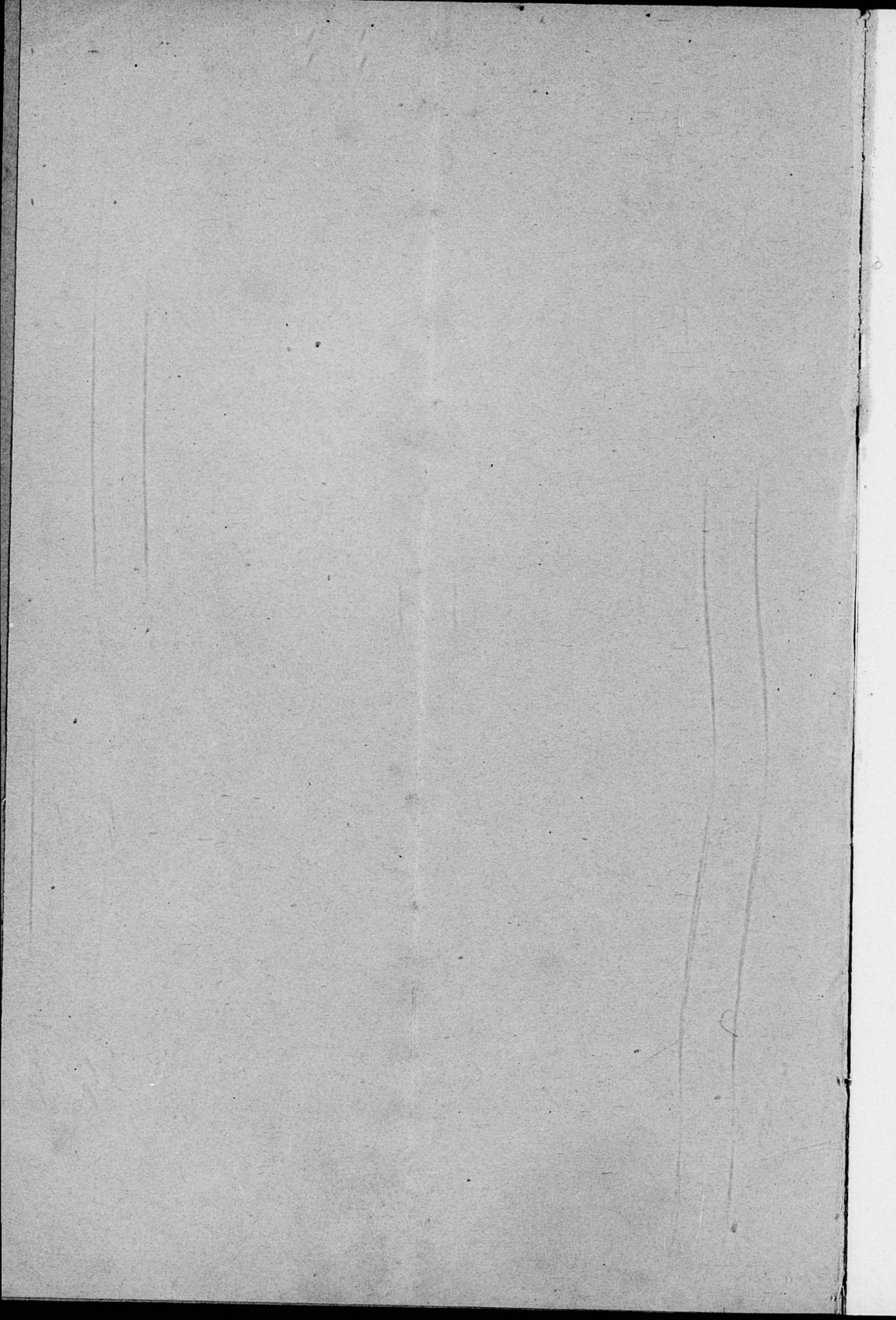


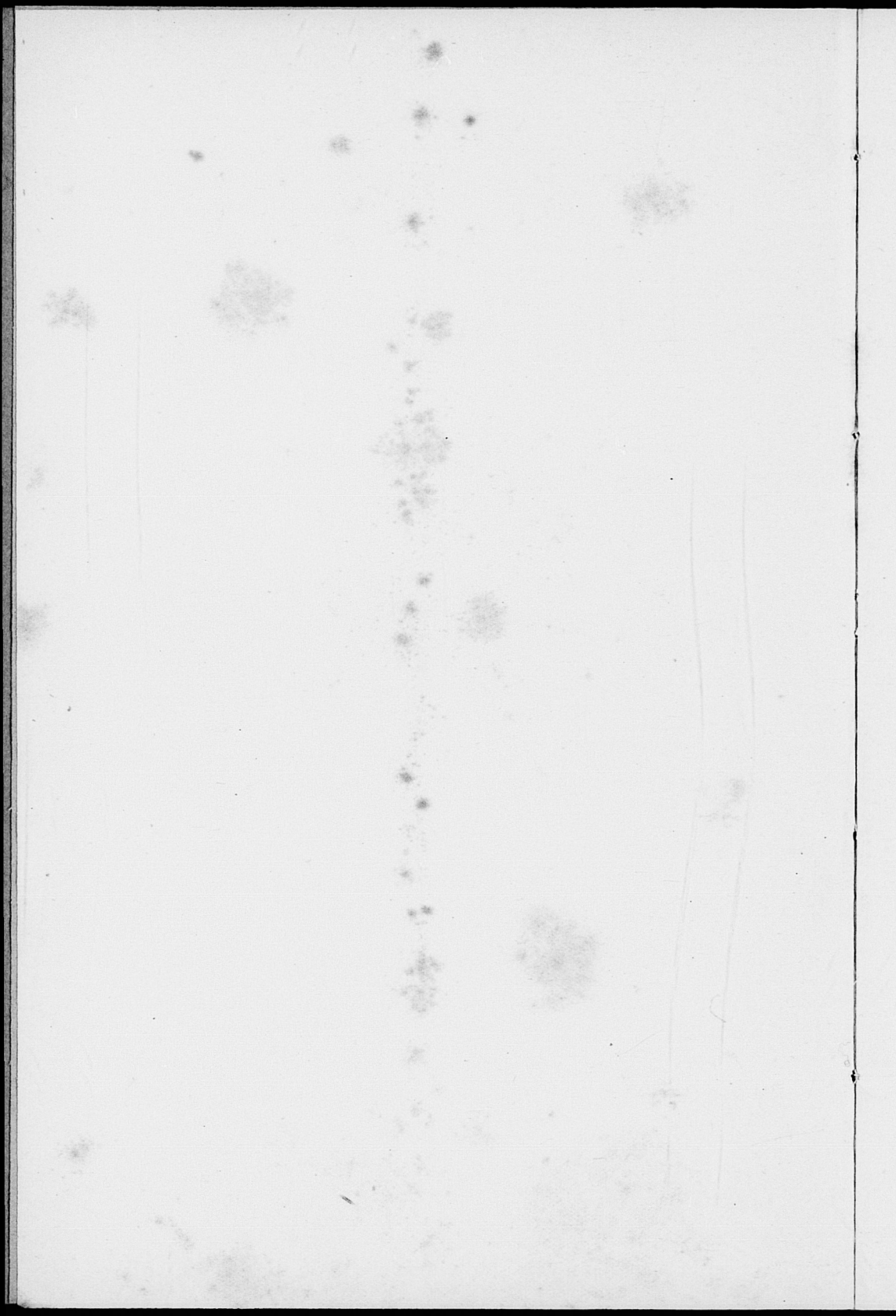
Br. 2. j. VIII, 3

Br. 2. j. VIII, 3.









Een nieuwe methode van versio.

Het was in December 1888, midden in den natten moesson, toen ik 's nachts door twee donkere gedaanten uit mijn bed werd gehaald, om verloskundige hulp te verleen. Door de kletterende regenbuien reden wij in een dicht gesloten, geheimzinnig, ouderwetsch rijtuig in diep zwijgen naar een ver verwijderd huis, waar ik even geheimzinnig zonder eenig woord werd binnengeleid. Op eene lage bedstede ontwaarde ik eene jonge, doodsbleeke, nauwelijks gekleede vrouw, die zich onrustig op de bebloede lakens heen en weer wentelde. Ik onderzocht haar en vond eene primipara aan het normale einde van de zwangerschap, het kind in I. ligging, levend, de weêen geheel opgehouden. Per vaginam voelde ik achter gestold bloed het ostium externum zoo nauw, dat het even een vinger liet doorgaan; boven het ostium internum was placentair weefsel te voelen, daar achter het vrij bewegelijke hoofd.

Het bloedverlies was niettegenstaande de geringe ontsluiting zoo groot, dat ik mij verplicht achtte, onmiddellijk maatregelen te nemen en niet eerst te tamponeren en verdere ontsluiting af te wachten.

Eene oogenblikkelijke ingeving volgend, perforeerde ik met den wijsvinger de eivliezen, veranderde door gecombineerde handgrepen de hoofdligging in een voetligging en trachtte nu den eenen voet in het ostium te brengen. Uit vrees voor ruptuur en loslaten der placenta wilde ik geen geweld gebruiken en hielp mij door onder geleide van den wijsvinger eene kogeltang in den voet van het kind te zetten, waarna ik achtereenvolgens eerst mijn vinger, daarachter den voet van het kind door het ostium externum te voorschijn haalde.

De bloeding hield op, 7 uren daarna was het kind tot aan de schouders geboren en ik ontwikkelde met Veit-Smellie een gezond, levend meisje, 5 minuten daarna volgde de placenta, de uterus bleef goed gecontraheerd, en kort daarna kon ik in hetzelfde geheimzinnige rijtuig mijn terugtocht aanvaarden.

Thuis gekomen zat ik deze romantische gebeurtenissen te overpeinzen. Ik had gedaan, wat ieder ander chirurg in mijn geval ook zou hebben gedaan: gebruik gemaakt van een niet in boeken vermeld middel, om in een oogenblikkelijk vereischte te voorzien.

Maar nu rees in mij de gedachte of ik in het gebeurde niet iets meer dan gewone noodhulp kon zien of er niet eene verdere strekking in het toegepaste middel lag; ik meende, wel niet een ei van Columbus, maar toch een eitje te hebben gevonden.

