



Bekkenvernauwingen

<https://hdl.handle.net/1874/324235>

Aug. 192. 1938.

BEKKENVERNAUWINGEN

W. J. OUDEGEEST



A. qu.
192

BEKKENVERNAUWINGEN.

BEKKENVERNAUWINGEN

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE UTRECHT, OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS, Dr. Th. M. VAN LEEUWEN, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT DER UNIVERSITEIT TE VERDEDIGEN TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE OP DINSDAG, 22 NOVEMBER 1938, DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

WILLEM JACOB OUDEGEEST
ARTS

GEBOREN TE WILLIGE LANGERAK

KEMINK EN ZOON N.V. — OVER DEN DOM — UTRECHT

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

AAN MIJN OUDERS.
AAN MIJN AANSTAANDE VROUW.

Bij de voltooiing van mijn proefschrift dank ik U, Hoog-
leeraren, Oud-Hoogleeraren en Docenten der Geneeskundige en
Philosophische Faculteit der Utrechtsche Universiteit, voor het
van U genoten onderwijs.

Hooggeachte d e S n o o, Hooggeachte Promotor, U ben ik
zeer veel dank verschuldigd voor de jaren, dat ik in Uw kliniek
heb mogen werken.

Bij de bewerking van dit proefschrift zijt Gij mij door Uw
scherpzinige, doch aangename critiek tot groote steun geweest.
Uw groote werklust en warme belangstelling in het wel en wee
van de patiënten zijn voor mij een voorbeeld geweest.

U, Zeergeleerde H e y s t e r, dank ik voor de aangename
leiding tijdens het jaar, dat Gij als waarnemend Hoogleeraar
zijt opgetreden.

Mijn mede-assistenten van nu en vroeger dank ik voor de
aangename samenwerking. In het bijzonder Gij, Zeergeleerde
V e r h a g e, waart mij vele malen behulpzaam bij de bewerking
van dit proefschrift.

Tenslotte is het mij een voorrecht mijn bijzonderen dank aan
mijn Ouders uit te spreken, die mij de voltooiing van mijn
universitaire studie hebben mogelijk gemaakt en mij daarbij
in de gelegenheid stelden, lid te zijn van het Utrechtsch Stu-
denten Corps. Het U.S.C. blijve, vooral door Triton, een
vriendenband!

INHOUD.

INLEIDING	1
HOOFDSTUK I.	
De leiding van de baring bij bekkenvernauwing.	
Overzicht van de prophylactische behandeling .	13
Overzicht van de behandeling tijdens de baring	16
HOOFDSTUK II.	
Indeeling.	
Verdeeling van de vrouwen in groepen (A, B, C, en D)	20
HOOFDSTUK III.	
Verloskundige polikliniek	28
Primiparae	31
Multiparae	34
Voldragen tweelingen	43
Praemature kinderen	43
Verloskundige kliniek	45
Primiparae, C.D. 11—11,9 cm.	46
C.D. 10—10,9 cm.	51
C.D. 9—9,9 cm.	57
C.D. 8—8,9 cm.	61
C.D. 7—7,9 cm.	61
Bekkenmaten onbekend	61
Algemeen vernauwd	62
Bijzondere bekkens	63
Multiparae, C.D. 11—11,9 cm.	68
C.D. 10—10,9 cm.	75
C.D. 9—9,9 cm.	85
C.D. 8—8,9 cm.	90
C.D. 7—7,9 cm.	91
Bekkenmaten onbekend	92
Algemeen vernauwd	92
Bijzondere bekkens	95
Voldragen tweelingen	99
Praemature kinderen	101

HOOFDSTUK IV.

Complicaties en moederlijke en kinderlijke sterfte .	109
Liggingsafwijkingen,	
Algemeen overzicht	111
Frequentie	117
Invloed van de prophylactische be-	
handeling	125
Het breken der vliezen	128
Stoornissen in de spildraai	131
Uterusruptuur	132
Symphysisruptuur	135
Urine-fistels	136
Tympania uteri	137
Doodsoorzaken van de kinderen	142
Doodsoorzaken van de later gestorven kinderen .	145
Kraambed (uitgezonderd na S.C.)	156
Gestorven vrouwen	159
Beschouwingen over de aard van de verlossing .	162
Algemeen overzicht	162
Statistiek der kunstverlossingen (Tab. K—O.)	
met resultaat van de kinderen	164
Tangextractie,	
Techniek	169
Uitgangstang	173
Hooge tang	184
Handgreep volgens Baudelocque	197
Schaambeensnede	200
Perforatie van de schedel	204
Stuitextractie	208
Versie en extractie	214
Decapitatie	230
Sectio Caesarea	232
Techniek	233
Indicaties, algemeen	235
, bij primiparae	236
, bij multiparae	240
S.C. bij tweelingen	251
S.C. bij partus praematurus	252
Herhaalde keizersnede	253

Sterilisatie	254
Uterusruptuur	256
Adhaesies	258
Kraambed	259
Overleden vrouwen	261
Tabellen	262

SAMENVATTING EN CONCLUSIE	302
-------------------------------------	-----

ERRATUM.

Op pag. 68, onderaan, leze men i.p.v. 94 gevallen, 4 gevallen.

Op pag. 231, onderaan, leze men i.p.v. Smelie, Smellie.

INLEIDING

Door alle eeuwen heen zijn er talloze vrouwen door bekken-vernauwingen gestorven gedurende en na de bevalling. Toch heeft het lang geduurd eer men het wezen der bekken-vernauwingen is gaan bestudeeren. Wel was reeds lang bekend, dat de bekkenring vernauwd kon zijn. Reeds Hippocrates, Aristoteles, Galenus en anderen meenden, dat de bekkenring gedurende de baring grooter werd en dat gedurende de zwangerschap de gewrichten losser werden.

Zoo beschrijft Severinus Pineau († 1619), hoe door het toenemen der lichaamsvochten gedurende de zwangerschap, de gewrichten door vochtophooping, als het ware uit elkander gedreven worden. Door middel van pappen, massage en halve baden trachtte hij die verwijding te bevorderen. Hij onderscheidde reeds een heelkundige bekkenringverwijding naast een, die door veranderde lichaamshouding verkregen werd. De bekkenring als doorgangsbelemmering is dus reeds bekend, doch eerst in het begin van de 18e eeuw is men begonnen met de aard van de verschillende bekkens te bestudeeren.

Het is Hendrik van Deventer (1651—1724) geweest, die de stoot gegeven heeft aan de ontwikkeling van de bekkenleer. Hij onderscheidde vernauwingen van den ingang en van den uitgang, en maakte een verdeeling in algemeen te wijde bekkens, algemeen te nauwe bekkens en plat vernauwde bekkens.

Het is van weinig belang, dat van Deventer de door hem waargenomen liggings-afwijkingen van het kind toeschreef aan scheeve liggingen van de baarmoeder. Ook het niet indalen van de schedel schreef hij hieraan toe.

Men mag hem echter gerust den grondlegger van de leer der bekkenvernauwingen noemen.

Aanvankelijk hadden de verloskundigen geen aangename taak. De leiding der baring berustte bij vrouwen, die de a.s. moeder moreelen bijstand verleenden en verder slechts afwachtten.

In enkele gevallen kwam het kind echter niet. Men zag, dat de vrouw in groot gevaar kwam en riep tenslotte de hulp van den vroedmeester in. Zijn taak bestond er dan bijna steeds in, met behulp van messen, haken en andere scherpe werktuigen, het kind naar buiten te brengen om op deze wijze de vrouw het leven te redden. Menigmaal leverde deze kunstbewerking groote moeilijkheden op. Men miste een gemakkelijk houvast op het kind en in zulke gevallen ondervond men het voordeel van de stuitligging boven een hoofdligging.

Waar nu bijvoorbeeld de Arabieren van elke liggingsafwijking een hoofdligging maakten, kwam men er door de moeilijkheden bij sterke bekkenvernauwingen toe, om ook in normale gevallen zorg te dragen voor een stuitligging.

Zoo raadde *Peter Boucher*, een Bourgondisch arts, in 1775 in zijn proefschrift aan, om bij iedere bevalling, zoodra er voldoende ontsluiting was, het kind op den voet te keeren, ongeacht welke ligging het kind had. Evenals hier, zien wij telkenmale in de verloskunde, dat een methode, die in bepaalde gevallen waardevol blijkt te zijn, ook toegepast wordt, waar men beter de natuur haar gang kan laten gaan en zij door overcompensatie meer kwaad sticht dan goed doet. Het streven der verloskundigen was bijna uitsluitend gericht op het redden der moeder, zonder dat met het leven van het kind ernstig rekening werd gehouden. Verkleinende operaties waren dan ook zeer veelvuldig en in de techniek daarvan, waren velen zeer bedreven. (*Cornelis Solingen*).

Bij zeer sterke vernauwingen was het soms onmogelijk het verkleinde kind per vaginam naar buiten te halen en werd tot buikoperatie overgegaan, zonder narcose en zonder de voorzorgen, die heden ten dage getroffen worden. Eerst na de uitvinding van den hefboom en later van de tang, waren de oude vroedmeesters in staat, ook af en toe het kind te redden in de gevallen, dat het hoofd beklemd was en keering niet meer mogelijk was en vroeger geperforeerd moest worden.

Vele modellen en modificaties hebben er van de tang bestaan. In Engeland werd de tang uitgevonden door *Chamberlen* (1560—1631). Deze tang bleef langen tijd een familiegeheim, zoodat voor zijn bekendmaking reeds vele andere tangen ge-

construeerd werden, o.a. in 1723, de tang van Palfijn, die slot noch bekkenkromming bezat.

Na vele wijzigingen maakte Brünninghausen in 1802 het tegenwoordige slot en gaf Naegele den tang zijn huidige vorm. Aan de vele modificaties daarvan, de ingangs- en uitgangstangen zij hier slechts herinnerd.

Waar de verloskundige in vroeger tijd slechts tot taak had te hulp te komen in hopelooze gevallen en tevreden kon zijn, als hij een vrouw van een ellendige dood had gered, wordt later zijn taak uitgebreid en biedt hij ook in die gevallen hulp, waar anderen geen *levend* kind geboren kunnen doen worden. Hiermede is een wijziging in de verloskundige indicaties ontstaan, die parallel loopt met de afname van de gevaren der verschillende kunstbewerkingen.

Naast de verkleining en daarna uithaling van het kind bij sterk vernauwde bekkens, kende men reeds vroeg de keizersnede.

In den tijd vóór de anti- en asepsis beteekende de keizersnede een ingreep met een groot levensgevaar voor de moeder. De operatie werd in uiterste nood verricht onder dus zeer ongunstige omstandigheden. Negen tiende der vrouwen overleefde de keizersnede niet.

