewichten < 3000 gram niet meegerekend), dan komen we tot deze tabel:

Aantal.	Verhouding van:	Grooter (1).	Gelijk (2).	Kleiner (3).
252	2 ^{de} —1 ^{ste} kind	127 = 50,4 %	38 = 15 %	87 = 34,5 %.
313	3 ^{de} —2 ^{de} "	147 = 46,9 %	47 = 15 %	119 = 37,7 %.
273	4 ^{de} —3 ^{de} "	132 = 48,3 %	45 = 16,5 %	96 = 35,1 %.
247	5 ^{de} —4 ^{de} "	106 = 42,9 %	41 = 16,5 %	100 = 40,4 %.
183	6 ^{de} —5 ^{de} "	69 = 37,7 %	26 = 14,2 %	88 = 48 %.
135	7 ^{de} —6 ^{de} "	62 = 45,9 %	20 = 14,9 %	53 = 39,1 %.
126	8 ^{ste} —7 ^{de} "	54 = 42,8 %	14 = 11,1 %	58 = 46 %.
113	9 ^{de} —8 ^{ste} "	55 = 48,6 %	17 = 15 %	41 = 36,3 %.

Hieruit lezen we, dat tot en met het 5^{de} kind meestal elk volgend grooter is dan zijn voorganger; daarna treedt een minder constante verhouding op.

Echter van een regelmatig kleiner worden is geen sprake, aangezien steeds het aantal onder reeks 1 (grootere kinderen) + reeks 2 (gelijke kinderen) meer is dan het aantal onder reeks 3 (kleinere kinderen).

Berekenen we nu ten slotte nog het gemiddelde gewicht van 1^{ste}, 2^{de}, 3^{de} enz. kinderen (alleen van kinderen > 3000 gram), dan blijkt dit te bedragen:

213 kinderen van	I	parae	wegen	gemiddeld:	3413 gram.
510 " "	II	"	"	"	3487 "
557 " "	III	"	"	"	3529 "
527 " "	IV	"	"	"	3589 "
467 " "	V	"	"	"	3573 "
350 " "	VI	"	"	"	3604 "
327 " "	VII	"	"	"	3621 "
263 " "	VIII	"	"	"	3620 "
212 " "	IX	"	"	"	3643 "
124 " "	X	"	"	"	3641 "
86 " "	XI	"	"	"	3688 "
56 " "	XII	"	"	"	3718 "
51 " "	XIII	"	"	"	3558 "
29 " "	XIV	"	"	"	3491 "
16 " "	XV	"	"	"	3531 "
10 " "	XVI	"	"	"	3750 "
4 " "	XVII	"	"	"	3562 "
5 " "	XVIII	"	"	"	3400 "

We zien het gewicht regelmatig stijgen, tot en met dat der kinderen van XII parae. Alleen de I—X parae echter zijn door getallen van meer dan 100 vertegenwoordigd, de XI- en meerbarigen worden dus beter verwaarloosd. Al moge nu het absolute gewicht, door de afronding der cijfers, niet geheel juist zijn, en al zijn vele bezwaren aan te voeren tegen het berekenen van een gemiddelde, de regelmaat, die in deze reeks voor den dag komt, maakt het aannemelijk, dat de gemaakte fout nochtans het feit niet elimineert, dat gemiddeld het gewicht der kinderen stijgt evenredig met het getal baringen der moeder.

Waar wij voor onze „poliklinische” kinderen zulke flinke gewichten vonden, loont het de moeite na te gaan, hoe het met de ontwikkeling staat der kinderen van moeders, die in de kliniek bevielen, dus voor ’t meerendeel haar laatste zwangerschapsperiode in beter omstandigheden doorbrachten dan thuis. Hiervoor gebruikte ik de cijfers, gegeven in het te verschijnen 4^{de} integraal overzicht der Verloskundige Kliniek en Polikliniek der Universiteit te Utrecht.

Deze gegevens loopen over de jaren 1900—1906. We vinden hier de gewichten van kinderen van I—VI parae en > VI-parae, van 2000—5000 gram, telkens bij 100 gram opklimmend; totaal 974 kinderen, als volgt verdeeld:

551 kinderen van	I parae.
182	" " II "
67	" " III "
30	" " IV "
30	" " V "
26	" " VI "
88	" " > VI "

Naar het gewicht verdeeld, en bij 500 gram, ter vergelijking met de kinderen uit de polikliniek, opklimmend, vinden we:

325 kinderen van	< 3000 gram.
379	" " 3000—3500 "
208	" " 3500—4000 "
49	" " 4000—4500 "
13	" " 4500—5000 "

Worden nu niet meegerekend de gewichten < 3000 gram, en vergelijken we de klinische gegevens met de poliklinische, dan vinden we:

<i>Kliniek:</i>	<i>Polikliniek:</i>
3000—3500 gr. 649: 379 = 58,4 %.	3808: 1266 = 33,2 %.
3500—4000 " 649: 208 = 32 %.	3808: 1536 = 40,3 %.
4000—4500 " 649: 49 = 7,7 %.	3808: 798 = 20,9 %.
4500—5000 " 649: 13 = 1,8 %.	3808: 174 = 4,5 %.
> 5000 " 649: 0 = 0 %.	3808: 34 = 0,9 %.

We komen dus hier tot het verrassend resultaat, dat de kinderen, in de kliniek geboren, in 't algemeen lichter zijn, en zelfs, dat er een zeer aanzienlijk verschil bestaat. Evenwel 't is mogelijk, dat dit laatste teweeggebracht wordt, doordat meer dan de helft der in de kliniek geboren en gevormd wordt door kinderen van I parae, voor een groot deel van II parae, terwijl III, IV enz.-barige vrouwen slechts in klein aantal aanwezig zijn. We hebben toch straks gevonden, dat het kindergewicht klimt met het aantal baringen.

Maken we nu de berekening voor kinderen van I, II en III etc.-parae afzonderlijk, dan krijgen we de volgende cijfers:

Kliniek.

Kinderen van	3000—3500 gram.	3500—4000 gram.	4000—4500 gram.	4500—5000 gram.	
I p. (347).	226 = 65,1 %	104 = 29,9 %	15 = 4,3 %	2 = 1,5 %	
II p. (129).	67 = 51,9 %	50 = 38,7 %	12 = 9,3 %		
III p. (51).	28 = 54,9 %	13 = 25,49 %	7 = 13,72 %	3 = 5,88 %	
IV p. (22).	8 = 36,36 %	9 = 40,9 %	4 = 18,18 %	1 = 4,54 %	
V p. (24).	10 = 41,66 %	10 = 41,66 %	2 = 8,33 %	2 = 8,33 %	
VI p. (18).	11 = 61,11 %	5 = 27,77 %	1 = 5,55 %	1 = 5,55 %	
> VI p. (58).	29 = 50 %	17 = 29,31 %	8 = 13,79 %	4 = 6,89 %	

Polikliniek.

Kinderen van	3000—3500 gram.	3500—4000 gram.	4000—4500 gram.	4500—5000 gram.	> 5000 gram.
I p. (213).	102 = 47,58 %	80 = 37,55 %	26 = 12,2 %	4 = 1,83 %	1 = 0,46 %
II p. (510).	206 = 40,39 %	199 = 39,01 %	90 = 17,64 %	15 = 2,74 %	
III p. (557).	201 = 36,08 %	214 = 38,42 %	124 = 22,26 %	16 = 2,87 %	2 = 0,35 %
IV p. (527).	160 = 30,6 %	218 = 41,36 %	121 = 22,95 %	21 = 3,98 %	7 = 1,33 %
V p. (467).	147 = 31,47 %	200 = 42,82 %	98 = 20,98 %	19 = 4,06 %	3 = 0,64 %
VI p. (350).	108 = 30,85 %	143 = 40,85 %	80 = 22,85 %	11 = 3,14 %	8 = 2,28 %
> VI p. (1184).	342 = 28,88 %	482 = 40,70 %	259 = 21,87 %	88 = 7,43 %	13 = 1,09 %

Ook in deze tabellen komt het doorlopende verschil tusschen de gewichten van de kinderen uit de kliniek en uit de polikliniek aan den dag. Steeds is het percentage minder zware kinderen (< 3500 gram) bij de laatsten kleiner dan bij de eersten, daarentegen het aantal normale of zware kinderen groter, uitgezonderd die gevallen, waar het gewicht 4500 gram of meer bedraagt.

Waaraan is dit groote verschil, zoo in tegenspraak met de bewering van PINARD e. a., toe te schrijven? Moge het misschien voor een deel te verklaren zijn, doordat de getallen (694 en 3808) zoo ver uiteenloopen, en dat de gewichten in de polikliniek minder nauwkeurig genomen zijn, toch is deze oplossing verre van bevredigend, te meer daar het verschil zeer regelmatig gevonden wordt.

Een nader onderzoek, en dan over nog veel grooter materiaal, blijft derhalve gewenscht.

Op de vraag, of herhaalde zwangerschap een nadeeligen invloed uitoefent op het kind, voor zoover we dit uit het gewicht kunnen afleiden, moet het antwoord luiden, dat onze cijfers eer het tegendeel bewijzen.

We vinden immers:

- 1°. het normale gewicht (d. w. z. het gewicht, dat procentsgewijs het vaakst voorkomt) schommelt, uitgezonderd bij kinderen van I parae, om $\pm$ 3500 gram;
- 2°. zware kinderen, d. w. z. 4000 gram of meer wegend, komen lang niet zelden voor;
- 3°. het aantal zware kinderen neemt in 't algemeen toe, naarmate meer baringen voorafgaan, het aantal minder zware af.

En wat de toestand betreft der moeders in het tijdperk, onmiddellijk aan de baring voorafgaande:

De bewering, dat gravidæ, die in gunstiger omstandigheden verkeerden, dan andere zwangeren, flinker kinderen ter wereld brengen, wordt door de vergelijking van onze cijfers uit kliniek en polikliniek geenszins bewezen, eerder het tegendeel.

5°. De inplanting van placenta en navelstreng.

Dat veranderingen in het baarmoederslijmvlies haar invloed doen gelden op de inplantingsplaats van het ei, wordt aangenomen. De placenta zou hierdoor zich lager in den uterus ontwikkelen. Geschiedt dit zeer laag, en blijft de ontwikkeling der chorionvlokken, door minder goede voedingscondities in de decidua serotina, doorgaan in de decidua reflexa, dan ontstaat de placenta prævia. Niet zelden zijn deze veranderingen in de mucosa het gevolg van een voorafgegane baring. Ontstaat een stoornis in het involutie-tijdperk, zoo kan, wanneer in plaats van herstel van normaal slijmvlies, overmatige woekering tot stand komt, hieruit een hypertrophie der mucosa overblijven. Hoe meer kinderen de vrouw gebaard heeft, des te meer kans is er, dat dergelijke processen tot stand komen, dus dat de placenta zich misschien lager ontwikkelt.

Om de zitplaats der placenta na te gaan, heb ik gebruik gemaakt van de aantekeningen omtrent de vliesscheur, want hoe lager de eerste geïnserieerd is, des te meer naar den rand zal de scheur gevonden worden. Dat alle gegevens niet even betrouwbaar zijn, lijdt geen twijfel. Daarom dienen wij eerst de poliklinische cijfers te vergelijken met die uit de kliniek. (Integraal overzicht van de jaren 1901, 1902, 1903, 1904, 1905 en 1906).

*Polikliniek.**Kliniek.**Scheur:*

in 't midden . . .	2047 = 45,5 %		299 = 40,4 %
naar den rand . .	2396 = 53,3 %	} = 54,4 %	} 441 = 59,5 %
aan den rand . . .	52 = 1,1 %		
	4495		740

We vinden dus nog al overeenkomende cijfers.

Gaan we de verhouding na voor I, II, III etc. parae:

	<i>Scheur in 't midden,</i>	<i>naar den rand,</i>	<i>aan den rand.</i>
I p.	162 = 43,2 %	207 = 55,2 %	6 = 1,6 %
II p.	317 = 46,48 %	361 = 52,9 %	4 = 0,58 %
III p.	307 = 45,95 %	358 = 53,59 %	3 = 0,44 %
IV p.	293 = 46,28 %	330 = 52,11 %	10 = 1,57 %
V p.	241 = 44,54 %	295 = 54,52 %	5 = 0,92 %
VI p.	168 = 40,57 %	242 = 58,54 %	4 = 0,96 %
VII p.	151 = 41,59 %	207 = 57,02 %	5 = 1,37 %
VIII p.	115 = 37,7 %	186 = 60,98 %	4 = 1,31 %
IX p.	95 = 40,25 %	136 = 57,62 %	5 = 2,11 %
X p.	69 = 42,07 %	93 = 56,7 %	2 = 1,21 %
XI p.	48 = 44,44 %	57 = 52,77 %	3 = 2,77 %
XII p.	29 = 41,42 %	40 = 57,14 %	1 = 1,42 %
XIII p.	20 = 36,36 %	35 = 63,63 %	
XIV p.	14 = 38,88 %	22 = 61,11 %	
XV p.	7 = 38,88 %	11 = 61,11 %	
XIV p.	9 = 50 %	9 = 50 %	
XVII p.	1 = 20 %	4 = 80 %	
XVIII p.	1 = 25 %	3 = 75 %	

Uit bovenstaande tabel zien we:

- 1°. Er komen meer gevallen voor, waar de vliesscheur niet in 't midden ligt, dus meer naar den rand, dan omgekeerd; d. w. z. meestal is de placenta lateraal geïnserieerd.
- 2°. Dit aantal wordt naar verhouding niet veel en niet duidelijk grooter bij multi- en pluriparae, afgezien van de gevallen bij de XII—XVIII barigen, waar de cijfers te klein worden, om er waarde aan te hechten.

Wat het aantal gevallen van placenta praevia betreft, op 5339 partus vond ik er 10: 7 × pl. pr. lateralis, 2 × pl. pr. centralis, 1 × waar de zitplaats niet opgegeven was, samen in 0.19 % der gevallen.

Dit cijfer komt ongeveer overeen met dat, wat Hofmeier opgeeft in het handboek van v. Winckel (II 2, blz. 1203): 1 op 5 à 600.

In alle 10 gevallen gold het multiparae:

III p. 3 ×. IV p. 2 ×. V p. 1 ×. VII p. 3 ×. X p. 1 ×.

Uit deze getallen is, door het geringe aantal, niet op te maken, dat de dispositie met het aantal zwangerschappen toeneemt, zooals Hofmeier opgeeft.

In geen van onze 10 gevallen werd bij een vorige baring iets bijzonders genoteerd omtrent het nageboortetijdperk, noch omtrent de placenta, navelstreng en vliezen. Slechts 1 maal werd de baring 2 jaar later gevolgd door een miskraam, terwijl 6 × een of meer normale bevallingen volgden, zonder eenige stoornis. In 't geheel bestond 2 × insertio velamentosa. Omtrent het kraambed na deze en vorige verlossingen vond ik niets vermeld.

Tusschen deze en de voorafgaande baring was slechts eens 1 jaar, overigens langer tijd verlopen.

Ook is de mogelijkheid uitgesproken, dat de inplanting van de navelstreng o. a. afhankelijk zou zijn van den toestand van het baarmoederslijmvlies. Voornamelijk geldt dit van de insertio velamentosa, hoewel deze slechts gradueel verschilt van de centrale, excentrische en marginale insertie. De verschillende variaties in de inplanting der navelstreng zouden kunnen ontstaan, doordat de placenta zelf verschuift, d. w. z. zich meer ontwikkelt op plaatsen van het slijmvlies, die gunstiger levensvoorwaarden aanbieden.

Bij multiparae mogen we dan vaker excentrische insertie verwachten, dan bij vrouwen, die minder kinderen ter wereld brachten.

Vergelijken we eerst weer de klinische met de poliklinische gegevens:

	<i>Polikliniek.</i>		<i>Kliniek</i>
<i>Insertie:</i>			
Centraal	3013 = 56,8 %		366 = 45,8 %.
Lateraal (marginaal) . .	2170 = 40,9 %	} 43,1 %	} 432 = 54,1 %.
Velamenteus	119 = 2,2 %		
	5302		798

Of het verschil der procentcijfers misschien het gevolg is van onnauwkeurige waarneming in de polikliniek, moeten we in 't midden laten.

Vergelijken we nu weer de getallen bij de I, II, III, etc. parae:

	<i>Ins. cent.</i>	<i>Ins. lat. of marg.</i>	<i>Ins. velamentosa.</i>
I p.	253 = 58,02 %	176 = 40,36 %	7 = 1,6 %
II p.	415 = 55,55 %	307 = 42,43 %	15 = 2 %
III p.	448 = 58,71 %	303 = 39,71 %	12 = 1,57 %
IV p.	421 = 59,77 %	269 = 38,1 %	16 = 2,26 %
V p.	343 = 55,6 %	264 = 42,78 %	10 = 1,62 %
VI p.	289 = 59,41 %	182 = 37,44 %	15 = 3,08 %

	<i>Ins. cent.</i>	<i>Ins. lat. of marg.</i>	<i>Ins. velamentosa.</i>
VII p.	230 = 57,35 %	159 = 39,65 %	12 = 2,99 %
VIII p.	181 = 52,46 %	153 = 44,05 %	11 = 3,21 %
IX p.	142 = 56,12 %	106 = 41,89 %	5 = 1,97 %
X p.	100 = 55,86 %	74 = 41,34 %	5 = 2,79 %
XI p.	79 = 60,3 %	48 = 36,18 %	4 = 3,05 %
XII p.	48 = 52,77 %	42 = 46,16 %	1 = 1,09 %
XIII p.	27 = 46,55 %	28 = 48,27 %	3 = 5,17 %
XIV p.	14 = 35 %	24 = 60 %	2 = 5 %
XV p.	10 = 45,45 %	11 = 50 %	1 = 4,55 %
XVI p.	10 = 58,82 %	7 = 41,17 %	
XVII p.	1 = 16,16 %	5 = 83 33 %	
XVIII p.	2 = 50 %	2 = 50 %	

Rekenen we niet mee de XIII—XVIII barigen, daar de cijfers weer te klein worden, dan zien we, dat zoowel van de centrale, als laterale (of marginale) insertie, de verhoudingsgetallen ongeveer gelijk blijven, daarentegen voor de velamenteuse insertie een kleine, onregelmatige toename merkbaar is.

Dat ziekelijke processen in het baarmoederslijmvlies meer optreden bij multi- en pluriparae, dan bij vrouwen aan het begin van haar echtelijk leven, valt wel niet tegen te spreken. We spraken de verwachting uit, dat we misschien den invloed hiervan zouden kunnen aantoonen op de inplanting van placenta en navelstreng. Behoudens een kleine toename van het aantal gevallen van insertio velamentosa hebben wij echter niets gevonden, wat hiervoor pleitte, m. a. w. een nadeeligen invloed van herhaalde baring hebben wij ook op dit punt niet aan 't licht kunnen brengen.

Als wij het woord „nadeelig” gebruiken, zweeft ons voor den geest het gevaar van de *zeer* laag ingeplante nageboorte, de placenta praevia. Men zou nu kunnen meenen, dat wij voor de vraag, of meerbarigen daardoor in sterker mate worden bedreigd, dan eerstbarigen, een veel eenvoudiger weg hadden kunnen inslaan, nl. uit de baringsgeschiedenissen de gevallen van placenta praevia uitzoeken! Deden wij dit echter bij het ons ter beschikking staande materiaal, dan zou blijken, dat het aantal dergelijke gevallen, waargenomen bij ongeveer 16000 à 17000 in het archief der kliniek behoorlijk beschreven barigen, veel te klein is om, bij verdeling over eerst- en meerbarigen, nog een beslissend antwoord toe te laten. Wenden wij ons — om het gevaar der kleine cijfers zooveel mogelijk te ontloopen — tot de statistische gegevens, die in de litteratuur volop aanwezig zijn, dan is het wel zeker, dat wij tegen x gevallen van placenta praevia bij eerst-

barigen er $x + y$ bij meerbarigen zouden vinden. Natuurlijk: er zijn veel minder eerstbarigen dan meerbarigen.

Zoolang ons echter uit de litteratuur niet blijkt, welke verhouding er tusschen het aantal primi- en multiparae bestond, waaruit de gegevens verkregen werden, veroorlooft de verhouding tusschen x en $x + y$ geen enkele conclusie.

6°. Het nageboorte-tijdperk.

Behalve van snelle ontleding van den uterus en atonie, of van vermoeienis der musculatuur, zouden stoornissen in het nageboorte-tijdperk: bloeding en achterblijven der placenta, het gevolg kunnen zijn van processen in het slijmvlies zelf. Vroeger stond de endometritis deciduae in een slechten reuk, in den lateren tijd¹⁾ is de verklaring wel gezocht in de hypothese, dat door atrophie, een gevolg van slechte regeneratie der mucosa, de decidua serotina zich minder goed zou ontwikkelen. De chorionvlokken zijn dan genoodzaakt het voedsel te zoeken in diepere lagen, zelfs tot in de musculatuur. Hoe dan ook, bloeding en volledige of gedeeltelijke vastgroeiing der placenta, zullen wij 't vaakst bij pluriparae moeten verwachten.

Uitgezocht werden nu de gevallen, waarbij een ernstige nabloeding optrad, of waarin de uitdrijving der placenta moeilijkheden opleverde. Al dadelijk rees het bezwaar: waar de grenzen te vinden? Angst en haast zijn soms de factoren, die den een drijven tot maatregelen, waartoe een ander, kalmer en meer geduldig van aard, veel later overgaat.

Derhalve werden alleen die gevallen genomen, waar uit den aard der toegepaste hulp, als: uterustamponnade, manueele verwijdering der placenta, toediening van keukenzout-oplossing, met een zekere waarschijnlijkheid bleek, dat de toestand den naam „ernstig” verdiende. Nog eens, een getrouw beeld der werkelijkheid geeft de lijst niet.

Zodoende vond ik 35 vrouwen met „ernstige” nageboorte-bloeding, 21 met achterblijven der placenta, zonder bloeding. Bij 14 vrouwen kwam 2 of meer malen haemorrhagie post partum voor, bij 4 2 maal retentio placentae zonder bloeding; 9 vrouwen vertoonden beide afwijkingen.

Nageboorte-bloeding.

Op 403	I parae:	0 = 0	%
„ 718	II „	: 7 = 0,97	%
„ 767	III „	: 8 = 1,04	%
„ 697	IV „	: 7 = 1	%
„ 608	V „	: 3 = 0,49	%

¹⁾ Zie: FREUND und HITSCHMAN in v. Winckel. II 3 pag. 2212 e. v.

Nageboorte-bloeding.

Op 505	VI	parae:	4 = 0,79 %
" 435	VII	" :	10 = 2,29 %
" 361	VIII	" :	2 = 0,55 %
" 256	IX	" :	3 = 1,17 %
" 188	X	" :	4 = 2,12 %
" 124	XI	" :	2 = 1,61 %
" 99	XII	" :	1 = 1,11 %
" 66	XIII	" :	1 = 1,51 %
" 112	>XIII	" :	0 = 0 %

Uit deze reeks zien we, dat in 't algemeen meerbarende vrouwen groter kans hebben op een nageboorte-bloeding dan eerstbarende; voor zoover de getallen dit toelaten, zou tevens blijken, dat van af ongeveer de 7^{de} baring het gevaar rijst.

Merkwaardig evenwel is, dat geen der I parae een ernstige nabloeding zou hebben gehad, want gegevens uit de kliniek leveren andere uitkomsten; ook hier intusschen vertoonen de multiparae meer nabloedingen dan eerstbarenden.

Kliniek.

Op 501 I parae	5 = 0,99 %.
" 419 Multiparae	12 = 2,86 %.

Polikliniek.

Op 433 I parae	0 = 0 %
" 4936 Multiparae	52 = 1,04 %.

Hierbij moet in aanmerking genomen worden, dat in de baringsgeschiedenissen der kliniek nog veel meer bloedingen als „ernstig” worden vermeld, doch dat ik alleen, terwille van de vergelijking, die gevallen berekende, waarbij de verleende hulp dezelfde was, als boven beschreven, zoodat het percentage voor de kliniek nog grooter is.

In al deze (poliklinische) gevallen begon de bloeding reeds vóór de geboorte der placenta. Omtrent de oorzaak is niets vermeld. Bij 1 vrouw, een III-para werden op den 9^{den} dag in de kliniek achtergebleven stukken met de curette verwijderd. 1 maal werd een aanduiding gevonden, dat het slijmvlies misschien niet normaal was:

V para. Eerste 3 partus normaal. Daarna een abortus.

Bij de 4^{de} bevalling trad direct na de geboorte een bloeding op. Placenta uitgeknepen. *Vliesscheur marginaal*. Hierna weer een abortus. 5^{de} bevalling: 2 uur p. p. haemorrhagie; de placenta moest manueel verwijderd worden.

Van het aantal gevallen, dat de placenta wegens langen duur van het 3^{de} tijdperk manueel werd verwijderd, geeft de volgende tabel een overzicht.

Op 403	I p. : 4 = 0,99 %.
„ 718	II p. : 3 = 0,42 %.
„ 767	III p. : 3 = 0,39 %.
„ 697	IV p. : 2 = 0,28 %.
„ 608	V p. : 3 = 0,49 %.
„ 505	VI p. : 3 = 0,58 %.
„ 435	VII p. : 1 = 0,23 %.
„ 361	VIII p. : 1 = 0,27 %.
„ 256	IX p. : 1 = 0,34 %.
„ 188	X p. : 1 = 0,53 %.
„ 124	XI p. : 1 = 0,8 %.
„ 99	XII p. : 2 = 2,22 %.
„ 178	> XII p. : 0 = 0 %.

Naar verhouding is dus het aantal malen, dat de placenta achterbleef, bij I parae groter dan bij multiparae.

Vergelijken we weer met de cijfers uit de kliniek:

Kliniek.

Op 501 I parae 0 = 0 %.
 „ 419 Multiparae 2 = 0,47 %.

Polikliniek.

Op 403 I parae 4 = 0,99 %.
 „ 4936 Multiparae 21 = 0,42 %.

Het verschil tusschen de cijfers der eerstbarenden in de kliniek en polikliniek is opvallend. Dit is niet te verklaren door het feit, dat in de kliniek meer geduld wordt geoefend. Van de 4 maal, dat in de polikliniek na een eerste baring de placenta met de hand moest worden verwijderd, geschiedde dit nl. na 2½ uur (2 maal), 3 en 4 uur wachters! Zou de verklaring niet hierin gevonden moeten worden, dat in de polikliniek niet kalm wordt afgewacht, doch de tijd wordt doorgebracht, voortdurend wrijvend, knijpend, drukkend?

Vergelijkt men de cijfers, verkregen bij eerst- en meerbarende vrouwen, dan mag er niet de slotsom uit getrokken worden, dat ingrijpen wegens langen duur van het 3^{de} baringstijdperk bij de laatsten veel meer noodzakelijk is.

3 × werd bij een vorige bevalling iets bijzonders waargenomen, wat zou kunnen wijzen op een aandoening van het baarmoederslijmvlies:

1^o. Eerste 4 bevallingen normaal. Daarna 2 abortus.

5^{de} baring. Na 4½ uur manuele verwijdering der placenta. *Placenta succenturiata*.

6^{de} baring. Wegens hevige nabloeding manuele verwijdering der placenta. *Placenta marginata*.

7^{de} baring. Na 3¼ uur manuele verwijdering der placenta.

2°. Eerste 10 bevallingen normaal. Daartusschen 4 abortus.

11^{de} baring. Placenta na $\frac{3}{4}$ uur uitgeknepen. *Navelstreng aan den rand.*

12^{de} baring. Placenta na $4\frac{1}{4}$ uur manueel verwijderd.

13^{de} baring. Placenta na $1\frac{1}{2}$ uur uitgedrukt.

3°. Eerste 9 bevallingen normaal. Daartusschen 2 abortus.

10^{de} baring. *Placenta praevia lateralis.*

11^{de} baring. Placenta na 4 uur manueel verwijderd.

De waarde, aan de uitkomsten van het onderzoek in dit gedeelte te hechten, is niet groot. Zooals gezegd, 't is moeilijk, achteraf te bepalen, wanneer gesproken mag worden van een „ernstige” nabloeding; evenmin kunnen we uitmaken, in welke gevallen een manuele verwijdering der placenta gerechtvaardigd was. Het temperament en zelfvertrouwen van den verloskundige oefenen op de waarde van cijfers als bovenstaande een storenden invloed uit. Slechts een indruk kunnen de getallen geven:

1°. Multiparae hebben meer kans op een nabloeding dan primiparae; bij veelbarige vrouwen stijgt deze kans in geringe mate.

2°. Het staat niet vast, dat achterblijven der placenta bij meerbarige vrouwen duidelijk vaker voorkomt dan bij eerstbarende.

Misschien is uit de meegedeelde gevallen deze leering te putten: een marginale scheur der vliezen, een flink excentrische inplanting der navelstreng, een placenta succenturiata, een langdurig 3^{de} tijdperk, enz., geven een min of meer ernstige aanduiding, dat men bij deze vrouw een volgende maal meer op zijn hoede moet zijn tegen placenta praevia, nabloeding e. d.

Dit pleit dus weer voor 't nut van geregelde aantekeningen omtrent de baring!

7°. Mortaliteit voor moeder en kind.

Op 2272 vrouwen met niet-vernauwd bekken stierven direct in aansluiting aan de bevalling $2 = 0.08\%$. Hieraan toegevoegd moet worden 1 vrouw met een zeer lichte bekkenvernauwing, daar deze slechts voor een gering deel bijdroeg tot den dood.

Het sterftcijfer wordt dan $2273 : 3 = 0.13\%$.

1°. III para. 1^{ste} baring: tang. 2^{de} spontaan. 3^{de} spontaan. Hevige nabloeding. Placenta manueel verwijderd. Niettegenstaande herhaalde zout-water-infusies en excitantia in collaps gebleven en gestorven.

2°. XV para. Vorige bevallingen spontaan en vlug. Dezen keer loslating der placenta vóór de baring. Ostium manueel verwijld volgens BONNAIRE; keering en uithaling van het doode kind. De bloeding staat niet:

cervixscheur, gehecht. Tamponnade van uterus en vagina. Ondanks prikkels van allerlei aard volgde na 1 uur de dood.

3°. XII para. Vorige bevallingen goed verlopen, vlug op elkaar volgend: oudste kind 14 jaren, jongste 16 maanden. Bekken licht vernauwd: C. V. ± 10 c.m. Niettegenstaande goede weeën daalt het hoofd slechts weinig in. 24 uur na het begin wordt de tang aangelegd, het hoofd komt echter niet dieper. Hierbij ontstaat een uterus-ruptuur. Keering en uithaling, 't kind weegt 4800 gram; hoofd hard en groot. Vrouw 30 uur later gestorven.