De theoretische bespiegelingen, die ik nu hield waren de volgende:

Op de door mij toegepaste wijze van handelen was het — in het gegeven geval althans — mogelijk geweest, de partus op een tijdstip ten einde te brengen, waar het ostium

internum slechts voor *één* vinger te passeeren was. Behalve mijne manipulaties had er toe bijgedragen het lichaam van het gekeerde kind, dat als een konische tampon van binnen de volkomen ontsluiting van het ostium bewerkt had.

Wilde ik dus mijne operatie meer algemeen omschrijven zoo moest ik op den voorgrond plaatsen, dat zij alleen in gevallen mocht worden toegepast: 1°. waar het mogelijk was een vinger door het ostium internum te brengen, en 2°. waar het kind door zijne grootte in staat was, de vereischte ontsluiting zoodanig te bewerken, dat ook de overige deelen van het ei gemakkelijk konden passeeren dus in de laatste maanden der zwangerschap.

Nu is het bekend, dat ook de niet gravide uterus ten allen tijde zoover kan worden gedilateerd, dat men met *één* vinger de holte kan bereiken. Bij den graviden en daardoor meer weken uterus is deze mogelijkheid steeds in nog hogere mate voorhanden.

Blijft dus als *conditio sine qua non* een tijdstip, waar het kind eene zekere grootte heeft bereikt.

Mijne methode zoude dus in alle gevallen kunnen worden toegepast, waar tegen het einde van de zwangerschap in het belang van de moeder eene spoedige verlossing gewenscht wordt.

Ook hier weder moet er rekening mede worden gehouden, dat de prognose voor het kind *zooveel te slechter* wordt als volgens statistiek bij verandering van hoofdligging in voetligging te verwachten is, en zal dit punt bij vergelijking met concurreerende operaties mede in de weegschaal moeten worden gelegd.

Mijne methode, -- in nuce eene verdere uitbreiding van de methode van BRAXTON HICKS -- krijgt dus ten eerste

alle indicaties, waarbij met meerdere ontsluiting de methode van BRAXTON HICKS wordt toegepast; dus in de eerste plaats bij enkele gevallen van placenta praevia en pelvis plana. Ten tweede treedt zij in concurrentie met alle methoden van partus arte praematurus, ten minste voor zoover deze worden toegepast in het belang van de moeder.

Eindelijk meende ik te kunnen aannemen, dat ook bij eclampsie er van gebruik zoude kunnen gemaakt worden.

Alvorens aan deze overwegingen een vasten vorm te geven, besloot ik in de praktijk de meerdere of mindere levensvatbaarheid er van te beproeven.