Voor 't eerst hooren wij over de Sectio Caesarea bij de oude Romeinen door de Lex Regia, een wet uitgevaardigd door keizer Numa Pompilius, welke beval, dat elk gravida, die stierf zonder bevallen te zijn, geopereerd moest worden om te trachten het kind te redden (Sectio Caesarea post mortem).

Uit dien tijd stamt ook de naam „Sectio Caesarea”. Niet bekend is, of men nu werkelijk van een *Keizersnede* zou moeten spreken, of dat Caesarea af te leiden is van het werkwoord caedere, hetwelk snijden of scheiden beteekent. De caesones (de gesnedenen) welke op deze wijze het levenslicht zagen, heetten tot geluk geboren te zijn. In later tijd is men de keizersnede ook gaan toepassen bij levende vrouwen, als het duidelijk was geworden, dat zij om de een of andere reden niet anders verlost konden worden en het gevaar zeer groot werd, dat met het kind ook de moeder te gronde moest gaan.

Talrijk zijn de beschrijvingen van oude schrijvers, welke

echter dikwijls berustten op verhalen en overleveringen en niet betrouwbaar zijn.

Lang is de keizersnede een gevaarlijke ingreep gebleven door gebrekkige bloedstelping, het niet verrichten van een uterusnaad en het gebrek aan antiseptische, later aseptische voorzorgen. De mortaliteit was zoo hoog, dat men overging tot andere middelen, die eerst weer verdrongen zijn door de keizersnede, toen vooral door de aseptiek de gevaren aanmerkelijk verminderden.

Zooals reeds beschreven, had Severinus Pineau († 1619) opgemerkt, dat de ossa pubis uiteenwijken tijdens de partus.

Later is men op het denkbeeld gekomen, dat het mogelijk moet zijn langs operatieven weg de bekkenring te verwijderen.

J. R. Sigault (1777) te Parijs kwam op dit denkbeeld door de waarneming, dat een enkele maal de symphysis tijdens de partus uiteenwijkt. In 1768 had hij hierover een verhandeling gehouden en in 1777 deed zich de gelegenheid voor de kunstmatige splijting van de symphysis bij een levende vrouw te beproeven. De vrouw van een soldaat was reeds vier maal moeilijk verlost van een dood kind. Bij het licht van een oliepit verrichtte hij de symphysiotomie in vijf minuten tijds, waarna hij versie en extractie deed en een levend kind geboren deed worden. De moeder genas en kon na verloop van tijd goed loopen.

Toch was het denkbeeld niet nieuw.

In 1585 had J. C. de la Courvie te Warschau de symphysiotomie reeds toegepast bij de plotselinge dood van een barende.

In 1766 deed Plinck de operatie in Duitschland.

In 1774 had onze landgenoot Petrus Camper reeds proeven op varkens gedaan, bij wie hij de bekkenring doorzaagde. Hij voelde zich niet gerechtigd de operatie te volvoeren bij een levende vrouw, alvorens zich overtuigd te hebben, dat succes mogelijk was. Hij richtte daarom een verzoek tot de Provinciale Justitie Kamer van Stad en Lande, symphysiotomie te mogen verrichten bij een ter dood veroordeelde vrouw, Siertje Jacobs, beschuldigd van kindermoord (18 Juni 1770). Zijn verzoek werd afgewezen.

Het succes van Sigault leidde tot veelvuldige navolging, maar na verloop van tijd hoorde men weinig meer over de symphysiotomie. Zooals steeds in de Verloskunde werd het nieuwe middel ook toegepast in gevallen, die er niet voor in aanmerking kwamen, met als gevolg slechte resultaten.

In de tweede helft der 19e eeuw herleeft de symphysiotomie in Italië door Morisani (1881). Van Italië uit komen er nieuwe aanhangers, o.a. Pinard en Zweifel.

In Nederland verrichtte Treub in 1892 weer voor 't eerst de symphysiotomie. Het kind werd levend geboren, de vrouw stierf door bloedverlies.

In 1894 construeerde Gigli een zaagje om i.p.v. de symphysiotomie het schaambeent door te zagen.

Onze landgenoot v. d. Velde verrichtte in Nederland de eerste pubiotomie in 1901.

In de Rotterdamsche vroedvrouwenschool deed de Snoo in de jaren 1907—1910. 13 maal schaambeensnede, waarbij één kind stierf. (Ned. Tijdschrift voor Verlosk. en Gynaecologie. Jaargang 1911).

Ook door Kouwer werd de pubiotomie in gebruik genomen.

Als geregelde behandelingsmethode is zij door de keizersnede verdrongen.

Een ander middel om de gevaarlijke keizersnede te vermijden vond men in de kunstmatige vroeggeboorte; deze werd in 1690 toegepast door Justine Siegemundin bij placenta praevia om de bloeding te stelpen.

In Engeland werd de vroeggeboorte kunstmatig opgewekt door Denman (1756) bij bekkenvernauwingen. Het is logisch, dat men tot de waarneming kwam, dat het onvoldragen kind de bekkenvernauwing gemakkelijker passeert, dan het vol-dragen kind. In Frankrijk werd de methode in 1781 zoo scherp door Baudeloque veroordeeld, dat eerst in 1831 Stoltz het waagde, haar te beproeven. In Duitschland werd de partus arte praematurus in 1804 door Menzel ingevoerd.

In Nederland schijnt Themmens de eerste geweest te zijn, die er toe overging.

Groote invloed op de uitbreiding van de methode in Nederland, heeft de brochure „Beschouwingen over de door kunst

verwekte baring" (1848) van Professor Lehmann te Amsterdam gehad. Ook hier is men weer te ver gegaan en wekte men vroeggeboorte op in gevallen, waar ook het onvoldragen kind niet levend of levensvatbaar geboren kon worden.

In Utrecht heeft Professor Kouwer de partus arte praematurus nog geregeld toegepast. Er bestond voor hem een strenge indicatie:

„Bij een vrouw met een vernauwd bekken, doch met een conjugata vera niet kleiner dan $8\frac{1}{2}$ cm, bij wie op grond van haar verloskundig verleden of van nauwkeurig onderzoek van het bekken en van de afmetingen van het kind, ernstig opont-houd van de baring à terme moet worden verwacht, zoodat wellicht Sectio Caesarea of pubiotomie noodzakelijk zou kunnen worden, wekke men vroeggeboorte op, zoo geen bepaalde contra-indicaties aanwezig zijn, welke in elk geval afzonderlijk bestudeerd moeten worden; (o.a. verloop vorige baring, harde schedel, trage weeën, enz.).

Bij partus arte praematurus bij een bekken met conjugata vera kleiner dan $8\frac{1}{2}$ cm bedenke men, dat de geboorte van een kind met een voldoende levenskans veel kleiner is geworden. Dus dan dient men het verloskundig verleden van de vrouw scherp te bestudeeren."

De resultaten van de partus arte praematurus zijn, volgens de verschillende statistieken, voor de kinderen niet goed, zoo dat de methode door velen weer verlaten is.

Nog op andere wijze heeft men getracht de keizersnede te ontgaan. Door dieet-kuren trachtte men de kinderen in hun groei te belemmeren; zoo heeft in 1889 Prochownik getracht deze toen reeds honderd jaar oude methode te doen herleven door minder koolhydraten te geven en meer eiwitten. De methode heeft niet het gewenschte succes opgeleverd.

Intusschen trachtte men door telkens nieuwe methoden, de resultaten van de keizersnede voor de moeder te verbeteren.

Zoo stelde Porro (Milaan 1876) voor om na de keizersnede, supravaginale uterusextirpatie met medenemen van de adnexa te verrichten.

De conservatieve klassieke Sectio Caesarea werd echter gere-d door K e h r e r (Heidelberg) en S ä n g e r (Leipzig, Groningen), die aantoonde, dat de slechte wondgenezing en op-

tredende buikvliesontsteking het gevolg waren van de slechte techniek van de uterusnaad. Zij leerden de Snger-Kehrer-naad (1882) die in twee rijen werd aangelegd I Spiernaad II Peritoneale deknaad  la L e m b e r t. Daarna kwamen de strenge indicaties ten opzichte van de aseptiek.

Men eischte, dat de vliezen stonden, er niet inwendig onderzocht was, de lichaamstemperatuur van de vrouw normaal was. Verder ging men eischen, dat een vrouw, bij wie verwacht werd de keizersnede te zullen moeten toepassen, reeds drie weken te voren opgenomen werd en in dien tijd niet inwendig onderzocht werd. Braken de vliezen, dan werd onverwijld tot keizersnede overgegaan. De techniek werd ter vermijding van het infectiegevaar gewijzigd.

De extra-peritoneale cervicale Sectio Caesarea moest, meende men, de kans op peritonitis doen verminderen.

F r a n k-S e l h e i m: plica vesico-uterina wordt losgemaakt van de vertex vesicae en omhoog geschoven.

L a t z k o-D  d e r l e i n: plica samen met de blaas terzijde geschoven. Hiervoor is een lang onderste uterus segment noodig, dus moet de contractiering gestegen zijn.

Nu konden ook gevallen met reeds lang afgeloopen vruchtwater en vroeg inwendig onderzochte vrouwen geopereerd worden.

S e l l h e i m-V e i t: Het peritoneum in de buurt van de plica werd gekliefd, daarna het visceraal met het parietaal peritoneum aaneengehecht. Deze naad was niet bacterievrij en scheurde dikwijls.

K o u w e r: Na ruime opening van den buik, als bij de klassieke keizersnede, wordt het peritoneum van de voorste buikwand met doorlopende hechting in twee rijen aan de serosa van den uterus gehecht, in dier voege, dat van de voorvlakte der baarmoeder een ovaal vrij blijft, met een lengte van ongeveer 18 cm en een breedte van ongeveer 12 cm. Daarna wordt de uterus overlans geopend, het kind met de nageboorte verwijderd en de uterusholte gereinigd; vervolgens wordt de uterus gesloten. Op de naad wordt een dunne gaasstrook gelegd en daaroverheen de buikwand gesloten op een kleine opening na in den ondersten wondhoek, waardoor de gaasstrook wordt ge-

leid. Later is steeds een tweede laparotomie noodig voor het opheffen van de abnormale bevestiging der baarmoeder.

Tenslotte ging men over tot de *intraperitoneale abdominale cervicale sectio caesarea*.

Techniek: Incisie in plica vesico-uterina, afschuiven met de blaas. Daarna werd het onderste uterussegment geïncideerd aanvankelijk in de lengte richting, later meer en meer in dwarse richting om te vermijden, dat de snede doorloopt in het corpus uteri, waardoor sterkere bloeding optreedt.