In de beide laatste gevallen is de invloed van een herhaalde baring niet te miskennen. Bij n°. 2 toch was de dodelijke bloeding het gevolg van een scheur in den hals, juist zoo kwetsbaar, waar de vrouw zooveel bevallingen achter den rug had. Bij n°. 3 was de baarmoeder voorbeschikt tot ruptuur: 12 snel op elkaar volgende baringen. Dit, in verband met de abnormale grootte van het kind, het harde hoofd en de, hoewel uiterst geringe, bekkenvernauwing, leidde tot den noodlottigen afloop.

Van **5339** kinderen stierven tijdens of vóór de geboorte: **135 = 2,5 %**, percentsgewijs uitgedrukt:

403 kinderen van	I parae:	gestorven	13 = 3,22 %.
718 " "	II " "		16 = 2,22 %.
767 " "	III " "		18 = 2,34 %.
697 " "	IV " "		7 = 1 %.
608 " "	V " "		17 = 2,79 %.
505 " "	VI " "		12 = 2,37 %.
435 " "	VII " "		15 = 3,44 %.
361 " "	VIII " "		9 = 2,49 %.
256 " "	IX " "		7 = 2,73 %.
181 " "	X " "		3 = 1,65 %.
124 " "	XI " "		5 = 4,03 %.
99 " "	XII " "		4 = 4,04 %.
66 " "	XIII " "		1 = 1,51 %.
52 " "	XIV " "		4 = 8,16 %.
29 " "	XV " "		2 = 6,89 %.
21 " "	XVI " "		1 = 4,75 %.
8 " "	XVII " "		0 = 0 %.
8 " "	XVIII " "		1 = 12,5 %.

Groote waarde mogen wij aan deze cijfers niet hechten, omdat zooveel factoren tot den dood van het kind meewerken. Daarom schakelde ik al de gevallen uit, waarin liggingsafwijkingen, placenta praevia, loslating der

1/ placenta, omstrengeling, ziekten der moeder, e. a. een rol speelden, en hield dus die gevallen over, waarin de doodsoorzaak onbekend bleef, hoewel deze soms bij beter zoeken van andere zijde, voor den dag zou gekomen zijn.

Intusschen, in bovenstaande tabel valt reeds op het, naar verhouding, groote percentage voor kinderen van I parae.

Doodsoorzaak onbekend.

Kinderen van	I parae	5	= 1,21 %	Kinderen van	VII parae	4	= 0,91 %
"	"	II	" 6 = 0,83 %	"	"	VIII	" 2 = 0,55 %
"	"	III	" 2 = 0,26 %	"	"	IX	" 2 = 0,78 %
"	"	IV	" 3 = 0,44 %	"	"	X	" 0 = 0 %
"	"	V	" 2 = 0,32 %	"	"	XI	" 1 = 0,8 %
"	"	VI	" 2 = 0,33 %	"	"	XII	" 1 = 1,01 %
				"	"	> XII	" 1 = 0,54 %

Deze tabel laat zich ongedwongen in tweeën splitsen:

a. kinderen van I—VI parae,

b. kinderen van >VI parae.

In reeks a zien we na het hooge percentage der 1^{ste}, en het reeds minder hooge der 2^{de} kinderen een snelle daling van het cijfer; in reeks b vinden we het sterftcijfer in doorsnede grooter, hoewel nooit zoo groot als van de 1^{ste} kinderen. Een regelmatig grooter worden van het sterftcijfer vinden we in de 2^{de} reeks niet.

2/ Kinderen van I parae hebben dus de grootste sterftekans. Verwonderen kan dit niet; ook wij toch vonden, dat de baring bij primiparae meestal langer duurde dan bij multiparae; letten we op het gewicht der kinderen, en nemen we aan, dat dit tot op zekere hoogte evenredig is met de levensvatbaarheid, dan kunnen we ook in de mindere zwaarte der 1^{ste} kinderen een verklaring vinden.

3/ Op deze manier kunnen we ook begrijpen, waarom het sterftcijfer der volgende kinderen in de eerste reeks kleiner wordt. Duidelijk evenwel wordt niet, waarom het cijfer der doodgeborenen in reeks b stijgt. We vonden niet, dat de baringsduur met het klimmen van het aantal kinderen langer wordt, en zeker niet een afname van het kindergewicht. Of wij dus in het gegeven feit een nadeeligen invloed van veelvuldige zwangerschap op het kind mogen zien? Het valt moeilijk op deze vraag een bevestigend antwoord te geven. Ook stijgt de sterftekans niet met het aantal baringen, daarvoor wisselen de cijfers te grillig. En, al stond deze nadeelige inwerking vast, dan nog is zij betrekkelijk klein te noemen.

Vatten wij nog eens samen, wat ons onderzoek in deze leerde.

Dat met toenemend aantal zwangerschappen de sterftekans voor de moeders stijgt, konden wij niet vinden, ofschoon toch de overleden vrouwen onder de meerbarigen werden gevonden. Trouwens, waar, zooals in de beide

nader besproken gevallen zooveel afhangt van de behandeling, valt dit moeilijk te bewijzen. Onze cijfers geven aan, dat kinderen van eerstbarende vrouwen grooter sterftekans hebben dan die van meerbarigen. Ook anderen vonden dit laatste. Dat ten slotte, afgezien van omstandigheden, die op zichzelf het leven van het kind bedreigen, als: dwarsligging e. a., bij later geboren de levenskans geringer is, doordat de moeders minder geschikt zouden worden tot het voortbrengen van levenskrachtige kinderen, voor deze opvatting kunnen wij uit ons materiaal het bewijs niet leveren.

SLOTSOM.

Wanneer wij nu nog eens, aan 't eind van dit onderzoek, de vraag stellen: valt er een nadeelige invloed te bespeuren van herhaalde zwangerschap en baring op moeder en kind? dan moet ons antwoord luiden, dat wij daardoor slechts weinig aanwijzingen vonden.

Onze gegevens omtrent de veelvuldigheid van miskraam en omtrent het kindergewicht wijzen er niet op, dat de vrouw minder geschikt wordt voor de voortplanting, naarmate het aantal baringen stijgt; integendeel. Volgens onze cijfers is de frequentie van abortus omgekeerd evenredig met het aantal kinderen; het gewicht van deze laatsten neemt toe met het aantal. Het gemiddeld gewicht is zeer bevredigend, zware kinderen zijn geen zeldzaamheid. Opmerkelijk is het, dat kinderen, in de kliniek geboren, minder zwaar zijn, dan die uit de polikliniek.

Dat bij achtereenvolgende baringen de duur eerst afneemt, en, naarmate het rangnummer stijgt, geenszins als regel toeneemt, behoeft geen verwondering te wekken; dat uitgangstangen wegens langen duur het meest bij eerstbarenden worden aangelegd, evenmin.

Mochten de kansen op het bestaan van ziekelijke afwijkingen in het baarmoederslijmvlies al grooter zijn bij meer- en veelbarige vrouwen, een duidelijken invloed op de inplanting van navelstreng en moederkoek konden wij niet vaststellen.

Dat de placenta vaker achterblijft bij multi- dan bij primiparae, was niet duidelijk. Evenmin was aan te toonen, dat de sterftekans der moeders toenam met het aantal baringen, hoewel doodelijke afloop der baring slechts bij multiparae voorkwam. Tegenover deze uitkomsten, die deels den zegen van herhaalde baring doen zien, deels zeker niet ten nadeele kunnen worden uitgelegd, staan enkele, die wel op minder gunstige omstandigheden wijzen. Vermeld moet worden de meerdere kans op nageboortebloeding bij meerbarige vrouwen. De nadeelen gelden echter vnl. het kind. Het aantal stuit- en dwarsliggingen (en wat daaronder genoemd is), neemt toe; ook, onafhankelijk van tastbare oorzaken, schijnt het cijfer der doodgeborenen grooter te worden,

naarmate meer kinderen vooraf gingen, hoewel de toename verre van regelmatig is. Opmerking verdient het feit evenwel, dat en van het aantal stuitliggingen, en van dat der doodgeboren kinderen de primiparae het grootste aandeel leverden.

Uit dit alles volgt wel, dat, bij het opmaken der balans, de nadeelen het minst zwaar wegen. Volgens onze gegevens mogen wij ten opzichte van herhaalde baring, afgezien van bijzondere omstandigheden, niet al te zwaartillend gestemd zijn. We beseffen intusschen zeer goed, dat, onbetrouwbaarheid van sommige opgaven nog daargelaten, ons onderzoek niet voldoende is, het vraagstuk voorgoed op te lossen. Vragen als: wat weten we van ziekten, wat van misschien verhoogd infectiegevaar bij de moeders? wat wordt er van de kinderen? moesten onbeantwoord ter zijde gelegd worden. Veel onttrekt zich voor een zeer groot deel aan onze waarneming. Wie weet, of niet een meer nauwkeurig, meer verfijnd onderzoek, over aanzienlijk grooter materiaal, niet geheel andere uitkomsten geeft, dan wij meenden te mogen vaststellen? Echter, als er eenige waarde aan onze nasporingen mag gehecht worden, dan is het deze, dat zij aantoonen, dat een nadeelige invloed van herhaalde baring op moeder en kind zonder meer niet mag worden aangenomen. Een groot veld voor verder onderzoek blijft open; moge het onze daartoe opwekken, en tevens hiermede een stap in de goede richting gezet zijn!

HOOFDSTUK II.

Baring bij bekkenvernaauwing.

Zoolang de verloskunst beoefend is geworden met toenemende kennis van den invloed van bekkenvernaauwing, en naarmate de techniek is vooruitgegaan, is de behandeling der baring bij het vernauwde bekken een voorwerp van levendige belangstelling gebleven. Tot op het tegenwoordige oogenblik toe beslaat dit vraagstuk een zeer voorname plaats in de verloskundige litteratuur, en wij kunnen wel voorspellen, dat nog vele geslachten na ons hun belangstelling zullen blijven toonen, o. a. door uitvoerige geschriften en warme discussies. Hierbij spelen de opgaven van resultaten, verkregen met deze of gene behandelingswijze een voorname rol. Men tracht met vijftigtallen, met honderdtallen, met duizendtallen van belangrijke waarnemingen elkander te overtuigen. Wie vatbaar is voor de verlokkenende taal der cijfers, wordt meegesleept — maar zeker niet in een gestadige richting; wie minder ontvankelijk is, blijft achterdochtig zoeken! In het feit, dat zoovele, schijnbaar even goed gegronde pleidooien elkander lijnrecht tegenspreken, ligt voldoende grond, om aan de juistheid der gegevens te twijfelen. Hoe kan het ook anders! Staat het begrip: „bekkenvernaauwing” voldoende vast? Heeft men recht, de verschillende bekkens in een klein aantal groepen te verdeelen? Heeft men recht, de uitkomsten van verschillende klinici, uit hun opgaven, met elkander te vergelijken? Zijn de opgaven van dien aard, dat zij met elkander vergelijkbaar zijn? Het antwoord op die vragen en op zoovele andere kan bezwaarlijk bevredigend luiden. Aangezien men de vraag, of in de naaste toekomst, in een afzienbaar tijdsverloop daarin verandering zal komen, al evenmin bevestigend kan beantwoorden, ligt het voor de hand, dat menigeen tot moedeloosheid vervalt. Toch weet men, dat goede statistiek het eenige is, wat ons hierin vooruit kan brengen, mits zij beschikt over een voldoende aantal gevallen (en dit moet groot zijn!), zóó, dat het een zuivere groepeerings toelaat. Hiervoor is scherpe

Een zelfde reeks van bekkens met C. V. $7\frac{1}{2}$ c.m., enz. tot een C. V. van >9 c.m.

B. Eenzelfde onderzoek voor II parae.

C. " " " pluriparae.

Te samen dus:

I parae: 6 groepen, elk van 7 ondergroepen = 42

II " : " " " " " " = 42

Pluri " : " " " " " " = 42

Totaal = 126 ondergroepen.

Zullen die groepen voor de zuivere waardeering eenige waarde hebben, dan dient elk uit 100 waarnemingen te bestaan, dus totaal 12600 waarnemingen! En dit, na schifting, overeenkomstig het bij A aangegevene!

Wie zal dit reuzenmateriaal verzamelen?

Toch moet dit mogelijk zijn, als velen samenwerken en hun materiaal volgens bindende afspraak bewerken. Zoolang dit niet geschiedt, zullen wij nooit uit den poel van elkander tegensprekende „bewijzen” geraken.

Na het zooveen opgemerkte breng ik met schroom het materiaal te berde van **111** vrouwen met vernauwd bekken, bij wie minstens 2 baringen werden waargenomen, te samen **365** baringen! Het is niet de bedoeling, daaruit besluiten te trekken omtrent de voortreffelijkheid van een of andere therapie, maar om eenige punten, zoo mogelijk, nader toe te lichten.

A. *Welk verschil treft men aan tusschen den invloed van het algemeen vernauwde en dien van het platte bekken?*

De grens tusschen vernauwde en normale bekkens valt moeilijk te trekken, aangezien zij onmerkbaar in elkaar overgaan. Tot zekere hoogte blijft derhalve de maat, beneden welke men aanneemt, met een te nauw bekken te doen te hebben, een willekeurige. In veel gevallen toch blijkt van een min of meer duidelijken invloed op de baring niets, terwijl in andere, door wanverhouding tusschen kinderhoofd en de maten van den ingang een bijna normaal bekken zich duidelijk als een vernauwd gedraagt.

Sedert MICHAELIS is men in 't algemeen gewoon geweest, de bovengrens voor het platte bekken te stellen op $9\frac{1}{2}$ c.m. C. V., die voor het algemeen vernauwde op 10 c.m., steunende op de meening, dat het laatste voor het baringsverloop een meer ongunstige prognose gaf. In den laatsten tijd echter is men aan de juistheid van deze waardebepaling gaan twijfelen.

WESSELINK¹⁾ bijv. komt op grond van 922 gevallen (548 platte of

¹⁾ J. H. WESSELINK. Over de prognose en therapie der baring bij het algemeen vernauwde en platte bekken. Diss. Utrecht, 1901.

vermoedelijk platte en 374 algemeen vernauwde of vermoedelijk algemeen vernauwde bekkens), tot de conclusie, dat in 't algemeen de prognose bij algemeen vernauwde bekkens, waaronder hij ook de ongelijkmatig vernauwde opnam, beter is, dit becijferend uit het aantal spontane baringen, de kindersterfte en de kwetsuren, aan de kinderen toegebracht. Echter gaf het een groot verschil, naarmate de vrouw eerst- of meerbarende was. Want hij vond, dat bij I parae het algemeen vernauwde bekken slechter vooruitzichten gaf, dan wanneer de vrouw reeds meer kinderen had, terwijl het bij het platte type juist andersom was.

WESSELINK meent dit ongeveer op de volgende manier te kunnen verklaren:

„De voordeelen bij het algemeen vernauwde bekken bestaan in beter indalingsmechanisme en kleiner kindergewicht, terwijl ook het nakomende hoofd den ingang beter passeert.

Daartegenover staan nadeelen, en wel voornamelijk, dat de uitgang relatief nog sterker vernauwd is, welk nadeel zich des te meer zal doen gevoelen bij uitzakken van navelstreng en kleine deelen, wat de uitkomst der therapie ongunstiger maakt. Waar bij I parae de zachte baringswegen veel minder rekbaar zijn dan bij multiparae, moeten eerstbarenden bij het algemeen vernauwde bekken daarvan veel meer den invloed ondervinden, dan bij het platte, aangezien bij het eerstgenoemde type het geheele genitaal-apparaat „algemeen te klein” zou zijn. Bovendien zijn ook de bekken-gewrichten bij I parae minder beweeglijk dan bij multiparae. Ook zal de uitgang zich bij sterke flexie der dijen minder verwijden. Al deze momenten kunnen dus een verklaring geven van het nadeel, waaraan eerstbarenden bij het algemeen vernauwde bekken blootstaan.”

Ook andere onderzoekers als WEINDLER¹⁾, BAISCH²⁾ en v. MAGNUS³⁾ met reeksen bestaande uit 1610, 689 en 874 baringen, komen tot de slotsom, dat het algemeen vernauwde bekken een betere prognose geeft, gelet op het aantal spontane baringen.

Dat het dikwerf moeilijk is, den aard der bekkenvernauwing te bepalen, spreekt van zelf. Een objectieve maat ter indeeling bestaat niet. Dat de linea innominata niet geheel te volgen is, bewijst geenszins, dat het bekken niet algemeen vernauwd is, daar het onderzoek bemoeilijkt kan worden, bijv. bij I parae, door de strakke spanning van den vaginaalwand; en

¹⁾ Dr. F. WEINDLER. Spontane Geburt beim engen Becken. Archiv f. Gyn. Bnd. 81.

²⁾ Dr. K. BAISCH. Die Einteilung des engen Beckens und die Prognose der einzelnen Formen. Centr. bl. f. Gyn. 1907.

³⁾ Dr. A. v. MAGNUS. Ein Beitrag zur Therapie des engen Beckens. In. Diss. Königsberg i. Pr. 1902.

omgekeerd kan bij multiparae de linea innominata wèl te volgen zijn, zonder dat een algemeene vernauwing behoeft te worden aangenomen.

Mag de afstand der cristae en spinae anteriores superiores als maatstaf gelden? De meeningen zijn weer verdeeld. ZWEIFEL o. a. noemt elk bekken algemeen vernauwd, waar deze maten kleiner zijn dan 25, resp. 28 c.m.; in het boek van TREUB wordt geleerd, dat een dwarse vernauwing waarschijnlijk wordt, wanneer ze minstens 2 c.m. onder het gemiddelde, (hier: 26 en 29 c.m.) zijn.

Beter waarborg geeft de bekkenomtrek. Is deze 8 c.m. beneden de maat: 90—93 c.m., dan is o. a. volgens TREUB, zeker algemeene vernauwing aanwezig; vindt men echter normale waarde of daarboven, dan is ze zeker uit te sluiten. Deze maat is echter ook afhankelijk van den onderzoeker, van de meerdere of mindere magerheid van de zwangere, zoodat in twijfelachtige gevallen de twijfel moeilijk op te heffen kan zijn.

Al deze redenen maken, dat bij de eene baring derzelfde vrouw het bekken als plat, bij een volgende als algemeen vernauwd te boek staat. Hierdoor verliest de bekkenstatistiek nog meer van haar waarde, zoo ook de conclusies, hieruit te trekken. Naar de wijze van indeeling zullen ook deze laatste wisselen.

Bij de bewerking van mijn materiaal ging ik te werk op een wijze, die hieronder wordt beschreven, en die mij eerst juist en verdedigbaar toescheen. Ik achtte het echter van belang hetzelfde materiaal ook nog van een ander gezichtspunt uit te onderzoeken en verkreeg zodoende een uitkomst, die ter contrôle van de volgens de eerste methode gevondene moest strekken.

De oorspronkelijk toegepaste bewerking, in 't vervolg methode I te noemen, bestond hierin:

In de eerste plaats maakte ik een verdeling in platte en algemeen vernauwde bekkens: in de laatste groep werden zoowel de gelijkmatig, als de ongelijkmatig vernauwde opgenomen. Als criterium voor algemeene vernauwing gold de bereikbaarheid der geheele linea innominata (tenzij de andere bekkenmaten daarmee in grooten tegenspraak waren), of wanneer dit niet vermeld stond, het beneden de maat zijn van de distantiae cristarum et spinarum of van den bekkenomtrek. In den regel werd de kleinst gevonden afstand genomen als maatstaf, omdat ik aanvankelijk oordeelde, dat deze de meeste kans op nauwkeurigheid bood.

Verder werd hierbij een indeeling gemaakt naar de conjugata diagonalis, van geheelen centimeter tot centimeter. Als bovengrens gold 12 c.m.

Aan deze regels ligt de samenstelling der bijgevoegde baringsgeschiedenissen ten grondslag, waarbij n^{os} 1—48 als plat, 49—111 als algemeen vernauwd berekend werden.

De tweede wijze van bewerking, in het vervolg methode II te noemen, was deze:

Hierbij werd, om bovengemelde reden, niet de nadruk gelegd op het in haar geheel bereikbaar zijn der linea innominata, doch meer op den bekken-omtrek, die dus hoogstens 85 c.m. moest bedragen bij algemeene vernauwing, en ook op het kleiner zijn dan normaal der distantiae cristarum et spinarum, die onderling 3 c.m. moesten blijven verschillen. Door deze indeeling werden vele bekkens van de rubriek „algemeen vernauwd” naar „plat” overgebracht, andere als „onzeker” geboekstaafd. Daarbij komt, dat bij de eerste indeeling niet altijd rekening is gehouden met de meerdere betrouwbaarheid van klinische boven poliklinische gegevens, en dat bij nadere beschouwing de bewering, dat de kleinst gevonden maat gewoonlijk de betrouwbaarste is, geen steek houdt. Ook op het baringsmechanisme werd meer gelet, om de classificatie zoo zuiver mogelijk te maken.

Zoo werden bij de platte bekkens gevoegd n^{os} 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 68, 71, 72, 90, 91, 94, 95, 97, 99, 100, 103, 109, 111, terwijl „onzeker” werden: n^{os} 50, 53, 63, 64, 65, 67, 69, 70, 79, 86, 88, 96, 98, 101, 105, 106; als algemeen vernauwd bekken telt niet mee n^o 108, een bekken met dubbelzijdige ankylose der articulationes sacro-iliacae.

Tevens werd bij de nieuwe berekening ingedeeld naar de conjugata vera, en wel naar afstanden van $\frac{1}{2}$ c.m. verschil. Meestal werd het gemiddelde genomen; waar klinische en poliklinische maten waren opgegeven, gaven de eerste den doorslag, en waar ze gemeten werden volgens GAUSS of BYLICKI, een van deze waarden. In het geval van n^o 36, waar de C. V. kleiner bleek, dan ze ooit geschat was, werd deze laatste genomen.

Op 111 vrouwen met bekkenvernauwing, te samen 365 maal in de kliniek of polikliniek verlost, vond ik, volgens:

METHODE I.

<i>Plat.</i>				<i>Algemeen vernauwd.</i>			
C. D.	11—12 c.m.	24	met 75 partus.	25	met	73	partus.
C. D.	10—11 c.m.	22	„ 77 „	32	„	113	„
C. D.	9—10 c.m.	2	„ 6 „	5	„	14	„
C. D.	8—9 c.m.	0	„ 0 „	1	„	2	„
		48	158 „	63		207	„

Het aantal spontane geboorten bedroeg 187 = 51,23 %.

„ „ kunstmatige geboorten bedroeg 178 = 48,77 %.

(„Expressie” werd niet als kuhsthulp gerekend).

Naar het platte of algemeen vernauwde type was de verhouding:

	<i>Plat.</i>	<i>Algemeen vernauwd.</i>
Spontaan:	70 = 44,3 %.	17 = 56,52 %.
Kunstmatig:	88 = 55,7 %.	90 = 43,48 %.

Naar den graad der vernauwing was de verhouding:

	<i>Plat.</i>	<i>Algemeen vernauwd.</i>
C. D. 11—12 c.m. spontaan	45 = 60 %.	50 = 68,49 %.
kunstmatig	30 = 40 %.	23 = 31,51 %.
C. D. 10—11 c.m. spontaan	25 = 32,46 %.	63 = 53,59 %.
kunstmatig	52 = 67,54 %.	55 = 46,41 %.
C. D. 9—10 c.m. spontaan	0 = 0 %.	4 = 28,6 %.
kunstmatig	6 = 100 %.	10 = 71,4 %.
C. D. 8—9 c.m. spontaan	0 = 0 %.	0 = 0 %.
kunstmatig	0 = 0 %.	2 = 100 %.

Uit deze becijferingen zou volgen, dat, gerekend naar het aantal spontane baringen, het algemeen vernauwde bekken een gunstiger prognose geeft, dan het platte, en dat dit verschil voor elken graad van vernauwing doorgaat.

METHODE II.

Bij de bewerking volgens deze methode konden eenige bekkens, waarvan de C. V. niet bekend was, niet meegerekend worden. 5 hiervan waren plat, 1 algemeen vernauwd, 16 „onzeker”; 1, het ankylotische bekken, viel van zelf uit.

De verhouding was nu aldus:

	<i>Plat.</i>	<i>Algemeen vernauwd.</i>
C. V. $10\frac{1}{2}$ —10 c.m. 23 met 9 partus.		1 met 3 partus.
C. V. < $10 - 9\frac{1}{2}$ c.m. 17 „ 52 „		2 „ 6
C. V. < $9\frac{1}{2}$ —9 c.m. 21 „ 65 „		7 „ 17 „
C. V. < 9 — $8\frac{1}{2}$ c.m. 14 „ 49 „		7 „ 26 „
C. V. < $8\frac{1}{2}$ —9 c.m. 7 „ 24 „		6 „ 31 „
C. V. < 8 c.m. 3 „ 10 „		0 „ 0 „
	65 209 „	23 83 „

De verhouding van spontane tot kunstmatige geboorten was:

	<i>Plat.</i>	<i>Algemeen vernauwd.</i>
Spontaan:	101 = 48,32 %.	31 = 37,34 %.
Kunstmatig:	108 = 51,68 %.	52 = 62,66 %.

Op het procentcijfer bij het algemeen vernauwde bekken zou groote invloed uitgeoefend kunnen worden door het groot aantal kunstmatige verlossingen (11) bij n° 92; rekenen we dus dit bekken niet mee, dan is de verhouding:

spontaan: 31 = 43,05 %.

kunstmatig: 41 = 56,95 %.

Berekenen we nu nog de verhouding naar den graad der vernauwing:

	<i>Plat.</i>	<i>Algemeen vernauwd.</i>	
C.V. $10\frac{1}{2}$ —10 c.m.	spontaan 7 = 77,77%.	2 = 66,66%.	
	kunstmatig 2 = 22,23%.	1 = 33,33%.	
C.V. < 10 — $9\frac{1}{2}$ c.m.	spontaan 36 = 69,23%.	5 = 83,3 %.	
	kunstmatig 16 = 30,77%.	1 = 16,66%.	
C.V. < $9\frac{1}{2}$ —9 c.m.	spontaan 32 = 49,23%.	11 = 64 7 %.	
	kunstmatig 33 = 50,77%.	6 = 35,3 %.	
C.V. < 9 — $8\frac{1}{2}$ c.m.	spontaan 21 = 42 85%.	13 = 50 %.	
	kunstmatig 28 = 57,15%.	13 = 50 %.	
C.V. < $8\frac{1}{2}$ —8 c.m.	spontaan 5 = 20 83%.	1 = 3,22 %	of niet gerekend n° 92. 1 = 5%.
	kunstmatig 19 = 79,17%.	30 = 96,78%	19 = 95%.
C.V. < 8 c.m.	spontaan 0 = 0 %.	0 = 0 %.	
	kunstmatig 10 = 100 %.	0 = 0 %.	

Uit bovenstaande berekening zou volgen, dat de kans op spontane geboorte juist bij het algemeen vernauwde bekken geringer is, dan bij het platte, d. w. z. becijferd op het totale aantal geboorten.

Vergelijken we echter de cijfers van beide groepen naar de graden van vernauwing, dan vinden we, dat voor de meer ongunstige prognose bij het algemeen vernauwd bekken de procentcijfers der gevallen met een C. V. < $8\frac{1}{2}$ c.m. den doorslag geven, terwijl die, waar de C. V. > $8\frac{1}{2}$ c.m. bedraagt, den indruk zouden wekken, dat het algemeen vernauwde bekken, meer of ongeveer evenveel spontane baringen geeft als het platte.

Hierbij moet niet uit het oog verloren worden, dat het aantal gevallen met een C. V. > $8\frac{1}{2}$ c.m., in deze 2^{de} berekening, bij het algemeen vernauwde bekken zeer veel kleiner is dan bij het platte, zoodat de waarde der procentcijfers veel minder wordt, terwijl bij de 1^{ste} methode de wederzijdsche getallen grooter en beter vergelijkbaar zijn.

We zien dus, dat hetzelfde materiaal, op tweeërlei verschillende manieren, beide verdedigbaar, bewerkt, uiteenlopende, ja tegenovergestelde gevolgtrekkingen mogelijk maakt. Hieruit volgt reeds, hoe voorzichtig men met conclusiën moet zijn.

Ter vergelijking met onze cijfers geven wij hieronder de getallen van

vorengenoemde 4 auteurs, die betoogden, dat de prognose bij het algemeen vernauwde bekken beter is dan bij het platte.

1°. WESSELINK (alleen bekkens met „zekere” diagnose).

	<i>Plat.</i>		<i>Algemeen vernauwd.</i>	
	Aantal.	Spontaan.	Aantal.	Spontaan.
C. D. 11—12 c m.	69:	40 = 57,9 %.	53:	39 = 73,5 %.
C. D. 10—11 c.m.	163:	74 = 45,4 %.	169:	78 = 46,2 %.
C. D. 9—10 c.m.	91:	22 = 24,1 %.	67:	23 = 34,3 %.
C. D. >8—9 c.m.	38:	1 = 2,6 %.	22:	3 = 13,6 %.
	361:	137 = 37,9 %.	311:	143 = 45,9 %.

Daar WESSELINK de bekkens uit zijn materiaal alleen indeelt naar de conjugata diagonalis, kunnen zijn cijfers slechts vergeleken worden met die, welke wij volgens methode I verkregen. Evenals wij komt hij tot het resultaat, dat voor elken graad van vernauwing het algemeen vernauwde bekken meer spontane geboorten geeft, dan het platte. De onderlinge verschillen tusschen de procentcijfers echter zijn bij W. groter, het totale aantal spontane geboorten relatief kleiner. Ook heeft W. bij platte bekkens met een C. D. van 9—10 c.m. nog 24,1 % spontane baringen, wij 0 %. Deze getalsverschillen kunnen voor een groot deel verklaard worden, doordat W. over een veel grooter materiaal beschikte, voor een ander deel, doordat dit afkomstig was uit verschillende klinieken, waardoor een verschillend standpunt ten opzichte der therapie op de te verkrijgen uitkomst meer invloed uitoefent.

De manier echter, waarop WESSELINK zijn indeeling in platte en algemeen vernauwde bekkens maakte, nadert meer tot onze methode II. Slechts die bekkens werden algemeen vernauwd genoemd, waarvan de omtrek < 83 c.m. was, de distantiae spinarum et cristarum < 24 en 26 c.m. bedroegen.

Ofschoon de resultaten van WESSELINK dus niet geheel te vergelijken zijn met de onze, geeft toch het feit, dat zijn indeeling ongeveer het midden houdt tusschen onze methode I en II, een steun voor de opvatting, dat werkelijk de kans op spontane geboorte bij het algemeen vernauwde bekken groter is dan bij het platte.

2°. Geheel anders is de manier, waarop WEINDLER tot zijn opvatting komt. Hij bewerkte het materiaal uit de kliniek te Dresden, over de jaren 1898, 1899 en 1900.