De gevallen waarin ik gelegenheid had deze nieuwe, straks nader te omschrijven methode toe te passen zijn te zamen met het bovenvermelde eerste geval de volgende:

1°. *Placenta praevia.*

Primipara, weeënzwakte. I hoofdligging; levend kind, hartslag 120.

Keering; 7 uren spontane partus tot aan de schouders Smellie-Veit, levend kind, normaal kraambed.

2°. *Pelvis plana, diagonalis* 10.25.

Multipara verzwakt door febris intermittens, anaemisch, zwakke pols.

Kind levend, 128, in I. Hoofdligging; hoofd bewegelijk op de bekkeningang. 1 kind (?) + geboren; tweede in billigging, diep asphyktisch niet tot leven gebracht, derde gekeerd, navolgend hoofd geperforeerd.

37^{ste} week der graviditeit. Keering met kogeltang, 8 uren daarna kind spontaan tot aan de schouders, Veit-Smellie. Levend gezond kind, dat blijft leven; normaal kraambed.

3. *Placenta praevia.*

Multipara, vroegere partus spontaan en voorspoedig; bloedingen sedert de laatste zwangerschapmaand. Kind in hoofdligging, 120, bewegeijk, veel vruchtwater. Portio week, cervicaalkanaal laat 1 vinger passeeren, keering. 4 uur daarna spontane partus tot aan de schouders. Veit-Smellie — placenta volgt na 10 minuten.

Levend, gezond, groot kind, blijft leven.

Kraambed normaal.

4. *Eklampsia gravidarum.*

2 × abortus, 1 partus, spontaan; levend kind, kort daarna overleden (causa?) sterk oedem van beide beenen; 4 × licht, eklamptische toevallen, waartusschen sensorium weer normaal, $\frac{1}{3}$ vol. albumen in de urine, hoofdpijn.

Uterus fundus ribbenboog. Kind in II. hoofdligging, 132, bewegeijk op den bekkeningang, ostium externum gesloten.

Clysmen van 4 gr. chloralhydrat, voorste lip met museux gefixeerd, daarna zonder veel moeite een vinger tot aan de eivliezen ingebracht, die sterk resistent zijn; met kogeltang naast den vinger geperforeerd; direct den vinger door de scheur ingebracht, keering, 4 uren daarna kind spontaan geboren tot de schouders. Veit-Smellie.

Levend, gezond kind, blijft leven, kraambed normaal; geen eklamptische toevallen meer. 8 dies p. p. urine zonder albumen.

5. *Eklampsia gravidarum.*

Multipara, 3 × spontaan geboren, coma; stertoreuse respiratie; geen oedeem van de beenen. Kind in I. hoofdligging, 120; uterus ad terminum(?)

Cervicaalkanaal gemakkelijk voor een vinger te passeeren; keering, na 2 uren spontane partus.

Kind levend, gezond, blijft leven; kraambed normaal, geen eklamptische toevallen meer.

6. *Pelvis plana* 11.

Multipara, eerste partus spontaan, duurde twee dagen, levend kind, tweede partus keering met perforatie van het navolgende hoofd; derde partus spontaan, billigging, kind dood.

Kind zeer bewegelijk, I. hoofdligging, 136, 36^{ste} week der graviditeit. Ostium en cervicaalkanaal gesloten, keering, 10 uren daarna spontane partus tot aan de schouders, Veit-Smellie.

Levend gezond kind, blijft leven, kraambed normaal.

7. *Malaria Kachexie.*

Multipara, 3 × spontaan van levende kinderen bevallen; sedert twee maanden koorts, tot 40.5, sterk vergroote milt; verzwakt en anaemisch uterus begin 10^{de} maand, kind II hoofdligging 120, bewegelijk op den bekkeningang, cervicaalkanaal trechtervormig geopend.

Keering, 7 uren daarna spontane partus tot aan de schouders Veit-Smellie

Levend gezond kind, blijft leven.

Kraambed quoad genitalia normaal. Koorts daalt lang-

zaam; een maand later bij verandering van klimaat volkomen herstel.

Ik voeg er hier bij, dat ik in alle deze gevallen, behalve in geval 5, waar koma bestond, in narcose heb geopereerd.

In alle zeven gevallen met de meest uiteenlopende indicaties had ik dus het geluk en moeders en kinderen te behouden. Hoewel nu dit getal op zich zelve nog te klein is om een afdoend oordeel over de methode te kunnen vellen, zoo meen ik toch, dat zij aanleiding kunnen geven om deze methode nog in meerdere gevallen te beproeven.

Tot dien einde zal ik nu trachten de methode zelf zoo nauwkeurig mogelijk te beschrijven en daarna haar recht van bestaan trachten te verdedigen, eerst met het oog op eventuele indicaties, daarna in vergelijking met andere voor hetzelfde doel tot nu toe toegepaste operaties.

Beschrijving der Kunstbewerking.

Alvorens tot de operatie over te gaan, dient men zich nauwkeurig op de hoogte te stellen van de ligging van het kind; bij alle eerste liggingen gebruike men de linker-, bij tweede de rechterhand.

Duidelijkheidshalve zal in het volgende sprake zijn van eene *eerste hoofdligging*.

Na nauwkeurige desinfectie van de vrouw, den operateur en de instrumenten wordt in de narcose de linkerhand in de vagina ingebracht met uitgestreken wijsvinger; waar dit noodig mocht blijken, wordt de voorste lip van de portio met eene kogeltang gefixeerd en daarna de wijsvinger onder voorzichtig draaiende bewegingen tot over het ostium internum gebracht.

Met de rechterhand wordt intusschen de geheele uterus tegen de in de vagina liggende linkerhand gedrukt.

De linker wijsvinger perforeert de eivliezen in het ostium internum; waar dit wegens te sterke resistentie van de eivliezen niet mogelijk is, wordt naast den vinger eene kogeltang in de eivliezen gezet en terwijl de assistent de kogeltang naar beneden trekt, de vinger tegen de eivliezen aangedrukt, zoodat hij onmiddellijk de daar door ontstane inscheuring kan tamponeren.

Men lette er wel op, dat, eenmaal de eivliezen gebroken zijnde, de vinger niet dan voor de voltooiing der operatie

mag worden terug getrokken, ten einde afvloeien van vruchtwater te voorkomen.

Met den linker wijsvinger wordt nu het hoofd naar links boven teruggeduwd; de rechterhand ondersteunt van buiten, door met den duim het kindshoofd naar links (in matre) en met de uitgespreide vingers den rug en de voeten naar rechts te draaien. (fig. 1).