Na de ontwikkeling van de anti- en aseptis is de mortaliteit van de keizersnede sterk afgenomen. Ook de verbeteringen in de techniek, denken wij aan de uterusnaad, hebben de levenskansen voor de moeder doen stijgen.

Het spreekt vanzelf, dat tegelijkertijd de indicatie tot keizersnede in steeds ruimere mate gesteld werd, omdat men hierin een middel vond met de meest gunstige resultaten voor het kind, terwijl het risico voor de moeder steeds afnam.

Ook heden ten dage is aan deze verruiming van de indicatie tot Sectio Caesarea nog geen einde gekomen. Men leze bijvoorbeeld wat Dr. Heinrich Doerfler (Regensburg) schrijft in de *Medicinische Welt* 1935 No. 18, 19 en 24 en in het *Zentralblatt für Gynäkologie* 60e jaargang 14 Maart 1936 Nr. 11.

Onder vermelding van zijn techniek (waarbij de eventratie van de gravide uterus een belangrijke rol speelt) geeft hij aan, dat de keizersnede in de plaats kan treden van alle vaginale manipulaties, met uitzondering van uitgangstang, versie en extractie bij volkomen ontsluiting of een gemakkelijke stuit-extractie.

Of men hiermede op den goeden weg is, vraagt men zich af. Zoolang de mortaliteit van de Sectio Caesarea groter blijft dan de mortaliteit van de baring langs vaginalen weg in het algemeen, blijft de keizersnede een min of meer gevaarlijke ingreep. Bovendien hangen ook andere belangen hiermede samen. Wil men een verloskundig inzicht hebben, dan spelen ook indirecte gevolgen van een doorstane keizersnede een rol. Zoo kan kleinere of grotere invaliditeit over langeren of korteren tijdsduur ontstaan.

Bijvoorbeeld: littekenbreuken, menstruatie stoornissen, ste-

riliteit, angst voor een volgende graviditeit met als gevolg huwelijksellende en abortus provocatus.

Het komt mij dan ook voor, dat een indicatie tot keizersnede zeer scherp gesteld dient te worden. Reeds dadelijk doet zich de moeilijkheid voor, *wanneer* moet de indicatie gesteld worden? Slechts in sporadische gevallen zal men dit *vóór* de bevalling, dus gedurende de zwangerschap kunnen doen.

Het behoort tot de groote zeldzaamheden, dat men bij een primipara reeds gedurende de graviditeit kan vaststellen, dat de geboorte van een levend kind langs natuurlijken weg onmogelijk is. Bij een multipara kan bij herhaling gebleken zijn, dat de keizersnede noodzakelijk was en toch behoort het niet tot de zeldzaamheden, dat een vrouw bij wie eenige malen Sectio Caesarea is verricht, toch nog weer eens spontaan bevalt. Ook anderzijds geeft de goede afloop van soms vele baringen, geen garantie, dat tenslotte bij een vrouw niet eens een keer keizersnede verricht moet worden. Talrijk zijn de pogingen om normen te stellen. Van oudsher heeft men getracht de bekkenvernauwingen in te deelen, naar de waarden van de Conjugata vera, die men op verschillende wijze kan meten of berekenen.

De oudste, mij bekende, indeeling is die van Dr. A. van der Laar, die in zijn „Schets der Verloskunde” (1777) de volgende indicaties geeft:

1° Is de conjugata 10.5 cm, dan mag men een gewone bevalling verwachten.

2° Is de conjugata kleiner dan 10.5 cm en groter dan 7.8 cm, dan is een normale bevalling mogelijk, is dit niet het geval, dan kunnen tang of hefboom met goed gevolg gebruikt worden.

3° Is de conjugata kleiner dan 7.8 cm en is het kind van normale grootte, dan komt de schaambeensnede in aanmerking. Is de conjugata zeer veel kleiner, dan is alleen van de keizersnede uitkomst te verwachten.

Hoe Dr. v. d. Laar aan zijn conjugata komt en wat hij er precies mede bedoelt, is mij niet duidelijk geworden.

Steeds is men voortgegaan te trachten, de bekkens in graden van vernauwing in te deelen, om daarmee op een vroeg tijdstip zijn indicaties te kunnen stellen.

Steeds nauwkeuriger werden de metingen, met behulp van

instrumenten, bijvoorbeeld van Gauss en Bilycki, uitgevoerd.

Van enkele millimeters liet men het afhangen, of men tot primaire keizersnede moest overgaan. In den laatsten tijd heeft men een nog scherpere methode voor het meten van de conjugata vera en bovendien van de grootte van den kinderschedel door de Röntgenfoto. Talrijk zijn de methoden, waarop meting langs Röntgenologischen weg kan plaats vinden. Over dit onderwerp bestaat een uitgebreide litteratuur en worden vele congressen gehouden. Doch, hoe leerzaam en nuttig het Röntgenonderzoek van het bekken ook is, zoodat een Röntgenapparatuur in een goed uitgeruste Verloskundige kliniek niet mag ontbreken, als middel om te weten of Sectio Caesarea geïndiceerd is, moet men het röntgenologisch onderzoek niet gebruiken. Men gaat dan het baringskanaal als een starre buis zien en verzuimt de bekkenvernauwing in zijn functie te beschouwen. De meer of minder bewegelijkheid van het bekken, de vervormbaarheid van het kinderhoofd maken, dat men een vernauwd bekken alleen goed kan beoordeelen tijdens de uitdrijving.

Een vaste universeele leiddraad in het moeilijke gebied der bekkenvernauwingen zal men nooit kunnen geven. Ook persoonlijke eigenschappen spelen een te groote rol. De een is vaardig met de forceps, de ander heeft betere resultaten met het scalpel, weer een ander is bijzonder bedreven in de versie en extractie (P o t t e r).

De een vreest de slechte afloop voor het kind, de ander meer die van de moeder.

Talrijke factoren zijn nog onvoldoende bekend. Over den invloed van het geboortetrauma, vooral na kunstverlossingen, op de geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van het kind loopen de meeningen sterk uiteen.

De invloed van één of meerdere keizersneden op fysiek en psyche van de vrouw is nog onvoldoende vastgelegd.

Tenslotte moet men bij het aangeven van een richtlijn over bepaalde gegevens beschikken, die echter niet scherp te omlijnen zijn. Men moge er dan in slagen, de afmetingen van het bekken en het kinderhoofd nauwkeurig vast te stellen, van hoe weinig waarde blijken deze te zijn, zoolang men niet in staat

is, de beweeglijkheid van het bekken en de vervormbaarheid van het kinderhoofd volgens bepaalde normen te meten of vast te leggen.

De kracht der weeën heeft men dan uiteindelijk nog af te wachten.

Normen bestaan er niet of zij zijn zoozeer aan persoonlijke inzichten of vaardigheid gebonden, dat het onmogelijk is, tot onderlinge vergelijkingen te komen. Tenslotte wil ik er op wijzen, dat men bij zijn pogingen absolute waarden van het bekken vast te leggen, te veel het bekken ziet als een doorgang, waarvan men tevoren wil weten of het kind er door kan of niet.

Toch is dit niet het eenige bezwaar, dat van een bekkenvernaauwing te duchten is. Zij kan ook aanleiding geven tot liggingsafwijkingen en uit dit proefschrift zal blijken, dat de gevolgen daarvan, zoowel voor de moeder als het kind nog ernstiger zijn dan die van de passagemoeilijkheden zelf.

Subjectieve inzichten en persoonlijke ervaring, resp. routine, spelen bij de prophylactische en therapeutische behandeling van de bekkenvernaauwingen een zeer groote rol. In het algemeen is het dan ook moeilijk om de meritis van een bepaalde behandelingsmethode in een gegeven materiaal te bepalen. Hiermede moet men dan ook rekening houden.

In de volgende bladzijden wil ik een overzicht geven van de wijze, waarop in de Verloskundige Kliniek en Polikliniek te Utrecht, de bekkenvernaauwing wordt behandeld.

Ik heb daartoe de baringen bij vernauwd bekken bewerkt van 1 Januari 1927—31 December 1936, en zal aan de hand daarvan trachten de waarde der verschillende behandelingsmethoden tegenover elkaar af te meten en nagaan, in hoeverre de gevolgde gedragslijn wijziging behoeft. Daarbij zij opgemerkt, dat die gedragslijn, die in de 10 bewerkte jaren gevolgd is, steunde op een 20-jarige ervaring van den Leider van de kliniek en in die 10 jaren geen wijziging van beteekenis heeft ondergaan; zij is gebaseerd op de resultaten bereikt in de Vroedvrouwschool te Rotterdam, welke bewerkt zijn door Dr. K e t e l in zijn dissertatie over de jaren 1907—1922.

Ik ben mij ervan bewust, dat een dergelijke studie slechts relatieve waarde heeft, omdat niet alleen verloskundige overwegingen, maar ook sociale verhoudingen onze gedragslijn be-

palen, en wij bovendien min of meer rekening hebben te houden met de mode en de wenschen van onze clientèle, die ons kunnen in vele gevallen overschat. Niet zelden lijdt hieronder, min of meer de objectiviteit van den verloskundige, waardoor goed bedoelde hulp kan ontaarden in een veeldoe-nerij, waarvan zijn patienten de dupe worden. In de laatste jaren is in breede kringen de vrees voor de bekkenvernauwing belangrijk toegenomen, niet alleen met betrekking tot de ge- varen van de bevalling voor de moeder, maar in het bijzonder ook voor het kind met het oog op de ziekelijke stoornissen, die zich tengevolge van een moeilijke baring in het latere leven kunnen voordoen.

Aangezien de in de bewerkte jaren geboren kinderen nog te jong zijn om een definitief oordeel over een mogelijk schade-lijke invloed op hun geestelijke ontwikkeling te kunnen uitspre-ken, heb ik mij tot de baring zelf beperkt. Een naonderzoek van de kinderen, die in de jaren 1907—1926 in de Rotterdam- sche Vroedvrouwenschool zijn geboren, is in bewerking. Hoofd- doel van dit proefschrift is om na te gaan of de vrees voor de ge- varen voor de moeder en voor de mortaliteit gegrond is; daarnaast zullen wij nagaan in hoeverre en welke maatregelen genomen kunnen worden, om de gevaren van de bekkenvernau- wing te verminderen, en welke voorzorgen genomen kunnen worden.

Daarvoor zullen wij:

1° In het algemeen de invloed van het pathologische bekken nagaan op het verloop van zwangerschap en baring.

2° Nagaan, in hoeverre de gevaren van de bekkenvernau- wingen door prophylactische maatregelen kunnen verminderd worden, en op welke wijze.

3° De resultaten beschouwen, die bereikt zijn met de, in de 10 jaren gevolgde, behandelingsmethode en in het bijzonder, in hoeverre de indicaties tot het verrichten van sectio caesarea te ruim of te eng zijn gesteld.