Als voorbeeld van zijn methode laten we de getallen over het jaar 1898 volgen.

Op 592 verlossingen: spontaan 456	{ algemeen vernauwd	306 = 67,1 %.
	{ plat	115 = 25,2 %.
	{ algemeen vernauwd en plat	35 = 7,6 %.

Dat deze wijze van bewerking geheel foutief is, spreekt van zelf. Immers, in plaats van aan te geven de verhouding van het aantal spontane geboorten tot het totaal aantal baringen van elk type, geeft hij slechts de onderlinge verhouding van de getallen der spontane bevallingen weer, zonder zelfs aan te geven, over hoeveel bekkens van elke soort hij kon beschikken voor zijn onderzoek. WEINDLER heeft dus allerminst het recht, op grond van zijn cijfers, de prognose voor spontane baring bij het algemeen vernauwde bekken gunstiger te noemen, dan bij het platte.

3°. Op 2 manieren bewerkte ook BAISCH zijn materiaal, doordat hij eerst voor het algemeen vernauwde bekken ruimere grenzen aannam dan voor het platte, later beide soorten naar dezelfde maten indeelde. Tot de algemeen vernauwde rekende hij die bekkens, waarvan de distantiae spinarum et cristarum minstens 1 c.m. kleiner waren dan 25 en 28 c.m. De C. V. werd uit de C. D. berekend, door er 2 c.m. van af te trekken.

1^{ste} METHODE.

2^{de} METHODE.

Vernauwing van den 1^{sten} graad.

<i>Alg. vern. bekken. C. V. 10—9 c.m.</i>	<i>Alg. vern. bekken. C. V. 9,5—8,6 c.m.</i>
142 baringen, spontaan 134 = 94,5 %.	125 baringen, spontaan 110 = 91,1 %.
<i>Plat bekken. C. V. 9,5—8¼ c.m.</i>	<i>Plat bekken. C. V. 9,5—8,6 c.m.</i>
350 baringen, spontaan 303 = 86,4 %.	325 baringen, spontaan 292 = 89,1 %.

Vernauwing van den 2^{den} graad.

<i>Alg. vern. bekken. C. V. 8,9—7,4 c.m.</i>	<i>Alg. vern. bekken. C. V. 8,5—7,6 c.m.</i>
111 baringen, spontaan 82 = 79,3 %.	91 baringen, spontaan 65 = 71,4 %.
<i>Plat bekken. C. V. 8,2—7,4 c.m.</i>	<i>Plat bekken. C. V. 8,5—7,6 c.m.</i>
86 baringen, spontaan 47 = 54,6 %.	123 baringen, spontaan 78 = 61,7 %.

Nu is de indeeling in algemeen vernauwd en plat bekken volgens de 1^{ste} methode gegrond op de meening, dat de kansen op spontane baring bij het eerste ongunstiger zouden zijn, dan bij het platte. Men ziet, de uitkomst, volgen deze wijze van indeeling verkregen, zijn met deze opvatting in lijnrechten tegenspraak.

Met het oog hierop verdeelde BAISCH nu zijn bekkens naar dezelfde maten der conjugata vera; uit de cijfers der 2^{de} berekening blijkt, dat, wat de vernauwing van den 1^{sten} graad betreft (C. V. 9,5—8,6 c.m.), het verschil in spontane geboorten tusschen beide bekkentypen tot een minimum wordt teruggebracht, hoewel het percentage bij het algemeen vernauwde bekken nog iets hoger is.

Bij de vernauwing van den 2^{den} graad (C. V. 8,5—7,6 c.m.) is het verschil ten gunste van het algemeen vernauwde bekken nog duidelijk, hoewel belangrijk kleiner, dan volgens de berekening naar de 1^{ste} methode.

4°. Minder waarde mag weer toegekend worden aan de cijfers van v. MAGNUS:

Plat.

Algemeen vernauwd.

806 baringen, spontaan 643 = 79,7 %. 68 baringen, spontaan 59 = 86,7 %.

Het kleine aantal baringen bij algemeen vernauwd bekken steekt zóó af bij de groote meerderheid bij het platte, dat procentcijfers, hieruit verkregen, weinig gewicht in de schaal kunnen leggen.

Algemeen vernauwd werden die bekkens genoemd, waarvan de C. transversa minstens 2½ c.m. was verkort; de C. V. werd uit de C. D. afgeleid door aftrekken van 1¾, resp. 2 c.m.

Bovenstaande voorbeelden illustreeren op voldoende wijze, hoe weinig eenheid er bestaat in wijze van onderzoek, hoe wisselende resultaten het gevolg zijn van verschillende methoden. Twijfel blijft dus bestaan, opgelost is de vraag nog niet, of het algemeen vernauwde bekken meer kans biedt op spontane baring, dan het platte; slechts met een zekere waarschijnlijkheid mag hierop een bevestigend antwoord gegeven worden.

In de 2^{de} plaats trachtte ik, volgens de twee aangegeven methoden, na te gaan, op voetspoor van WESSELINK, of werkelijk het kindergewicht kleiner en het indalingsmechanisme beter is bij het algemeen vernauwde bekken; het laatste berekend uit het aantal malen, dat er schedelliging bestond en het hoofd den bekkeningang afsloot.

Niet meegerekend zijn de 54 gevallen van kunstmatige vroeggeboorte. Van de overblijvende is 252 × het gewicht bekend. Enkele malen was dit niet opgegeven, doch slechts als „zwaar” genoteerd.

METHODE I.

METHODE II.

	<i>Plat.</i>	<i>Algem. vernauwd.</i>	<i>Plat.</i>	<i>Algem. vernauwd.</i>	
< 3000 gr.	7 = 6,73 %.	23 = 15,54 %.	15 = 9,55 %.	13 = 24,52 %.	2)
3000—3500 „	44 = 42,3 %.	74 = 50 %.	71 = 45,22 %.	29 = 54,71 %.	
3500—4000 „	35 = 33,65 %.	46 = 31,08 %.	51 = 32,48 %.	10 = 18,86 %.	
> 4000 „	15 = 14,42 %.	4 = 2,7 %.	16 = 10,19 %.	1 = 1,88 %.	
„zwaar”	3 = 2,89 %.	1 = 0,67 %.	4 = 2,54 %.	0 = 0 %.	
	104	148	157	53	

Uit beide becijferingen zou dus volgen, dat bij het algemeen vernauwde bekken het kindergewicht in den regel kleiner is, dan bij het platte, echter met dit verschil, dat volgens de 1^{ste} methode het aantal kinderen van 3500—4000 gram voor beide typen naar verhouding $\pm$ gelijk is, volgens de 2^{de} methode de frequentie bij het algemeen vernauwde bekken achterstaat bij die van het platte bekken. Het bezwaar van kleine getallen bij deze laatste wijze van berekening laat zich echter weer duidelijk voelen.

WESSELINK vond:

<i>Plat.</i>	<i>Algem. vernauwd.</i>
< 3000 gram 133 = 37,25 %.	< 3000 gram 135 = 42,18 %.
> 3000 „ 224 = 62,75 %.	> 3000 „ 185 = 57,82 %.

Bovendien berekende hij het gemiddeld gewicht van voldragen kinderen:

Plat bekken:

I parae: jongens 3400 gram.	(45 waarnemingen).
meisjes 3179	„ (43 „).
multiparae: jongens 3596	„ (58 „).
meisjes 3485	„ (61 „).

Algemeen vernauwd bekken:

I parae: jongens 3151 gram.	(43 waarnemingen).
meisjes 3051	„ (44 „).
multiparae: jongens 3489	„ (46 „).
meisjes 3252	„ (32 „).

Ook BAISCH vond, dat de kinderen bij algemeen vernauwd bekken kleiner waren, dan bij plat bekken.

Kinderen van I parae:

Algemeen vernauwd bekken: gemiddeld 3000 gram.

Plat bekken: gemiddeld 3116 gram.

Kinderen van multiparae:

Algemeen vernauwd bekken: gemiddeld 3212 gram.

Plat bekken: gemiddeld 3358 gram.

Aan een gemiddeld gewicht kunnen wij intusschen niet veel waarde hechten.

Onderstaande tabellen geven het aantal malen weer, dat schedelligging bestond en het hoofd den bekkeningang volkomen afsloot. Alleen die gevallen werden genomen, waar het kind voldragen was.

METHODE I.

	<i>Plat.</i>	<i>Algemeen vernauwd.</i>
C. D. 11—12 c.m.	70: 55 = 70,85 %.	73: 57 = 78,08 %.
C. D. 10—11 c.m.	57: 37 = 64,91 %.	93: 69 = 74,19 %.
C. D. 9—10 c.m.	4: 0 = 0 %.	12: 7 = 58,33 %.
Totaal	131: 92 = 70,22 %.	178: 133 = 74,21 %.

METHODE II.

	<i>Plat.</i>	<i>Algemeen vernauwd.</i>
C. V. 10½—10 c.m.	9: 9 = 100 %.	3: 2 = 66,66 %.
C. V. < 10—9½ c.m.	52: 40 = 76,92 %.	6: 4 = 66,66 %.
C. V. < 9½—9 c.m.	65: 48 = 73,84 %.	17: 15 = 88,23 %.
C. V. < 9—8½ c.m.	37: 19 = 51,42 %.	22: 17 = 77,27 %.
C. V. < 8½—8 c.m.	14: 9 = 64,28 %.	11: 3 = 27,27 %.
Totaal	177: 125 = 70,62 %.	59: 41 = 69,49 %.

Volgens de 1^{ste} methode zou derhalve het indalingsmechanisme bij het algemeen vernauwde bekken gunstiger zijn dan bij het platte, volgens de 2^{de} methode iets ongunstiger.

Bij de berekening volgens de 1^{ste} methode vinden wij dit verschil aanwezig voor elken graad van vernauwing, bij die volgens de 2^{de} methode is dit verschil zeer wisselend, nu eens ten gunste van het ééne, dan weer van het andere bekkentype. De kleinheid der getallen bij het algemeen vernauwde bekken maakt, dat wij aan de uitkomsten der 2^{de} methode weinig waarde kunnen hechten.

Ter vergelijking geven wij weer de cijfers van WESSELINK:

	<i>Plat.</i>	<i>Algemeen vernauwd.</i>
C. D. 11—12 c.m.	69: 56 = 81,2 %.	52: 47 = 90,4 %.
C. D. 10—11 c.m.	159: 117 = 73,58 %.	160: 136 = 85 %.
C. D. 9—10 c.m.	86: 55 = 63,95 %.	64: 53 = 82,81 %.
C. D. 7½—9 c.m.	35: 22 = 62,85 %.	22: 16 = 72,72 %.
Totaal	349: 250 = 71,63 %.	298: 252 = 84,56 %.

Op analoge wijze als bij de bespreking van het vraagstuk der spontane geboorte mogen we ook hier, uit hetgeen wij vonden volgens onze methode I en uit de cijfers van WESSELINK, de conclusie trekken, dat waarschijnlijk de kans op normale indaling bij het algemeen vernauwde bekken beter is dan bij het platte.

Deze factor, benevens het feit, dat het gewicht der kinderen bij vrouwen

met algemeen vernauwd bekken kleiner is, dan bij die met plat bekken, zouden een verklaring kunnen geven, waarom het aantal spontane geboorten bij het eerste grooter zou zijn dan bij het laatste.

B. Welke waarde heeft de indeeling in groepen volgens de maat der Conjugata Vera.

Wat de indeeling naar den graad van vernauwing betreft, hierover heerscht geen groote eenstemmigheid.

OLSHAUSEN—VEIT. (Lehrbuch der Geburtshülfe, 1899) nemen aan 3 graden:

- 1^o. het absoluut te nauwe bekken: C. V. $< 6\frac{1}{2}$ c.m.
- 2^o. het bekken, waarbij spontane geboorte van een voldragen kind kan plaats hebben, waarbij echter steeds het gevaar voor een ongunstigen afloop voorhanden, en een moeilijke baring waarschijnlijk is.

De grenzen hiervan zijn:

Plat bekken: C. V. $6\frac{1}{2}$ —9 c.m.

Algemeen vernauwd bekken: C. V. $6\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ c.m.

- 3^o. Bekkens met een C. V. > 9 , resp. $9\frac{1}{2}$ c.m., onmerkbaar in het normale overgaande.

Anderen, als LITZMAN en ZWEIFEL (BAISCH t. a. p.), nemen een indeeling aan in 4 graden, onderling ook weer afwijkend, terwijl ook de lengte der C. V. als maatstaf bij beide typen van denzelfden graad anders genomen wordt. ZWEIFEL neemt het onderscheid van $\frac{1}{2}$ c.m. alleen voor den 1^{sten} graad aan, KRÖNIG ook voor den 2^{den} graad.

Nu is een alleszins betrouwbare vaststelling van den aard van het bekken en den graad van vernauwing bij de levende vrouw dikwerf aan groote moeielijkheden onderhevig. Mogen al de uitwendige maten juist zijn, bij de bepaling der rechte afmeting van den bekkeningang, de maat, waar het bij de classificatie in graden op aankomt, geeft meestal persoonlijk inzicht den doorslag, voor zoover ze niet gemeten wordt met een instrument als dat van BYLICKI of GAUSS.

In hoeverre het persoonlijk inzicht van den verloskundige een rol speelt, leeren ons het best de verschillende maten, opgegeven bij opvolgende baringen derzelfde vrouw.

Ten bewijze eenige voorbeelden:

- N^o 32. 1^{ste} partus: C. V. op 8 c.m. geschat. Deze meening wordt ondersteund door het feit, dat op het kinderhoofd een roode plek gevonden wordt, waarvan de afstand tot het tuber par. sin. 8 c.m. bedraagt. Bij de 2^{de} baring vindt men met het instrument van BYLICKI 9 c.m.; bij de 3^{de} verlossing werd de rechte afmeting op 9 c.m. gesteld, het kind met de tang ontwikkeld. Het hoofd,

- hoewel de afmetingen slechts weinig kleiner zijn, dan bij het 1^{ste} kind, vertoont geen sporen van het bekken.
- N^o 36. Deze vrouw is 6 maal in de kliniek bevallen. De C. V. werd 5 maal genoteerd: 9 , $< 8\frac{1}{2}$, $8\frac{1}{4}$, $8\frac{1}{2}$, $8\frac{1}{4}$ c.m. In het laatste geval teekende zich de grootte der rechte afmeting af op het kinderhoofd: $7\frac{3}{4}$ c.m.
- N^o 74. 2 baringen, C. V. $8\frac{3}{4}$, resp. $9\frac{3}{4}$ c.m.
- N^o 77. Steeds grooter waarden: $8\frac{1}{4}$, $8\frac{1}{2}$, $8\frac{3}{4}$, < 9 c.m.
- N^o 83. C. V. < 9 , < 9 , $8\frac{1}{4}$, $8\frac{3}{4}$ c.m., terwijl de C. D. $3 \times$ op $10\frac{3}{4}$, $1 \times$ op $10\frac{1}{4}$ c.m. geschat werd.
- N^o 78. C. V. $3 \times$ geschat: $8\frac{1}{2}$, $8\frac{1}{2}$ en $10(?)$ c.m.
- N^o 85. 3 baringen, rechte afmeting, berekend, uit de C. D., op 9 , $9\frac{1}{4}$ en 9 c.m. Bij den laatsten partus werd echter nagemeten volgens BYLICKI en GAUSS, met het resultaat, dat $8\frac{1}{2}$, resp. 8 c.m. gevonden werd.
- N^o 87. C. V. $5 \times$ geschat: $8\frac{1}{4}$, $8\frac{1}{2}$, 9 , $8\frac{1}{2}$, $8\frac{1}{2}$ c.m.; $1 \times$ gemeten volgens BYLICKI: $8\frac{1}{4}$ c.m.
- N^o 109. $1 \times$ werd de C. V. < 8 c.m. geschat; gemeten volgens BYLICKI $8-8\frac{1}{2}$ c.m.

Bij deze 9 vrouwen bestond dus bij opvolgende baringen een verschil van meer dan $\frac{1}{2}$ c.m. in de berekening der rechte afmeting.

Grooter is het aantal, waarbij het verschil niet meer dan $\frac{1}{2}$ c.m. bedroeg: 23.

$11 \times$ werd een overeenstemmende waarde gevonden.

$59 \times$ werd slechts $1 \times$ de C. V. berekend.

$9 \times$ was deze maat nooit opgegeven.

In 't geheel werd $7 \times$ volgens BYLICKI, $1 \times$ volgens GAUSS gemeten.

Wat de gevallen betreft, waar gelijke waarden werden gevonden, hieronder loopt een enkele, waar bij een volgende baring eenvoudig de maten der vorige aantekeningen werden overgenomen. Wanneer we nu dergelijke gegevens vinden, dan blijkt hieruit direct, hoe moeilijk het is, te komen tot een goede indeeling naar den graad der vernauwing. En tevens is hieruit de les te putten, dat alle statistiek hieromtrent met een angstvallig, wantrouwend oog moet worden bekeken. Op grond van de fouten, die kleven aan een indeeling naar de C. V., hebben velen getracht deze klip te omzeilen, en de maat der C. D. als grondslag genomen. Is deze nu wel met vrij groote nauwkeurigheid te bepalen, en dus voor een classificatie als zoodanig goed te gebruiken, practisch is een indeeling hiernaar, voor zoover ze een indruk moet geven van de meer of minder goede kansen, die de baring

biedt voor spontanen afloop, zelfs minder aanbevelenswaard. Immers voor het beloop van den partus is het niet de grootte der conjugata diagonalis, doch die der rechte afmeting, die van belang is voor de passage van het kinderhoofd. Bovendien verliest men uit het oog die factoren, die bij de berekening der C. V., hoe onnauwkeurig ook soms, een groote rol spelen: hoogte en helling der symphysis.

Bij de bewerking van het materiaal der Utrechtsche Kliniek blijkt dus alvast, dat vele der vroegere historiae partuum eerst bruikbaar moeten worden gemaakt door de bij latere verlossingen noodig en juist gebleken correctie van de maat der C. V. In de toekomst zal dus moeten gewacht worden, tot het aantal bekkens, direct met BYLICKI of een dergelijk instrument gemeten, groot genoeg zal zijn, en om nog de noodige correcties aan te brengen, en om een bruikbaar aantal te verkrijgen. Zou dit niet tevens gelden voor vele andere klinieken en de daaruit afkomstige gegevens?

C. Wat leert ons materiaal omtrent de beteekenis van prophylactische keering en hooge-tang-verlossing?

Omtrent de therapie der baring bij bekkenvernauwing bestaat geen groote eenstemmigheid. De een wacht zoo lang mogelijk af, tot de omstandigheden hem nopen in te grijpen, de ander daarentegen is voorstander van direct actief optreden, een derde slaat een middenweg in. Van de vraagstukken, die hierbij aan de orde komen, verheugen zich die der prophylactische keering en der hooge-tang-verlossing in de warme belangstelling der obstetrici, van oudsher, zooals een paar grepen uit de litteratuur bewijzen.

LEVRET gaf aan keering op den voet de voorkeur, hoezeer hij anders dweepte met de tang, aan de volmaking waarvan hij zooveel had gewerkt, terwijl zijn tijdgenoot SMELLIE zich met evenveel vuur tegen die operatie verzette. Ook BAUDELLOCQUE verwierp de keering, hoewel hij toegaf, dat het hoofd, volgens zijn bouw, bij voetligging gemakkelijker en beter het bekken zal kunnen passeeren, d. w. z. „Si elle (la tête) est bien dirigée”, op welke gronden mad. LA CHAPELLE juist vóór deze kunstbewerking pleitte.

Ook SCANZONI en MICHAELIS schaarden zich in de rij der vóór- resp. tegenstanders.

En uit den jongsten tijd:

v. MAGNUS (t. a. p.): „bij multiparae met bekkens met een C. V. niet onder $7\frac{3}{4}$ c. m. geeft de prophylactische keering, zoowel voor moeder als kind, een goede prognose, wanneer, bij goede weeën, ze wordt uitgeoefend bij staande vochtblaas, resp. slechts enkele uren (hoogstens 10) na het breken der vliezen”.

BRUNO WOLFF ¹⁾ komt tot hetzelfde resultaat. stelt evenwel de ondergrens op 8 c.m.

NIJHOFF ²⁾ toont zich op grond zijner ervaringen een aanhanger der prophylactische versie, d. w. z. bij multiparae, noemt echter de prognose bij een C. D. < 10 c.m. twijfelachtig.

BEUKERS ³⁾ zegt in zijn dissertatie (1904), bewerkt naar gegevens uit de Amsterdamsche Vrouwenkliniek: „Bij volkomen ontsluiting en bij beweegbaar op den b. i. staanden schedel is het beter, het kind prophylactisch te keeren, dan te wachten tot zich een indicatie tot beëindiging van de baring voordoet; noch het leven van de moeder, noch dat van het kind loopen bij deze prophylactische keering gevaar, ook al is het bekken matig vernauwd”.

Daartegenover luidt de uitspraak van EMOUS ⁴⁾, gegrond op onderzoek van materiaal uit dezelfde kliniek (1908): „De prophylactische keering zal ook beperkt moeten worden. Waar wij zagen, dat zooveel mogelijk naar den spontanen afloop van den partus moet gestreefd worden, of liever, waar zoo lang mogelijk de gelegenheid tot spontane bevalling gegeven moet worden, is het niet, dan alleen bij strenge indicatie (zie hieromtrent TREUB, Leerboek der Obstetrie, „Prophylactische Versie”) gewettigd, in te grijpen. De gevaren van het nakomende hoofd, de asphyxie der kinderen, de moeilijkheden met het ontwikkelen van de armen zijn veeltijds zoo groot, dat we er niet maar zoo, zonder strenge indicatie, toe willen overgaan”.

Het voornaamste argument van de voorstanders der keering is wel dit, dat het nakomende hoofd beter den ingang passeert, dan het vóórgaande, omdat het in 't eerste geval als een wig, met de punt vooraan, het bekken binnendringt. Echter, daartegenover staat het groote nadeel, dat, waar het voorafgaande hoofd tijd gelaten wordt, zich te mouleeren, het nakomende in eenige oogenblikken moet vervormd worden.

Prophylactische keering kan in dit opzicht dus niet voordeelijker zijn dan hoofdligging. Bovendien heeft men in gevallen, waar deze bestaat, tijd, af te wachten, wat de weeën kunnen doen, om eerst dan in te grijpen, wanneer het noodig mocht zijn. In gevallen, waar de prophylactische keering zonder letsel voor het kind is verricht, zou een hoofdligging 't zelfde of nog beter resultaat hebben gehad in dit opzicht.

Is de keering streng geïndiceerd, d. w. z. door de aanwezige omstandig-

¹⁾ BR. WOLFF. Beitrag zur Lehre v. d. Wendung und Extraction bei engem Becken. Archiv f. Gynaec. Bnd. 62.

²⁾ NIJHOFF. Keering bij bekkenvernauwing. Medische Revue 1904. Zie ook het artikel: *Wendung* in de Encyclopaëdie der Geburtshilfe und Gynaecologie, en: Ned. Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 1908, blz. 94.

³⁾ K. G. BEUKERS. Versie en Extractie. Diss. Amsterdam 1904.

⁴⁾ W. F. EMOUS. Baring bij Bekkenvernauwing. Diss. Amsterdam 1908.

heden noodzakelijk geworden, en levert de passage van het hoofd door den bekkeningang geen moeilijkheid, dan is er nog niets verloren; in het tegenovergestelde geval zou prophylactische versie 't zelfde ongelukkige resultaat hebben gehad ¹⁾).

Tegenstanders der prophylactische keering zijn ook KRÖNIG en BAISCH.

Doch ook zij, die, de prophylactische keering verwerpend, zoo lang mogelijk willen afwachten, zijn het over de manier van ingrijpen, wanneer dit noodig mocht zijn, niet eens. Dan mag overwogen worden: versie, hier zuiver „therapeutisch”, met volgende extractie, hooge tang, keizersnede, bekkenverwijding of perforatie! Meestal zal het gaan om beide eerstgenoemde kunstbewerkingen.

Vinden sommigen ²⁾ de beteekenis der hooge tang daarin gelegen, dat zij een reservemiddel is van hooge waarde, wanneer bij schedelligging de baring beëindigd moet worden, en het gunstige oogenblik der keering voorbij is, en slechts geoorloofd als laatste redmiddel, om de perforatie van het levende kind te ontgaan, wanneer keizersnede of bekkenverwijding vervallen, anderen ¹⁾ daarentegen noemen haar aangewezen, wanneer bij vernauwd bekken het hoofd met zijn grootste doorsnede in of nagenoeg in het vernauwde deel van den bekkenring staat en de weeën thans onvoldoende worden, het hoofd nog verder te drijven, of de toestand van moeder of kind beëindiging der baring noodig maakt.

Daarentegen verwerpt KRÖNIG principieel de hooge tang, daar zij evenmin als kunstmatige vroeggeboorte en prophylactische keering in staat zou zijn, de prognose voor moeder en kind te verbeteren. Zoo ook BAISCH.

De bezwaren tegen het gebruik der hooge tang berusten vnl. op het feit, dat zij zooveel laesies op haar zondenregister heeft. Dat evenwel keering en uithaling dikwerf ook geen onschuldige operatie is, werd reeds vermeld. Vandaar, dat sommigen, als KRÖNIG en BAISCH beide kunstbewerkingen absoluut verwerpen.

We zullen thans het aantal tangverlossingen nagaan uit ons materiaal, vervolgens het aantal malen, dat keering en uithaling geschiedde.

In **33** gevallen, waar het normale einde der zwangerschap werd afgewacht, en de baring forcipaal werd beëindigd, kwam **6** maal het kind dood ter wereld = in **18,18** % der gevallen. Onder deze 33 gevallen zijn er **16**, waar de *hooge tang* werd aangelegd. Hierbij stierf **2** maal het kind = in **12,5** % der gevallen.

¹⁾ Zie o. a. Dr. A. W. AUSEMS. Beschouwingen over de therapie bij bekkenvernauwing, vnl. naar aanleiding van 20 gevallen van Sectio Caesarea. Ned. Tijdschrift v. Verlosk. en Gynaec. XIV.

²⁾ Zie: Dr. H. B. SEMMELINK. De tang bij hoogen stand van den schedel. Geneeskundige bladen, n^o 7, 1902.

Onderstaande lijst geeft het aantal, voor het kind doodelijke baringen weer.

- N^o 30. I para. Uitgangstang wegens langen duur en temperatuurverhooging.
- N^o 34. I para. Tang bij? indaling, wegens onregelmatige harttonen van het kind.
- N^o 37. V para. Hooge tang, daar het hoofd ondanks sterke weeën niet indaalt. Gemakkelijke extractie. Deuk op l. wandbeen. Kind na 24 uur dood.
- N^o 61. I para. Tang bij? indaling, daar de harttonen niet meer hoorbaar zijn.
- N^o 82. III para. Hooge tang wegens prolapsus funiculi, echter afgenomen, daar de vrouw veel pijn heeft en de navelstreng niet meer klopt. Daarna spontane geboorte.
- N^o 104. VII para. Tang wegens langen duur. Hoofd in de bekkenholte. Kind na 30 uur gestorven (aspiratie-pneumonie?).

In hoeverre is in deze gevallen aan de tang-applicatie de dood van het kind te wijten? Zeker bij n^o 82. Hier kostte het aanleggen van de tang en de extractie tot in de holte veel moeite. Keering en uithaling ware allicht beter geweest. Misschien bij n^o 37, waar een deuk op het l. os frontale ontstond, hoewel ook op de mogelijkheid dient gewezen te worden, dat de vitaliteit sterk heeft geleden onder de hevige weeën, die echter geen effect hadden.

In alle andere gevallen kan een andere, meer aannemelijke reden gevonden worden, hoewel bij n^o 34, gelet op het feit, dat slechts p. a. pr. later een gunstig effect had, de tang hier het hare kan hebben bijgedragen.

Vragen wij ons af, in welke gevallen de bekkenvernauwing geen rol speelt, met betrekking tot den minder gunstigen afloop, dan blijkt, dat juist bij n^o 82 de vernauwing hoogstwaarschijnlijk geen schuld heeft. Immers vorige en volgende partus, uitgezonderd de eerste, waar wegens afloopen van meconium de tang werd aangelegd (indaling onbekend), verliepen spontaan, duurden niet bijzonder lang, terwijl ook in ons geval $\frac{1}{2}$ uur, nadat de tang was afgenomen, het kind zonder kunsthulp ter wereld kwam.

Bij n^o 61 weten wij van den invloed der bekkenvernauwing niets; wèl werd het volgende kind spontaan geboren; dit was echter klein. In alle andere gevallen echter mag, zooals blijkt uit deze of voorgaande baringsgeschiedenissen, de vernauwing een oorzakelijk moment genoemd worden.

In 16 gevallen werd de hooge tang aangelegd: n^{os} 11, 20, 35, 37, 39, 42, 46, 58, 63, 71, 77, 82, 96, 97 en 110 (2 maal).

Dat de bekkenvernauwing bij n^o 82 wel niet genoemd mag worden als

oorzakelijk moment voor den dood van het kind, is reeds gezegd. Bij n^o 37 kan gesproken worden van het ongunstig effect der hooge tang bij bekkenvernauwing, in 't geheel dus in **1** geval, in procenten uitgedrukt: $16:1 = 6,25\%$.

Op **42** gevallen, waarbij het normale einde der zwangerschap werd afgewacht, en *Versie* en *Extractie* geschiedde, stierven **18** kinderen. 3 maal was het kind reeds dood, n^{os} 22, 73 en 102. Ten laste der operatie komen dus: op **39** gevallen **15** doode kinderen = **38,2%** doode kinderen.

De operatie werd verricht met doodelijken afloop bij:

- N^o 17. V para. Prolapsus funiculi bij hoofdligging. Slechte harttonen.
- N^o 26. II para. Prolapsus brachii. Hoofd met een ruk door den bekkeningang.
- N^o 34. II para. Voorhoofdsligging. Frequentie harttonen. Hoofd met moeite ontwikkeld.
- N^o 35. IV para. Prolapsus funiculi bij afgeweken hoofdligging. Inwendige keering. Uithaling met ruk door den bekkeningang.
- N^o 36. IV para. Prolapsus brachii bij afgeweken hoofdligging. Hoofd met ruk door den bekkeningang.
- „ „ VII para. Prolapsus funiculi bij afgeweken hoofdligging. Hoofd met ruk door den bekkeningang.
- N^o 39. III para. Dwarsligging. Moeilijke extractie.
- „ „ IV para. Prolapsus funiculi bij hoofdligging. Moeilijke extractie.
- N^o 46. XII para. Schouderligging met uitgezakte voet. Hoofd op den bekkeningang geperst, daardoor moeilijke extractie.
- N^o 52. II para. Prolapsus funiculi bij afgeweken hoofdligging. Zwakke harttonen.
- N^o 64. VIII para. Prolapsus funiculi bij afgeweken hoofdligging. Herhaaldelijk uitzakken der navelstreng.
- „ „ IX para. Afgeweken hoofdligging.
- N^o 66. VIII para. Na mislukken van hooge tang, waarbij het hoofd losraakt. Met ruk door den bekkeningang.
- N^o 88. II para. Afgeweken hoofdligging. Prolapsus funiculi. Hoofd met druk van buiten ontwikkeld.
- N^o 94. IV para. Prolapsus manus bij afgeweken hoofdligging. Versie, later extractie, daar de navelstreng niet meer klopt. De uithaling wordt bemoeilijkt door weerstand van het halskanaal.