Achtereenvolgens passeeren den in utero zijnde vinger de handen, de navelstreng, de knieën en eindelijk de voeten van het kind.

Naar gelang door gecombineerde handgrepen het hoofd links naar boven is ontglipt, wordt met de rechterhand van buiten een grooter druk op de billen van het kind in de richting naar het ostium internum toe uitgeoefend, de linker vinger schuift door korte, stootende bewegingen zoo lang alle zich hem voordoende kindsdeelen terug, tot dat hij op zijn top de door vorm en hardheid karakteristieke hiel van het kind voelt rusten (*Fig. 2*).

De hiel is gemakkelijk te herkennen ook voor een vinger, in de eerste plaats door geleidelijk langs de planta pedis (met niet geopponeerde duim) er zich heen te voelen, in de tweede plaats, omdat, eenmaal aan de hiel (zoo als fig. 2 toont) gefixeerd, de karakteristieke stootende bewegingen der voeten zich aan den fixeeren vinger mededeelen.

NB. Deze korte, stootende bewegingen van de hielen zijn van diagnostische waarde; men lette er wel op, dat ook het pas geboren kind weinig gebruik maakt van knie- of ellebooggewrichten, maar, als het de ledematen wil aantrekken, steeds het heupgewricht of het schoudergewricht gebruikt. Bij strekbewegingen worden eveneens dezelfde gewrichten bij gebogen knie of elleboog gebruikt, en daardoor krijgen de voeten en met hun de hielen deze karakteristieke beweging, die zich beter laat zien dan beschrijven.

Is een hiel, onverschillig van welken voet, gefixeerd, zoo

wordt de buiten rustende rechterhand vervangen door de handen van een assistent, en nu wordt langs den linker wijsvinger met de rechterhand een dunne gesloten kogeltang tot aan den gefixeerden voet van het kind gebracht en onder contrôle van den linker wijsvinger tusschen de metatarsusbeenderen gefixeerd. (*Fig. 3*).

(Een kogeltang wordt gebruikt, omdat een korentang of een ander stomp instrument allicht de navelstreng of civliezen kon meepakken en ook meer ruimte bij het inbrengen zoude vereischen).

Is de voet gefixeerd, dan wordt de wijsvinger voorzichtig langs de kogeltang tot aan het ostium internum teruggetrokken; daarna haalt de kogeltang den voet naar beneden, en nadat de voet door den wijsvinger in het cervicaalkanaal is binnengeloodsd, wordt de wijsvinger ook uit het ostium externum verwijderd, terwijl door de linker in de vagina rustende hand de portio als een handschoen onder gelijktijdig trekken van de kogeltang over den voet wordt geschoven. Eenmaal tot aan den hiel in de vagina zijnde, kan de voet of in de kogeltang voorloopig blijven of nog beter kan deze nu vervangen worden door een lus, die om den enkel gelegd wordt.

Nu wordt nog, zooals dat bij elke versio geschiedt, onder zacht trekken aan den voet met de rechterhand van buiten het hoofd geheel naar boven geduwd, om er zeker van te zijn, dat de versio getermineerd is.

Mutatis mutandis wordt op dezelfde wijze bij elke andere ligging van het kind gehandeld.

Wat het technische betreft, zoo heb ik er tot nu toe nooit de minste moeite bij ondervonden.

Indicaties.

Bij het bepalen van indicaties moet voorop worden gesteld, in hoeverre door de kunstbewerking de prognose voor moeder en kind wordt geïnterferend.

Wat de prognose voor de moeder aangaat zoo wordt door deze kunstbewerking qualitate qua de prognose in geen geval ongunstiger.

Wat de kinderen betreft, zoo is over 't algemeen de prognose post operationem juist zooveel ongunstiger, als over 't algemeen de bekkenliggingen ongunstiger zijn dan de hoofdliggingen. Dat in mijne zeven gevallen alle kinderen goed en wel zijn gebleven, mag hier niet tegenover de minder gunstige bekende statistiek van bekkeneindliggingen, die over veel grootere cijfers loopt, in aanmerking worden genomen.

Dit feit eens vooropgesteld, blijven dus als indicaties voor de operatie:

Voor het kind.

GevalLEN, waarin de partus aan de natuur overgelaten, voor het kind grootere gevaren oplevert, dan de arte

geprovoceerde voetligging, dus gevallen, waar de spontane partus een slechtere prognose geeft als de partus na versio in voetligging.

Voor de moeder.

Alle gevallen, waarin voor een bestaand, dreigend, of met zekerheid te voorzien gevaar voor gezondheid en leven der moeder het noodig wordt geacht, den partus binnen 5 à 10 uren te termineeren.

Met het oog op de bij ons toegepaste beginselen blijkt, dat levensgevaar der moeder altijd als dringende indicatie moet beschouwd worden, een dreigend of te verwachten gevaar voor de *gezondheid* der moeder daarentegen slechts dan, wanneer daardoor het leven van het kind niet in gevaar wordt gebracht. Met andere woorden, het leven van de moeder staat voorop, de gezondheid der moeder moet bij het leven van het kind achterstaan.

Zoo gemakkelijk nu ook eene dergelijke bepaling te formuleeren is, zoo moeilijk is zij dikwijls in een gegeven geval in de praktijk toe te passen, en moet dus dikwijls geheel individueel beslist worden, wanneer het kind mag worden opgeofferd.

Het zoude een onbegonnen werk zijn, om hier achtereenvolgens alle indicaties volledig op te noemen, waarin òf voor het kind òf voor de moeder de operatie in aanmerking zou kunnen komen; ik moet mij er toe bepalen om slechts de voornaamste punten te releveeren.

De mijns inziens voornaamste indicaties zijn de volgende:

1. *Levensgevaarlijke, niet met de graviditeit in verband staande ziekten van de moeder.*

In gevallen, waar de dood van de moeder met zekerheid te verwachten is, zooals bij phtisis of de laatste stadia van vitium cordis, kan het behoud van het kinderlijk leven alleen een indicatie zijn, om den partus te bespoedigen.

De beschreven operatie mag dan alleen in zulke gevallen worden toegepast, waar men nog 5 tot 10 uren voor zich heeft zonder te vreezen, dat in dien tijd het gevaar voor het kind grooter zoude worden.