Bij de bewerking van vele bevallingen heb ik gebruik ge- maakt van baringsverslagen van de jaren vóór 1927, waartoe ik de beschikking had over het nauwkeurig opgeteekende ma- teriaal van Professor K o u w e r.

HOOFDSTUK I.

De leiding van de baring bij bekkenvernaauwing.

In de jaren 1927—1936 werden onder leiding van de Utrechtsche Verloskundige Universiteitskliniek 2667 vrouwen met een bekkenvernaauwing verlost. Hiervan bevielen 793 vrouwen thuis en 1874 vrouwen in de kliniek.

Wij zullen beginnen met een globaal overzicht te geven van de gevolgde behandelingsmethode, zoowel de prophylactische als de therapeutische.

Overzicht van de prophylactische behandeling.

De prophylactische behandeling der bekkenvernaauwing berust op onze overtuiging, dat een spontane baring, ook bij bekkenvernaauwing, zoowel voor de moeder als het kind, het veiligst is.

Daarom wordt er door ons naar gestreefd, de kansen voor een natuurlijke baring zoo gunstig mogelijk te maken.

Voor alle zwangeren is het van groot belang, dat de conditie van moeder en kind vóór het begin van de baring zoo goed mogelijk is. De algemeene voorzorgen, die de Utrechtsche kliniek door haar organisatie van de praenatale zorg treft, gelden vanzelfsprekend ook voor de vrouwen met bekkenvernaauwing.

Haar belangrijkste taak bestaat echter in het tijdig herkennen van het pathologische bekken, waardoor de vrouwen in de meest geschikte omgeving kunnen bevallen, en de kans op een spontane baring in hoofdligging grooter wordt. Systematische bekkenmeting bij alle zwangeren wordt niet verricht, niet inwendig, noch uitwendig. Ook röntgenologisch onderzoek van het bekken geschiedt alleen dan, als hiervoor een bijzondere aanleiding bestaat.

Lichaamsbouw, afwijkingen aan heup, beenen of wervelkolom, rachitis of anamnese van de vrouw. zijn menigmaal een aanwijzing het bekken te onderzoeken, doch in het algemeen wordt daartoe slechts overgegaan als het bekken in zijn functies te kort schiet. In de laatste weken van de zwangerschap geeft het normale bekken een groote stabiliteit aan de voorliggende kinderschedel, zoodat tot de normale functie van het bekken gerekend wordt, dat in de laatste weken steeds een hoofdligging gevonden wordt. Bij de primipara behoort bovendien in de laatste maand van de zwangerschap de schedel een eindweegs in te dalen.

Herhaalde liggingsafwijkingen zijn voor ons een aanwijzing, dat er afwijkingen aan het bekken kunnen bestaan, die door het bekkenonderzoek zijn te vinden en vast te leggen. Puilt de schedel voor de schaamboog uit, dan wordt een wanverhouding vermoed en moet het bekken onderzocht worden. Dit geschiedt steeds volgens een vaststaand schema:

De schaamboog is normaal, nauw of wijd.

De symphysis kan laag of hoog zijn, aan haar achterkant vindt men een enkele maal een verticaal verloopend kammetje.

De spinae ischiadicae springen meer of minder naar binnen uit.

Langs de linea innominata tastende, wordt getracht deze zoover mogelijk te volgen. Met de rechterhand onderzoekende, gelukt dit rechts gemakkelijker dan links. Scheeve of dwarsvernaauwende bekkens kunnen op deze wijze vermoed, doch niet gevonden worden; een röntgenfoto kan dan goede diensten bewijzen.

Nu wordt het promontorium opgezocht. Soms staat dit hoog, soms laag. Zoo mogelijk wordt de conjugata diagonalis gemeten. Bedraagt deze afstand minder dan 12 cm, dan wordt de rechte afmeting van het het bekken als verkleind beschouwd. De conjugata vera is als regel niet berekend, deze maat zullen wij bij een verdere indeeling van de bekkenvernaauwingen dus niet gebruiken, doch ons bepalen tot de conjugata diagonalis. Het sacrum bij het normale bekken is hol in beide richtingen. De bewegelijkheid van het os coccygis wordt onderzocht. De conjugata vera wordt niet gemeten, instrumenten van

Gauss of Bilycki worden niet meer gebruikt, zij zijn bovendien verre van nauwkeurig; daarenboven brengt het nauwkeurig meten van de conjugata vera met zich mede, dat aan deze afmeting te veel waarde wordt gehecht, waardoor de functie van het bekken te zeer uit het oog verloren wordt. De praktijk leert, dat het onjuist is, de nauwkeurige waarden van de afmetingen voor de behandeling bij de baring een groote rol te laten spelen.

Wel worden dus eenige gegevens van vorm en grootte van het bekken vastgelegd, doch belangrijker is het *bimanueel onderzoek*, waarbij getracht wordt met de uitwendige hand het hoofd in het bekken te drukken en inwendig te tasten hoever het indaalt. Het is duidelijk, dat daarom het bekkenonderzoek eerst in de laatste weken van de zwangerschap van waarde is, als het hoofd ongeveer zijn definitieve grootte voor de geboorte heeft bereikt. Men kan dan een indruk krijgen of passage mogelijk zal zijn.

Van nog grooter belang dan de beoordeeling van de doorgang is het inzicht, dat het pathologische bekken menigmaal te kort schiet in zijn functie als stabilisator van de hoofdligging van het kind.

Moeilijkheden ontstaan in vele gevallen door de vernauwde doorgang, maar vooral ook door de *liggingsafwijkingen* van het kind.

In het voorkomen daarvan ligt het zwaartepunt van onze prophylaxis bij bekkenvernauwing, want in de stabilisatiefunctie kunnen wij het bekken te hulp komen.

Menige moeilijke kunstverlossing kan vermeden worden, als de hoofdligging verzekerd wordt door uitwendige keering, zoonodig ondersteund door een sluitlaken of bedrust. Bovendien kan bij een hoofdligging — beter dan bij een stuit- of dwarsligging — de verhouding tusschen kinderhoofd en bekken beoordeeld worden, en daardoor een beter inzicht verkregen worden in hoeverre het kind in een bepaald geval levend geboren zal kunnen worden. Wanneer nu nog rekening gehouden wordt met het feit, dat een deflexiestand van het hoofd kan optreden of dat de navelstreng kan uitzakken, kunnen wij beoordeelen of de vrouw thuis zal kunnen bevallen af dat opname voor het begin der baring in de kliniek gewenscht is.

In de gevallen, waarbij herhaalde liggingsafwijkingen optreden, of de doorgang mogelijk moeilijkheden zal kunnen geven, zal uit dit werk blijken, dat eenmaal ontstane stoornissen met veel grooter kans op succes opgelost kunnen worden, als de vrouw tijdig in de kliniek is opgenomen.

Door tijdige opname kunnen veel baringen bij stuit- en dwarsliggingen vermeden worden en veel ellende aan de vrouw bespaard worden. Het is daarom van het allergrootste belang, dat het pathologische bekken tijdig herkend wordt en vooral wordt nagegaan in hoeverre de stabiliteit van de hoofdligging daaronder lijdt.

Overzicht van de behandeling tijdens de baring.

Leidende gedachte van de behandeling van de bekkenvernauwingen in de Verloskundige kliniek is het streven naar een spontane bevalling per vias naturalis van een levend kind, liefst in hoofdligging. Daartoe wordt, zooals wij reeds gezien hebben, allereerst iedere liggingsafwijking, die gedurende de zwangerschap optreedt, gecorrigeerd en het kind zoonoodig met een sluitlaken of zelfs door bedrust in hoofdligging gehouden.

Wanneer na het begin van de weeën blijkt, dat er een stuit- of dwarsligging bestaat, wordt zoo mogelijk eveneens keering op het hoofd gedaan, waardoor men bovendien een indruk krijgt over de wanverhouding tusschen hoofd en bekken.

Zoolang de vliezen staan, wordt niet inwendig onderzocht, voordat er krachtige weeën zijn, met het oog op het infectiegevaar.

Is het vruchtwater afgeloopen, dan wordt, met het oog op de mogelijkheid, dat de navelstreng uitgezakt is, ook zonder dat de vrouw krachtige weeën heeft, rectaal en zoonoodig inwendig onderzocht.

Het verloop van de baring wordt nu nauwlettend gevolgd. Niet alleen worden de harttonen gecontroleerd en wordt er af en toe inwendig onderzocht, maar vooral wordt uitwendig gelet op de stand van het hoofd op of in den ingang.

In de meeste gevallen wordt reeds tijdens het ontsluitings-tijdperk het uitpuilen van de schedel minder en komt het hoofd iets dieper, zoodat het bij het bereiken van volkomen ontslui-

ting meestal reeds duidelijk is geworden, of spontane baring mogelijk is, hetgeen dan verder afhangt van de wanverhouding tusschen hoofd en bekken in verband met de kracht van de weeën, de vervormbaarheid van het hoofd en de beweeglijkheid van het bekken.

Zijn de weeën krachtig, en is de stand van het hoofd goed, dan zijn er maar weinig bekkens, waarbij spontane baring onmogelijk blijkt.

Van het grootste belang is, dat het hoofd gelegenheid heeft om te vervormen, wat tijd kost, zoodat wanneer de kinderlijke harttonen goed blijven, zoolang mogelijk wordt afgewacht.

Daarbij wordt natuurlijk met groote nauwkeurigheid het onderste uterus segment in het oog gehouden, vooral bij wandbeensliggingen, waarbij een overrekking hiervan te duchten valt. Op deze wijze loopen, zooals blijken zal, moeder en kind weinig gevaar en wordt niet zelden het kind spontaan en in goede conditie geboren, zelfs in gevallen, waar aanvankelijk een sterke wanverhouding bestond. Wanneer tenslotte het kind al niet spontaan geboren wordt, dan daalt de schedel toch in de meeste gevallen een eindweegs in, zoodat een hooge tang mogelijk wordt.

Wanneer, nadat het hoofd de vernauwde ingang is gepasseerd, de geboorte op zich laat wachten, wordt in verband met de mogelijk reeds voorafgegane moeilijkheden, niet te lang gewacht met een uitgangstang.

Intusschen is het lang niet altijd gemakkelijk om te weten, of het hoofd den ingang reeds gepasseerd is, omdat de rachitische bekkens meestal laag zijn en door de vervorming en het geboortegezwel het hoofd niet zoo diep staat als het wel lijkt. Menige vermeende uitgangstang is dan ook in werkelijkheid een ingangstang. In het algemeen is een tangextractie des te gemakkelijker en daardoor minder gevaarlijk, hoe langer men hiermede wacht.