Het is niet altijd gemakkelijk uit te maken, in welke gevallen aan de bekkenvernauwing de dood van het kind moet worden toegeschreven. Wel is dit zeker bij die baringen, waar het hoofd met moeite door den ingang

gewrongen wordt of met een ruk voorbij het promontorium schiet, dus bij n^{os} 26, 34, 35, 36 (2 maal), 39 (2 maal), en 66. In de meeste gevallen vinden wij voor deze opvatting steun in het verloop van vorige en volgende baringen. We zien toch, dat bij:

n^o 26 het ook tijdens de vorige bevalling lang duurde, eer het hoofd indaalde;
n^o 34 de indaling van het hoofd tijdens de eerste baring slechts zeer langzaam vorderde en ten slotte, nadat wegens onregelmatige harttonen de tang was aangelegd, een dood kind werd geboren, terwijl bij de 2 volgende partus kunstmatige vroeggeboorte levende kinderen dood geboren worden;

n^o 35 de eerste baring kunstmatig werd ten einde gebracht, het kind dood ter wereld kwam, de tweede en derde bevalling spontaan afliepen, doch dat daarbij het hoofd telkens lang op den ingang bleef dobberen, en bij de vijfde en zesde bevalling de hoge tang niet dan met veel moeite een levend kind ontwikkelde;

n^o 36 slechts door keizersnede en kunstmatige vroeggeboorte levende kinderen werden ter wereld gebracht, en dat uit het letsel, toegebracht aan het hoofd van het 7^{de} kind, door keering en uithaling geboren, moest worden besloten, dat de rechte afmeting steeds te hoog was geschat, en zeker niet meer bedroeg dan $7\frac{3}{4}$ c.m.;

n^o 39 op 4 kinderen slechts 1 levend ter wereld kwam, dit laatste met de hoge tang verlost, terwijl de andere 3 alle door keering en uithaling werden ontwikkeld;

n^o 66 de juistheid van onze opvatting blijkt uit een vergelijking van de maten van het kinderhoofd met die van den bekkeningang, en tevens uit de breuk van het achterste wandbeen.

Gaan we nu ook de andere gevallen na, waarin keering en uithaling werd verricht met ongunstigen afloop voor het kind, dan vinden we, dat bij: n^o 17 volgens de anamnese 3 maal de tang werd aangelegd. Een zekere mate van indaling zal dus wel hebben plaats gehad. Het feit evenwel, dat het volgende (zesde) kind, door extractie geboren, levend, alleen met gebroken sleutelbeen, ter wereld kwam, dat keering en uithaling van het 10^{de} kind goed verliep, het 9^{de} spontaan werd geboren, bewijst, dat de bekkenvernauwing op zich zelf niet een beletsel kan geweest zijn. De dood in het door ons bedoelde geval moet dus wel geweten worden hieraan, dat het kind, zooals uit de slechte harttonen bleek, reeds in levensgevaar verkeerde.

Verder zien we, dat bij

n^o 46 de dood werd veroorzaakt door de ongunstige omstandigheden, waaronder de extractie moest plaats hebben, tevens in aanmerking

- genomen het feit, dat een vorige maal een zooveel zwaarder kind door dezelfde operatie levend werd ontwikkeld;
- n^o 52 waar een volgende maal keering en uithaling gemakkelijk en met succes werd verricht, in ons geval het feit, dat de kunsthulp werd verleend, terwijl de navelstreng reeds slecht klopte, mag worden aansprakelijk gesteld;
- n^o 64 het niet duidelijk is, waaraan de ongelukkige afloop is te wijten, hoewel de volgende maal versie en extractie gemakkelijk verliep, en het bekken betrekkelijk ruim schijnt te zijn;
- n^o 88 voornamelijk door het uitzakken der navelstreng de dood werd veroorzaakt, ofschoon ook de extractie van het hoofd zeer veel moeite kostte en bij de volgende baringen de normale indaling met moeilijkheden gepaard ging;
- n^o 94 het kind reeds in gevaar verkeerde vóór de uithaling, bovendien nog belemmerd door weerstand van het halskanaal, terwijl een vorige maal een even zwaar kind gemakkelijk door versie en extractie ter wereld kwam.

27.2. (Rekenen we dus de gevallen bij n^o 64 en n^o 88 mee, dan is hoogstens **11** maal de bekkenvernauwing aansprakelijk te stellen = $39:11 =$ in **28,2 %** der gevallen.

6.6 (Het groote verschil van dit cijfer met het op analoge wijze gevonden percentage voor de hooge tang (**6,25 %**), springt in 't oog. Verklaard mag dit worden, zooals reeds vroeger is opgemerkt, door het feit, dat aan het voorafgaande hoofd tijd is gelaten, vervormd te worden, een kans, die aan het nakomende ontbreekt.

Tevens geeft ons materiaal de gelegenheid, een en ander op te merken over de prophylactische keering, die hier wel niet werd verricht, doch waarvan de waarde aan onze waarnemingen mag worden getoetst. Waar deze kunstbewerking wordt toegepast bij het vernauwde bekken, om de prognose van het kind te verbeteren, mogen haar uitkomsten afgemeten worden naar die der „therapeutische” keering, in zooverre deze ook geschiedt bij bekkenvernauwing. Nu moet direct toegegeven worden, dat, waar deze laatste goede resultaten gaf, de eerste de prognose moeilijk nog beter had kunnen maken, en dat, waar een dood kind bij de laatste ter wereld kwam, doordat de bekkeningang te veel moeilijkheden bood, ook de eerste niet had kunnen redden.

Het aantal gevallen, waarin het hoofd wel voor een klein deel indaalde, doch waar voor verdere ontwikkeling de tang, in casu de hooge tang, moest worden aangelegd, blijft dus ter bespreking over. Zou hier prophylactische keering betere resultaten hebben opgeleverd? Een antwoord op

deze vraag geven die vrouwen, waar bij opvolgende partus zoowel de hooge tang werd aangelegd, als keering en uithaling verricht, dus nos 20, 35, 39, 46, 97 en 110.

4 maal, bij nos 20, 46, 97 en 110 waren de resultaten, quoad vitam, gelijk.

Staat bij n^o 20 vermeld, dat de keering en uithaling gemakkelijk gelukte, de tang-extractie daarentegen moeite kostte, opgemerkt moet worden, dat het kind bij de laatste zooveel grooter was. 2 maal daarentegen, bij nos 35 en 39, waren de uitkomsten zeer in 't voordeel van de tang. Bij n^o 35 zien we zelfs dit instrument tweemaal gebruiken, waarvan eens op het los boven den ingang dobberend hoofd. Wel zou in dit laatste geval het kind niet voldragen zijn, doch naar zijn gewicht: 3610 gram te oordeelen, mag het zeker met een normaal kind worden gelijk gesteld. En vergelijken we de uitkomsten van de eerste maal, dat de tang werd geapliceerd, en van het geval van V. en E., dan zien we het verschil te meer, als we letten op de verschillende maten en gewichten. In 't eerste geval toch woog het kind niet minder dan 5000 gram, tegenover 4100 gram in het andere!

Sprekend zijn ook de resultaten bij n^o 39: 3 × V. en E., 3 × een dood kind! Het eenige levende met de hooge tang! In beide beschreven gevallen van keering en uithaling was, evenals bij de aanwending van de tang, de extractie zeer moeielijk.

Ik meen dus te mogen zeggen, dat, wat deze 6 gevallen betreft, bij de eerste 4 de prognose niet zou zijn verbeterd door prophylactische versie, bij de laatste twee zelfs allicht slechter gemaakt, en dat, gelet op de waarneming bij deze 6 vrouwen, de waarde van genoemde kunstbewerking ten minste betwijfeld mag worden.

D. Wat leert ons materiaal omtrent de beteekenis van partus arte praematurus?

Wanneer de graad van vernauwing zoodanig is, dat bezwaarlijk spontane geboorte van een levend kind kan verwacht worden, of leert de anamnese, dat vorige baringen zeer moeilijk of ongunstig verliepen, dan komen in aanmerking: kunstmatige vroeggeboorte, keizersnede of schaambeensnede. Is men in 't algemeen het er wel over eens, vóór de 36^{ste} week geen vroeggeboorte op te wekken, en evenmin bij I parae, daar het beter is, een anderen weg in te slaan, omtrent de waarde der kunstbewerking zelf is men minder eenstemmig. Ten deele mag dit samenhangen met het feit, dat de benedengrens, tot welke deze operatie is geoorloofd, verschillend is gesteld. Immers met toenemende vernauwing stijgt de mortaliteit van het kind. Echter, ook al neemt men de ondergrens niet lager dan 7½, resp.

8 c.m. C. V., dan toch blijft de kindersterfte, gerekend tot het ontslag uit de kliniek, groot. Volgens LEOPOLD en KONRÁD¹⁾

Op 84 p. a. pr.: levend geboren: $71 = 84,53 \%$.

„ ontslagen: $58 = 69,05 \%$.

PAPE²⁾ vond: $82,3 \%$, resp, $69,6 \%$ op 51 te vroeg geboren kinderen.

BEIJERMAN³⁾ berekende, dat op:

324 te vroeg geboren kinderen tijdens of direct na de geboorte stierven:
 $105 = 32,4 \%$.

Bij de geboorte en binnen 9 dagen erna, stierven $139 = 42,8 \%$.

Echter, daarbij blijft het niet. Wat toch is het verdere lot dier kinderen? Hebben zij dezelfde levenskansen als anderen, die à terme ter wereld kwamen?

Volgens BEIJERMAN heeft van de kinderen, door p. a. pr. geboren, slechts de helft evenveel kans, als een voldragen kind, het 2^{de} levensjaar te bereiken.

Op 293 kinderen, die na de kunstmatige vroeggeboorte bleven leven, bereikten $115 = 39,24 \%$ het eind van het 1^{ste} levensjaar, terwijl de gemiddelde kindersterfte in het 1^{ste} jaar 22% bedraagt.

ZWEIFEL (PAPE t. a. p.), hoewel zijn directe cijfers niet onderdoen voor die van anderen, noemt zijn resultaten, waar het geldt „lebensfähige Kinder zu gewinnen, gar trostlos.”

Anderen daarentegen zijn minder pessimistisch gestemd.

Door onderzoekingen van AHLFELD, SARWEY, HAHN, LOREY, PAPE, HUNZIKER en ELI MÖLLER (PAPE t. a. p.) kon het lot van 353 te vroeg geboren kinderen worden nagegaan. Hiervan waren in het 1^{ste} levensjaar gestorven $74 = 20,69 \%$ d. i. $\pm$ het sterftcijfer ook voor à terme geboren kinderen. LEOPOLD en KONRÁD (t. a. p.) voegen er zelf nog aan toe, dat van de bovengenoemde 58 kinderen er van 45 het verdere lot kon worden vervolgd. Hiervan stierven er in het 1^{ste} jaar $11 = 24,4 \%$. En het is op deze gronden, dat zij p. a. pr. een niet te verwerpen operatie vinden.

Ook v. HERFF⁴⁾ stelt de goede resultaten, door hem verkregen (op 413 vrouwen met een C. V. < 10 c.m.: $87,8 \%$ levende kinderen) vnl. op rekening der kunstmatige vroeggeboorte.

Hoe nauwer de grenzen worden getrokken voor den partus arte praema-

¹⁾ LEOPOLD und KONRÁD. Zur Berechtigungsfrage der Künstlichen Frühgeburt. Archiv f. Gynaec. Bnd. 81.

²⁾ PAPE. Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge etc. HEGAR's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaecologie VI.

³⁾ Dr. A. BEYERMAN. Bijdrage tot eene juistere kennis van de uitkomsten der kunstmatige vroeggeboorte. Diss. Utrecht 1900.

⁴⁾ v. HERFF. Zur Behandlung des engen Beckens. 78^o Versammlung Deutscher Naturforscher und Aertze in Stuttgart. Wiener klin. Wochenschrift 1906.

turus, des te wijder worden de poorten opengezet voor keizersnede en de bekkenverwijdende operaties.

Sommigen, als PINARD en KRÖNIG verwerpen de kunstmatige vroeggeboorte geheel. De laatste raadt aan, om, wanneer bij bekkenvernauwing van den 1^{sten} en 2^{den} graad, d. w. z. bij een C. V. > 7 , resp. $7\frac{1}{2}$ c.m., en wanneer een lang voortgezette waarneming van den partus een gunstigen afloop voor moeder en kind bij spontane bevalling uitsluit, het hoofd, ondanks goede weeën niet indaalt, sectio caesarea of symphysiotomie te verrichten.

Op 54 gevallen van p. a. pr. uit ons materiaal stierf het kind tijdens of na de geboorte 16 maal = in 33,75 % der gevallen:

29.62

- n^o 31. IV para. Stuitligging. Hoofd geëxtraheerd. Kind na eenige uren dood.
- „ 33. II para. Tang. Druksporen van het bekken.
- „ 38. III para. Voetligging. Slechte harttonen. Extractie.
- „ 43. VII para. Snelle geboorte, spontaan.
- „ 47. II para. Voetligging, extractie.
- „ 77. III para. Geen harttonen, temperatuurverhooging; forceps.
- „ 83. II para. Prolapsus brachii bij hoofdligging. V. en E. met sterke expressie.
- „ 87. IV para. Spontaan; na 2 dagen dood.
- „ „ VII para. Spontaan; na 14 uur dood.
- „ 92. III para. Versie en extractie.
- „ „ VII para. Stuitligging; extractie.
- „ „ X para. Stuitligging; extractie.
- „ „ XI para. Stuitligging; extractie.
- „ „ XII para. Voetligging; extractie.
- „ 95. IV para. Prolapsus funiculi bij hoofdligging. Versie, later moeilijke extractie.
- „ „ V para. Stuitligging. Hoofd met ruk door de bekkeningang.

Wanneer we deze gevallen beschouwen in verband met de andere baringen bij dezelfde vrouw, dan vinden we, dat bij:

- n^o 31 op 6 baringen 5 maal partus arte praematus werd opgewekt, waarvan eens met versie en extractie, met goed gevolg voor het kind 4 maal, terwijl in het eenige geval, dat het spontane verloop der baring werd afgewacht, perforatie der vrucht geschiedde;
- n^o 33 de eerste keer secundaire sectio caesarea werd verricht wegens levensgevaar voor het kind, deze maal, nadat de baring 18 dagen geduurd had, uit vrees, dat het baarmoederlitteken gevaar zou

- gaan loopen, de tang werd aangelegd, waarbij bleek, dat het hoofd sterke druksporen van het bekken vertoonde, en dat elders later weer S. C. werd verricht;
- n° 38 alleen S. C. in staat was; deze vrouw een levend kind te verschaffen, nadat tevergeefs tweemaal p. a. pr. was opgewekt, en eenmaal perforatie der vrucht had plaats gehad;
- n° 43 de 5 eerste partus kunstmatig, steeds met doodelijken afloop voor het kind, werden beëindigd, de 4 laatste steeds door p. a. pr., en wel eenmaal met V. en E., tweemaal met moeilijke extractie van het nakomend hoofd, terwijl slechts éénmaal, toen het kind hierbij spontaan geboren werd, de afloop ongunstig was;
- n° 47 op 6 partus de eerste maal door V. en E. een dood kind werd geboren, eenmaal een gemacereerd foetus ter wereld kwam, 2 maal p. a. pr. werd opgewekt, waarbij de eerste keer het kind, geëxtraheerd, dood was na eenige oogenblikken, de tweede keer het kind, spontaan geboren, na 4 weken stierf, en 2 maal spontane vroeggeboorte plaats had, eens met extractie van het nakomende hoofd, eens met keering en uithaling, beide met goed resultaat;
- n° 77 de eerste maal onrijpe tweelingen werden geboren, dood, de 2^{de} partus in narcose werd getermineerd, ook met ongunstigen afloop, de 3 laatste partus, à terme afgewacht, levende kinderen opleverden, waarvan het laatste met de hooge tang werd ontwikkeld;
- n° 83 slechts S. C. het gewenschte succes bracht, nadat éénmaal het kind was geperforeerd, en ook deze maal, uit de laesies, aan het hoofd toegebracht, bleek, dat de afmetingen voor het bekken te groot waren;
- n° 87 op 8 partus tweemaal het begin à terme werd afgewacht, waarbij eens het kind, na een baring van twee dagen, dood (door forceps of perforatie?) ter wereld kwam, en eens S. C. geschiedde, terwijl op 6 p. a. pr. tweemaal een levend kind werd geboren, dat stierf na 2 dagen, resp. 14 uur;
- n° 92 behalve de 5 genoemde nog 4 andere p. a. pr. werden opgewekt, waarbij het kind toch later stierf, 2 maal de baring à terme werd afgewacht, beide keeren instrumentaal, en zonder succes, ten einde gebracht, eens het kind gemacereerd ter wereld kwam, zoodat het eenige levende kind door primaire S. C. werd geboren;
- n° 95 de 2 eerste malen perforatie geschiedde, daarop 3 maal p. a. pr. werd verricht, waarbij telkens het nakomende hoofd met veel moeite moest worden geëxtraheerd, de beide laatste keeren met doodelijken afloop, en ook hier S. C. ten slotte werd aangegrepen.

De conclusie, uit het bovenstaande te trekken, is deze, dat het niet

voldoende mag heeten, het percentage doodgeboren kinderen op te geven, doch dat er, zoo mogelijk aan toegevoegd moet worden, hoe groot, naar evenredigheid, het aantal moeders is, die niet geschikt zijn tot het opwekken van kunstmatige vroeggeboorte. Immers wij zagen, dat bij sommige vrouwen de p. a. pr. telkens alleszins bevredigende resultaten gaf, bij andere daarentegen absoluut te verwerpen is.

Onder 25 moeders, aan deze kunstbewerking eens of meermalen onderworpen: n^{os} 10, 11, 17, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 43, 47, 77, 81, 83, 84, 85, 87, 92, 95, 104, 110, waren er 5 = 20 %: n^{os} 33, 38, 83, 92 en 95, die zich voor deze operatie in 't geheel niet leenden.

Van de 20 overige, zijn er enkele waarbij over de waarde van dezen kunstgreep nog geen oordeel te vellen valt, hoe zeer ook in het gegeven geval met succes bekroond, omdat zij slechts éénmaal werd toegepast, n^{os} 11, 37, 41, 81, 84 en 104, terwijl daarentegen bij weer 6 andere: n^{os} 10, 31, 34, 43, 85, 87, waar van een afwachtende therapie, uitgenomen secundaire S. C., niets te verwachten is, de kunstmatige vroeggeboorte een niet genoeg te waardeeren hulpmiddel blijkt.

Weinig valt te zeggen over de waarde der toepassing bij n^o 47, hoewel de beide laatste baringen dezer vrouw wijzen op goede levenskansen van, zij 't spontaan, te vroeg geboren kinderen. Niet aanmoedigend is het resultaat bij n^o 35, waar de hooge tang op het losse hoofd moest worden aangelegd, en een, voor p. a. pr. reuzenkind (3690 gr.) werd ontwikkeld, terwijl bij n^o 36, na de ervaring, bij den laatsten partus opgedaan, kunstmatige vroeggeboorte geheel te verwerpen is.

Waarschijnlijk overbodig, gelet op de volgende baringen, was het opwekken van p. a. pr. bij n^{os} 17, 32 en 77. Bij n^o 30 gaf de aanwezigheid van de bekkenvernauwing niet de indicatie, doch het bestaan van een littekenring in de vagina.

Vatten wij ons eindoordeel over de waarde van den partus arte praematurus samen, dan mogen wij zeggen, dat wij over hare resultaten tevreden kunnen zijn.

Op 25 vrouwen waren er slechts 5, waar de operatie de prognose voor het kind geenszins verbeterde. In alle andere gevallen waren de resultaten soms dubieus, soms schitterend, meestal aanmoedigend voor later. Te meer gewicht mag aan deze cijfers gehecht worden, omdat in alle gevallen, op één na, p. a. pr. werd opgewekt, niet op grond van een bepaalden graad van bekkenvernauwing alleen, doch steeds met het oog op het verloop van vorige partus, waar bleek, dat de afwachtende therapie niet deugde, òf voor een volgende keer niet voldoende zekerheid aanbod. In het ééne geval, bij n^o 31, waar de eerste baring kunstmatig werd opgewekt, moest men de tweede maal het voldragen kind perforeren, daar het hoofd niet indaalde, en keerde men bij latere zwangerschappen tot den p. a. pr. terug.

E. Wat leert ons materiaal omtrent het beloop van achtereenvolgende baringen bij dezelfde vrouw met vernauwd bekken?

De prognose voor het beloop der baring bij het vernauwde bekken is, in doorsnee, in de eerste plaats afhankelijk van den graad der vernauwing. O. a. blijkt dit uit onze cijfers. Mag nu ook verwacht worden, dat met elke latere baring de noodzakelijkheid tot ingrijpen klimt?

A priori is dit waarschijnlijk te noemen. v. MAGNUS (t. a. p.) gaf ten bewijze hiervan het volgende overzicht:

<i>Baring bij:</i>	<i>Plat bekken.</i>	<i>Algemeen vernauwd bekken.</i>
I parae	324, spontaan 294 = 90,7 %	25, spontaan 23 = 92 %
II parae	233, „ 206 = 88,4 %	22, „ 19 = 86,3 %
III parae	93, „ 67 = 72 %	10, „ 8 = 80 %
IV parae	47, „ 24 = 51,1 %	7, „ 7 = 100 %
V parae	35, „ 16 = 45,7 %	3, „ 2 = 66 %
VI parae	74, „ 36 = 48,6 %	1, „ 0 = 0 %

In al deze gevallen werd het beloop der baring afgewacht; de meeste bekkens hadden een C. V. > 8 c.m., slechts 33 < 8 c.m.

Volgens LEHMANN (v. MAGNUS t. a. p.) berust deze afname van spontane baringen hierop, dat anomalieën van ligging en houding met het aantal geboorten toenemen. Ook WESSELINK komt tot dit resultaat. Wanneer wij met het oog hierop ons materiaal onderzoeken, moeten wij eerst nagaan, welke houding ten opzichte der therapie werd aangenomen. Immers het aantal spontane geboorten staat hiermee in nauw verband.

Nu mag gezegd worden, dat zooveel mogelijk afwachtend werd te werk gegaan. Prophylactische versie wegens bekkenvernauwing werd nooit verricht, daarentegen een ruim gebruik gemaakt van p. a. pr., in nagenoeg alle gevallen echter met het oog op het verloop der vorige baringen; slechts 1 x, bij n^o 31, werd reeds bij den 1^{sten} partus kunstmatige vroeggeboorte opgewekt.

Een enkele maal bleek uit de geschiedenis der volgende verlossingen, dat de obstetricus den toestand te donker had ingezien, en dat de p. a. pr. hier dus een overbodige operatie was, bijv. bij n^o 77.

Symphysiotomie of hebosteotomie kwam niet voor.

De hooge tang werd meermalen gebruikt.

In de volgende tabel wordt nu een overzicht gegeven van de verhouding tusschen het aantal spontane en kunstmatige geboorten bij I, II, III, IV, en > IV parae.

Deze laatste werden samengenomen, daar anders de getallen te klein

zouden worden, om welke redenen ook geen verschil werd gemaakt tusschen platte, algemeen vernauwde en „onzekere” bekkens. Tevens is aangegeven de aard der kunsthulp.

Onder de rubriek „tang” staat het aantal malen, dat de „hooge” forceps werd aangelegd, tusschen haakjes, en ook bij S. C. die gevallen, waar deze primair verricht werd, hetzij uit hoofde der vernauwing, hetzij op grond der anamnese.

Onder „keering” wordt verstaan: door uitwendige handgrepen.

Para.	Tang.	Extractie.	V. en E.	S. C.	p. a. pr.				Perforata.	Keering.	Totaal. Kunstmatig.	Totaal. Spontaan.
					Spont.	Tang.	Ex- tractie.	V. en E.				
I	9 (1)	1		6 (1)	1				3		20 = 40 %	30 = 60 %
II	3 (1)	2	6	5 (3)	6	2	1	1	3		29 = 44,6 „	36 = 55,38 „
III	3 (2)	2	5	4 (1)	6	2	2	4			28 = 44,4 „	35 = 55,5 „
IV	(1)	2	6	2 (1)	3	1	1	1	1		18 = 45 „	22 = 55 „
> IV	18 (11)	8	25	6 (4)	9	2 (1)	8	4	1	2	88 = 56,4 „	64 = 43,5 „
	34 (16)	15	42	23 (10)	25	7 (1)	12	10	8	2	178 = 48,77%	187 = 51,23%
					54							

Uit deze cijfers zien we, dat onze verwachting bedrogen uitkomt. Voor de 1—4 barige vrouwen blijven de kansen op spontane, dan wel kunstmatige verlossing vrijwel gelijk, alleen bij de >IV parae slaat de schaal ten koste der spontane baring om. Voor een deel kan dit verklaard werden, doordat er een zeker aantal vrouwen zijn, die juist wegens den ongelukkigen afloop van vorige bevallingen in de kliniek werden opgenomen, waar met het oog hierop meer actief werd opgetreden.

In elk geval van een toename der kunsthulp, evenredig met het aantal voorafgegane kinderen, is geen sprake. Wel moet dit verwondering wekken. Echter we moeten bedenken, dat in tegenstelling met het materiaal, waarop de cijfers van anderen berusten, we hier te doen hebben met herhaalde baringen derzelfde vrouwen. Immers, dat bij eenzelfde vrouw dikwerf persoonlijke eigenaardigheden een rol spelen, die het baringsmechanisme beheerschen, hierop hebben o. a. HENKEL¹⁾ en RÖSLER²⁾ gewezen. De laatste

¹⁾ HENKEL. Über mehrfache Geburten derselben Frau mit engem Becken. Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynaec. Bnd. 50.

²⁾ RÖSLER. Über mehrfache Geburten derselben Frau bei engem Becken. In. Diss. Berlin 1903.

spreekt in zijn, onder leiding van OLSHAUSEN bewerkt, proefschrift van het eigen mechanisme van de baring bij een bepaald nauw bekken, d. w. z. zoowel wat het verloop, als de resultaten der therapie betreft. Zoo kon worden aangetoond, dat bij sommige vrouwen het kind steeds in dwarsligging kwam, bij andere telkens prolapsus funiculi bij hoofdligging bestond, dat bij de eene p. a. pr. steeds een goed, bij andere weer een slecht resultaat gaf, enz.

Ook bij de bestudeering van onze gegevens is het groote individueele verschil gebleken. Waarom baart de eene vrouw steeds gemakkelijk, terwijl de andere steeds met moeilijkheden te kampen heeft?

Soms kan de oorzaak gevonden worden in de meerdere of mindere kracht der weeën. Trekken we bijv. een parallel tusschen n^{os} 106 en 32, dan zien we, hoe bij 't eerste, vrij sterk vernauwd bekken (de C. V. werd toch op 8 c.m. geschat) telkens zeer voorspoedig flinke, de beide laatste keeren zelfs zware kinderen werden geboren, terwijl bij n^o 32, mechanisch veel minder oponthoud gevend (C. V., met BYLICKY gemeten, 9 c.m.) reeds de 1^{ste} maal wegens langen duur: 7 dagen, sectio caesarea werd verricht. De 2^{de} maal werd p. a. pr. opgewekt, na 3½ dag volgde de geboorte; de 3^{de} partus moest na ± 4 dagen met de tang beeindigd worden. Aan een wanverhouding tusschen hoofd en bekken kan niet gedacht worden; het hoofd vertoonde hiervan geen sporen.

In andere gevallen mag dit laatste de oorzaak heeten.

Vergelijken we n^o 1 met n^o 10, met een C. V. van 9, resp. 8¾—9 c.m. Bij de eerste vrouw vrij kleine kinderen, spontane geboorte der eerste drie, alleen n^o 4 kunstmatig: V. en E. wegens slechten stand van het hoofd; bij de andere doet de ervaring, bij den partus der eerste twee, zeer zware kinderen opgedaan, besluiten tot p. a. pr. bij de twee volgende. Tevens bewijst de afplatting van het achterste wandbeen bij n^o 4, dat de rechte afmeting juist groot genoeg is voor de passage van het hoofd van dit te vroeg geboren kind.

Zoo ook n^{os} 83 en 88, met een C. V. van ± 8½, resp. 9 c.m.

Uit een vergelijking der maten van de verschillende hoofden blijkt reeds, dat het bekken van n^o 83 waarschijnlijk groter moeilijkheden zal moeten opleveren. Dat bij n^o 83 aan deze wanverhouding het uitblijven der spontane baring moet geweten worden, blijkt uit het feit, dat ondanks krachtige weeën het hoofd bij het 3^{de} en 4^{de} kind niet verder kwam. Bij n^o 88 daarentegen zien we dat, de 2^{de} partus uitgezonderd, steeds spontane baring plaats heeft. Een nadere beschouwing evenwel leert, dat ook hier de baring niet vlot verloopt. We vinden toch steeds vermeld, dat het hoofd lang boven den bekkeningang blijft dobberen. Dat de normale indaling moeite kost, lezen we uit de geschiedenissen der 4^{de} en 6^{de} baring: hier verandert het hoofd voortdurend van stand. Dat er een flinke weerstand

moet overwonnen worden, leert de geboorte van n^o 5, waar het kind met een sterk caput succedaneum en een ontvelde plek op het r. slaapbeen ter wereld komt, terwijl ook hier, evenals bij n^o 2 van n^o 83, extractie van het nakomende hoofd bij den 2^{den} partus zeer lastig is.

Bij n^o 83 komt er echter nog iets bij: de telkens optredende ongunstige stand van het hoofd. Want zoowel bij de 3^{de} als bij de 4^{de} baring vinden we vermeld, dat het hoofd zich steeds in sterk, niet te corrigeeren, asynclismus posterior op den bekkeningang plaatst, een bij-omstandigheid, die mede-aanwijzing gaf tot beëindiging der baring. Samenloop van twee omstandigheden: te groot hoofd + slechte stand, bepaalden dus het beloop van deze beide partus.