In andere gevallen zooals het boven sub 7 vermelde kan eene spoedige verlossing ook met het oog op de moeder van belang zijn. Behalve malaria kan daartoe aanleiding worden gegeven door andere acute of subacute infectieziekten, zooals pneumonie, influenza, cholera e. a.

2. *Pelvis plana met conjugata vera van 7 cmtr en meer.*

Het is bekend, dat een partus bij vernauwd bekken en voor de moeder en voor het kind, voornamelijk voor een voldragen kind in hoofdligging eene slechte prognose geven.

Ter verbetering dier prognose is het noodig de partus op een tijdstip te provoceeren waar het hoofd nog gemakkelijk het bekkenkanaal kan passeeren.

De boven vermelde operatie stelt ons in staat een zoodanigen partus binnen 5 à 10 uren te termineeren, en wel ten allen tijde van de graviditeit, van het oogenblik af, dat het kind levensvatbaar is.

3. *Placenta praevia.*

In de zeldzame gevallen waar reeds bij zeer weinig

ontsluiting van den moedermond de bloeding zoo hevig is, dat er gevaar voor de moeder en dientengevolge ook voor het kind dreigt, kan men op boven vermelde wijze therapeutisch ingrijpen.

Ook al is de bloeding nog niet van zoo ernstigen aard, zoo is men toch reeds gerechtigd integrijpen, indien men kan voorzien, dat er toch nog keering moet gedaan worden, en kan men zodoende het bloedverlies der moeder tot een minimum beperken.

4. *Eklampsia gravidarum.*

In de meeste gevallen wordt de eklampsia door termineren van den partus opgeheven; in elk geval wordt de prognose er door verbeterd.

Waar men nu niet door bijzonder ontrustbarende verschijnselen genoodzaakt is, den partus onmiddellijk te termineren, daar schijnt — volgens de tot nu toe door mij opgedane ondervinding ten minste — de vermelde operatie aan alle eischen te voldoen.

Er wordt wel gezegd, dat men zich bij eklampsie van alle manipulaties aan het ostium moet onthouden, ten einde niet nieuwe toevallen te bewerken. Maar in de door mij geobserveerde gevallen, waar de noodige manipulaties in narcose plaats hadden, kon ik een nadeeligen invloed niet waarnemen en indien die toch bestaat, wordt hij aan den anderen kant vergoed door het vooruitzicht op eene spoedige verlossing.

5. *Intrauterine dood van het kind.*

Indien men den dood van het kind in utero met zekerheid heeft kunnen constateeren, zoo kan dit eene aanleiding

geven, den uterus spoedig te ledigen in gevallen waar het verblijf van de vrucht gevaar voor de moeder kan opleveren.

Ook afgescheiden daarvan is het altijd wenschelijk, het kinderlijk lichaam op een tijdstip te verwijderen waar het nog niet lang dood is geweest, mits dit kan geschieden zonder grooter gevaar voor de moeder.

6. *Alle andere verschijnselen, die ex matre aanleiding geven om den partus in een gegeven tijdstip te termineeren.*

Onder deze rubriek zijn begrepen alle gevallen waarbij slechts individueel kan bepaald worden, of, en wanneer en om welke reden een ingrijpende therapie noodig wordt.

Hiertoe behooren: primaire weeënzwakten nephritis, beginnende infectie van den tractus genitalis, tympania uteri enz.

Vergelijking met andere tot nu toe voor hetzelfde doel toegepaste operatiën.

Zooals boven vermeld, is deze operatie slechts eene verdere uitbreiding der methode van BRAXTON HICKS voor gevallen van niet of slechts voor een vinger passeerbaar cervicaalkanaal. Zij treedt dus in concurrentie met alle operaties, die ten doel hebben den partus te provoceeren of te termineeren, op een tijdstip, waar het ostium nog niet, of nog niet voldoende geopend is, om andere middelen toe te passen. Zij concurreert dus met sectio caesarea, en met alle methoden van partus arte praematurus en accouchement forcé.

Wat sectio caesarea aangaat, zoo is de vergelijking zeer gemakkelijk te praeciseeren:

Sectio caesarea verdient de voorkeur in alle gevallen waar in het belang van het kind of van de moeder een onmiddellijk termineeren van den partus vereischt wordt.

Maar ook hier weer zal men bij 't overbrengen van de theorie in de praktijk in vele gevallen op moeielijkheden stuiten, waar het geldt de belangen van de moeder evenzeer in het oog te houden als die van het kind.

Voor het kind is ontegenzeggelijk de partus met sectio

caesarea het voordeeligste, voor de moeder zeker veel gevaarlijker dan de versio volgens de nieuwe methode, en zij mag alleen dan worden toegepast wanneer de gevaren van afwachten grooter zijn dan die van de keizersnede.

In dubieuze gevallen kan men altijd beginnen met eerst de keering te doen en dan toch nog bij dreigend gevaar tot de sectio caesarea overgaan.

Wat speciaal de sectio caesarea bij eklampsie aangaat, zooals HALBERTSMA die voorstelt, zoo ontbreekt mij daarover de persoonlijke ondervinding, omdat ik zelf nog niet in de gelegenheid geweest ben haar toe te passen.

Theoretisch evenwel verdient zij de voorkeur boven mijne en andere methoden in alle gevallen, waar tot behoud van de moeder eene onmiddellijke verlossing noodzakelijk wordt.

Wat de tot nu toe in gebruik zijnde methodes van *partus arte praematurus* betreft, zoo mag reeds de groote hoeveelheid er van als bewijs worden beschouwd, dat men nog niet zoo uitermate met de resultaten tevreden is geweest.

Ik zal alleen de meest bekende methodes hier opnoemen:

1. SCANZONI, zuigen aan de tepels.
2. SCANZONI, douche van koolzuur.
3. RITGEN, wrijven van de portio.
4. HAMILTON, lospellen der eivliezen om het ostium internum.
5. KRAUSE, inbrengen van eene lastiek bougie tusschen uterus en eivliezen.
6. SCHEEL, puncteeren van het ei met uterus sonde.
7. MEISSNER, HOPKINS, SIEGEMUND, puncteeren met trocar.

8. COHEN, injecties van heet water tusschen uterus en ei.
9. BAYER, opwekken van weeën door electriciteit.
10. KIWISCH, uterus douche.
11. SCHOELLER, tamponade van de vagina door charpie.
12. BRAUN, tamponade v. d. vagina door KOLPEURYNTER.
13. BRUNINGHAUSEN-BARNES, dilatacie van de cervix door BARNESBAG.
14. TARNIER, dilatateur intrauterin.
15. SCHAUTA-MASSMAN, pilocarpin.
16. PELZER, glycerininjecties.
17. CHAMPETIER DE RIVES.
18. TREUB. Condom aan fundus uteri of in zijne nabijheid ingebracht en opgespoten; deze en n^o 17 is eene meerdere uitbreiding van de Tarniersche methode.