In gevallen, waar onverhoopt de hooge tang mislukt, wordt althans bij multiparae schaambeensnede gedaan. Daarom kunnen wij het bij multiparae ook meer op een hooge tang laten aankomen dan bij de primiparae, bij wie een schaambeensnede zeer ongewenscht is, en men bij mislukking wellicht tot perforatie zou zijn genoodzaakt.

Wanneer uit het verloop van de baring is gebleken, dat de geboorte van een levend kind langs natuurlijke weg niet mogelijk is of de kans daarop zeer gering is, wordt overgegaan tot keizersnede.

Zooals wij later zullen zien, is de prognose voor moeder en kind dan niet of nauwelijks minder goed dan bij primaire sectio caesarae, niettegenstaande herhaald inwendig onderzoek.

In gevallen, waarbij het niet verder indalen van het hoofd geweten moet worden aan minder krachtige weeën, wordt een enkele keer pituitrine gegeven, doch alleen dan, wanneer in geval de harttonen slecht mochten worden, onmiddellijk tangextractie gedaan kan worden. Bovendien mag de ligging van het kind geen gevaar voor uterus-ruptuur opleveren.

Slechts in die gevallen, waar het bekken absoluut vernauwd is of bij gunstige stand van het hoofd een zeer sterke wanverhouding bestaat of bij vorige baringen het bekken functioneel te kort is geschoten, zonder dat daarvoor bijzondere redenen aanwezig waren, wordt primaire sectio caesarea gedaan. Het feit alleen, dat vroeger bij herhaling keizersnede is verricht, is op zichzelf geen aanwijzing opnieuw sectio te doen; dat hangt af van de omstandigheden, waaronder keizersnede is gedaan. Behalve bij de allernauwste bekkens met C.V. minder dan 7 cm wordt op grond van de bekkenvernauwing *alléén* nooit sectio caesarea gedaan.

Hieruit moge blijken, dat op de wijze, waarop de baring wordt geleid, dat de bekkenmaten weinig invloed uitoefenen. Wanneer tijdens de baring geen hoofdligging bestaat, doch een dwars- of stuitligging, die niet gekeerd kan worden, wordt veel eerder tot sectio caesarea overgegaan, omdat men dan de wanverhouding tusschen hoofd en bekken niet kan beoordeelen en de gevaren voor een ernstig schedeltrauma veel grooter zijn dan bij een hoofdligging. In deze gevallen is de afloop van de vorige baringen van het grootste belang voor de indicatie.

Eindelijk wordt een enkele maal tot keizersnede overgegaan, als een samenloop van ongunstige omstandigheden bestaat: wanneer het vruchtwater vroeg is afgelopen, eclampsie optreedt of er een placenta praevia blijkt te zijn, enz.

Dat verschillende andere factoren, zooals de leeftijd, vroegere

teleurstellingen, enz., bij de indicatie een rol spelen, behoeft nauwlijks gezegd te worden.

De vóór de ontwikkeling van de sectio caesarea veel toegepaste „prophylactische keering” wordt alleen gedaan, waar keizersnede of tangextractie met opvolgende schaambeensnede uitgesloten is.

Bij stuitligging wordt in den regel extractie verricht, wanneer de stuit bij volkomen ontsluiting geen neiging vertoont om in te dalen, vooropgesteld, dat het nakomende hoofd vermoedelijk zal kunnen passeeren. Het zelfde geldt voor een versie en extractie bij uitgezakte navelstreng en dwarsligging.

Het zal den opmerkzamen lezer der baringsverslagen niet ontgaan, dat er nogal eens tegen de gegeven leiddraad is gezondigd, wat niet te verwonderen is in een kliniek met steeds wisselende assistenten. Daarom heb ik gemeend mij van critiek te mogen onthouden, zelfs in gevallen, waar bedenkingen op haar plaats zouden zijn. Een enkele maal zijn zelfs diagnostische of andere fouten gemaakt, onafhankelijk van de voorgeschreven gedragslijn. Wij hebben gemeend, die gevallen bij de beoordeeling van de waarde der gevolgde methode, niet te moeten uitschakelen, omdat vergissingen nu eenmaal menschelijk zijn, en een ieder weleens een steek laat vallen en dergelijke tekortkomingen adhaerent zijn aan ieder systeem.

Het stellen van een indicatie is niet zoo eenvoudig als uit deze algemeene leiddraad schijnt, zooals uit de casuïstiek zal blijken.

Een expectatieve verloskunde vereischt in de eerste plaats geduld en daarnaast een zekere routine, enz. om op het juiste oogenblik de juiste indicatie te stellen.

HOOFDSTUK II.

Indeeling.

De vrouwen, die in het bewerkte materiaal voorkomen, zijn ingedeeld naar de wijze, waarop zij de hulp van de Utrechtsche polikliniek en kliniek hebben ingeroepen.

Groep A: Thuis bevallen.

Vrouwen uit Utrecht en Zuilen, die thuis wenschen te bevallen. Zij laten zich inschrijven op het spreekuur van de Verloskundige Kliniek. Daar ontvangen zij een kaart, waarop lichaamsgewicht, urineafwijkingen, bloedsdruk, eventueel aanwezige oedemen, ligging van het kind, duur van de zwangerschap geschat naar de grootte van den uterus, en eventueele bijzonderheden worden genoteerd.

Elke veertien dagen, zoonoodig vaker, worden deze vrouwen door de assistenten van de kliniek gecontroleerd, waarbij de gegevens telkenmale op de kaart genoteerd worden.

Bekkenonderzoek wordt alleen verricht, als hiervoor een indicatie bestaat. (Zie blz. 13).

Stoornissen in de zwangerschap worden behandeld. Vrouwen, door ziekte verhinderd op het spreekuur te komen, worden door een assistent thuis bezocht.

Bestaan er medische bezwaren tegen een bevalling thuis, dan wordt de zwangere voor de bevalling in de kliniek opgenomen (*groep B.*).

De vrouwen worden tijdens de bevalling bijgestaan door semi-artsen, die in twee huizen verblijf houden, één in Utrecht en één in Zuilen.

Deze semi-artsen blijven zes weken en worden practicanten genoemd. Zij worden terzijde gestaan door buitengewoon-practicanten, die slechts veertien dagen blijven en hun practicanten-

tijd reeds achter den rug hebben en dus op eenige ervaring kunnen bogen. De buitengewoon-practicant roept in alle gevallen, waarbij zich stoornissen voordoen, de hulp in van een assistent.

Bij het begin der weeën zendt de aanstaande kraamvrouw een boodschap naar één der twee practicantenhuizen, waarna de practicant, na in ontvangstname van de inschrijvingskaart met alle gegevens, hulp komt verleen.

Na afloop dient de practicant een baringsverslag in, dat tijdens een wekelijksche samenkomst door den Hoogleeraar wordt besproken.

De practicant verlaat de barende niet eerder, dan minstens een uur na de geboorte van de placenta. In de meeste gevallen is hij daardoor in de gelegenheid gedurende geruimen tijd het baringsproces te observeeren. Op geregelde tijden onderzoekt hij inwendig en teekent zijn bevindingen op. Dikwijls wordt het aantal touchées grooter dan noodzakelijk is voor een goede leiding van de baring, doch dit brengt de onderwijsmethode met zich mee.

De strenge regels, waaraan de practicanten gebonden zijn, de hulp van de Verloskundige Kliniek als ruggesteun, maken echter, dat zooals de ervaring leert, de bezwaren hiervan gering zijn.

Bij het verwerken van het poliklinische materiaal voor statistische doeleinden moet evenwel rekening gehouden worden met het feit, dat de practicanten nog ongeschoold zijn en hun waarnemingen, waar het bijzonderheden betreft, niet geheel betrouwbaar zijn.

Groep B: In de kliniek bevallen.

Vrouwen uit de Verloskundige polikliniek, die in de kliniek zijn bevallen wegens medische indicatie of wegens sociale omstandigheden.

Groep A en B vormen samen een *representatief materiaal*, dat ongeveer tweederde der bevallingen van Utrecht en Zuilen omvat. Het spreekt vanzelf, dat er hieronder vrouwen zijn, die

op advies van haar huisarts, of wegens ondervonden moeilijkheden bij een vorige bevalling de hulp van de Verloskundige polikliniek zoeken, doch als geheel geven deze groepen een vrij zuiver beeld van de klasse der onvermogenen en minvermogenen.

Het maakt echter den indruk, dat in de loop der jaren een verschuiving plaats vindt naar die klasse, die vroeger welgesteld genoeg was om de hulp van huisarts of vroedvrouw in te roepen. Ook hierin heeft de crisis zijn invloed gehad.

Bovendien zijn in de loop van de tien bewerkte jaren veranderingen gekomen in huisvesting, medische verzorging, bakerhulp en hygiënische begrippen.

Steeds zijn er factoren, die een representatief materiaal beïnvloeden en zijn structuur veranderen.

Het is echter onmogelijk deze factoren uit te schakelen, zoodat het geheele materiaal gegeven wordt zonder correcties.

Groep C.

Vrouwen, komende van buiten Utrecht en Zuilen, die wenschen in de kliniek te bevallen of die wegens medische indicatie tijdens de zwangerschap naar ons spreekuur zijn verwezen. Vanzelfsprekend kan de zwangerschapscontrôle bij deze vrouwen niet zoo volledig en geregeld op ons spreekuur plaats vinden als bij de vrouwen van groep A. en B.

Menigmaal geschiedt de contrôle geheel door den huisarts. In zooverre draagt de Utrechtsche kliniek niet ten volle de verantwoordelijkheid voor deze vrouwen. Het ware te wenschen, dat deze groep zich op den duur uitbreidde ten koste van de volgende groep.

Groep D.

Vrouwen in partu opgenomen, gezonden door artsen of vroedvrouwen. Bij deze vrouwen hebben zich dus moeilijkheden voorgedaan, die niet van te voren zijn voorzien.

Hier vinden wij de miskende bekkenvernauwingen, langdurige baringen, tympania uteri, verzuimde dwarsliggingen, mislukte kunsthulp, enz.

Bijna steeds is bij deze vrouwen de zwangerschapscontrôle

onvoldoende geweest of hebben zich bijzondere of onverwachte moeilijkheden bij de baring voorgedaan.

De structuur van deze groep is daarom van zooveel belang, omdat die een duidelijke aanwijzing bevat, welke vrouwen klinisch behandeld moeten worden, en in het algemeen, waar de grens tusschen kliniek en huispraktijk ligt.

Bij de bestudeering van de bevallingen bij vrouwen met een bekkenvernauwing is het verder noodzakelijk vast te leggen, wat wij onder een bekkenvernauwing zullen verstaan.