In andere gevallen moet de niet-spontane afloop geweten worden aan telkens terugkeerende afwijkende liggingen, zonder dat wanverhouding tusschen hoofd en bekken een rol speelt. Beschouwen we in dit verband n^o 91 en n^o 94, met een C. V. < 9 resp. 9 c.m., dan vernemen we bij deze laatste vrouw, dat de twee eerstgeboren kinderen spontaan ter wereld kwamen, maar de volgende kunstmatig, omdat bij beide uitzakken, resp. voorliggen van navelstreng en arm bestond. Alle kinderen waren klein. Bij n^o 94 daarentegen, waar de bekkeningang minder ruim werd geschat, zien we regelmatig spontane baring, hoewel de kinderen groter zijn.

Het is een bekend feit, dat bij het vernauwde bekken de neiging tot afgeweken ligging groot is. Dat echter deze complicatie zeer persoonlijk voorkomt, leert ook ons materiaal. Want, waar bij de eene vrouw reeds in het begin harer baringsreeks afgeweken hoofdligging of dwarsligging bestaat, wordt deze afwijking bij de andere pas veel later gevonden. Een bepaalde voorliefde voor prolapsus funiculi met afgeweken hoofdligging schijnt bijv. n^o 52 te hebben, waar reeds de 2^{de} en 3^{de} partus door keering en uithaling om die reden moest worden beëindigd, en reeds bij de 1^{ste} bevalling weinig neiging tot indalen bestond, terwijl toch het bekken voor het hoofd niet te klein is. N^o 21 daarentegen vertoont pas bij den 6^{den} en 7^{den}, n^o 23 eerst bij den 13^{den} en 14^{den} partus na een reeks van spontane baringen deze complicatie, terwijl ze bij n^o 64 van af de 7^{de} bevalling 4 × achtereen optreedt.

Bij sommige vrouwen nemen we een voortdurend toenemen der moeielijkheden waar. Zien we dit reeds aangeduid bij n^o 26, waar 't eerste kind na lange baring, waarbij zelfs S. C. werd overwogen, ten slotte nog spontaan geboren werd, bij de volgende het hoofd den bekkeningang niet meer afsluit, en het kind wegens prolapsus funiculi door keering en uithaling werd ter wereld gebracht, nog duidelijker is het baringsverloop bij n^o 35. Bij deze vrouw met rachitisch bekken, vinden we als typische eigenaardigheid, dat het hoofd alle neiging tot normale indaling mist en zelf in 3 van

de 5 geobserveerde gevallen naar rechts afwijkt. Waar het ten slotte aan de weeënkracht bij den 2^{den} en 3^{den} partus gelukt, een spontane geboorte te bewerkstelligen, wordt de 4^{de} bevalling gecompliceerd door prolapsus funiculi, en moet bij de 5^{de} baring, nadat het hoofd eindelijk vaststaat, wegens weeënzwakte, in ligging van WALCHER, de hooge tang worden aangelegd. Tevens wordt de ervaring opgedaan, dat de grootte der kinderen steeds toeneemt. Daarom wordt de 6^{de} maal p. a. pr. opgewekt, waarbij, nadat de indaling ook eerst plaats heeft na 't breken der vliezen, bij volkomen ontsluiting, het hoofd hoe langer hoe meer in deflexiestand komt. Ook hier geen spontane geboorte, ook dit kind is zeer fors, groter dan was berekend. Bij alle geobserveerde gevallen komt het ten slotte toch tot indaling; waar echter de kinderen steeds groter worden, zijn de weeën niet meer in staat, het hoofd verder te drijven.

Eéns, bij n^o 30, vonden wij, dat de moeilijkheden, bij volgende partus ondervonden, waren terug te brengen op de letsels, teweeggebracht bij de eerste verlossing, die veel te lang had geduurd, vóór hulp werd verschaft, zoodat tijd en gelegenheid te over waren, om het te laten komen tot drukneerbse, met al de gevolgen van dien. Ware deze voorkomen geworden, dan zouden de kansen op een spontane baring bij het 2^{de} kind zeer groot zijn geweest. Immer, èn uit de goede indaling van het hoofd bij de eerste bevalling, èn uit de gemakkelijke extractie van het kind bij de tweede blijkt, dat de bekkeningang op zichzelf geen beletsel oplevert.

Daarmee was dan ook de indicatie tot kunstmatige vroeggeboorte bij den volgenden partus vervallen.

Zijn er vele vrouwen, bij wie spontane geboorte van een voldragen kind een ongekennde weelde mag genoemd worden, zoodat elke volgende vrucht reeds vóór de geboorte groote zorg baart, andere malen wordt de gave der profetie op een zware proef gesteld, doordat heel onverwachts, na een reeks van kunstmatige partus, het verloop van een volgenden bewijst, dat de prognose te slecht is gesteld. Zie bijv. de 9^{de} bevalling van n^o 17. Beide vorige keeren was op grond der ongunstige anamnese p. a. pr. opgewekt, met goed resultaat. Deze maal was die kunstbewerking geweigerd en — een voldragen kind levend, spontaan geboren! Zoo ook n^o 46. Had de geboorte van het 9—12^{de} kind steeds kunstmatig plaats, de laatste, 13^{de} baring, verliep normaal!

Bij n^o 109, waar reeds viermaal de hoop op een levend kind werd teleurgesteld (éénmaal kwam een gemacereerd kind ter wereld, tweemaal werd p. a. pr. opgewekt, waarbij het kind later stierf, éénmaal had perforatie van het doode kind plaats), werd ook bij de 5^{de} baring, waar een afwachtende houding was aangenomen, de indruk verkregen, als of

ook hier wel kunsthulp noodig zou zijn; ten slotte bleven de zeer sterke weeën de baas, en werden de hinderpalen overwonnen. Dat het evenwel moeite heeft gekost, leert het letsel, aan het hoofd toegebracht.

Kenschetsend voor de moeite, die elke baring kan meebrengen, is soms ook het telkens optreden van een bepaalde laesie.

Als voorbeelden hiervan mag ik aanhalen n^{os} 97 en 110.

Bij n^o 97 zien we, dat bij de 4 laatste partus het kind een deuk of afplatting vertoont van het achterste wandbeen of van het voorhoofdsbeen. Dat deze laesies niet gering te schatten zijn geweest, blijkt uit de beschrijving bij het 5^{de} en 8^{ste} kind. Hoe het met de kinderen verder is gegaan, is niet bekend, alleen staat genoteerd bij n^o 5, dat het tot 3 dagen p. p. „stuipen” zou hebben gehad. 1½ jaar later leefde het nog. Beter zijn we op de hoogte omtrent den verderen toestand der kinderen van n^o 110. Behalve het 9^{de} en 10^{de} kind, waar dit in de historiae partuum vermeld is, vertoonden in 1902 (zie Verslag der Verloskundige Kliniek en Polikliniek der Rijks-Universiteit te Utrecht, Tweede Integraal overzicht, blz. 68) nog 4 anderen de sporen van het vernauwde bekken:

„n^o 1, 15 jaar, heeft een duidelijke deuk links op het voorhoofd;

n^o 2, 13 „ „ „ duidelijke afplatting „ „ „ „

n^o 5, 5½ „ „ „ geringe „ „ „ „ wandbeen, hier groeit geen haar;

n^o 6, 3½ jaar, heeft een zeer spits, naar voren toeloozend voorhoofd.

n^o 9, 13 maanden, heeft links op 't wandbeen een kleine afplatting.

Al die kinderen zien er gezond uit en maken een verstandigen indruk. De moeder zegt ook, bij geen harer kinderen de minste afwijking bespeurd te hebben in hun verstandelijke ontwikkeling.”

Verwonderlijk mag het wel heeten, dat bij deze vrouw, waar elke beschreven baring aan den verloskundige de handen vol gaf, de kinderen nog zoo betrekkelijk ongedeerd ter wereld kwamen. 2 × werd de hooge tang aangelegd, beide keeren kostte de extractie veel moeite, 3 × werd keering en uithaling verricht, waarvan in twee gevallen bij onrijpe vrucht!

Uit het boven meegedeelde wordt het dus zeer begrijpelijk, waarom wij geen regelmatige afname van het aantal spontane baringen vonden, bij het vergelijken der cijfers voor I—II etc. parae. Het is zeer wel mogelijk, dat bij het nagaan van een groote getallenreeks aangetoond kan worden, dat werkelijk bij vrouwen, naarmate zij meer kinderen ter wereld brengen, de kans op spontane baring afneemt. Bestudeering van een klein materiaal evenwel doet zien, hoe vaak een persoonlijke eigenaardigheid in het baringsmechanisme een groote rol speelt; een factor, waarmee de therapie niet genoeg rekening kan houden.

F. Wat leert ons materiaal aangaande letsel, aan moeder of kind overkomen?

Van **111** moeders stierven er **3 = 2,7 %**; berekend op het aantal baringen wordt de verhouding **365: 3 = 0,82 %**. Het zijn de volgende gevallen:

- n^o 37. V para, niet in de kliniek of polikliniek verlost. 't Hoofd daalt, ondanks sterken weeën, weinig in. Hooge tang; gemakkelijke extractie. Vrouw 2 dagen later aan onbekende oorzaak gestorven.
- n^o 73. XII para. Ruptura uteri. Groot kind, snel opeenvolgende baringen.
- n^o 102. VIII para. Placenta praevia centralis.

Slechts in één geval, n^o 73, mag met zekerheid de schuld, voor een deel althans, geweten worden aan de behandeling. Miskenning van wanverhouding tusschen hoofd en bekken, overschatting van de baringskracht dezer pluripara, hebben geleid tot te lang afwachten, terwijl eerder ingrijpen was aangewezen.

Ten laste der therapie bij bekkenvernauwing komt dus op:

111 moeders: 1 gestorven = **0,9 %**, of wat het aantal baringen betreft: **365: 1 = 0,27 %**.

Ernstig letsel, niet medegerekend ruptura perinei, of lichte temperatuurverhooging in het kraambed; kwam voor bij:

- n^o 11. I para. Hooge tang. Fistula uretero-cervicalis et uretero-ventralis. Retroperitoneaal absces.
- n^o 30. I para. Uitgangstang. Fistula vesico-vaginalis.
- n^o 44. XIII para. Manueele verwijdering der placenta. Parametritis, pelviperitonitis.
- n^o 47. VI para. Versie en extractie. Parametritis. Thrombose der l. vena femoralis.
- n^o 48. I para. Sectio caesarea. Phlegmasia alba dolens dextra et sinistra.
- „ „ II para. Sectio caesarea. Exstirpatio uteri.
- n^o 61. I para. Tang na inknippen van het ostium. Parametritis.
- n^o 83. I para. Perforatie. Endometritis. Fistula vesico-vaginalis.
- n^o 84. I para. Sectio caesarea. 14 dagen lang sterk remitterende koorts, zonder bekende oorzaak. Gezwollen venae op l. kuit, geen thrombose.
- n^o 104. VII para. Tang in de holte. Infectie van uit een oude fistula vesico-vaginalis.

In 't geheel dus 10 maal. Trekken wij hiervan af het geval bij n^o 44, waar de storing het gevolg was van onvolledige manueele verwijdering der

placenta, dan komen ten laste der therapie 9 gevallen, d.w.z. berekend op het aantal moeders ($2 \times$ bij 1 vrouw):

$$111:8 = 7,2 \%$$

Op het aantal partus:

$$365:9 = 2,46 \% \text{ der gevallen.}$$

Wanneer we in 't kort nagaan het verband tusschen de verschillende laesies en den aard der toegepaste therapie, dan vinden we:

Sectio Caesarea. Op 23 gevallen: $3 = 13,04 \%$.

Nº 48. (2 maal). Na de eerste keizersnede ernstig gestoord kraambed. Phlegmasia alba dolens van het r. been, ettering der steekkanaaltjes, stinkende uitvloeijing uit den uterus. L. vena femoralis ook gethromboseerd. Na 2 maanden hersteld. In 'teind van 't jaar komt pat. weer terug. Schijfvormige tumor links van den uterus. Pyurie. Parametria vrij. In Mei 1904 weer opgenomen wegens dysmenorrhoe. Uterus gestrekt, fundus aan den buikwand gefixeerd. Laparotomie, waarbij de baarmoeder wordt losgemaakt. De voorwand was geheel in bindweefsel veranderd en werd gedeeltelijk geëxcideerd, waarbij de baarmoederholte werd geopend. Bij de volgende baring, weer door sectio caesarea beëindigd, trad een zoodanig heftige bloeding op, dat de uterus moest worden verwijderd. Bij microscopisch onderzoek bleek, dat de aanhechtingsplaats der placenta veel bindweefsel bevatte. Hierdoor kan de nabloeding worden verklaard.

Nº. 84. De eigenlijke oorzaak der koorts bleef verborgen.

Versie en Extractie. Op 42 gevallen: $1 = 2,98 \%$, of wanneer het aantal keeringen en uithalingen bij p. a. pr. worden meegerekend: op 52 gevallen: $1 = 1,92 \%$.

Nº 47. Vroegtijdige loslating der placenta. Dwarsligging. Een voet wordt gemakkelijk afgehaald, in aansluiting hieraan de extractie, waarbij een groote scheur in het supra-vaginale deel van de cervix ontstaat, links in het parametrium doorlopend.

Tang. Op 15 ($+ 1$ bij p. a. p.) = 16 gevallen van hooge tang: $1 = 6,25 \%$.

Nº 11. Wegens langen duur (5 dagen) wordt bij $\pm \frac{1}{2}$ indaling de tang aangelegd. Zeer moeilijke extractie, ruptuur tot sphincter ani; vaginaal-scheur rechts, niet in het parametrium doorlopend. Den 7^{den} dag fistula uretero-cervicalis et uretero-ventralis. Den 9^{den} dag: retroperitoneaal abces. Na $3\frac{1}{2}$ maand hersteld. Als overblijfsel in het l parametrium een vaste streng, die de portio naar links trekt. Uit de zeer moeilijke extractie blijkt wel, dat de tang-applicatie hier niet op haar plaats was. Allicht ware sectio caesarea of symphysiotomie beter geweest.

Op 19 ($+ 6$ bij p. a. pr.) = 25 gevallen van tang in den uitgang of holte: $3 = 12 \%$.

Nº 30. Tang in den uitgang wegens langen duur (3 dagen). De vorige dagen bestond reeds t. verhooging. Na den partus bleek een fistula vesico-vaginalis te bestaan, die wel niet op rekening van den aard der kunsthulp mag geschoven worden.

Nº 61. Tang na inknippen van het ostium, wegens afloopen van meconium en 't niet meer hoorbaar zijn der harttonen. Indaling? Duur der baring? Parametritis. Oorzaak?

Nº 104. Hier bestond reeds een oude vesico-vaginaalfistel. Na 2×24 uur barenis zou wegens niet verder indalen van het hoofd de hoge tang worden aangelegd. Tijdens de voorbereidselen echter daalde het hoofd in; de extractie geschiedde daarna zonder bezwaren. Vóór het aanwenden der kunsthulp bestond reeds een belangrijke temperatuurverhooging.

Perforatie. Op 8 gevallen: $1 = 12\frac{1}{2} \%$.

Nº 83. Nadat de vrouw 3 dagen in partu was geweest, werd zij naar de kliniek gebracht. Lichte t. verhooging. Uit de vagina komt een bruin-achtig, stinkend vocht. Bij 7 c.m. o. zijn geen harttonen meer hoorbaar. De navelstreng is uitgezakt, klopt niet meer. Perforatie. Endometritis. Fistula vesico-vaginalis.

Dat hier de perforatie geen schuld heeft aan de infectie en kwetsuur, behoeft geen betoog.

Summa summarum mag dus slechts in 5 gevallen de aard der kunsthulp met zekerheid als oorzaak van den ongunstigen afloop genoemd worden, d.i. berekend op het aantal moeders:

$$111: 4 = 3,6 \%,$$

op het aantal baringen:

$$365: 5 = 1,37 \%.$$

Wat betreft de *resultaten* der *therapie*, met betrekking tot het *kind*, ik vond, dat op **369** kinderen ($4 \times$ gemelli) er **56** ($1 \times$ gemelli) stierven = **15,17 %**.

Hierbij zijn inbegrepen die gevallen, waarbij de kinderen stierven vóór het ontslag uit de kliniek, of vóór den dag, dat de moeder het laatst door den practisant werd bezocht.

Bij *spontane baring* kwam $6 \times$ het kind dood ter wereld.

Nº 2. II para. Oorzaak onbekend. Kind niet voldragen.

Nº 28. I para. Omsnoering door de navelstreng.

Nº 42. VI para. Anencephalus.

Nº 44. XI para. Spontane geboorte na gecombineerde keering op het hoofd wegens dwarsligging. Duur der baring ± 43 uur.

Nº 77. I para. Partus sponte praematurus. Gemelli.

Nº 102. VI para. Foetus maceratus.

Op 49 gevallen van kunstmatige baring waren er 4 waar het kind reeds dood was, vóór de kunsthulp werd verleend.

- Nº 22. IX para. V. en E. wegens dwarsligging. Kind waarschijnlijk gestorven door inklemming van de navelstreng.
 Nº 73. XII para. V. en E. na ruptura uteri. Zie „dood der moeder”.
 Nº 22. V para. Forceps, foetus maceratus.
 Nº 102. VIII para. V. en E. Placenta praevia centralis.

Van al deze 10 gevallen mag slechts 1 maal de dood van het kind, althans voor een deel op rekening der (geringe) bekkenvernauwing geschoven worden, bij nº 73.

In de overblijvende 45 gevallen werd 8 maal *perforatie* verricht, 7 × van het doode of stervende kind, 1 maal onbekend.

- Nº 10. I para. Prolapsus funiculi. Kind dood.
 Nº 31. II para. Prolapsus funiculi. Kind dood.
 Nº 37. II para. Niet indalen. Kind stervende.
 Nº 38. II para. Niet indalen. Kind dood?
 Nº 81. I para. Prolapsus funiculi. Kind dood.
 Nº 83. I para. Prolapsus funiculi. Kind dood.
 Nº 103. X para. Placenta praevia. Bonnaire ter vergemakkelijking der extractie v. h. nakomende hoofd. Kind dood.
 Nº 109. IV para. Prolapsus funiculi. Kind dood.

Met uitzondering van nº 103, waar de perforatie om een bijkomstige omstandigheid geschiedde, en waar de vorige baringen steeds spontaan verliepen, werd ze de andere 7 malen verricht, daar van spontane baring bij de bestaande bekkenvernauwing geen heil meer kon worden verwacht. 3 maal geschiedde het bij I parae, die geen van allen later een normaal kind à terme, zonder hulp ter wereld brachten. Hiervan werd 1 maal, bij nº 10, het verloop van den volgenden partus afgewacht, doch ten slotte na 3 dagen S. C. verricht, waarop men de 3^{de} en 4^{de} maal p. a. pr. opwekte, met goeden uitslag. Bij nº 83 daarentegen had deze laatste operatie zulke treurige resultaten, dat wederom later een afwachende houding werd aangenomen, die echter tweemaal op keizersnede uitliep. Bij nº 81 had p. a. pr. een goed resultaat.

Van onze 3 II parae leeren nº 31 en 37, dat slechts kleine kinderen levenskansen hebben. Gaf bij de eerste een vergelijking tusschen de uitkomsten van den 1^{sten} en 2^{den} partus reeds een aanwijzing, dat actief optreden geïndiceerd was, de 4 latere p. a. pr., waarbij slechts éénmaal het kind dood ter wereld kwam, leveren de proef op de som.

Zoo ook bij n^o 37: 1^{ste} spontaan, gemacereerd, 3^{de} p. a. pr., 4^{de} spontaan, doch klein; bij n^o 5 echter moest de hooge tang worden aangelegd, daar het hoofd, ondanks „stormachtige” weeën, den bekkeningang niet passeerde. Het kind woog 2800 gram, de distantia biparietalis en de distantia bitemporalis bedroegen $9\frac{1}{4}$, resp. $8\frac{1}{2}$ c.m. Het l. voorhoofdsbeen vertoonde een deuk.

Of bij n^o 38 de dood der kunstmatig te vroeg geboren kinderen werkelijk ligt aan het feit der vroeggeboorte zelf, dan wel aan andere omstandigheden te wijten is, valt niet uit te maken. Om deze vrouw echter op 40-jarigen leeftijd nog een levend kind te verschaffen, moest S. C. worden verricht.

Bij n^o 109 werd later nog spontaan een levend kind geboren, echter ook dit is klein, weegt 2800 gram.

De overblijvende 37 gevallen, waarbij het kind dood ter wereld kwam, zijn reeds besproken. Volledigheidshalve worden ze even vermeld. Het zijn 6 gevallen bij tangverlossing.

15 „ „ keering en uithaling.

16 „ „ kunstmatige vroeggeboorte.

In het geheel was dus het bestaan van bekkenvernauwing de aanleidende oorzaak van den dood van 1 moeder, d. w. z. berekend op het aantal moeders, in 0,9 % der gevallen, en van 40 kinderen = 10,84 % van het totale aantal. Bevredigend is dit resultaat niet: het sterftcijfer der moeders, voor zoover dit samenhangt met de bekkenvernauwing, had 0 kunnen zijn, dat der kinderen zeker kleiner, dan nu. In sommige gevallen zou een andere therapie het bedreigde leven wel hebben gered. Geenszins echter mag dit worden uitgelegd in dien zin, dat eene der gevolgde behandelingsmethoden in 't algemeen beter en verkieslijker zou zijn dan een andere, waarvan ook werd gebruikt gemaakt. In het volgende zullen wij dit nog nader uiteenzetten.

G. Slot en conclusies.

Voor ons onderzoek hebben wij ons eenige vragen gesteld, waarop wij in het voorgaande zoo goed mogelijk antwoord hebben trachten te geven. Een bezwaar echter deed zich al dadelijk gevoelen: ons materiaal beantwoordde niet aan zulke eischen, dat het antwoord afdoende kon zijn. Wel was het aantal baringsgeschiedenissen, waarover wij konden beschikken in het eerste hoofdstuk, groot: meer dan 5000, doch bij onderzoek bleken of de gegevens niet betrouwbaar genoeg, of te weinig nauwkeurig, of toch nog te klein, om een andere, dan een negatieve conclusie toe te laten; of wel zij leidden tot een slotsom, die slechts met mindere of meerdere waarschijnlijkheid positief kon heeten. In het 2^{de} gedeelte, handelend over de baring bij het vernauwde bekken, konden we putten uit gegevens, die beter gecontrôleerd

waren. Doch hier was het materiaal te klein. In de eerste plaats hebben wij dit zelf kunnen aantonen, toen ter sprake kwam, of en in hoeverre een verschillende invloed door het algemeen vernauwde en het platte bekken op het beloop der baring werd uitgeoefend. We zijn hier tot een uitkomst gekomen, die slechts met een zekere waarschijnlijkheid juist kan worden genoemd: men krijgt den indruk, dat de kans op spontane baring bij het algemeen vernauwde bekken grooter zou zijn dan bij het platte, dat het gewicht der kinderen van moeders met algemeen vernauwd bekken kleiner, het indalingsmechanisme, berekend uit het aantal schedelligingen, beter zou zijn dan der kinderen van vrouwen met plat bekken.

Hetzelfde bezwaar: groot, doch onnauwkeurig verzameld, of te klein materiaal, geldt ook van andere statistieken. Beschouwingen en conclusies, hieruit getrokken, kunnen dus slechts met groote reserve worden aanvaard.

Ook zagen we, hoe verschillende bewerking van dezelfde gegevens tot verschillende uitkomsten kan leiden, deels een gevolg van te kleine getallen, deels ook van den weinig vasten grondslag, waarop de indeeling in de verschillende bekkensoorten berust. Bewijzen voor dit laatste vonden wij ook in de litteratuur: doordat een verschillende maatstaf werd aangelegd, zijn de uitkomsten van het onderzoek slechts tot op zekere hoogte te vergelijken.

Bij de 2^{de} methode van bewerking werden niet minder dan 17 bekkens, als „onzeker” of niet behoorend tot een der beide hoofdtypen: plat en algemeen vernauwd, geschrapt; dat is op 111 bekkens ruim 15 %. Het is moeilijk of in 't geheel niet na te gaan, hoeveel kleiner het materiaal van anderen zou worden, wanneer op dezelfde manier kritiek werd uitgeoefend. Zeker is het, dat veelal kritiek geheel ontbreekt. Ook zonder dat is het soms gemakkelijk aan te toonen, hoe lichtvaardig conclusies getrokken worden.

Een algemeen gevolgde wijze van indeeling, naar een zelfden maatstaf, is dus in de eerste plaats noodzakelijk.

Bij verder onderzoek bleek ons, hoe de berekening der conjugata vera uit de conjugata diagonalis tot weinig betrouwbare gegevens leidt. Wisselende opgaven bij verschillende baringen waren hiervan het gevolg. In enkele gevallen gaf dan nog de meting met instrumenten een geheel ander resultaat. Wil men deze fouten zooveel mogelijk vermijden, dan dient de methode, waarbij de C. V. uit de C. D. door aftrekking wordt berekend, te worden verlaten. Op gronden, reeds vroeger uiteengezet, is een indeeling naar de C. D. verwerpelijk. Men kan dus alleen waarde toekennen aan bekkenmetingen, waarbij de lengte der C. V. bepaald wordt met een betrouwbaar instrument.

Voldoet de bewerking van ons materiaal dus bij lange niet aan alle eischen, die men aan een goede statistiek mag stellen, toch meenen wij aan enkele uitkomsten niet alle waarde te mogen ontzeggen, uitkomsten, van belang voor de therapie.

In de eerste plaats bespraken wij aan de hand van de baringsgeschiedenissen enkele behandelingsmethoden. De resultaten, verkregen bij verlossingen met de hooge tang, waren bevredigend te noemen, zoodat het afkeurend oordeel door sommigen hierover geveld, geen steun vond in ons materiaal, zelfs werd verzwakt. Daarentegen waren de uitkomsten, verkregen in gevallen, waar het kind door keering en uithaling werd ter wereld gebracht, lang niet zoo gunstig. Geeft dit al een steun aan onze, door redeneering gevormde, opvatting omtrent de op zijn minst twijfelachtige waarde der prophylactische versie (die hier niet werd toegepast), zoo werd deze meening nog versterkt door de resultaten bij vrouwen, bij wie sommige kinderen met de hooge tang, andere door keering en uithaling werden geboren. In deze gevallen toch zou de prophylactische versie de prognose voor het kind geenszins verbeterd hebben.

Ook de uitkomsten, met *partus arte praematurus* verkregen, waren voor 't allergrootste deel gunstig.

Voor de behandeling van een bepaald geval evenwel is het niet voldoende, over een rijk voorzien arsenaal van therapeutische maatregelen te kunnen beschikken. Men moet een geschikte keus kunnen doen. Nu leert de bestudeering van herhaalde baringen bij dezelfde vrouw, hoe moeilijk het dikwerf is, de juiste behandeling te vinden, hoe onberekenbaar de factoren kunnen zijn, die over het handelen moeten beslissen. In andere gevallen daarentegen leert de ervaring, hoe bij een zelfde vrouw telkens bepaalde eigenaardigheden in haar baringsmechanisme optreden, hoe ook slechts een bepaalde therapie succes heeft. Apodictische uitspraken omtrent de behandeling der baring bij bekkenvernauwing, zooals in de litteratuur en in de handboeken maar al te veel worden aangetroffen, ontleend aan een materiaal, dat noodzakelijk dezelfde gebreken heeft als het onze, kunnen en mogen voor het handelen in een concreet geval slechts weinig waarde hebben. Dan helpt het niet, te weten, of, volgens statistiek I methode *a* beter is dan methode *b*, of, volgens statistiek II, *b* gunstiger resultaten oplevert dan *a*. We zagen toch hoe wankel de grondslagen zijn, waarop die statistiek berust. Niet genoeg kan daarom gewaarschuwd worden tegen het klakkeloos aanvaarden van uitkomsten en beschouwingen, hieruit geput. Wie zich bij de keuze van zijn therapie laat leiden door meeningen, op zulk een wijze verkregen, is op een gevaarlijken weg. Nauwkeurig wegen van alle factoren, gepaard aan ervaring en kennis, moet tot de beslissing voeren. Zoolang de geneesheer mensch blijft, zal hij meermalen mistasten. Of het aantal fouten grooter of kleiner is, hangt af van zijn persoonlijke eigenschappen. Voorop gesteld moet worden bij elke therapie, dat zij rekening houde met de omstandigheden, telkenmale anders en gewijzigd, dat zij individueel zij.

LIJST DER BARINGSGEVALLEN

BIJ

BEKKENVERNAUWING.