Hierbij komen nog de ouderwetsche huismiddeltjes als *secale cornutum*, *sabina*, *mosterdbaden*, *drastica* enz.

Alle deze methoden bleken spoedig of onvoldoende of gevaarlijk of en het een en het andere te zijn; de oudere methodes zijn even spoedig verlaten, als voorgesteld, en zelfs nieuwere zijn in den kiem gestikt. Zoo is onmiddellijk na de publicaties van Pelzer over glycerininjecties, een gegronde waarschuwing van PFANNENSTIEHL verschenen, die het gevaarlijke en ontoereikende dezer methode brandmerkt.

De methodes van CHAMPETIER DE RIVES en TREUB zijn nog te weinig beproefd om nu reeds er over te kunnen oordeelen.

De eenige methode, die zich langer en meer algemeen heeft gehouden is de Krauze'sche methode (5).

Aan de Schroeder'sche kliniek was deze methode, toen ik assistent was, algemeen in gebruik en ik heb haar herhaalde keeren met succes kunnen toepassen. Doch reeds

toen trof het ons, dat deze methode vrij onzeker was en er dikwijls dagen, ja zelfs weken over heenliepen, dat er bij de eerste dikwijls nog een tweede en eene derde bougie moest worden gevoegd, alvorens het doel werd bereikt.

Door nauwkeurige observatie, het eerst door BROESE, werd geconstateerd, dat de methode, indien zij werking had, steeds met eene lichte temperatuursverheffing gepaard ging, dat daarentegen de werking ook uitbleef of ten minste zeer onzeker werd, in gevallen, waar de temperatuur normaal bleef.

Zoo herinner ik mij een geval waar pas 21 dagen post operationem de eerste weeën zich vertoonden. Met alle waarschijnlijkheid kon dus de uitwerking dier operatie beschouwd worden als eene lichte plaatselijke infectie; want het was in het oog loopend, hoe met de meer en meer zich ontwikkelende antisepsis en asepsis het succes dier operatie verminderde.

Het bleek dus, dat zelfs deze nog het meest gebruikte methode niet alleen onzeker, maar zelfs niet ongevaarlijk was.

Ik behoef niet in détails te treden en alle bovenvermelde operaties te kritiseeren en met de kansen der van mij voorgestelde te vergelijken.

Ik wijs er hier slechts op, dat de na de Krause'sche het meest gebruikelijke methodes 12, 13, 14 hetzelfde doel hebben als de mijne, nl. het ostium mechanisch te dilateeren. Intusschen maak ik daarvoor gebruik van het konisch doortredend kind, en de anderen van kolpeurynter barnes bags enz.

Het voordeel bij mij is, dat men met het eenmaal ontwikkelde been steeds een handvatstel blijft houden, om, zoo noodig, door aantrekken, ook een sterkeren en telkens

te modificeeren druk op het ostium internum te kunnen uitoefenen.

Boven alle methoden voormeld heeft de mijne dit voordeel, dat — altijd volgens mijne tot nu toe opgedane ondervinding — de partus met zekerheid binnen 5 tot 10 uren ab operatione kan getermineerd worden en dat voor de moeder niet het minste gevaar er door ontstaat.

Theoretisch meen ik dus dat boven alle tot nu toe gepubliceerde methodes van partus arte praematurus de mijne de voorkeur verdient als de meest zekere en minst schadelijke.

De praktijk zal moeten leeren, in hoeverre ik tot die opinie gerechtigd ben geweest.

Slechts volledigheidshalve dien ik hier even nog het accouchement forcé aan te stippen, waarbij ook de eenige tijd geleden door DÜHRSEN gepubliceerde modificatie van cervico-vaginal incisies behoort gerekend te worden.

Alle deze manipulaties hebben, volgens mijne opinie ten minste -- slechts eene historische waarde sedert met sectio caesaria zoo schitterende resultaten zijn bereikt. Ik voor mij houd het er voor, dat vergeleken daarmede, de sectio caesarea als de minder gevaarlijke methode van opereeren de voorkeur verdient.

Wat in zulke gevallen de toepassing van mijne methode betreft, zoo meen ik dat zij dan alleen in aanmerking komt in plaats van de sectio caesarea, waar men den tijd heeft om af te wachten.

Ten slotte meen ik te mogen zeggen, dat de hier genoemde theoretische overwegingen in verband met het zeven keer met compleet succes voor moeder en kind in praxi toe-

passen van mijne methode mij het recht geven, haar aan te bevelen.