Over het algemeen wordt onder een bekkenvernauwing verstaan een bekken, dat in zijn anatomische verhoudingen afwijkt van het normale. Zou men nu de frequentie van het voorkomen van bekkenvernauwingen in een bepaalde bevolkingsgroep willen vaststellen, dan zou men genoodzaakt zijn iedere zwangere inwendig of röntgenologisch te onderzoeken en bekkenmeting te verrichten. Deze gedragslijn volgende, ziet men dus de bekkenvernauwing anatomisch zonder veel rekening te houden met zijn functie.

De Utrechtsche kliniek heeft dezen weg niet gevolgd. Alleen dan is het bekken onderzocht, als er aanwijzingen waren, die een bekkenvernauwing deden vermoeden, of als het bekken in zijn functie te kort schoot.

De momenten, die tot bekkenonderzoek leiden, zijn de volgende:

Liggingafwijkingen.

Promineeren van de schedel voor de symphysis.

Anamnese: moeilijkheden en teleurstellingen bij vorige bevallingen.

Rachitische stigmata van de vrouw.

Pathologische afwijkingen aan beenen, heupen en wervelkolom van de vrouw, die door veranderde of statische verhoudingen afwijkingen aan het bekken doen vermoeden.

Oude bekkenfracturen.

De functie van het bekken, is met betrekking tot de baring tweërlei:

1°. moet het als baringskanaal fungeeren en is daarvoor —

in zooverre zijn overige functies dit toelaten — als norm zoo goed mogelijk gebouwd: de samenstellende deelen gaan zonder hoeken of kanten in elkander over, nergens bevinden zich uitstekende punten, het is ruim genoeg en verzekert de voor een voorspoedige baring normale spildraai.

2°. bevordert het in hooge mate, dat de kinderen in de, tenopzichte van de stuit- en dwarsligging, zooveel gunstigere hoofdligging geboren worden, doordat het kind reeds gedurende de laatste weken van de zwangerschap met zijn hoofd een veel betere steun op den bekkenring vindt, dan met zijn stuit of romp. Daardoor is de stabiliteit van het kind in hoofdligging (met name: achterhoofdsligging) veel grooter, dan in stuit- of dwarsligging en dus de kans op een hoofdligging veel grooter.

Aan beide eischen voldoet het bekken onder normale omstandigheden, zoodat dan $\pm 99\%$ der kinderen in hoofdligging geboren wordt, waarbij het hoofd nagenoeg steeds zijn normale spildraai maakt.

In zijn functie schiet het bekken dus te kort, als er in de laatste zwangerschapsmaand geen hoofdligging is, waarbij het hoofd bij de primipara vast moet staan in den ingang; als er tijdens de indaling in hoofdligging geen flexiestand ontstaat; als er een passagebelemmering plaats vindt tijdens de uitdrijving, die meestal optreedt in den bekkeningang, een enkele maal in den bekkenuitgang.

De praktijk leert, dat het pathologische bekken veelvuldiger in zijn functie van stabilisator van de hoofdligging (speciaal de achterhoofdsligging) te kort schiet dan in zijn functie van doorgang voor het kind.

Moeilijkheden treden dan ook veelvoudiger op door liggingsafwijkingen, dan door de vernauwde doorgang, waarbij dus het belang in het oog springt het bekken te steunen in zijn eerste functie door gedurende de laatste weken van de zwangerschap maatregelen te treffen, die aan de hoofdligging groo-tere stabiliteit geven. (Uitwendige keering, verzekeren van de hoofdligging door een sluitlaken, eventueel met bedrust.)

Bekkenonderzoek wordt dus verricht als in de laatste weken van de zwangerschap liggingsafwijkingen optreden of als zich gedurende de bevalling passagemoeilijkheden voordoen. In

vele gevallen zal dit echter reeds geschied zijn, wanneer goed acht is geslagen op de momenten, die tot bekkenmeting moeten leiden. Niet zelden zijn deze momenten te gering om opgemerkt te worden en is ook in bepaalde gevallen de passagebelemmering van geen belang geweest bij vorige bevallingen, tot onverwacht de kinderschedel groter, of harder en minder vervormbaar is dan bij vorige bevallingen. Zoo is het voorgekomen, dat bij een twaalfde para zich geen enkele moeilijkheid bij de vorige bevallingen had voorgedaan, maar er thans geen sprake van indaling is, zoodat V. en E. gedaan wordt, waarbij de extractie groote moeilijkheden geeft, zoodat het kind stervend ter wereld komt. Het bekken nu wel gemeten blijkt vernauwd te zijn. Bij de vorige bevallingen is deze vrouw in ons materiaal niet als een bekkenvernaauwing genoteerd geweest. Deze gevallen zijn geen zeldzaamheid. Evenzoo kan het voorkomen, dat gedurende vele zwangerschappen het bekken niet onderzocht is bij een vrouw, bij wie tenslotte een liggingsafwijking gevonden wordt, (bijvoorbeeld: een uitgezakte navelstreng) en bij wie dan inderdaad een vernauwing wordt gevonden. Ook dergelijke vrouwen zullen in ons materiaal vroeger niet als bekkenvernaauwing genoteerd zijn geweest.

De aard van het pathologische bekken vond ik zelden vermeld, daarom heb ik de volgende indeeling gemaakt:

Bekkens, waarvan *alléén* bekend is, dat de conjugata diagonalis kleiner dan 12 cm is.

Bekkens, waarvan *alléén* bekend is, dat de uitwendig gemeten omtrek minder dan 85 cm bedraagt. Deze categorie wordt de algemeen vernauwde bekkens genoemd.

Een categorie vrouwen met uiteenlopende afwijkingen, afwijkingen aan beenen, heup of wervelkolom, die afwijkingen aan het bekken doen vermoeden, die soms wel, soms niet bij het onderzoek gevonden zijn.

Tot deze rubriek behooren ook de vrouwen met dwarsvernaauwde bekkens, versche en oude bekkenfracturen, de zoo zeldzaam stoornisgevende bekkenuitgangsvernaauwingen. In deze groep vinden wij verder de bekkens met abnormale beweeglijkheid in de gewrichten (symphysiolysis en ankylotische bekkens). Al deze afwijkingen zijn samengevat onder de naam: bijzondere bekkens.

In de gevallen, dat het promontorium met groot gemak bereikt is, doch het meten van de conjugata diagonalis om de een of andere reden is nagelaten, is het bekken toch als vernauwd beschouwd.

Bij de bewerking van de vernauwde bekkens zijn enkele groepen van bevallingen met opzet weggelaten, omdat in die gevallen het bekken geen rol speelde.

Namelijk alle bevallingen, waarbij de zwangerschap nog niet de 28ste week had bereikt, of waarbij een hydrocephalus of anencephalus geboren werd.

Daarentegen zijn wel de bevallingen van een foetus maceratus bij de bekkenvernauwingen opgenomen. Immers ligt de oorzaak van den dood van het kind met daarop volgende maceratie niet zelden aan een langdurige baring of aan de bekkenvernauwing zelf.

Aangezien een meervoudige zwangerschap meestal geen duidelijk beeld van de invloed van de bekkenafwijking geeft, is deze groep afzonderlijk vermeld.

Primiparae en multiparae zijn gescheiden, waarbij opgemerkt moet worden, dat als primipara beschouwd wordt een vrouw, die nog geen zwangerschap heeft meegemaakt, die 28 weken of langer heeft geduurd. Dat wil dus zeggen, dat een vrouw, die alleen een abortus of een partus immaturus heeft gehad, als primipara genoteerd wordt in deze bewerking.

Gescheiden worden dan weer de voldragen zwangerschappen (38 weken en langer) en de onvoldragen zwangerschappen (28—37 weken).

Voor de bekkens met een conjugata diagonalis kleiner dan 12 cm. is een splitsing gemaakt in vijf onderdeelen naar de graad van de bekkenvernauwing, waarbij de conjugata diagonalis als maatstaf is gekozen, en wel de volgende:

C.D. 11—11.9 cm. C.D. 10—10.9 cm. C.D. 9—9.9 cm. C.D. 8—8.9 cm. C.D. 7—7.9 cm. Een C.D. kleiner dan 7 cm. werd niet gemeten.

Nogmaals wil ik erop wijzen, dat deze indeeling de graad der anatomische afwijkingen aangeeft, doch niet de graad van de functie-afwijkingen van de vernauwde bekkens.

Immers door de bewegelijkheid van het bekken bepaalt de conjugata diagonalis niet geheel de functie. Zou men een juistere indeeling willen maken, wanneer althans de doorgangsbelemmering in het middelpunt wordt gesteld, dan zou men de *afmetingen in de bekkenwijdte* als maatstaf moeten nemen, aangezien deze onveranderlijk zijn. Deze kan men röntgenologisch vastleggen, doch met het gewone onderzoek zijn zij niet te meten. Evenmin is een indeeling, uitgaande van de functie van het bekken om de hoofdligging te stabiliseeren, practisch doorvoerbaar.

HOOFDSTUK III.

Verloskundige polikliniek.

In de jaren 1927—1936 zijn in totaal: 16888 vrouwen thuis onder leiding van de Verloskundige polikliniek bevallen na een zwangerschap van minstens 28 weken. Door de selectie op het spreekuur zijn de ernstige pathologische afwijkingen in de kliniek opgenomen. Onder de vrouwen, die thuis haar bevalling afwachtten, zijn echter talrijke bekkenvernaauwingen waargenomen.

Zooals reeds eerder besproken, bereiken de gegevens daarover ons via de baringsverslagen, die door de practicanten worden opgesteld. Hierdoor is het niet mogelijk een zuiver beeld te geven van de frequentie der bekkenvernaauwingen. Het is zeker, dat het aantal pathologische bekkens in de Verloskundige polikliniek zeer veel grooter is, dan uit de concrete getallen blijkt. In de V.P. bevielen 3316 *normale primiparae* en 191 *primiparae met een bekkenvernaauwing met conjugata diagonalis 11—11.9 cm.* Bij deze 3507 vrouwen komen dus 5,4 % bekkens voor met een C.D. 11—11.9 cm.

In de kliniek werden uit de V.P. 405 *normale primiparae* opgenomen tegenover 142 *primiparae met een bekkenvernaauwing met C.D. 11—11.9 cm.*, te samen 547 vrouwen met 25.9% bekkens met een C.D. 11—11.9 cm.

Nagenoeg alle vrouwen met een bekken met een C.D. 11—11.9 cm zijn *niet* in de kliniek opgenomen wegens de bekkenvernaauwing, maar meestal wegens sociale omstandigheden.

Men mag daarom de 3507 vrouwen uit de V.P. vergelijken met de 547 vrouwen in de kliniek.