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.				
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.
1	1901 K. 166.	11	9¼	27	29	92	Sacrum boven convex, met scherpen knik in de onderste helft.	I	25	8½	7½	2830
	1902 P. 1406.			25	27	94		II	26	9	8	3000
	1903 P. 1443.	11½		26	28	95		III	27	8¾	7½	3500
	1906 P. 141.			26	28	89		IV		9	7½	3250
2	1899 P. 329.							I	31			
	1901 P. 341.	11½	9½	27	27			II	33	9	8	
	1902 P. 838.							III	34			
	1904 P. 1282.			23	28	94		IV	36	10	8	3500
	1906 P. 1125.			25	28	97		V	38	9	8	3250
3	1902 P. 437.	11	9½	28	28½	94		I	24	9½	8	3500
	1903 P. 1084.	12		27	28			II	25	9	7	3500
	1905 P. 515.							III	27	9	7½	3250
4	1902 P. 966.	11½		26	29	93		I	29	9	8	3000
	1904 P. 1480.			26	29½	96		II	30	9	7½	4000
	1906 P. 563.							III	31	9½	8½	4000
5	1905 K. 60	11½	9¾	26½	28½	96	Sacrum concaaf.	I	27	8	7.4	2040
	1906 P. 657.							II	28	8½	8	3400
6	1903 P. 545.	11½	9½	27	29	96		I	25	9	8	4000

K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 52 uur. II 1¼ "	In 't begin van de baring afloopen van vruchtwater. Indaling in kruinligging; asynclitismus anterior. L. wand-been afgeplat, deuk v. promontorium.	Rachitis.
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 6 " II 4 "	Weeënzwakte in 't 2de tijdperk. Hoofd sterk vervormd.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 18 " II ½ "		
A. a. r. v.	V. en E.	levend.	I 12 " II 5 "	Indaling in sterk asynclitismus posterior. Manueele correctie v. d. stand v. h. hoofd, waarna de tang wordt aangelegd, wat mislukt. Hoofd in den ouden stand. O. u. s. sterk samengetrokken. V. en E. Hoofd met schok door den b. i. Asphyxie.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 7 " II 2 "		
A. a. l. v.	spont.	dood.	I 7 " II 1¼ "	Kind niet voldragen.	
Hoofdl. ?	spont.	levend.	I + II 5 uur.	Reeds geboren voor aankomst van den practisant.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 6 uur.	Asphyxie.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 12 uur. II 1 "		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 4½ " II 1 "	In den beginne geen voorliggend deel. Na 't breken der vliezen bij 6 c.m. o. indaling.	Leerde op 5½ jarigen leeftijd loopen.
Hoofdl. ?	spont.	levend.	I + II 16 uur.	Reeds geboren voor aankomst van den practisant.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II < 7 uur.		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 11 " II 2½ "	Hoofd uitgedrukt.	Vóór den 1sten partus 1 abortus.
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 16 " II 2 "		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 7 " II 3 "	Weeënzwakte in 't 2de tijdperk.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 10 uur.	3 dagen a. p. eclamptische aanvallen. Melkdieet, warme inpakking. Partus verloopt normaal. Kind niet voldragen. Een week later is de albuminurie verdwenen.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 1½ " II ¼ "		
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 5 dagen II 1 uur.	In den beginne geen indaling. Na 4 dagen ½ indaling, hand links gevoeld.	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.				
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.
7	1904 P. 1245.			27	30	98		II	27	10	8½	4500
	1905 P. 1576.			24	29	91		III	30	9	7	3700
	1901 P. 242.			26	29			I	25			
	1904 P. 546.	12	10½	26	28	91		II	28	10	8	> 3000
8	1905 P. 1576.			24	29	91		III	30	9	7	3700
	1900 P. 833.							I	21			
	1902 P. 1329.	11	9¼	27	29	92		II	23	9	8	3700
9	1905 P. 118.			26½	30	94		III		9	8	4000
	1900 P. 536.							I	33	9	8½	
	1901 P. 924.	11— 11¼	9½	26	29			II	35	9½	8½	3900
	1902 P. 991.							III	36	9	7½	4000
10	1905 P. 925.			24½	29	85		IV	39	9	7	3100
	1897 K. 17.			27½	29	98	Promontorium sterk n. l., steekt diep in 't bekken uit. Sacrum recht, dwars plat met sterken knik. Genua valga. Lengte 143 c.m. Vlucht 153 c.m.	I	27			zwaar
	1898 K. 15.	11		26	29			II	28	10½	9	5500
	1900 K. 12.	11	9	26	28	97		III		8	6¼	1750
	1902 K. 152.	11	8¾— 9	26	29	104		IV	33	9½	8½	3030
	1904 P. 1025.	11	9	26	28	97		V	35			

K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 4¾ uur. II 1¾ "	Indaling met kl. f. in de bekkenas.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 9 uur.		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 4½ " II 2 "		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 20 " II 1 "		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 9 uur.	Wegens slechte harttonen: tang in den uitgang.	Tusschen 't 2de en 3de kind 2 abortus.
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 17 " II 3¼ "		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 8 " II 2¼ "		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 7½ " II 1½ "		
A. a. l. v.	forceps.	levend.	I 8 " II 5 "		
A. a. r. v. prol. brachii.	V. en E.	levend.	I + II 6½ uur.		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 2¼ " II ¼ "	Kind reeds dood.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 3 " II ¼ "		
Hoofdl. r. r. prol. funic.	Perforatie.	dood.			
Hoofdl. r. r.	S. C.	levend.	I + II 3 dagen		
A. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I > 3 dagen II ½ uur.	Na 3 dagen in partu te zijn geweest, naar de kliniek gebracht, 3½ c.m. o. S. C.	Kind ± 36 weken oud, leefde in 1902 nog.
A. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I > 2 dagen II 1 uur.	Indaling in kruinligging en asynclitismus posterior. R. wandbeen afgeplat. Kind ± 36 weken oud.	
Voetl.	p. imm.	foetus maceratus.			

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.				Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.			
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.				Aard verl.	Afloop kind.	
11	1902 K. 175.	11	< 9	29½	31	93	Promontorium hoog. L. i. met moeite te volgen. Sacrum convex in beide richtingen. Knik bij den 4 ^{den} sacraalwervel.	I	31	9½	8	3720	A. a. l. v.	forceps.	levend.	I + II ± 5 dagen.	Nadat de baring reeds 3 dagen geduurd had, was de ontsluiting nog zeer gering. Hoofd vast op den b. i. 2 dagen later 9 c.m. m. o. Vliezen breken. Impressie en forceps mislukken. In de kliniek: indaling ruim ¼. Gr. f. l. a. Gering asynclitismus anterior. Sterk caput succedaneum. Na 2 uur: kl. f. l. v. Ind. ½. Forceps, geboorte na eenige malen hard trekken. Ruptuur tot sphincter ani, vaginaal-scheur rechts, tot dicht bij het zijdelingsch gewelf, niet tot het parametran weefsel doorlopend. Den 7 ^{den} dag: fistula uretero-cervicalis et u-ventralis. Den 9 ^{den} dag: retroperitoneaal absces met stinkenden inhoud, boven 't ligt. Poupartii. 3½ maand later genezen ontslagen. In het l. parametrium een vaste streng, die de portio vaginalis n. l. trekt. Kind: l. wandbeen afgeplat, ingedeukt. Veel haematomen in 't gezicht. Hoofd hard.	Rachitis.	
12	1906 K. 11.	11½	9	29½	30½	99		II	34	8.6	7.4	2550	A. a. r. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 28 uur.	Indaling in asynclitismus anterior. Achterste wandbeen afgeplat.	Rachitis; leerde op 5 ^{de} jaar lopen.	
	1900 K. 88.	12	10	25	27	89	Promontorium hoog, even te bereiken. L. i. gedeeltelijk te volgen. Sacrum sterk concaaf. Spinae ischii niet ver uitstekend. L. a. de symphysis een uitstekende lijst, ½ à 1 c.m. hoog.	II	23	8¾	8¼	3080	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 2½ dag.	Indaling met gr. f. dieper dan kl. f. Asynclitismus posterior. Achterste wandbeen afgeplat. In 't voorste wandbeek een deuk.		
	1905 K. 158.	11¾	9½	25½	27½			III	28	9.3	8½	3240	A. a. l. v.	forceps.	levend.	I 8 uur. II 3 "	Indaling in asynclit. anterior. Pijl naad dwars. Tang in den uitgang wegens weeënzwakte. R. wandbeen afgeplat.		
13	1901 P. 299.							II	28				A. a. l. v.	spont.	levend.	I 14 " II ½ "	Geboorte met de l. hand tegen de l. wang.	1 ^{ste} partus spontaan, doch langdurig. Leerde op 4-jarigen leeftijd lopen.	
14	1903 P. 281.	11½		25½	28½	93		III	30	9	8½	3500	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 23 " II ¾ "	Indaling met licht asynclitismus anterior.		
	1899 P. 158.							II	28			zwaar	A. a. l. dw.	forceps.	levend.	I 18 " II 6 "	Forceps in de holte wegens weeënzwakte.		
15	1903 P. 7.			27½	30	88		IV	32	9½	8	3625	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 8 " II 1 "	Asphyxie.		
	1904 P. 1111.			26	29	86		V	33	9	8	3800	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 13 " II 2 "			Omstrengeling door de navelstreng. Diepe asphyxie.
	1906 P. 667.	11	9½	27	29½	97		VI	36	8½	7½	3500	St. s. r. v.	extractie v. hoofd.	levend.	I 3 dagen II ¾ uur.			
15	1900 P. 132.							III	22				A. a. l. v.	spont.	levend.	I 10 " II 1 "	Traag kloppende navelstreng, waarom uithaling aan den voet.		
	1902 P. 102.	12— 11½	10— 9½	27	30	96		IV	24	9	8	3510	St. s. r. dw.	extractie.	levend.	I + II 24 uur.			
	1903 P. 716.			25	29			V	25	9	8	3500	A. a. k. l. v.	spont.	levend.	I 3 " II ¾ "			
	1904 P. 937.			27	30	90		VI	27	9	7½	2750	St. s. l. v.	extractie v. hoofd.	levend.	I + II 31 uur.			

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.					K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
16	1901 P. 1213.			26	30			III	35	9½	8	3250	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 6 uur. II 2½ "		
	1904 P. 975.	11½	10	24	28	94		V	37	10	9	4000	A. a. l. v.	forceps.	levend.	I + II 2 dagen.	Forceps bij meer dan ½ indaling. Groote, langwerpige deuk l. v. d. pijnnaad, over 't l. os parietale en door een deel v. h. l. os frontale.	
17	1899 P. 624.						L. i. met moeite te volgen. Sacrum in dwarse en overlangsche richting concaaf.	V	33			zwaar	A. a. l. v. prol. funic.	V. en E.	dood.	I 7 uur. II 3½ "	Indaling met asynclitismus posterior, prolapsus funiculi.	1ste kind: forceps.
	1901 P. 506.	11	9	27	30			VI	34	10	8¼	3500	St. s. l.	extractie.	levend.	I 7 " II 3½ "	Extractie wegens frequente harttonen. Hoofd onder sterken druk ontwikkeld, r. sleutelbeen gebroken.	2de " " "
	1902 K. 74.	11	9	27	30½	93		VII	35	8½	7½	3090	A. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 2 dagen.	Kind ± 36 weken oud. Na 9 maanden aan bronchitis gestorven.	3de " " "dood.
	1903 K. 115.	11¼	9¼	26½	30	89		VIII	36	8¼	7½	2940	A. a. r. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 27 uur.	Kind ± 36 weken oud.	4de " " ?
	1905 P. 676.		9	27	29	88		IX	38	9	8	3500	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 10½ uur. II 1½ "	P. a. pr. geweigerd.	
	1907 P. 67.			26½	29½	92		X	40	9	8	4000	A. a. l. v.	V. en E.	levend.	I + II 14 uur.	Indaling in asynclitismus posterior. Slechte harttonen. Op grond van den slechten stand van het hoofd geen forceps. Roode vlek op beide parietalia.	Tusschen No. 9 en No. 10 een abortus.
18	1900 P. 69.	11¼	9¼	29½	31¼	102		VIII	35	9	7	3500	A. a. r. dw.	forceps.	levend.	I 13 uur. II 6 "	Indaling in sterk asynclitismus anterior; wegens weeën-zwakte: tang in de bekkenholte. Infractie van r. wandbeen.	De eerste 6 bevallingen kunstmatig. No. 7 spontaan.
	1904 P. 396.							IX	36	9½	8½		Dw. l. h. r. r. a.	V. en E.	levend.	I 2½ " II 2 "	R. humerus gebroken. Asphyxie.	
19	1899 P. 573.							IX	38				A. a. l. v.	spont.	levend.	I 2 " II ½ "		1 abortus. No. 7 doodgeboren.
	1901 P. 843.	11	9¼	25	28			X	40	10	9	3750	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 8 uur.	Indaling in asynclitismus posterior, pijnnaad dwars. Bij de geboorte: hand naast het hoofd.	
	1906 P. 13.			25	29	93		XI		10	8	3500	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 9 uur. II ½ "	Indaling in asynclitismus posterior, pijnnaad dwars.	
20	1901 P. 210.	11	9¼	25	27½	96	L. i. niet geheel te volgen. Sacrum convex in dwarse richting. Spinae ischii sterk uitstekend.	III	37	10	8½	4550	A. a. l. v.	forceps.	levend.	I 17 " II 1½ "	Bij v. o.: pijnnaad dwars, asynclit. post. Sterke weeën. Wegens niet verder indalen: hooge tang. Moeilijke extractie. L. wandbeen afgeplat.	1ste en 2de kind forcipaal.
	1902 P. 1462			26	29	93		IV	39	10½	8	3500	Dw. l. h. l. r. v.	V. later E. v. h. hoofd.	levend.	I + II 7 uur.	Voetje afgehaald, spontane uitdrijving afgewacht. Hoofd en armen gemakkelijk ontwikkeld.	
21	1902 P. 46.	11	9½	27	29			VI	32	10	8½	4000	Dw. l. h. r. r. v. prol. brachii.	V. en E.	levend.	I + II > 3 uur.	Gemakkelijke keering en uithaling.	1 abortus. Vorige bevallingen spontaan.
	1903 P. 666.							VII	33	9½	8	3500	Dw. l. h. r. r. a. prol. funic.	V. en E.	levend.	I + II 2½ uur.	Eenige moeite met het nakomende hoofd.	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.				
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.
22	1902 P. 97.	11	9¼	26	28	87		IX	38	9	7½	3000
	1903 P. 46.							X	39	10	8½	
	1905 P. 683.							XI	42	9½	7	4000
23	1900 P. 58.							XII	38			
	1902 P. 519.	11½	9¾	27	30	106		XIII	40	9½	8	3250
	1905 P. 219.							XIV	44	9	8	3500
24	1899 P. 496.							VI	33			
	1902 P. 1135.			25½	28	89		VII	34	9	7½	5250
	1903 P. 1152.	11¼	9½	26	27	92		VIII	35	8½	7	3250
	1905 P. 1239.			26	27½			XI	36	10	7½	3900
25	1899 P. 78.	10¼		29	30		Sacrum convex. Ruime uitgang.	I	30	9½	8	
	1900 P. 917.		9¼					II	32	9	8	3350
	1903 P. 1160.			27	31			III	34	9	7½	4000
	1904 P. 156.			29	31			IV	36	9¼	9	4000
26	1902 K. 11.	10½	8½	26½	30	91		I	24	8¼	7½	3510
	1903 P. 325.	10¾	8¾	27½	29	93		II	25	10	9	3875
27	1903 P. 610.	10½	9	27	29½	85		I	29	8	7¼	3250
	1904 P. 584.							II	30	8	7	3500

K I N D.			Duurder 2 eerste tijdp.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
Sch. l. h. r. r. a.	V. en E.	dood.	I + II 9¼ uur.	Kind waarschijnlijk reeds dood vóór de keering. (Inklemming v. d. navelstreng?).	2 abortus. Vorige bevallingen spontaan.
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 2 uur.		
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 10 uur. II ½ "		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 2½ " II 1 "		4 abortus.
Sch. l. h. l. r. v.	V. en E.	levend.	I > 4 " II ¾ "		
Sch. l. h. l. r. a.	V. en E.	levend.	I + II 13 uur.		
Hoofdl. ?	spont.	levend.	I + II 6? uur.	Geboren vóór aankomst van den practisant.	
A. a. l. v.	forceps.	levend.	I 10 uur. II 3½ "	Wegens weeënzwakte: forceps bij ⅔ indaling.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 12 " II ¾ "		
A. a. l. v.	expressie v. h. hoofd.	levend.	I + II 9 uur.	Wegens weeënzwakte: expressie van het hoofd. L. wandbeen afgeplat.	
A. a. l.	spont.	levend.	?		
A. a. k. r. a. V. k. r. a. A. a. l. v.	spont.	levend.	I 4 uur. II 3 "	Bij 't eerste onderzoek: Aa. k. r. a. Bij 't 2de onderzoek breken de vliezen, een arm zakt uit, wordt gereponeerd. Nu V. k. r. a. Indaling in A. a. l. v. L. wandbeen afgeplat.	
K. a. r. v. A. a. r. v.	spont.	levend.	I 3¾ " II ¼ "	Hoofd eerst op den b. i. in K. a. r. v. Indaling in A. a. r. v.	
A. a. r. dw.	spont.	levend.	I 7½ " II ¾ "		
A. a. r. dw.	spont.	levend.	I + II > 24 uur.	Vliezen breken bij 5 c.m. o. Hoofd beweeglijk op den b. i., pijnnaad dwars, asyncl. ant. 12 uur later: statu. Naar de kliniek voor eventueele S. C. Nadat sterker weeën zijn opgetreden: spontane geboorte.	Rachitis.
A. a. r. prol. manus.	V. en E.	dood.	I 10 uur. II 2 "	Vliezen breken bij 8 c.m. o. Prolapsus manus. Hoofd in asyncl. post. Bij v. o.: V. en E. Hoofd met ruk door den b. i. L. wandbeen afgeplat. Asphyxie, dood.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I en II 4¾ uur.	Indaling met gr. f. dieper dan kl. f.	
?	spont.	levend.	?	Reeds geboren vóór aankomst van den practisant.	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.			
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.				Positie.	Aard verl.	Afloop kind.
28	1905 P. 897.			26½	29½	89		III	31	8¼	7½	3750	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 2¼ uur II ½ "	Niet tegenstaande voortdurend goede weeën staat het hoofd lang voor de vulva. Navelstreng om den hals gesnoerd, moeilijk los te maken. Dood.	
	1900 P. 108.						L. i. niet geheel te volgen. Sacrum in 't bovendeele overlangs gestrekt. Promontorium hoog, zeer scherp. Spinae ischii staan vrij dicht bij elkaar. Genua valga.	I	25				A. a. l. v.	spont.	dood.	I ? II ± 10 "		
	1901 P. 475.							II	27					A. a. r. v.	spont.	levend.		
29	1902 K. 189.	10½	8¼	24½	28½	88		III	28	9	8	3320	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 6½ uur.	Indaling in asynclt. anterior; r. schedelhelft afgeplat.	Vooraf: 1 abortus.
	1902 P. 1220.						Os coccygis steekt naar voren uit, waardoor uitgangsvernauwing. Uitspringende intervertebraal-schijven.	I	27				A. a. l. v.	forceps.	levend.	I en II 2 dagen.	Uitgangstang. Indrukken van os coccygis en symphysis op het hoofd.	
	1903 P. 1387.	10¾		28½	30½	95		II	28	9	8	3500	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 10 uur. II ¼ "	Indaling met gr. f. 't diepst, asynclt. anterior.	
30	1905 P. 121.			28	30	98		III	29	9	7½	3750	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 6 " II 1 "		Vliezen gebroken bij 3 à 4 c.m. o. Indaling gering. Sterke retractie v. d. uterus. Zwakke weeën. Gr. f. r. a., pijn. dwars, asynclt anterior. Bij v. o.: indaling totaal. T. 38°4—39°3. Zwakke weeën. Goede harttonen. 2 uur later: geen weeën. Forceps. Kind niet meer bij te brengen. Decubitus-plek op l. wandbeen 1½ c.m. van af de gr. f.—½ c.m. achter den kroonnaad. Post partum: fistula vesico-vaginalis. (Geopereerd in de Gyn. Klin. 1903, n°. 40).
	1903 P. 53.	10.7	<9	27	29	91	L. i. niet geheel te volgen. Promontorium zeer hoog; aanduiding van een tweede promontorium. Sacrum dwars licht concaaf.	I	21	9	7	4250	A. a. l. v.	forceps.	dood.	I + II 3 dagen.		
	1904 K. 81.	10¾	<9	27	29	83		II	22	9½	8.3	3210	Dwarl. later: Voetl.	Extractie.	levend.	I + II 4 uur.		
31	1906 K. 168.	10.4	8½	27	29½	94		III	25	8.8	8.1	3280	K. a. l. d. w. A. a. l. v.	p. a. pr. forceps.	levend.	I 58 uur. II 6 "	Indaling in kruinligging, pijnnaad dwars, asynclt. post. Kruinligging niet op te heffen door manueele correctie. Na ligging op de l. zij: A. a. l. v. Wegens langen duur: uitgangstang. Achterste wandbeen afgeplat. Geen druksporen.	Rachitis. Op 5de jaar gaan lopen.
	1890 K. 10.						Iets scheef vernauwd bekken. Promontorium hoog, iets n. r. L. i. links te volgen, rechts niet. Sacrum dwars convex.	I	21			2750	A. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I 8 " II 2 "		
	1891 K. 8.							II	22			3500	Hoofd. prol. funic.	perforatie.	dood.	I 18 " II 3½ "		
	1892 K. 69.							III	24			2100	A. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 32 uur.		
	1896 K. 161.							IV	28			2200	St. s. r.	p. a. pr.	levend.	I + II 25 uur.		

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.			
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.				Positie.	Aard verl.	Afloop kind.
32.	1898 K. 31.							V	30				Hoofdl.	p. a. pr.	levend.	I + II 24 uur.	Indaling met gr. f. 't diepst, pijnnaad dwars, asynclt. ant. Niettegenstaande sterke weeën komt het hoofd niet verder. Moeilijke versie, door spanning v. d. contractiering. L. wand- en voorhoofdsbeen afgeplat. Op l. wandbeen indruk v. h. promontorium.	
	1900 K. 34.	10½	8½	26	28½	86		VI	31			2740	A. a. l. v.	p. a. pr. V. en E.	levend.	I + II 23 uur.		
	1903 K. 25.	10½	8	25	27	95	L. i. te volgen. Sacrum concaaf, dwars wat convex. Uitstekende intervertebraalschijven.	I	28	9	8	3510	A. a. r. v.	S. C.	levend.	I + II 7 dagen.		
	1905 K. 197.	10½	9 (Byl.)	25	28	98		II	31	8.9	7.9	2880	A. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I 3½ dag. II 1 uur.		
33.	1906 K. 241.	10.8	9	25½	27	93		III	32	8.9	7.8	3360	A. a. l. dw.	forceps.	levend.	I + II 4 dagen.	Vruchtwater in den beginne afgeloopen. Geringe indaling. Asynclt. post. Pijn. dwars. 3de dag: t. 39°4. 6 c.m. o. Indaling: < ½. 4de dag: t. normaal. Forceps. 't Hoofd vertoont geen sporen van het bekken.	
	1903 K. 111.	10½	8½	29½	30½	91	Promontorium hoog. Naar rechts, even er onder, een tweede. L. i. links niet te volgen, rechts even. Sacrum convex in beide richtingen, met rachitischen haak. Sterke scoliosis lumbo-dorsalis, sinistro-versa. Lengte: 142 c.m. Vlucht 154 c.m.	I	34	8½	7¾	3370	Afgew. hoofdl.	S. C.	levend.	I + II ± 8 uur.		
	1905 K. 97.	10¾—11	8½—9	29	30	84		II	36	6.6	7¼	2600	A. a. l. dw.	p. a. pr. forceps	dood.	I + II ± 18 dagen.		
	1906.							III						S. C.				
34.	1896 K. 22.						Bekken links wat nauwer dan rechts. Sacrum convex in beide richtingen. Vrouw klein.	I	30			4350	K. a. r. a.	forceps	dood.	I + II 3½ dag.	De eerste 16 dagen nu en dan eenige weeën. Hoofd daalt in sterke flexie in, vult alleen de l. bekkenhelft op. Bij v. o.: pijnnaad dwars, asynclt. post., hoofd sterk vervormd. Uit vrees, dat het baarmoeder-litteken gevaar zal gaan lopen: forceps. Kind dood. Sterke haem. p. p. Manueele verwijdering der placenta.	
	1899 P. 9.			25½	27			II	33	8½	7½	3600	V. k. l. v.	V. en E.	dood.	I + II 1½ dag.		
	1901 K. 33.	10¾	9	25½	28	100		III	35	9	7½	2850	A. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 1½ dag.		
	1903 K. 153.	10¾	9	25½	28	100		IV	38	8		2680	A. a. r. v.	p. a. pr. forceps.	levend.	I + II 5 dagen.		
35.	1900 K. 2.	10¾	9	28	29	89	Sacrum convex in dwarse, gestrekt in overlangsche richting. Knik boven os coccygis. L. i. te volgen. Lengte: 147 c.m. Vlucht: 148 c.m.	II	27	9	7½	3750	K. a. l. a. A. a. l. v.	spont.	levend.	I 9 uur. II 3 "	Bij v. o. is de indaling nog gering. Asynclt. anterior, gr. f. bij 't promontorium. Geboorte in A. Deuk op l. slaapbeen.	Pat. leerde op 7-jarigen leeftijd lopen. 1ste kind kunstmatig geboren, dood.

Pat. leerde op 7-jarigen leeftijd lopen. 1ste kind kunstmatig geboren, dood.

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.				
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.
36	1901 P. 914.							III	28			
	1902 P. 347.	10½	9	28	29	92		IV	29	9	8	4100
	1904 P. 1416.	10¾	9	28	29	89		V	32	10	9	5000
	1906 K. 195.	10½	8¾ (Byl.)	29	30½	92		VI	34	8.8	7.8	3690
	1896 K. 131.	10¾	9	25½	27	86	L. i. moeilijk te volgen Sacrum convex in beide richtingen. Uitstekende spinae ischii.	II	30			2750
	1898 K. 44.							III	32			
	1899 K. 81.	10	8½	24½	27½	88		IV	34	9	7	3500
	1900 K. 102.	10¾	8¼	25½	27½	92		V	35	9	8¼	3690
	1903 K. 12.	10½	8½	25½	27	92½		VI	38	9¼	8½	3860
	1904 K. 88.	10	8¼	26	28	94		VII	39	7¾	7¾	3000
37	1899 P. 605.	10¾	8½	25	28	94		II	28	9	7½	
	1900 K. 127.	10	8	26	28	87		III IV	29 30	8	7	1920

K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 4 uur. II 10 "	Bij 8 c.m. o.: hoofd n. r. boven den ingang afgeweken. Bij v. o.: indaling. Weeënzwakke in 't 2de tijdperk.	
Afgew. hoofdl.	V. en E.	dood.	I + II 14 uur.	In den beginne: hoofd ballotteerend boven r. os. ilei, links de kloppende navelstreng. Uitw. keering op het hoofd mislukt. L. zijligging. Bij 5 c.m. o. breken de vliezen, neiging tot indalen, met gr. f. 't diepst. Inwendige versie, voet afgehaald en gespannen gehouden. Spontane geboorte tot de schouders. Hoofd met sterken druk en ruk geëxtraheerd. Kind dood.	
A. a. l. dw.	forceps.	levend.	I 5 uur. II 9 "	Hoofd n. r. van den b. i. afgeweken, later op den b. i. in asyncl. anterior. Wegens langen duur: hooge tang in ligging v. WALCHER. Hoofd met schok door den b. i.	
Afgew. hoofdl. K. a. r. dw. V. k. l. dw.	p. a. pr. forceps.	levend.	I + II 5 dagen.	Na het breken der vliezen bij v. o. indaling met gr. fontanel in de bekkenas. Later: V. k. l. dw. Slechte harttonen. Rekking van het o. u. s. Hoofd met inwendige handgrepen in flexie gebracht, wijkt daarbij terug en schommelt vrij. Versie mislukt. Forceps op het losse hoofd, dat uitwendig wordt gefixeerd. Extractie moeilijk.	
A.	p. a. pr. forceps.	levend.	I + II 24 uur.	Indaling na 't breken der vliezen. Wegens onregelmatige harttonen: forceps bij niet volkomen indaling.	Rachitis? 1ste kind dood geboren, forcipaal.
?	p. a. pr. V. en E.	levend.	?		
Afgew. hoofdl. prol. brachii.	V. en E.	dood.	?	In den beginne breken de vliezen. Hoofd n. r. afgeweken. L. hand zakt uit. V. en E. Hoofd met een schok voorbij het promontorium. Kind dood.	
Hoofdl. prol. manus.	S. C.	levend.		Primaire S. C.	
Sch. l.	S. C.	levend.		Sterke weeën. Hoofd niet gefixeerd op den b. i. te houden. Geen versie wegens de grootte v. h. kind (op 3000 gr. geschat). S. C.	
Afgew. hoofdl. h. l. r. v. prol. funic.	p. sp. praem. V. en E.	dood.	I + II 9 uur.	Hoofd niet gefixeerd te houden op den b. i. Geen S. C. wegens de onvoldragenheid van het kind. Bij v. o. worden de vliezen gebroken, waarbij de navelstreng uitzakt. Losse benedenrand der placenta gevoeld. V. en E. Hoofd met krachtsinspanning geëxtraheerd. Op r. wandbeen een diepe deuk bij den kroonnaad, een gulden groot, met scherpe randen. Afstand v. d. bodem — l. wandbeen: 7¾ c.m.	
A. a. l. v.	perforatie.	dood.	I + II 15 uur.	Geen indaling. Kind stervende. Perforatie.	Rachitis? 1ste kind gemacereerd, voldragen?
A. a. l. v. Hoofdl.	p. a. pr. spont.	levend. levend.	I + II 24 uur. I + II 2 uur.	Niet in de kliniek of polikliniek, kind voldragen, klein.	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.				
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.
38	1894 K. 10.	10					L. i. te volgen. Sacrum convex in beide richtingen. L. bekkenhelft ruimer dan rechts. Sterke lordose.	V	32	9¼	8½	2800
	1895 K. 94.	10		27	29			II	33			3000
	1901 K. 47.	10	8½	27	29	95		III	34			
39	1898 K. 73.						Promontorium hoog.	IV	40	10	8	4400
	1900 P. 595.	10	± 8	25	28			II	27			
	1902 P. 40.	10	8	25	28			III	28	9½	8	
40	1901 P. 358.	10½	8¾					IV	30	10	9	4600
	1903 P. 119.			25	28	100		II	24	9	8	< 4000
	1902 K. 124.	10¾	8¾	25½	28¼	92		III	27	9	8	4000
41	1904 K. 38.	10.8	< 9	27½	28½	90	Dubbel promontorium, hoog. L. i. te volgen. Genua valga. Lichte scoliosis dorsalis dextroversa. Lengte: 144 c.m. Vlucht 162 c.m.	II	29	10½	8½	4080
								III	31	8.6	8	2620
42	1900 P. 281.						Promontorium sterk vooruitstekend.	II	29			
	1901 P. 517.			25	28			III	29			
	1902 P. 1158.	10¾	8½-9	25½	26½	89		IV	30	10	8	3750
43	1906 P. 253.			25	26	89	L. i. niet geheel te volgen. Sacrum dwars convex, overlans gestrekt. Promontorium sterk uitstekend.	V	31	10	9	4000
	1896 K. 53.	11¼	9	31½	32½			VI	31			
	1898 K. 107.	10½	8¾					VI	35			3250

K I N D.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.	Duurder 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
A. a. l. dw.	forceps.	levend.	I 10 uur. II 3 "		Niet in de kliniek of polikliniek. Bij v. o. nog geen indaling. Later: geringe indaling, A. a. l. dw., asynclt. ant. Sterke weeën. Hooge tang, zonder bezwaren, deuk op l. wandbeen. Na 24 uur dood. Moeder 2 dagen p. p. gestorven aan onbekende oorzaak.	
K. a. r.	perforatie.	dood.	I + II > 24 uur.		Thuis was vergeefs versie beproefd. In de kliniek: 3 c.m. o. Hoofd op den b. i. 3 uur later: perforatie.	1ste partus in 1882. P. a. pr. forceps. Kind dood.
Voetl.	p. a. pr. extractie.	dood.			Extractie wegens slechte harttonen. Kind na eenige oogenblikken dood.	
Hoofdl. r. r.	S. C.	levend.			Primaire S. C.	
Hoofdl. r. r.	forceps.	levend.	I + II > 24 uur.		Indaling in asynclt. anterior. O. u. s. verdund. Hooge tang. Moeilijke extractie.	1ste kind: V. en E., wegens prol. funiculi, dood geboren.
Dw. l. h. l. r. a.	V. en E.	dood.	I + II 24 uur.		Moeilijke extractie.	
A. a. l. v. prol. funic.	V. en E.	dood.	I 2 uur. II 2 "		Moeilijke extractie.	
K. a. l. dw.	spont.	levend.	I 30 " II ½ "		Indaling met gr. f. in de bekken-as, sterk asynclt. anterior. Later kl. f. dieper.	1ste partus duurde ± 3 dagen. Daarna een abortus.
A. a. l. dw.	spont.	levend.	I + II 24 uur.			
Afgew. hoofdl.	S. C.	levend.	I + II 14 uur.		C. D. geschat op 9¾ c.m., de C. V. op 7½ c.m. Daarom primaire S. C. Later bleken de maten 10¾-8¾ c.m. te zijn.	Rachitis. Pat. leerde op haar 4de jaar lopen. 1ste kind dood geboren, V. en E. wegens niet indalen. 1ste kind forci-paal, 2de kind spontaan.
A. a. r. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 15 uur.			
A. a. l. dw.	spont.	levend.	I 3 uur. II 2½ "			
A. a. l. dw.	spont.	levend.	I 10 " II 2 "		Indaling met de gr. f. dieper dan de kleine f.	
A. a. l. dw.	forceps.	levend.	I + II 27 uur.		Hoofd daalt weinig in, met neiging tot kruinligging. Zwakke weeën. Frequent harttonen. Hooge tang. Lichte deuk op l. voorhoofdsbeen.	
Aa. k. f. v.	spont.	anencephalus. levend.	I + II 7 uur.		Kind leefde nog 34 uur p. p.	
Dwarsl. prol. funic.	p. a. pr. V. en E.	levend.	I 15 uur. II ½ "			De 5 eerste partus kunstmatig. Kinderen dood.
A. a. l. v.	p. a. pr.	dood.	?			