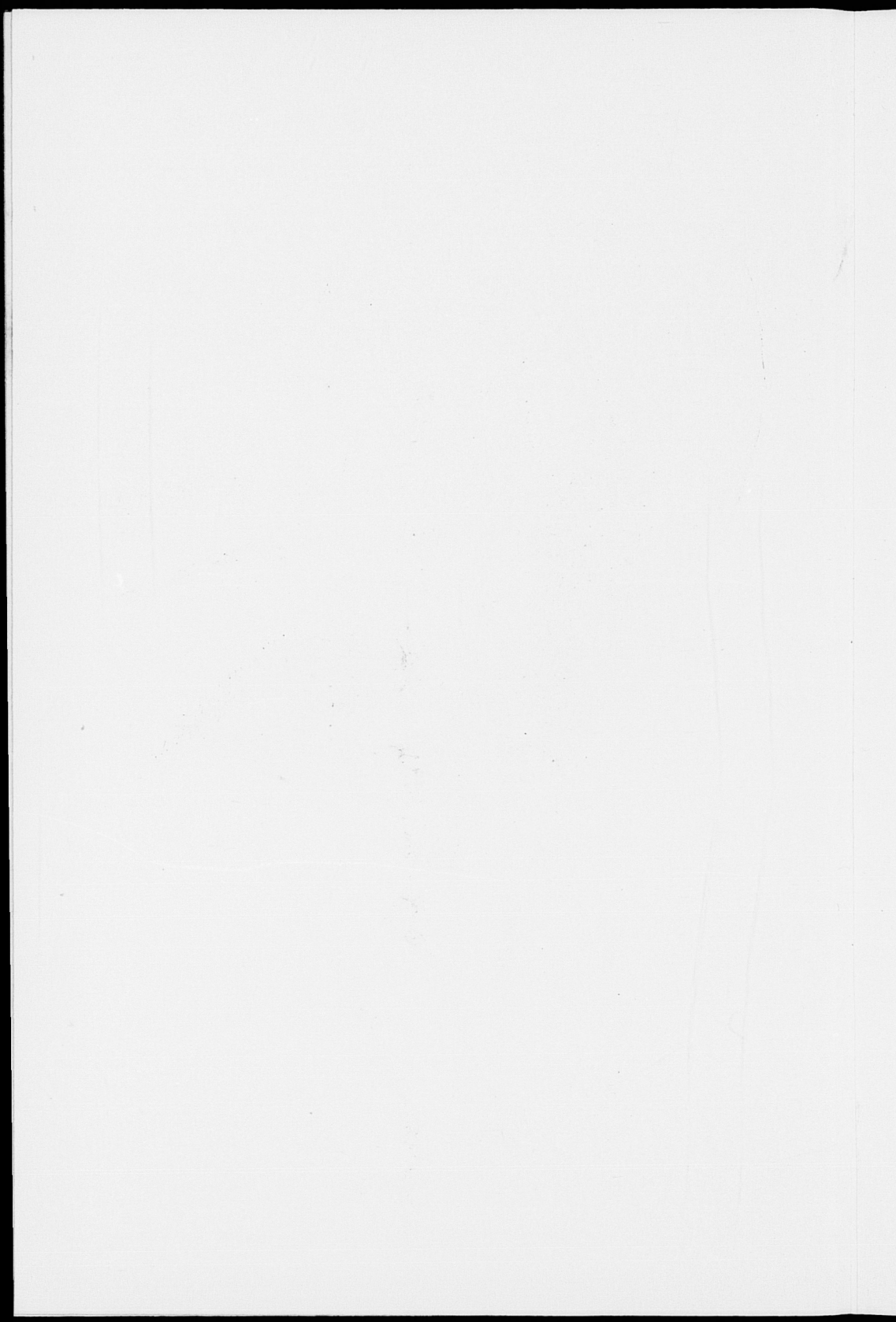
Alles op deze aarde is voor verbetering vatbaar; eene oordeelkundige kritiek zal mij even aangenaam zijn als de bevestiging mijner ideeën, door succes van anderen langs dezen weg bereikt

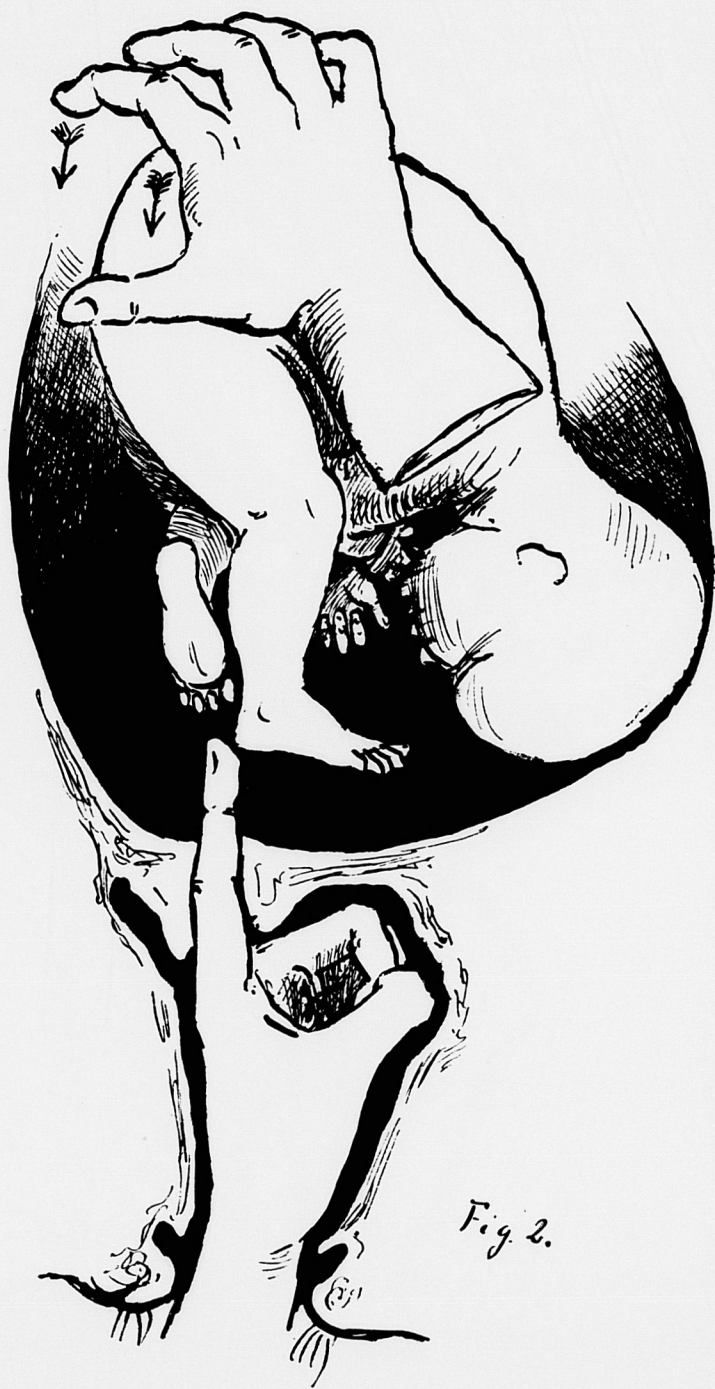
STELLINGEN.

1. Tuberculose, op een primairen haard beperkt, is te genezen.
 2. De vrucht kan histologisch worden beschouwd als een malign neoplasma van de moeder.
 3. Amblyopia hysterica vereischt geen locale therapie.
 4. Complicatie met graviditeit is de strengste indicatie voor Ovariectomie.
 5. Tusschen genitaallijden en zenuwlijden bestaat een nauw verband.
 6. Over hysterie hebben wij sedert Soranus niets nieuws ontdekt.
 7. Aethernarcose verdient theoretisch in vele gevallen de voorkeur boven chloroformnarcose.
 8. Symptomatische behandeling is noodhulp.
 9. De kunst stelt aan een ideaal van vrouwelijk schoon dezelfde eischen als de obstetrie.
 10. Elke behandeling van een zieke moet individueel worden gewijzigd.
 11. Chlorzink is geen specifiek middel, maar slechts een causticum; van alle caustica is ferrum candens het beste.
 12. Ook in de geneeskunde verricht het geloof wonderen.
-



Fig. 1.