Het feit, dat het percentage lichte bekkenvernaauwingen in de V.P. 5,4% bedraagt tegenover 25,9% in de kliniek, wordt verklaard, — behalve doordat enkele vrouwen zijn opgenomen, waarbij deze lichte graad van vernauwing stoornis heeft gegeven —, doordat in de V. P. alleen bekkenonderzoek wordt

gedaan als er een indicatie voor bestaat, terwijl in de kliniek *alle* vrouwen bij ontslag inwendig onderzocht worden en het bekken alsnog onderzocht wordt, als dit niet voor of tijdens de baring is geschiedt.

Bij de multiparae vinden wij 11144 normale vrouwen in de V. P. tegenover 231 vrouwen met een bekken met C.D. 11—11,9 cm, of 2%.

In de kliniek bedragen deze cijfers 343 tegenover 127, dus 27% lichte bekkenvernaauwingen.

Het zeer hoge percentage lichte bekkenvernaauwingen, dat wij vinden bij een aantal vrouwen, die veelal alleen wegens sociale omstandigheden in de kliniek zijn opgenomen, geeft een beter beeld van de frequentie der bekkenvernaauwingen dan het polikliniek-materiaal, waarvan de gegevens zeer onvolledig zijn.

Met het toenemen van de graad der vernauwing zijn in de V. P. relatief veel minder bekkenvernaauwingen aan den aandacht ontsnapt, en zijn veel meer bekkenvernaauwingen wegens deze afwijking in de kliniek opgenomen, zoodat een vergelijking tusschen polikliniek en kliniek bij de sterke graden van vernauwing niet meer opgaat.

Bij herhaling is gebleken, dat zich moeilijkheden voordeden bij een multipara, waarbij een bekkenvernaauwing de oorzaak was, die bij soms talrijke vorige bevallingen geen stoornis had gegeven en ook verder onopgemerkt was gebleven.

In de Verloskundige Polikliniek werden 793 bekkenvernaauwingen geconstateerd:

315 primiparae en 478 multiparae.

Primiparae. 315 gevallen: 307 enkelvoudig en voldragen, geen voldragen tweelingen en 8 vroeggeboorten.

Bekken	Enkelvoudig en voldragen	Voldragen Tweelingen	Praematuur
C.D. 11-11.9 cm.	191	—	1
C.D. 10-10.9 cm.	87	—	4
C.D. 9- 9.9 cm.	1	—	—
Alg. vernauwd	24	—	3
Bijz. bekkens	4	—	—
Totaal	307	—	8

Multiparae 478 gevallen: 462 enkelvoudig en voldragen, 6 voldragen tweelingen en 10 vroeggeboorten.

Bekken	Enkelvoudig en voldragen	Voldragen Tweelingen	Praematuur
C.D. 11-11.9 cm.	231	3	3
C.D. 10-10.9 cm.	160	3	4
C.D. 9- 9.9 cm.	17	—	1
Alg. vernauwd	43	—	2
Bijz. bekkens	11	—	—
	462	6	10

De verschillende groepen zullen afzonderlijk beschreven worden.

Uit bovenstaande tabellen blijkt, dat de bekkens met *Conjugata diagonalis* onder de 10 cm slechts in een klein aantal voorkomen en dus zeer veel opgenomen worden in de kliniek. Vrouwen met bekkens met C.D. beneden 9 cm., werden steeds opgenomen en dus beviel er geen enkele thuis.

Bij de *multiparae* kwamen 17 bekkens met C.D. 9—9.9 cm. voor. Deze vrouwen waren bij herhaling met het kind in hoofdligging zonder moeilijkheden van een levend kind bevallen. Niet moet vergeten worden, dat mocht zich een moeilijkheid voordoen, dan kan de vrouw onmiddellijk opgenomen worden uit de stad, zonder dat vooraf formaliteiten behoeven te worden gepleegd. De assistent belt de Geneeskundige Dienst op en binnen zeer korten tijd is de vrouw in de kliniek gebracht. Opname uit de gemeente Zuilen vereischt formaliteiten en kost meer tijd.

De verschillende ondergroepeerings naar de graad van bekkenmaten zullen nu verder besproken worden. De gegevens zijn niet zoo nauwkeurig als het klinische materiaal. Bijvoorbeeld het wegen der kinderen gebeurt met een unster, zoodat ik er van afgezien heb de geboortegewichten te vermelden.

Wij beginnen met de *primiparae* en behandelen hiervan achtereenvolgens de 5 aangegeven groepen van vernauwingen:

Primiparae C. D. 11—11.9 cm.

Bij de 191 Enkelvoudige voldragen zwangerschappen met C.D. 11—11.9 cm. kwamen voor:

178 *Achterhoofdsliggingen*.

1 *Kruinligging*.

1 *Aangezichtsligging*.

11 *Stuitliggingen*.

Van de 178 *Achterhoofdsliggingen* werden 163 kinderen spontaan geboren, waarvan 4 na pituitrine en 1 na correctie van uitgebleven spildraai. 159 kinderen werden levend geboren, 4 kinderen dood.

Doodsoorzaak: 1 × Gemacereerd door onbekende oorzaak.

1 × Langdurig ontsluitingstijdperk.

1 × Bij staande vliezen en 5 cm ontsluiting, zeer weinig vruchtwater.

1 × Vitium cordis.

13 uitgangstangen, waarvan 2 na pituitrine. 12 kinderen werden levend geboren, 1 kind gemacereerd door onbekende oorzaak.

2 hoge tangen. Beide kinderen leven.

1 *Kruinligging*.

Spontane baring van levend kind.

1 *Aangezichtsligging*.

V.P. 1931/1535. Baring vordert tijdens de uitdrijving niet. Versie en extractie. Levend kind.

11 *Stuitliggingen*.

4 Spontane baringen, 4 gedeeltelijke extracties, 3 volledige extracties. Alle kinderen leven.

Er zijn dus geen kinderen gestorven als direct gevolg van de bekkenvernauwing.

Primiparae. C.D. 10—10.9 cm.

Bij de 87 enkelvoudige voldragen zwangerschappen kwamen voor:

82 *Achterhoofdsliggingen*.

1 *Voorhoofdsligging*.

1 *Aangezichtsligging*.

3 *Stuitliggingen*.

Van de 82 *Achterhoofdsliggingen* werden 74 kinderen spontaan en levend geboren, hierbij was 6 maal pituitrine gegeven.

5 maal werd een uitgangstang aangelegd, waarvan 2 maal na het geven van pituitrine.

4 kinderen leven, één kind werd doodgeboren:

V.P. 1936/1514. Langdurige baring (50 uur), tenslotte bij 8 centimeter ontsluiting, geen harttonen meer. Vliezen worden gebroken, er komt weinig vruchtwater. Harttonen?? Uitgangstang. Kind wordt doodgeboren. Navelstreng heeft weinig gelei.

3 maal hooge tang, waarvan 1 maal na het geven van pituitrine. Kinderen leven.

1 × *Voorhoofdsligging*.

V.P. 1936/1481. Hoofd $\frac{1}{3}$ ingedaald staat niet geheel vast. Vliezen staan, ontsluiting in enkele uren volkomen. Versie en extractie. Levend kind. C.D. ± 10.5 cm.

1 × *Aangezichtsligging*.

Spontane baring van een levend kind.

3 *Stuitliggingen*.

2 maal gedeeltelijke extractie en 1 maal volledige extractie. De drie kinderen leven.

Bij deze primiparae met C.D. 10—10.9 cm. is dus slechts één kind gestorven, welke dood niet aan bekkenvernauwing kan worden geweten.

Primiparae C.D. 9—9.9 cm.

Primiparae uit deze groep werden op één na steeds opgenomen in de kliniek. Deze sterke vernauwingen geven zoo dikwijls moeilijkheden, dat het prophylactisch juist is alle primiparae op te nemen.

Het is niet duidelijk geworden, waarom één primipara niet is opgenomen, temeer waar het kind in stuitligging lag; bij de contrôle op het spreekuur werd steeds een hoofdligging gevonden, welke niet indaalde. C.D. 9.8 cm.

Bij komst van den practisant is er 8 cm. ontsluiting en gebroken vliezen. Spoedig snijdt de stuit door. Het kind wordt spontaan tot halverwege de romp geboren, dan vordert de baring niet en wordt verder geëxtraheerd, waarbij geen moeilijkheden optreden. Kind leeft. V.P. 1932/1195.

Primiparae. Algemeen vernauwde bekkens.

Van deze categorie werden slechts 24 vrouwen met enkelvoudige en voldragen zwangerschap gevonden. Niet zoozeer, dat deze bekkens zoo zelden voorkomen (het aantal in de kliniek bedraagt voor de primiparae 169), doch bij het grootste deel der vrouwen werden door de practicanten de uitwendige bekenmaten niet gemeten of genoteerd.

Hierbij komen voor: 22 *Achterhoofdsliggingen* en
1 *Stuitligging* en
1 *Uitgezakte navelstreng*.

Van de 22 *achterhoofdsliggingen* werden 22 kinderen spontaan en levend geboren, waarvan 3 na het geven van pituitrine.

De *stuitligging* werd geëxtraheerd. Het kind leeft.

1 maal *uitgezakte navelstreng*.

V.P. 1932/55. Bij komst van den practisant zijn er krachtige weeën, vruchtwater loopt af. Bij inwendig onderzoek is er 6 cm. ontsluiting, het hoofd staat bewegelijk, er is een uitgezakte navelstreng. De assistent wordt gewaarschuwd. Uitwendige versie mislukt, daarom wordt inwendig gekeerd, de ont-

sluiting valt mee, zoodat dadelijk geëxtraheerd wordt (?) Kind is niet groot, leeft.

Primiparae. Bijzondere bekkens.

- 2 maal *heupluxatie*. Beide spontaan bevallen in achterhoofds-
ligging van een levend kind.
- 1 maal *oud fractuurbekken*. Spontane baring in achterhoofds-
ligging van een levend kind.
- 1 maal *uitgangsvernauwing*. De uitdrijving in achterhoofds-
ligging vordert niet. Uitgangstang. Levend kind.

Resultaat van alle Primiparae

met voldragen, enkelvoudige zwangerschap.

Van de 307 kinderen, werden zes levenloos geboren, in het verloop van de eerste tien dagen stierven geen kinderen.

Primiparae Bekkenvernauwingen	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	Alg. vern.	Bijz. bekkens
Levend geboren	186	86	1	24	4
Later gestorven	—	—	—	—	—
Doodgeboren	5	1	—	—	—
Doodsoorzaak:					
Gemacereerd. Oorzaak?	2	—	—	—	—
Langdurige ontsluitingsperiode	1	1	—	—	—
Dunne navelstreng	1	—	—	—	—
Congenitale afwijking	1	—	—	—	—

De tabel laat zien, dat er géén kind tengevolge van de bekkenvernauwing is gestorven; bovendien herstelden alle vrouwen.