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.					Duur der 2 eerste tijdp.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.		
44	1900 K. 8	10½	8½	29	33½	100		VIII	35	8½	7	2860	Stuitl.	p. a. pr. extractie.	levend.	I + II 30 uur.	Wegens de zwakke weeën en lichte t. verhooging: vliezen gebroken, voet afgehaald. Kind door lichte tractie geboren. Asphyxie. Kind niet in hoofdligging te houden. Beide voetjes + navelstreng in het ostium. Extractie wegens slechte hart-tonen. Hoofd passeert met ruk den ingang. Op r. wand-been een diepe deuk. Afstand van tub. par. sin. — diepste punt v. d. deuk = 8.3 c.m. Nadat uitwendige keering was mislukt, gecombineerde keering op het hoofd. 24 uur weeën-pauze. Kind dood-geboren. Na ligging op de r. zij: indaling van het hoofd. Indaling met pijnnaad dwars, asynclitismus anterior. 4 uur na de geboorte wordt de placenta manueel verwijderd, waarbij een stuk vlies is blijven zitten. Later in de kliniek opgenomen wegens parametritis, pelviperitonitis. Spontane perforatie door den uteruswand. Placenta praevia lateralis. Wegens hevige bloeding naar de kliniek. Bij v. o. worden de vliezen gebroken en wordt het kind, na versie, geëxtraheerd. Asphyxie.
	1906 K. 1.	10¾— 11	8½	31	33½	102		IX	41	9.3	8.6	3320	Vt. s l.	p. a. pr. extractie.	levend.	I + II ± 3 dagen.	
	1899 P. 129.							XI	36				Dw. l. h.l.? r. a.	keering op het hoofd.	dood.	I 41 uur. II 2 „	
	1900 P. 365.							XII	37				Afgew. hoofd. r. l.	spont.	levend.	I 24 „ II ½ „	
	1902 P. 175.	10½	9	28½	29½	98		XIII	39	9	8	2500	A. a. r. dw.	spont.	levend.	I 30 „ II 1½ „	
45	1899 K. 47.			27	28			V	42			3450	Sch. l. h.l. r. a.	V. en E.	levend.	I + II 12 uur.	1 abortus na den 5den partus.
	1902 P. 356.	10¼	8¾	26	28	89		VI	44	9½	8	4000	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 5 uur. II 1¾ „	
46	1899 P. 467.							IX	35	9	7½	4400	A. a. r. dw.	forceps.	levend.	I + II 24 uur.	na 't 9de kind een abortus.
	1901 P. 365.							X	36	9¾	8½		Dw. l. h.r. r. v.	Keering op den stuit. Extractie.	levend.	I + II 12 uur.	
	1902 P. 1172.	10½	9	28	30	98		XI	38	10	9	4400	A. a. l. v.	V. en E.	levend.	I 12 uur. II 10 „	
	1905 P. 685.	11	9	28½	29½	96		XII	41	9½	7	3500	Sch. l. prol. pedis.	V. en E.	dood.	I + II 3 dagen.	
	1906 P. 549.							XIII	42	9	7½	3350	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 4 uur.	Bij 8 c.m. o. en gebroken vliezen: 2 voetjes te voelen, een bijna in de vulva, 't ander hoog. 1 uur later: ook een handje in de vulva te voelen. 2 uur later: zwak pulseerende navelstreng. Bij pogingen tot extractie blijkt, dat het hoofd op den ingang geperst ligt. Dit wordt opgeduwd. Kind dood geëxtraheerd.

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.					Duur der 2 eerste tijdp.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.		
44	1900 K. 8	10½	8½	29	33½	100		VIII	35	8½	7	2860	Stuitl.	p. a. pr. extractie.	levend.	I + II 30 uur.	Wegens de zwakke weeën en lichte t. verhooging: vliezen gebroken, voet afgehaald. Kind door lichte tractie geboren. Asphyxie. Kind niet in hoofdligging te houden. Beide voetjes + navelstreng in het ostium. Extractie wegens slechte hart-tonen. Hoofd passeert met ruk den ingang. Op r. wand-been een diepe deuk. Afstand van tub. par. sin. — diepste punt v. d. deuk = 8.3 c.m. Nadat uitwendige keering was mislukt, gecombineerde keering op het hoofd. 24 uur weeën-pauze. Kind dood-geboren. Na ligging op de r. zij: indaling van het hoofd. Indaling met pijnnaad dwars, asynclitismus anterior. 4 uur na de geboorte wordt de placenta manueel verwijderd, waarbij een stuk vlies is blijven zitten. Later in de kliniek opgenomen wegens parametritis, pelviperitonitis. Spontane perforatie door den uteruswand. Placenta praevia lateralis. Wegens hevige bloeding naar de kliniek. Bij v. o. worden de vliezen gebroken en wordt het kind, na versie, geëxtraheerd. Asphyxie.
	1906 K. 1.	10¾— 11	8½	31	33½	102		IX	41	9.3	8.6	3320	Vt. s l.	p. a. pr. extractie.	levend.	I + II ± 3 dagen.	
	1899 P. 129.							XI	36				Dw. l. h.l.? r. a.	keering op het hoofd.	dood.	I 41 uur. II 2 „	
	1900 P. 365.							XII	37				Afgew. hoofd. r. l.	spont.	levend.	I 24 „ II ½ „	
	1902 P. 175.	10½	9	28½	29½	98		XIII	39	9	8	2500	A. a. r. dw.	spont.	levend.	I 30 „ II 1½ „	
45	1899 K. 47.			27	28			V	42			3450	Sch. l. h.l. r. a.	V. en E.	levend.	I + II 12 uur.	1 abortus na den 5den partus.
	1902 P. 356.	10¼	8¾	26	28	89		VI	44	9½	8	4000	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 5 uur. II 1¾ „	
46	1899 P. 467.							IX	35	9	7½	4400	A. a. r. dw.	forceps.	levend.	I + II 24 uur.	na 't 9de kind een abortus.
	1901 P. 365.							X	36	9¾	8½		Dw. l. h.r. r. v.	Keering op den stuit. Extractie.	levend.	I + II 12 uur.	
	1902 P. 1172.	10½	9	28	30	98		XI	38	10	9	4400	A. a. l. v.	V. en E.	levend.	I 12 uur. II 10 „	
	1905 P. 685.	11	9	28½	29½	96		XII	41	9½	7	3500	Sch. l. prol. pedis.	V. en E.	dood.	I + II 3 dagen.	
	1906 P. 549.							XIII	42	9	7½	3350	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 4 uur.	Bij 8 c.m. o. en gebroken vliezen: 2 voetjes te voelen, een bijna in de vulva, 't ander hoog. 1 uur later: ook een handje in de vulva te voelen. 2 uur later: zwak pulseerende navelstreng. Bij pogingen tot extractie blijkt, dat het hoofd op den ingang geperst ligt. Dit wordt opgeduwd. Kind dood geëxtraheerd.

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.					Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.	
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.				Afloop kind.
47	1897 K. 127.	9¾	8				Dubbel promontorium. L. i. te volgen. Sacrum convex in beide richtingen. Lengte: 138½ c.m. Vlucht: 142½ c.m.	II	25				St. s. l.	p. a. pr. extractie.	dood.	I + II 5 uur.	Kind eerst asphyctisch, spoedig dood. Kind na 4 weken dood. Thuis eclampsie. Foetus maceratus. Bij opname bestaat glycosurie. Baring a terme afgewacht, om S. C. te verrichten. 4 weken ante terminum loopt het vruchtwater af. Spontane geboorte tot het hoofd, wat gemakkelijk ontwikkeld wordt. Asphyxie. 't Kind leefde April 1902 nog. Wederom besloten tot primaire S. C. Bij 3 c.m. o. loopt het vruchtwater af. Loslating der placenta. Voet ligt voor, wordt dieper getrokken. 1 uur later: collaps. Gemakkelijke extractie v. d. romp, moeilijk v. h. hoofd. Placenta manueel verwijderd. Oude scheur links in het vaginale deel v. d. cervix; groote scheur in het supra-vaginale deel, indringend in het parametrium links. Tamponnade van uterus, cervix, vagina en scheur. Infusie van physiol. Na Cl-oplossing. Gestoord kraambd. Thrombose der vena femoralis. Vliczen breken, vóór er ontsluiting is. Naast het hoofd de pulseerende navelstreng. S. C. De extractie v. h. hoofd kost kracht, daar het of wordt vastgehouden door den contractiering, of vast stond. Aan de tubae niets te zien. Hevige bloeding. Gestoord kraambd: phlegmasia alba dolens v. rechterbeen, ettering der steekkanaaltjes, stinkende uitvloeijing uit den uterus. L. vena femoralis ook gethromboseerd. 2 maanden later hersteld ontslagen. Op 't eind van 't jaar weer terug. Schijfvormige tumor links v. d. uterus; parametria vrij. Pyurie. Januari '04 ontslagen. Mei '04 terug wegens dysmenorrhoe. Uterus aan den buikwand gefixeerd. Laparotomie. Voorwand geheel in fibreus weefsel veranderd, gedeeltelijk geëxcideerd, waarbij opening v. h. cavum uteri. Primaire S. C. Uteruswand zeer dun, niet met den buikwand verbonden. Sterke haem. p. p., zoodat verwijdering van de baarmoeder noodig is. Bij microscopisch onderzoek bevat een stukje van de insertie-plaats der placenta veel bindweefsel.	1ste kind door V. en E. dood geboren.
	1899 K. 163.	10	8¾	25½	27½	87	III	27	8	7	2250	A. a. l.	p. a. pr.	levend.	I ± 7 dagen. II 1¼ uur.			
	1900						IV											
	1901 K. 187.	10	8¼	26	28	92	V	29	9	7¼	2420	Voetl. s. r.	p. sp. praem. extractie v. h. hoofd.	levend.	I + II 24 uur.			
	1903 K. 35.	9½	8	26½	28	97	VI	30	8½	7	2610	Dw. l. h. l. r. v.	p. sp. praem. V. en E.	levend.	I + II 3½ uur.			
48	1903 K. 31.	9¼	7½	26	28½	91	Promontorium laag. L. i. te volgen. Sacrum in dwarse richting convex, overlangs gestrekt, sterke intervertebraal-ribbels. Lichte genua valga.	II	25	9¾	8	4400	Hoofdl. prol. funic.	S. C.	levend.		1ste partus thuis, in narcose. Kind dood. Daarna tubair-zwangerschap. (Gyn. kl. 116. 1902).	
	1906 K. 116.	9.6	7¾	26½	28½	88	III	28	9.7	8.6	4220	Hoofdl.	S. C. exstirpatio uteri.	levend.				
49	1900 K. 70.	11	9½	23½	26	80	L. i. te volgen. Lengte: 153 c.m. Vlucht: 155 c.m.	I	28	8½	7½	2810	A. a. l. dw.	spont.	levend.	I + II 9 uur.	Sterke deuk op 't achterste wandbeen. Kind ± 36 weken oud. Met het hoofd wordt een hand geboren. Indruk op 't l. wandbeen. Met het hoofd wordt een hand geboren. L. wandbeen afgeplat.	
	1901 P. 466.						II	29	9	8¼	2110	A. a. l.	p. sp. pr.	levend.	I < 3 uur. II ¼ "			
	1903 P. 673.	11	9½	26½	26	80	III	30	8 +	8 —	3500	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 4 uur.			
	1904 P. 888.			24	26	82	IV	32	9	8	3500	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 4 uur.			

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.					
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	
56	1901 K. 87.	11	9¼	24	28	89		II	25	9	7½	3280	
	1900 P. 457.	11¼		24½	27		L. i. te volgen.	I	23				
	1901 P. 679.			25	27			II	24			3000	
	1902 P. 842.							III	25	9	7½	3500	
	1903 P. 1439. ?			24½	27	87		IV	26	9	8	2250	
57	1903 P. 1554.	11		26	27	90		V					
	1901 P. 701.	11¼	9½	24	27			VI	30	9½	7½	3000	
	1903 P. 36.		9½	26	29½	92		I	24	9	6½	3250	
58	1904 P. 349.			25	28	95		II	25	9	8	3000	
	1903 P. 476.	12	10	26¾	29½	89		III	27	8½	6¼	>3000	
	1904 P. 1125.			25	27	86		I	23	8¾	7¾	3000	
	1905 P. 1547.			25½	28	89		II	24	9	8	3000	
59	1907 P. 291.			25	26	87		III	25	8½	7½	3250	
	1899 P. 638.							IV	27	8½	7½	3900	
	1902 P. 78.	11	9	23	25	82½		I	23				
60	1902 P. 1418.			21	25	82		II	24	9	8	3000	
	1904 P. 1047.	11½	9½	22	25	76		I	26	9½	9	3000	
61	1897 K. 51.						Sacrum concaaf in beide richtingen. L. i. te volgen.	II	29	9½	7	2900	
								I	32				

K I N D.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.	Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
A. a. l.	spont.	levend.	I + II 5 uur.			
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 12 uur. II 2 "		In 't begin der baring staat het hoofd los.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 27 uur.		Vliezen vroeg gebroken.	
Voetl. prol. funic.	extractie.	levend.	I + II 5½ uur.		Asphyxie.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 12 uur.			
?	?	?	?			
Dw. l. h. l. r. v. prol. funic.	V. en E.	levend.	I 6 uur. II 1 "		Hoofd, met sterken druk van buiten, ontwikkeld. Asphyxie.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 17 " II 2½ "			
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 3 " II 2½ "			
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 5 " II ¼ "			
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 8 uur.		Bij v. o. is het hoofd nog beweeglijk. L. slaapbeen ingedeukt.	
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 12 uur. II 4 "		Indaling na 't breken der vliezen bij v. o. L. arm naast het hoofd opgeslagen.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 5 " II ½ "			
A. a. l. v.	forceps.	levend.	I 4 " II >5 "		Bij v. o.: gr. f. 't diepst, indaling gering. Asynclint. post. Daar het hoofd niet verder komt: hoge tang.	
St. l. s. l. v.	extractie v. h. hoofd.	levend.	I 13 " II 5¾ "		Weeënzwakte in 't 2de tijdperk. Extractie v. h. hoofd.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 2½ " II ½ "			
A. a. l. dw.	forceps.	levend.	I 10 " II 7 "		Tang in den uitgang wegens weeënzwakte.	
St. l. s. l. v.	extractie.	levend.	I 9 " II 1 "		Stuit spontaan geboren. Daar de harttonen niet meer hoorbaar zijn, worden hoofd en romp geëxtraheerd.	
A. a. l. v.	forceps.	dood.	?		Wegens het afloopen van meconium en het niet meer hoorbaar zijn der harttonen wordt de tang aangelegd, na inknippen v. h. ostium. Kind dood. Gestoord kraambed: parametritis.	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.					K I N D.			Duur der 2 eerste tijdper.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
62	1901 K 3.	11½	9¾	23	28	93	L. i. te volgen.	II	36	9	7½	2970	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 2 dagen.	Indaling met gr. f. 't diepst, pijnnaad dwars.	
	1904 P. 658.	11	9	26	28	95		I	25	9	8	4000	A. a. l. v.	forceps.	levend.	I 21 uur. II 5 "		
	1906 P. 76.			26	28	90		II	27			4000	Aa. k. r. a. V. k. r. a.	V. en E.	levend.	I > 2 dagen. II > 4 uur.		
63	1900 P. 192.							IV	32				A. a. l. v.	spont.	levend.	I 4 uur. II ½ "	Bij v. o. en gebroken vliezen: Aa. k. r. a., later: V. k. r. a. Hierop V. en E. L. beentje op den rug geslagen, gebroken. Asphyxie.	Alle vorige partus spontaan, doch moeilijk.
	1902 P. 138.	11	9½	27	27½	83		V	33	9½	8½	3250	A. a. l. v. prol. funic.	forceps.	levend.	I + II 10 uur		
64	1899 P. 279.	12						VIII	38				Afgew. hoofdl. r. r. prol. funic.	V. en E.	dood.	I + II > 24 uur.	Kind niet meer bij te brengen. Placenta na ¼ uur wegens sterke nabloeding manueel verwijderd.	1ste—6de kind in hoofdligging, 1ste en 6de forcipaal, 7de in hoofdligging met prol. funic.; dood geboren.
	1900 P. 712.							IX	39				Afgew. hoofdl.	V. en E.	dood.	I + II > 24 uur.		
	1901 P. 1036.			25	27	83½		X	40	10	9	4000	Afgew. hoofdl. prol. funic.	V. en E.	levend.	I + II 22 uur.		
65	1901 P. 960.			23	26	100	L. i. te volgen.	V	31	9½	8½	3100	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 7 uur. II ½ "	Indaling met asynclyt. anterior, pijnnaad dwars. Tang in den uitgang wegens weeënzwakte.	
	1903 P. 777.			21	26	84		VI	33	9½	8	4000	A. a. l. v.	forceps.	levend.	I 15 uur. II 2½ "		
	1904 P. 966.	11½	9¾	24	25	86		VII	34	9	8½	4000	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 9½ " II 4 "		
66	1904 P. 45.			23	26	85	L. i. te volgen.	VII	36	10	9	3750	A. a. r. v.	forceps.	levend.	I 24 " II 7 "	Tang in de bekkenholte wegens weeënzwakte.	1ste kind forcipaal. 2 abortus.
	1906 P. 1519.	11	9¼	23	26	85½		VIII	39	10	8	4000	A. a. r. v.	V. en E.	dood.	I 9 " II 5½ "		
67	1903 P. 626.	11½	9¾	22½	26	87	L. i. te volgen.	VIII	38	9¼	8½	3400	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 3 " II ½ "	Indaling met kl. f. in de bekkenas.	2 abortus.
	1905 P. 1285.			23	27	93		IX	41	10	8	3750	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 3½ uur.		
68	1900 K. 45.	11	> 9	25½	27½	90	L. i. te volgen Sacrum hol. Spinae ischii steken sterk naar binnen uit.	III	30	9	8	3680	Stuit. l.	extractie.	levend.	I + II 32 uur.	Ontsluiting en indaling nemen langzaam toe. Wegens uitputting der vrouw en slechte weeën: extractie.	Vorige partus spontaan.

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.		
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.				Positie.	Aard verl.
69	-1901 K. 180.	11½	9½	24½	26¼	91		IV	38	9	7½	3970	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 10 uur. II 1½ "	1ste kind kunstmatig, niet forci-paal, geboren.
	1900 P. 935.	11					L. i. te volgen Promontorium iets naar voren. Spinae ischii steken wat uit.	VII	35				A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 12 uur.	
	1904 P. 1060.	11½	9¾	24	27½	86		VIII	40	9	6	3000	St. l. s. r.	extractie.	levend.	I ? II 1 uur.	
70	1900 P. 791.						L. i. te volgen.	VII	30				A. a. r. v.	spont.	levend.	I 6 " II ¾ "	Vorige partus spontaan. Tussen n° 3 en n° 4 een abortus.
	1902 P. 19.	12	10½	26	27	88		VIII	32	9	7½	3250	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 26 uur.	
	1903 P. 1381.							IX	34	9	8	3500	A.	spont.	levend.	?	
71	1905 P. 883.			25	28	87		X	36	9	7½	3500	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 15 uur. II 1 "	Geboren vóór aankomst van den practisant.
	1906 P. 1481.			24	27	94		XI	37	9½	8	3000	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 6 dagen? II ¼ uur.	
	1899 P. 326.						L. i. te volgen.	IX	34				K. a. r. a.	spont.	levend.	I 11 " II 5 "	
	1901 P. 919.	11	9	24	28	93		X	37	9½	8	3000	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 38 " II ¾ "	
	1903 P. 247.	11	9	24	26	104		XI	39	10	8	4250	A. a. r. v.	forceps.	levend.	I 70 " II 5 "	
72	1899 P. 261.						L. i. te volgen Sacrum convex.	VII	26				A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 1½ uur.	Indaling in asynclitismus posterior. Geboorte in kruinligging.
	1900 P. 960.							VIII	27				A. a. l. v.	spont.	levend.	I 9½ uur. II 1 "	
73	1903 P. 642.	11½	9½	24	26	88½		IX	30	9	8½	3500	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 3 dagen.	R. wandbeen afgeplat. Op l. wandbeen een roode plek van 2 c.m. lang, 3 c.m. breed.
	1902 P. 1260.							X	38	10	9	3250	A. a. k. v.	spont.	levend.	I + II 2½ uur.	
	1904 P. 54.			25	28			XI	40	8	7	3500	A.	spont.	levend.	?	
	1905 P. 456.		± 10	25	28	85		XII	41	10½	9	4800	A. a. r. v.	V. en E.	dood.	I 11 uur. II 7 "	
Bij 4 c.m. o.: hoofd voor een klein segment ingedaald, nog beweeglijk, met neiging n. l. af te wijken. L. zijligging. 6 uur later: 8 c.m. o. Ind. ½, kl. f. l. v. 3 uur later: v. o. Indaling als voren. Groot caput succedaneum. Toestand blijft eenige uren dezelfde, ondanks heftige en krachtige weeën. Contractie-ring handbreed boven symphysis. Ligamenta rotunda buiten de weeën niet erg gespannen. Gr. f. r. v. oedeem van voorlip. Tot forceps besloten. Extractie mislukt. Eenigen tijd daarna: uterus-ruptuur. V. en E. Hierbij wordt gevonden een dwars verlopende scheur in het o. u. s. Placenta manueel verwijderd, tamponnade van den uterus. Vrouw na 30 uur dood. Hoofd van het kind zeer hard.																	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.					Duur der 2 eerste tijdp.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.		
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.				Afloop kind.	
74	1899 K. 52	10½	8¾	22½	24½	82	L. i. niet te volgen.	I	20	8½	7	2800	A. a. l. v.	spont.	levend.	I > 24 uur II ½ "	Vruchtwater vroeg afgeloopen. Indaling met verscherpt mechanisme. Geboorte met de l. hand naast het hoofd.		
	1905 K. 79.	11¼	9¾	23	26	88		II	26	9.3	8.2	3760	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 14 uur.			
75	1901 K. 17.	10½	± 9	25	27	77	L. i. te volgen. Aanduiding van een valsch promontorium. Sacrum convex in beide richtingen. Vrouw klein. Overblijfsel van vagina en cervix septa.	I	24	10	8	2150	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 3 uur.	Pinkdikke bride van den voorwand der vagina, insereerend ± 3 c.m. achter het ostium urethrae, naar den achterwand achter den sphincter ani verloopend. In 't begin: ballotteerend hoofd.	Na 't 1ste kind een abortus.	
	1901 P. 835.	10½	9	25	27	77		II	25	8¾	8	2400	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 2 uur. II 4¼ "			
	1902 P. 1482.							III	27	8½	7	3000	A. a. l. prol. manus.	spont.	levend.	I + II 5 uur.	Tijdens een wee werd een handje in de vulva zichtbaar. L. arm naast het hoofd opgeslagen.		
	1904 P. 734.	11		25	27	88		IV	29	9	8	3000	K. a. r. v. A. a. r. v.	spont.	levend.	I 1 uur. II 2¼ "			
	1906 P. 353.			25½	27½	81		V	31	9½	8½	3000	St. l. s. r. v.	extractie v.h. hoofd.	levend.	I 5¾ " II ½ "	Asphyxie.		
76	1902 P. 195.			23	26	85	L. i. te volgen. Vrouw klein.	I	24	10	9	2500	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 25 uur.			
	1903 P. 1375.	10½	9	22	25½	84		II	27	9½	8	3000	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 14 uur. II 1½ "	Kinderen ± 28 weken oud.		
77	1895 K. 101.						L. i. te volgen. Promontorium staat niet hoog, is scherp en steekt in den bekkeningang uit. Sacrum plat, knik bij den 4den sacraalwervel. Spinae ischii en os coccygis steken niet uit. Lengte = 142 c.m. Vlucht = 142 c.m.	I	31				?	gemelli. p. sp. pr	dood.	?			
	?							II	?					?	?	dood.	?	Baring zou in narcose getermineerd zijn.	
	1898 K. 70.	10	8¼	22	25			III	35				Hoofdl. r. r.	p a. pr. forceps.	dood.	I + II 5¾ uur.	Geen harttonen. T. 38°. Forceps. Extractie volgens HECKER.		
	1900 K. 87.	10½	8½	24½	26½	81		IV	37	8¼	7¾	3440	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 8 uur.		Indaling in asynelyt. post. Naast het hoofd een handje, dat wordt teruggeduwd.	
	1902 K. 51.	10¾	8¾	23½	26½	81½		V	39	8¼	7½	3150	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 7½ uur. II 2½ "	Hoofd in sterk asynelyt. post. op den ingang, kl. f. l. v. Daar het hoofd niet verder komt, de vrouw uitgeput raakt, wordt de hooge tang aangelegd, nadat het hoofd in narcose eerst wat dieper is geperst. R. sleutelbeen gebroken. Asphyxie.		
	1904 K. 169.	10.4	< 9	25½	27½	78		VI	41	9	8.4	3590	A. a. l. v.	forceps.	levend.	I + II 49 uur.			
78	1900 P. 340.	10½	8½	22½	26	80	Promontorium hoog. Sacrum concaaf in alle richtingen.	I	30	8¾	8½	3100	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 16 uur. II 2½ "	Indaling met gr. f. 't diepst.		
	1902 P. 118.	10½	8½	23	26	80½		II	32	9	8	3500	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 5 " II ½ "			

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.				
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Ond.	Bip.	Bit.	Gew.
79	1903 P. 203.							III	33	8¾	7	3000
	1904 P. 108	11½?	10 ?	23½	25½	84		IV	34	9	8	3400
	1905 P. 280.			24	26	81¾		V	35	9	8	3500
	1903 P. 44.	10	9	22	25	81	L. i. te volgen.	I	26	9	8	3750
	1904 P. 364.							II	28			
80	1905 P. 372.			26	29	90		III	29	9½	7½	3750
	1903 P. 591.			23½	27	84	L. i. te volgen.	I	18	8½	7	2750
	1904 P. 475.	10¾		23	27	85		II	19	9	6½	2750
81	1903 K. 40.	10¼	8¼	24½	28½	86	Promontorium hoog. L. i. te volgen Sacrum concaaf. Lengte: 144.3 c.m. Vlucht: 145.5 c.m.	I	27			2700 + ?
82	1904 K. 67.	10¾	8½	25	28	85		II	28	8½	7.2	2480
	1897 K. 18.							I	21			3750
	1899 P. 372.							II	23			
	1902 P. 155.	10	8½	24	26	84		III	26	9½	8	3200
	1903 P. 233.			21½	24	86		IV	27	9	7	2750
	1904 P. 776.			24	26			V	28	9½	8½	4000
	1906 P. 474.			21½	26	87		VI	30	9½	8	3500