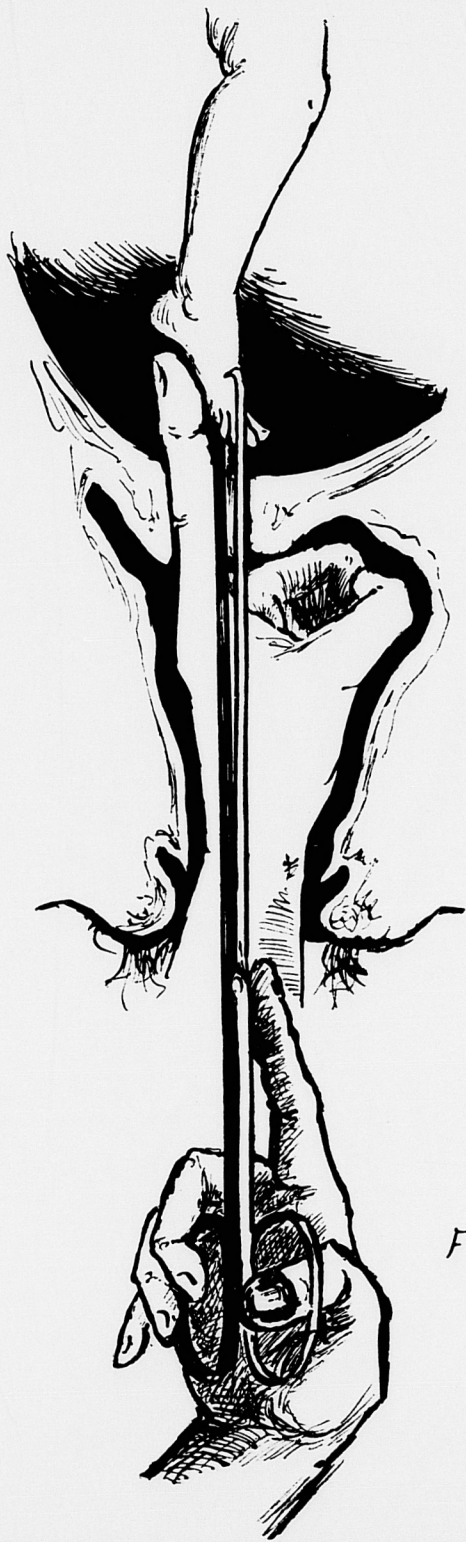
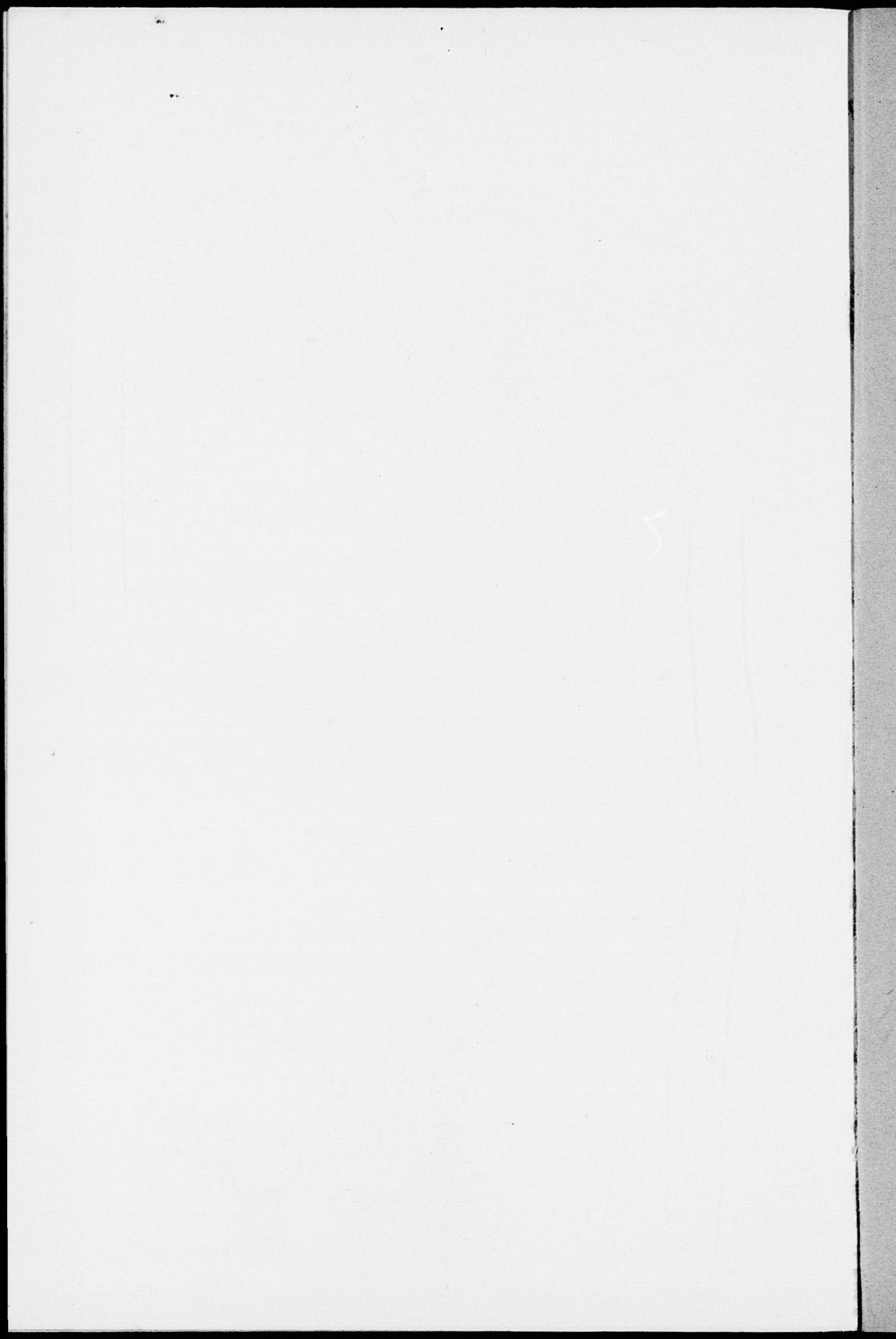


Fig. 3.





d 7113