K I N D.			Duur der 2 eerste tijdp.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
A. a. r. ?	spont.	levend.	I + II 2 uur.	Geboren vóór inwendig onderzoek. Op r. wandbeen een deuk.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 10 uur.		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 5 uur. II 1½ "		
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 12 " II 2 "	In 't begin staat het hoofd nog beweeglijk.	
?	partus praecipitatus.	levend.			
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 10 " II 1 "		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 7 " II 1 "		
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 6 uur.		
Hoofd. r. r. prol. funic.	perforatie	dood.	I + II 33 uur.	Vruchtwater in 't begin afgelopen, de navelstreng meesleepend, bekeld in het ostium internum. Hoofd met moeite van den ingang terug te duwen. Gecombineerde keering op den voet mislukt. Geen S.C., daar de harttonen reeds traag en onregelmatig zijn. Eenige uren later hevige weeën, hoofd n. l. afgeweken, in het ostium een arm. De ontsluiting wordt niet groter. Perforatie van het doode kind, extractie met den cranioclast.	
A. a. r. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 8 uur.	Indaling in asynclit. post., gr. f. 't diepst.	
A. a. r. v.	forceps.	levend.	I ? II 4½ uur.	Baring beëindigd wegens aflopen van meconium.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 5 " II ½ "		
A. a. r. dw. prol. funic.	spont.	dood.	I 24 " II ¾ "	Bij 8 c.m. o.: uitgezakte, kloppende navelstreng. Indaling ⅓. Kl. f. in de bekkenas, A. a. r. dw. Hooge tang, zonder narcose. Aanleggen en extractie (tot in de bekkenholte) moeilijk. Daar de vrouw veel pijn heeft, en de navelstreng niet meer klopt, wordt de tang afgenomen. ½ uur later spontane geboorte. Kind dood.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 7¾ " II ¾ "	R. handje achter l. oor opgeslagen.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 7 " II ½ "		
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 5 " II 4 "	R. hand naast het hoofd.	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.					Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.		
83	1900 K. 52.	10¾	< 9	26	28		L. i. te volgen. Dubbel promontorium. Sacrum weinig concaaf. Vrouw klein.	I	24				A. prol. funic.	Perforatie	dood.	I + II 4 dagen.	Drie dagen na het begin der baring wordt de vrouw naar de kliniek gebracht. Geen vochtblaas, hoofd vast op den ingang. 5 à 6 c.m. o. Kind leeft. Weeënzwakke. Vaginaalwand gezwollen. T. 37-8. Uit de vagina komt een bruin, stinkend vocht. Versie mislukt, doordat het hoofd zich moeilijk laat verplaatsen. Bij 7 c.m. o. zijn de harttonen niet meer hoorbaar. Vóór het hoofd de uitgezakte, niet meer kloppende navelstreng. Pijlnaad dwars. Asynclitismus anterior. Perforatie. Na den partus een lichte endometritis en een fistula vesico-vaginalis, die spontaan geneest.
	1901 K. 97.	10½	< 9	25¾	27¾	84		II	35	9	8	2670	A. a. r. v. prol. brachii.	p. a. pr. V. en E.	dood.	I + II 12 uur.	Bij v. o. breken de vliezen, en zakt naast het losstaande hoofd een arm uit, die wordt teruggebracht. V. en E. Extractie gelukt na veel moeite met sterke expressie en hoorbaar gekraak. Kind dood.
	1902 K. 95.	10¾	8¼	25½	27¼	84		III	36	9½	8¼	3090	Hoodl.	S. C.	levend.	I + II 2 dagen.	Hoofd in asynclitismus posterior op den ingang, niet in asynclitismus anterior te houden. Geen indaling, niettegenstaande flinke weeën. Geen tang wegens den lossen stand. S. C. L. wandbeen afgeplat.
	1904 K. 107.	10¾	8½	25	27½	84		IV	38	10	8.7	3800	A. a. r. v.	S. C.	levend.	I + II 12 uur.	In het begin dobbert het hoofd l. boven den ingang, is er niet op te brengen. Besloten tot S. C. Ondertusschen komt het hoofd plotseling in sterk asynclitismus posterior op den ingang. In den fundus nog een hoofd? Gemelli? Wordt afgewacht. Na eenige uren loopt bij 5 c.m. o. het vruchtwater af. Asynclitismus niet te verbeteren. Geen gemelli. Niettegenstaande sterke weeën geen indaling. S. C.
84	1901 K. 75.	10.6	> 8½	25½	28	84	L. i. te volgen. Sacrum dwars licht convex. Spinae ischii steken weinig uit. Symphysis vrij hoog. Lengte middelmatig.	I	19	9¼	7½	3360	A. a. r. d. w.	S. C.	levend.	I + II ± 20 uur.	Tot v. o. staat het hoofd los. Daarna worden de vliezen gebroken, met fixatie van het hoofd. Iets indaling in asynclit. post., pijlnaad dwars. Wegens niet verder komen, stijgenden contractiering: S. C. Hoofd hard. Gestoord kraambed. Op l. been van lies tot kuit gezwollen venae, geen thrombose te vinden. 6 weken p. p. hersteld.
	1903 K. 102.	10½	8½	27	27¾	85		II	22	8¾	7¾	2590	A. a. r. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 27 uur.	R. wandbeen sterk afgeplat.
85	1903 K. 79.	11	9	27	28¾	78	L. i. te volgen. Promontorium iets n. r. Sacrum convex in beide richtingen, zwakke knik bij den 4den wervel. Spinae ischii steken niet uit, doch er bestaat slechts een geringe afstand tusschen. Sterke intervertebraalribbels. Vorm van den b. i. wat niervormig, links ruimer dan rechts. Kyphoscoliosis dorsalis sinistro-versa. Gibbus costalis sinister. Lengte: 133 c.m. Vlucht: 160 c.m.	I	26	9	8¼	3480	A. a. r. v.	S. C.	levend.	I + II 16 uur.	In 't begin loopt het vruchtwater af. Na 14 uur naar de kliniek gebracht. ± 2 c.m. o. Rechts wordt slechts een klein deel van den schedel gevoeld, niet reikend tot den bekkenwand. Kl. f. l. v. h. promontorium, achterhoofd n. r. Vrouw maakt een debielen indruk. Daar de baring niet opschiet: S. C. L. wandbeen afgeplat met een roode plek. Op r. wandbeen een klein decubitus-plekje.
	1905 K. 27.	10¾	9¼	27¾	28¾	80		II	27	8.8	7.6	2410	A. a. l. d. w.	p. a. pr.	levend.	I + II 24 uur.	Het hoofd vult alleen de l. bekkenhelft op. Indaling in asynclitismus posterior, kl. f. in de bekkenas. Kind na eenige weken aan pyaemie gestorven.
	1907 K. 23.	11	9 8½ (Byl.) 8 (GAUSS)	27¾	28½	81		III	29	9	8.2	2610	Dwl. h. l. r. a.	p. a. pr. V. en E.	levend.	I + II 3 dagen.	Door de sterke beweeglijkheid van het kind gelukt het niet, de hoofdligging te behouden. Bij 9 c.m. o. worden de vliezen gebroken. Voetje afgehaald, gemakkelijke extractie. Hoofd met een lichten ruk langs het promontorium. Asphyxie.
86	1930 P. 341.						L. i. te volgen.	II	23				gemelli. I A. a. r. v. II A. a. l. v.	spont.	levend.	I 6 uur. 12½ uur.	1ste baring forcipaal.

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.					Duur der 2 eerste tijdp.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.		
87	1902 P. 257.	10½—11		27½	28	89		III	24	9½	8	3500	a. a. l. v.	spont.	levend.	I 6 uur. II 1¼ "	Bij 9 c.m. o. wordt het hoofd gefixeerd en de vliezen gebroken. Indaling met pijnnaad dwars, synclytismus. Op l. wandbeen een roode plek. Indaling na 't breken der vliezen bij v. o. Kind in de vliezen geboren. Niettegenstaande krachtige weeën geen indaling. Bij 7 c.m. o. worden de vliezen gebroken. Gecombineerde keering, voetje afgehaald. Hoofd en armen ontwikkeld. Kind na 1 maand gestorven. Indaling in asynclyt. post. Kind na 2 dagen gestorven. Oorzaak onbekend. Vrouw komt te laat in de kliniek voor p. a. pr. In 't begin der baring wordt vergeefs getracht, het hoofd in den b. i. te drukken. Daarop S. C. Eerst geen indaling. Hoofd op den b. i.: K. a. r. a. Bij 5 c.m. o. worden de vliezen gebroken. Indaling in K. Geboorte in A. L. wandbeen vertoont een deuk. Kind na 14 uur dood.
	1903 P. 1014.	11½	10	25	28	91		IV	26	9	8	3750	a. a. l. v.	spont.	levend.	I 7 " II 1 "	
	1905 P. 281.			26	29	88		V	28	9	7	3500	a. k. r. v.	spont.	levend.	I 8½ " II 1 "	
	1907 P. 333.			25	28	85		VII (VI?)	30	9½	8½	4000	a. a. l. v.	spont.	levend.	I > 20 " II > 2 "	
	1898 K. 10.						L. i. te volgen. Sacrum convex inbeiderichtingen. Knik t. h. van den 5den sacraalwervel. Sterke intervertebraalribbels. Promontorium steekt sterk boven den ingang uit. Grootte beweeglijkheid der bekkengewrichten.	II	22				Hoofdl.	p. a. pr.	levend.	I + II ± 13 uur.	
	1899 K. 24.	10	8¼	20	24			III	23	8½	7½	2150	Hoofdl.	p. a. pr. V. later E.	levend.	I 7 uur. II ½ "	
	1900 K. 35.	10	8½	21	24	83½		IV	24	7½	6½	2200	a. a. r. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 18 uur.	
	1901 K. 48.	10½	9	20	23	83		V	25	9½	7½	3090	Hoofdl. r. r.	S. C.	levend.		
	1903 K. 88.	10	8½	21	24	80		VI	27	8½	7½	2280	a. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 2½ dag.	
	1904 K. 160.	10	8½	21¼	24	81		VII	28	8½	7¼	2500	a. a. l. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 25 uur.	
88	1906 K. 147.	10.2	8¼ (Byl.)	21½	24¾	83		VIII	30	8.1	7½	2330	a. a. r. v.	p. a. pr.	levend.	I + II 4 dagen.	Bij 3 c.m. o.: vliezen gebroken. Prol. funiculi. Keering op den stuit, navelstreng weggeduwd, zakt weer uit, klopt langzaam. Spontane geboorte tot de schouders. Navelstreng klopt niet meer. Hoofd met moeite geextraheerd, is zeer hard. Kind dood. Hoofd staat tot v. o. beweeglijk op den ingang. Hoofd lang beweeglijk, met voortdurend verandering van stand. Hoofd lang dobberend op den ingang. R. slaapstreek sterk geschaafd. 1 uur na 't breken der vliezen, bij 7 c.m. o., indaling in asynclyt. post. Afwisselend gr. f. of kl. f. in de bekkenas. Geboorte in A. Wegens langen duur: uitgangstang.
	1900 P. 857.	10¾	9					II	26	9½	8½		Hoofdl. prol. funic.	V. later E.	dood.	I + II > 12 uur.	
	1902 P. 613.	11½	9½	24	27	91		III	27	9½	8½	4000	a. a. l. v.	spont.	levend.	I 18 uur. II 3½ "	
	1903 P. 935.	11	9	24	27½	89		IV	29	9½	8	4250	a. a. r. v.	spont.	levend.	I 7 " II ½ "	
	1904 P. 1291.			24	28	90		V	31	9	< 9	3500	a. a. r. v.	spont.	levend.	I 20 " II < 1¼ "	
	1906 P. 95.			22	25	80		VI	32	10	9	3850	a. a. r. v.	spont.	levend.	I 9 " II 2¾ "	
	1903 P. 1136.	10¾	9	24	27	82½		II	27	8½	6½	3500	a. l. dw.	forceps.	levend.	I 10 " II 4¼ "	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.				
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.
94	1901 K. 88	10.7	9	24	26½	85		IV	32	10	8½	2770
	1902 P. 1058.	10½	9	26	27½	86	Promontorium laag. L. i. te volgen.	III	29	9½	7½	3000
	1905 P. 708			26	28			IV	31	9½	7	3000
95	1899 K. 90.	10	8½	23½	26½		L. i. te volgen. (In 1906 niet t. v.). Sacrum weinig gekromd, boven-deel concaaf. Promontorium hoog. Sterke beweeglijkheid der bekkengewrichten.	III	30	9	7½	2150
	1901 K. 128.	10	8½	24	27			IV	33	9½	8½	2970
	1905 K. 28	10¼	8 (Byl.)	25½	27½	99		V	37	9	7.8	2150
96	1906 K. 57.	10.8	8	26	27½	95		VI	38	9.8	8.7	2940
	1902 P. 1392.			25½	27	84		IV	33	9	8	3400
	1905 P. 392.	10	9	24½	27	93		V	35	9	8	3000
97	1900 P. 55d.						L. i. te volgen.	IV	24			
	1902 P. 287.	10¾	9¼	26½	26	89		V	26	10	8	4000
	1903 P. 1457.			24	26	90		VI	28	9 9½	7¾ 7½	2100 3000
	1905 P. 103.			22	25	91		VII	29	10	7½	3750
	1907 P. 778.							VIII	31	9½	8½	3000

K I N D.			Duurder 2 eerste tijdp.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 14 uur.	Gemakkelijke V. en E.	Eerste twee kinderen spon- taan, klein.
A. a. l. prol. funic. t brachii.	V. en E.	levend.	I 7 " II 2¼ "		
Afgew. hoofdl. r. r. prol. manus.	V later E.	dood.	I + II 6 uur.		
Stuit. l.	p. a. p. extractie.	levend.	I 3 dagen. II ½ uur.	Vruchtwater vroeg afgeloopen. Hoofd n. l. afgeweken. Later: hoofd op den b. i., hand ligt voor. Repositie mislukt. Versie, uithaling van een voet. Stuit spontaan geboren. Daar de navelstreng niet meer klopt, wordt de romp verder geëxtraheerd. Sterke weerstand in de cervix. Kind dood.	1ste en 2de kind geperforeerd. Na den 4den partus 2 abortus.
Hoofdl. prol. funic.	p. a. pr V. later E.	dood.	I + II 2½ dag.	Bij 3 c.m. o. en staande vliezen: uitwendige keering op den stuit. Bij 7 c.m. o. breken de vliezen, in de vagina hangt een hand met een navelstrenglis. Hand terug geduwd, voet afgehaald. Wegens de zwakke pulsaties: extractie, moeilijk. Achterste arm om het hoofd geslagen, wordt gebroken. Hoofd met moeite door den ingang gewrongen.	
St. s. r. v.	p. a. p. extractie.	dood.	I + II 5 dagen.	Hoofd onder sterke tractie en expressie met een ruk door het bekken getrokken, is zeer hard. Kind dood.	
Hoofdl.	S. C.	levend.	I + II 4 uur.	Primaire S. C. Hoofd weer zeer hard.	Vorige partus spontaan.
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 4½ uur II 2½ "		
A. a. r. dw.	forceps.	levend.	I 28 " II 20 "	Hoofd blijft in acynclt. post. op den ingang staan. Zwakke weeën. Door twee andere buitengewone verlos- singen blijft pat. lang van hulp verstoken. Ten slotte hooge tang. Boven r. oor een deuk. Afstand hiervan — l. tub. par. = 9 c.m.	
A. a. l. v.	spont.	levend.	I ½ " II 2 "	Indaling gering. Asynclyt. anterior. Weeën krachtig. Hooge tang. Op l. wandbeen een deuk van 5 bij 5½ c.m., ½ c.m. diep.	1ste kind: perfo- ratie. 2de " forceps. 3de " spontaan.
A. a. l. v. gemelli ?	forceps.	levend.	I 2¼ " II 5¾ "		
A. a. r. v.	spont.	levend.	?		
A. a. l. v.	spont.	levend.	I 7½ " II ¾ "	L. wandbeen afgeplat.	Hoofd met ruk ontwikkeld. Asphyxie. L. sleutelbeen gebroken. In 't r. wandbeen een deuk: 4 bij 2 c.m., ½ c.m. diep.
Sch. l. a. l. r. v. prol. funic.	V. en E	levend.	I 17 " II ½ "		

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.					Duurder 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	Positie.	Aard verl.	Afloop kind.		
98	1900 P. 246.						L. i. te volgen.	IV	22				A. a. r. v.	spont.	levend.	I 7 ? uur II ½ "	Vorige partus spontaan, doch moeilijk. 1 kind dood geboren.
	1901 P. 1241.			23½	27	88		V	23	9	7½	2350	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 5 " II ¼ "	
	1903 P. 1343.	10	8½	23	25½	81		VI	26	9	8	3000	A. a. r. v.	expressie.	levend.	I 10 " II 3½ "	
	1906 P. 56.			24½	27½	97		VII	28	10	8	4000	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 38½ " II 2½ "	
99	1900 P. 236.							IV	27				Voetl. s. l. v.	extractie.	levend.	I 13 " II 1½ "	Spontane geboorte tot den navel. Daar verdere uitdrijving niet volgt: extractie. Indaling in K., geboorte in A.
	1901 P. 1070.	10½	< 9	24	27.	87		V	29	10	8	3750	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 19 " II 1 "	
	1903 P. 929.			23	27	88		VI	30	9	6½	3000	A. a. r. v.	spont.	levend.	I 6 " II ½ "	
	1904 P. 1411.			24	28	94		VII	32	9	7¾	3000	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 9¼ uur.	
	1905 P. 1556.			23	27	90		VIII	33	9½	8	4000	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 7 uur.	
	1906 P. 1410.			25	27½	92		IX	34	9¼	7½	3800	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 11 uur.	
100	1905 P. 305.							IV	38	9½	8	3000	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 6 uur. II 1½ "	1 abortus. Alle vorige partus spontaan.
	1907 P. 94.	10½	9	24	26	86		V	40	8	7	3400	A. a. r. v.	spont.	levend.	I + II 22 uur.	
101	1901 P. 731.							IX	31	10	8½	3800	A. a. r. v.	V. en E.	levend.	I 22½ uur II 7 "	5de partus stuitligging. 7de kind: spina bifida. 1 abortus.
	1903 P. 974.			26	29			X	33	9½	8½	4000	St. s. r. v.	extractie.	levend.	I 2 " II ¼ "	
	1905 P. 7.			25	28	91		XI	34	9½	8	3250	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 12 " II 1½ "	
	1906 P. 609.	10½		24	28	87		XII	36	9	8	2800	St. l. s. r.	extractie.	levend.	I 9½ " II 3 "	
102	1900 P. 147.						L. i. te volgen. Sacrum concaaf.	VI	31				A. a. l.	p. sp. pr.	foetus maceratus.	I + II 3 uur.	Alle kinderen, op 1 na, te vroeg geboren. No 5 forcipaal, na 3 maanden dood.
	1901 P. 355.	10	8¼	21	22	76	Vrouw klein.	VII	32	8	7¾		Hoofdl. prol. funic.	p. sp. pr. V. en E.	levend.	I > 33 uur. II 1 "	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.		K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.			
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.				Positie.	Aard verl.	Afloop kind.
103	1902 K. 170.	10	> 8	22	24	76		VIII	35	10	7½	3310	Dw.l. h.l.r.a.	V. en E.	dood.	I + II > 6 uur.	Placenta praevia centralis. In de urine veel eiwit. Wegens heftige bloeding naar de kliniek. Tamponnade en subcutane infusie. Harttonen van het kind onregelmatig. Ostium laat 4 vingers door. Placenta doorboord, voetje afgehaald. Stuit door lichte tractie geboren, hoofd volgt gemakkelijk. Kind dood. Placenta manueel verwijderd. Tamponnade en hernieuwde infusie vruchteloos. Na 1 uur is de vrouw dood. Scheur in de muscularis uteri, tot op het peritoneum, rechts t. h. v. h. o. u. s., direct onder den contractiering. Bekkenmaten bij obductie: C. D. = 11.2 c.m. C. V. = ± 10 c.m.	
	1199 P. 271.						L. i. te volgen. Sacrum convex met scherp uitstekende wervelschijven.	VIII	38				gemelli I ? II A.a.l.v.	spont.	levend.	I ? II 10½ uur.	1ste kind vóór aankomst van den practisant geboren. 't 2de daalt in met gr. f. 't diepst.	3 abortus.
	1901 P. 479.	10½	9	23	26			IX	40	10	8½		A. a. l. v.	spont.	levend.	I > 5 uur. II ¾ "	Telkens uitzakken van een handje, dat wordt gereponeerd. L. hoofdheft afgeplat.	
104	1906 K. 242.	10.8	9	25½	26½	86		X	46	9.9	8.7	3100	Afgew. stuitl.	Bonnaire. extractie. perforatie.	dood.	I + II 19 uur.	Placenta praevia centralis. Hevige bloeding. Afgeweken stuitligging. Manueele verwijding v. h. ostium, dat zeer rigide is. Placenta doorboord, voetje afgehaald. Cervix spant zeer strak, zoodat het hoofd door den mondbodem wordt geperforeerd, om de extractie te vergemakkelijken.	
	1904 K. 147.	10.2	8¾ (Byl.)	25½	27	79	L. i. te volgen. Promontorium laag. Sacrum convex in dwarse afmeting, overlans concaaf.	VII	39	9.1	8.3	2900	A. a. l. v.	forceps.	levend.	I + II 48 uur.	Fistula vesico-cervicalis. Hoofd staat lang in asynclit. post. op den ingang. T. verhooging tot 40°. Besloten tot tang. Gestoord kraambed. Vrouw na 24 dagen hersteld. Kind na 30 uur dood (aspiratie-pneumonie?) L. wandbeen sterk afgeplat.	1ste—4de kind kunstmatig geboren, levend. 5de kind praematuur, dood. 6de kind perforatie. Hierbij: fistula vesico-cervicalis.
	1906 K. 172.	10.2	8½	25½	27	79		VIII	40	9	8	3200	A. a. r. v.	p. a. pr. forceps.	levend.	I 5¼ uur. II > 4 "	Slechte weeën, t. verhooging, weinig indaling. Tang, na het hoofd te hebben geïmpriëerd tot ½ indaling. Kraambed eenige dagen gestoord.	
105	1903 P. 127.			26	28	90		V	37	10	8¼	4000	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 13 " II 4½ "		3de kind forcipaal. 1 abortus.
	1905 P. 407.	10½	9	24½	27	84		VI	39	9¾	8½	3500	Afgew. hoofdl. prol. funic.	V. en E.	levend.	I 18 " II 1½ "	Vliezen gebroken bij 6 c.m. o. Hoofd ligt voor, gemakkelijk op te duwen, er achter de pulseerende navelstreng. Hoofd weggeduwd. Bij v. o.: V. en E. Linker sleutelbeen gebroken.	
106	1903 P. 994.	9½	8	25	29¼	87	L. i. te volgen.	I	24	8¼	7¾	3500	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 4½ " II 1¼ "	Vruchtwater vroeg afgeloopen.	
	1904 P. 1076.			25	27	82		II	25	9	8½	4000	A. a. l. v.	spont.	levend.	I 10 " II 3 "		
	1905 P. 1324.			26½	29	89		III	26	9	7	4000	A. a. l. v.	spont.	levend.	I + II 8 uur.	Indaling met gr. f. 't diepst.	
107	1894 K. 70.	9½	< 8	24½	26	80	L. i. te volgen. Sacrum in beide richtingen convex. Sterke intervertebraalribbels. Arcus pubis wijd. Sterke lendenlordose.	I	30			3200	Hoofdl.	S.C.	levend.	I + II 25 uur.	Niets bijzonders vermeld.	Rachitis. 2de, 3de en 4de kind praematuur, spontaan, dood geboren.
	1904 K. 208.	< 10	8½	24¾	26¼	80		V	40	10½	8½	3800	Hoofdl. prol. funic.	S.C.	levend.	I + II 24 uur.	Tijd voor het opwekken van p. a. pr. verstreken. Hoofd afgeweken v. d. b. i. Navelstreng uitgezakt. S. C.	

No.	Jaar en No.	B E K K E N.						MOEDER.					
		C.D.	C.V.	Sp.	Cr.	Omtr.	Andere bijzonderheden.	Para.	Oud.	Bip.	Bit.	Gew.	
108	1898 K. 76.	9¼	7½	22	27		L. i. te volgen. Promontorium iets n. r. Dubbelzijdige ankylose der artic. sacro-iliacae, postt. b. c. R. schaambeen dicht bij de mediaanlijn dan het l. Lenden-musculatuur puilt r. meer uit dan l. Torsie der wervelkolom.	II	30				
	1905 K. 163.	10¾		24½	28	89		III	37	10½	9.2	3690	
109	1903 K. 76.	9¾	< 8	24½	27½	90	L. i. te volgen. Promontorium laag. Sacrum convex in beide afmetingen.	IV	39			2930 + ?	
	1904 K. 210.	9¾	8—8½ (Byl.)	24½	27½	88		V	41	9.2	8.3	2700	
110	1895 K. 131.						L. i. te volgen. Promontorium laag. Sacrum dwars convex, overlans gestrekt. Vrij sterke knik bij den 4 ^{den} wervel. Genua valga. Middelmattige lordose. Lengte = 149 c.m. Vlucht = 154 c.m.	VI	34			3500	
	1898 K. 45.							VII VIII	37				
	1900 K. 110.	9½	8	26	27½		IX	39	10	9	3950		
	1901 K. 155.	10¼	8½	25½	27	85	X	40	8 +	8	3130		
	1904 K. 59.	9½	8	27	27½	85	XI	43	8.2	7.4	2430		
	111	1902 K. 140.	8¼	6½	25¾	27	89	L. i. te volgen, overhangend. Promontorium laag, uitstekend. Sacrum convex in beide richtingen, aan 't eind een haak. Rechter bekkenhelft ruimer dan links. Lengte = 147½ c.m. Vlucht = 149 c.m.	I	39	8¾	7¼	2890
		1904 K. 76.	8½	± 7	25	27¼	87		II	41	9	7.8	2530

K I N D.			Duur der 2 eerste tijd.	BIJZONDERHEDEN OMTRENT DE BARING.	ANAMNESE.
Positie.	Aard verl.	Afloop kind.			
A. a. r. v.	S.C.	levend.	I + II 4 dagen.	Eerst thuis, later in de kliniek, waar met het oog op de bekkenmaten en den vorigen partus S. C. wordt verricht.	1ste kind forci- paal, na 4 dagen. Dood geboren.
Hoofdl. prol. manus.	S.C.	levend.	I + II 3 uur.	Kraambed gestoord.	
K.a.l.dw. prol. funic.	perforatie	dood.	I + II 5 uur.	Besloten tot primaire S. C. Vrouw waarschuwt te laat. V. o.: hoofd los op den b. i. Harttonen goed. 1½ uur later: geen harttonen. Hoofd vast op den b. i. Prol. funiculi. Hoofd weggeduwd, navelstreng klopt niet meer. Daar spontane baring niet mogelijk schijnt: perforatie. Hoofd hard.	Eerst 2 abortus. 1ste kind a terme, gemace- reerd. Daarna 1 abortus 2de kind: p. a. pr., na 3 dagendood. 3de kind: p. a. pr., na 1½ uurdood. Daarna 1 abor- tus.
A. a. r. v.	spont.	levend.	I 7 uur. II ¼ uur.	Ondanks sterke weeën daalt het hoofd eerst niet in, doch blijft in sterk asynclt. anter. op den ingang staan. Later echter indaling. Asphyxie. Op r. kroonnaad een langwerpige deuk. Afstand hiervan — overzijde = 8.7 c.m. R. schedelhelft sterk afgeplat.	
A. a. l. prol. funic.	forceps.	levend.	?	Uit de polikliniek binnengebracht, uitgeput, geen weeën. Caput gedeeltelijk ingedaald. Navelstreng uitgezakt. Sterk gespannen o. u. s. Hooge tang. Sterke schok bij passage v. h. promontorium. Haem. p. p. Manueele verwijdering der placenta.	Rachitis. 3 × ge- huwd. 1ste hu- weljk: nº 1 forceps. nº 2 spontaan. nº 3 spontaan. nº 4 forceps. nº 5 spontaan. 2de huweljk: nº 6—nº 8. 3de huweljk: nº 9—nº 11. Na nº. 9 een abortus.
	p. sp. pr.	levend.		Thuis. Kind na 2 maanden dood.	
Hoofdl. prol. funic.	V. en E.	levend.	?	Uit de polikliniek binnengebracht. Staande vliezen. Deze worden gebroken. V. en E. Haem. p. p. Uterus-tamponnade.	
A.a.l.dw.	forceps.	levend.	I + II > 48 uur.	't Hoofd daalt niet in, ondanks sterke weeën. Asynclt. anterior. Sterke spanning van het o. u. s. Hooge tang. Moeilijke extractie. Op 't l. wandbeen een infractie. Gestoord kraambed.	
Hoofdl. r. l.	p. a. pr. V. en E.	levend.	I + II 2½ dag.	Slechte weeën. 't Hoofd daalt niet in. Onregelmatige harttonen. V. en E. Hoofd met kracht door den b. i., passeert met schok. Asphyxie. Op l. wandbeen een deuk, 1 c.m. diep, gulden-groot. Kind ± 38 weken oud.	
A.a.l.dw.	p. a. pr. V. en E.	levend.	I + II 1½ dag.	't Hoofd blijft, in asynclt. post., los op den ingang staan. Zwakke weeën. V. en E. Hoofd met een klein schokje voorbij het promontorium. Geen deuk. Haem. p. p. Uterus-tamponnade. Kind na eenige maanden gestorven.	
	S.C.	levend.	I + II 4 uur.	In de laatste zwangerschapsmaand: Albuminurie. 4 uur na 't begin der weeën S. C. Genezing gestoord door cystitis en ureteritis. 5 weken daarna genezen.	Rachitis.
Hoofdl. r. r.	S.C.	levend.		Incisie in het oude litteeken. Uterus nergens adhaerent. In den uterus is van het vroegere litteeken niets te merken. Kraambed ongestoord.	

STELLINGEN.

I.

Voor de prognose der baring bij bekkenvernauwing heeft, tot dusverre, een indeeling naar den aard van het bekken geen waarde.

II.

Bij een indeeling naar graden van bekkenvernauwing neme men niet den afstand der conjugata diagonalis, doch dien der conjugata vera, en dan met een betrouwbaar instrument gemeten, als maatstaf.

III.

De prophylactische keering op den voet, terwille van bekkenvernauwing, dient uit de rij der verloskundige operaties te worden geschrapt.

IV.

Dysmenorrhoea membranacea is niet afhankelijk van ontsteking.

V.

Het bronchiaal ademen ter plaatse van een exsudaat in de pleuraholte wordt niet voortgeleid langs het longweefsel, doch neemt zijn weg door de vloeistof, die de groote bronchi omhult.

VI.

Bij peritonitis tuberculosa moet het verrichten van punctie als een kunstfout worden beschouwd.

VII.

De stoppende werking van tannine berust niet op verbeterde resorptie in den darm of verminderde secretie van darmsap, doch op verminderde slijm-afscheiding.

VIII.

Scarlatina wordt veroorzaakt door streptococcen.

IX.

De uitbreiding van kanker gaat meestal gepaard met plaatselijke genezing; soms zelfs wordt hierdoor de voortgang van het proces gestuit.

X.

Het lipolytisch ferment in het bloed is in staat het neutrale dierlijke vet te splitsen.

XI.

Verandering in het verloop der spiercontractie is het gevolg van verandering van viscositeit en oppervlaktespanning in het sarcoplasma.

XII.

De metastasen bij carcinoma mammae ontstaan niet door verspreiding met den bloedstroom, doch door voortgroeiing van den oorspronkelijken tumor langs de lymphbanen der diepe fascie.

XIII.

Voor het stellen der vroege diagnose van beginnende ziekten van den fundus oculi heeft vooral het onderzoek naar den lichtzin der peripherie groote beteekenis.

XIV.

Uit een therapeutisch oogpunt is het geregeld vergoeden van den arbeid, door krankzinnigen in een gesticht verricht, niet gewenscht.

XV.

De arteriae coronariae cordis zijn geen eind-arteriën.

Deze tabel is reukel ontbrekend!

De primaire S.C. en p. a p. beruht
op de primaire spitting en de verloop-
dijge, dat de bring spanten met fol
planten letter (binnen bij ziele een
verloop) heeft die verloop is de verloop,
de spitting en de verloop of eerst- of meer-
binnen meer binnen op spanten verloop
letter, een met verloop! drie cijfers
verloop, heeft een dan:

Kunstmatig		Spanten	
I p.	20-11=10 of <u>37.5%</u>	30 - of	<u>62.5%</u>
II p.	29-13=16 of <u>30.7%</u>	36 - of	<u>69.2%</u>
III p.	28-15=13 of <u>27%</u>	35 - of	<u>73%</u>
IV p.	10-7=11 of <u>33.3%</u>	22 - of	<u>66.6%</u>
> IV p.	83-27=56 of <u>46.6%</u>	64 - of	<u>53.3%</u>