Thans gaan wij over tot de behandeling van de multiparae en krijgen als eerste:

Multiparae C.D. 11—11.9 cm.

Bij de 231 *Enkelvoudige en voldragen zwangerschappen* kwamen voor:

199 *Achterhoofdsliggingen.*1 *Kruinligging.*5 *Aangezichtsliggingen.*9 *Stuitliggingen.*11 *Dwarsliggingen.*5 × *Uitgezakte navelstreng.*1 × *Voorliggende navelstreng.*

Van de 199 *Achterhoofdsliggingen* werden

191 kinderen spontaan geboren, waarvan 2 dood.

Doodsoorzaak: 1 × *Langdurige ontsluitingsperiode.*

1 × *Gemacereerd door onbekende oorzaak.*

In twee gevallen was *pituitrine* ingespoten.

2 *Uitgangstangen* werden aangelegd. Levende kinderen.

5 *Hooge tangen*, 2 maal was tevoren *pituitrine* ingespoten.

Alle kinderen levend geëxtraheerd, één kind stierf na 6 dagen, waarvan ik de verkorte baringsgeschiedenis laat volgen: V.P. 1929/28.

II para van 29 jaar met C.D. 11.2 cm.

Eerste kind ± 3000 gram is spontaan zonder moeilijkheden levend geboren.

Deze maal zijn de weeën niet krachtig, de ontsluitingsperiode duurt 3 dagen. De vliezen worden bij ± 7 cm. ontsluiting per ongeluk gebroken. Het duurt dan nog 55 uur voordat er volkomen ontsluiting is. Het hoofd, dat aanvankelijk bewegelijk boven den ingang staat, daalt tot ruim half in. Ook in het uitdrijvingstijdperk zit weinig voortgang, zoodat het kind forci-paal geëxtraheerd wordt. Het kind is goed, weegt ± 4000 gram. Al spoedig valt op, dat het kind snuffelt, moeilijk ademt en daardoor moeilijk drinkt. Deze verschijnselen nemen toe, zoodat den 6en dag de kinderarts Dr. Carstens in consult komt. Diagn. *Debilitas congenita* of *hersenvloeding* zonder symptomen. Prognose: *infaust*. Kort daarop succombeert het kind.

Eénmaal werd versie en extractie gedaan, nadat een *hooge tang* wegens slechte harttonen niet gelukt was. Kind leeft, heeft een *Erbsche verlamming*, die niet geheel herstelde. (V.P. 1931/1366).

Van de 199 kinderen in achterhoofdsligging zijn dus 3 kinderen gestorven: één vóór de partus, één durante partu en één 6 dagen na de partus, de laatste waarschijnlijk niet tengevolge van een schedeltrauma (hooge tang), zoodat tengevolge van de bekkenvernaauwing niet één kind gestorven is.

1 *Kruinligging.*

Spontane geboorte van een levend kind.

5 *Aangezichtsliggingen.*

3 Spontaan en 2 na versie en extractie. Alle kinderen leven.

9 *Stuitliggingen.*

4 Spontaan, 2 na gedeeltelijke-, 3 na volledige extractie. Alle kinderen leven.

11 *Dwarsliggingen.*

1 maal uitwendige versie durante partu en daarna stuitextractie, wegens voorliggende navelstreng. Levend kind. V.P. 1931/1512. 10 maal versie en extractie: 8 kinderen leven. 1 kind wordt doodgeboren, en 1 kind sterft binnen een uur na de geboorte; van de gestorven kinderen volgen de baringsverslagen:

V.P. 1932/1573.

XIIIe para. Afloop der vorige baringen:

8 × spontaan à terme. Levende kinderen.

1 × stuitligging, doodgeboren.

3 × dwarsligging (1 × decapitatie en 2 × versie en extractie met levend kind).

Bij komst van den practisant is het vruchtwater reeds lang afgegaan en worden geen harttonen gehoord. Er is volkomen ontsluiting. Versie en extractie gaat gemakkelijk. Kind is dood.

V.P. 1935/264.

XIIe para. Afloop der vorige baringen:

8 × spontaan à terme. 1 kind wordt doodgeboren.

Het derde kind ligt in dwarsligging, door versie en extractie levend geboren.

Het zesde kind is praematuur en sterft.

Het zevende kind wordt in stuitligging doodgeboren.

Bij komst van den practicant ligt het kind dwars. De dadelijk gewaarschuwde assistent vindt volkomen ontsluiting en staande vliezen. Versie en extractie. De versie gaat gemakkelijk, de ontwikkeling van de armen gaat moeilijk en kost vrij veel tijd. Het hoofd passeert zonder moeite.

Het hart klopt goed, doch het kind ademt niet. Na $\frac{3}{4}$ uur houdt de hartslag op, zonder dat het kind geademd heeft.

5 × Uitgezakte navelstreng.

Alle keeren werd bij komst van den practicant voldoende ontsluiting gevonden voor versie en extractie. Alle kinderen leven.

(Opgemerkt moet worden, dat bij onvoldoende ontsluiting de vrouw opgenomen wordt, zoodat wij deze gevallen later terugvinden bij de behandeling van de vrouwen, die in de kliniek bevielen.)

1 × Voorliggende navelstreng.

V.P. 1927/1752.

Bij komst van den practicant staat het hoofd even ingedaald. Inwendig is er 4 cm ontsluiting, staande vliezen en een goed kloppende navelstreng voor het hoofd. Pogingen het kind op de stuit te keeren worden niet vermeld. De vrouw wordt in Trendelenburg gebracht. 9 uur later begint het hoofd dieper in te dalen. Harttonen worden langzaam. De gewaarschuwde assistent vindt volkomen ontsluiting en het hoofd op den bekkenbodem. De voorliggende navelstreng klopt nog. Vliezen worden gebroken en een tang aangelegd. Het kind wordt levenloos geboren.

Bij de 32 liggingsafwijkingen werden 3 kinderen doodgeboren, 2 door dwarsligging en 1 door voorliggende navelstreng, die dus op het debet van de bekkenafwijkingen komen.

Multiparae C.D. 10—10.9 cm.

Bij 160 Enkelvoudige en voldragen zwangerschappen kwamen voor:

143 *Achterhoofdsliggingen.*1 *Voorhoofdsligging.*2 *Aangezichtsliggingen.*6 *Stuitliggingen.*3 *Dwarsslippingen.*4 maal *Uitgezakte navelstreng.*1 maal *Voorliggende navelstreng.*143 *Achterhoofdsliggingen.*

140 Spontane geboorten, waarvan éénmaal na het toedienen van pituitrine.

Hiervan worden 137 kinderen levend geboren, 3 kinderen sterven. Doodsoorzaak:

1 × Gemacereerd. 44 weken.

1 × kind wordt asphyctisch geboren, 5 minuten na het breken van de vliezen, ademt niet, sterft.

1 × vroeg afgeloopen vruchtwater. Tympania uteri; foetus maceratus.

3 maal werd een hoge tang aangelegd.

V.P. 1932/931. Niet vorderen, ondanks krachtige weeën.

Hooge tang. Kind heeft voorbijgaande Erbsche verlamming. Vrouw heeft een ureterfistel, die zich spontaan sluit.

V.P. 1932/1968. Baring vordert niet. Hooge tang. Levend kind.

V.P. 1933/820. Hooge tang wegens niet vorderen. Levend kind.

1 *Voorhoofdsligging.*

IIIe para. Vorige baringen: 2 × sp. à t. levende kinderen.

V.P. 1934/879. Schedel daalt niet in, versie en extractie. Levend kind. C.D. 10 cm.

2 *Aangezichtsliggingen.*

Beide spontaan en levend geboren.

6 *Stuitliggingen.*

3 maal spontane baring van levend kind.

1 maal gedeeltelijke extractie van levend kind.

2 maal volledige extractie: Beide kinderen sterven.

V.P. 1935/1208. Bij volkomen ontsluiting zijn harttonen onregelmatig. Extractie. Kind is spoedig dood.

V.P. 1931/1920. Bij het breken van de vliezen zakt navelstreng uit. Kind wordt geëxtraheerd. Sterft dadelijk.

3 *Dwarssliggingen.*

V.P. 1927/10. Dwarssligging, bij volkomen ontsluiting. Versie en extractie. Levend kind.

V.P. 1936/887. Dwarssligging, er kan dadelijk versie en extractie gedaan worden. Kind leeft.

V.P. 1936/1841. Uitwendige versie bij staande vliezen van dwarssligging tot hoofdsligging. Eenigen tijd later is er volkomen ontsluiting. Vliezen worden gebroken, er is een aangezichtsligging, die met de handgreep van Baudelocque in achterhoofdsligging wordt veranderd. Daarna spontane geboorte van levend kind.

4 $\times$ *Uitgezakte navelstreng.*

V.P. 1933/443. Uitgezakte navelstreng klopt bij de komst van den assistent niet meer, even te voren nog wel. Versie en extractie. Kind is dood.

V.P. 1934/518. Hoofd $\frac{3}{4}$ ingedaald. Navelstreng uitgezakt. Uitgangstang. Levend kind.

V.P. 1934/1945. Uitgezakte navelstreng. Hoofd bewegelijk. Versie en extractie. Levend kind.

V.P. 1936/1096. Uitgezakte navelstreng. Hoofd bewegelijk. Versie en extractie. Levend kind.

Er is dus van deze vier kinderen één kind gestorven. Het is niet uitgesloten, dat de practisant het kind had kunnen redden, als hij bevoegd was geweest versie en extractie te doen. De assistent, die even later kwam, vond de navelstreng reeds zonder pulsaties.

1 $\times$ *Voorliggende navelstreng.*

V.P. 1934/1276. Uitwendige versie tot stuitligging. Kor-

ten tijd daarna breken de vliezen en wordt het kind levend ge-extraheerd.

Van de 17 kinderen met liggingsafwijkingen werden 3 kinderen doodgeboren, 2 in stuitligging en 1 door uitgezakte navelstreng.

Multiparae. *Conjugata diagonalis* 9—9.9 cm.

Bij 17 enkelvoudige en voldragen zwangerschappen kwamen voor: 16 Achterhoofdsliggingen.

1 Dwarsligging.

16 Achterhoofdsliggingen.

15 kinderen werden spontaan geboren, 1 kind werd wegens niet vorderen, door de hoge tang geboren. V.P. 1934/1021.

Alle 16 kinderen leven.

1 Dwarsligging.

V.P. 1936/1490.

XIIIe para. *Conjugata diagonalis* 9.9 cm.

I Sp. à t. levend kind.

II en III Partus immaturus, kinderen dood.

IV en V Partus praematurus, kinderen dood.

VI en VII Spontaan à terme, 1 kind dood (lues).

VIII Stuitligging. Sp. à t. Levend kind.

IX Abortus.

X—XII 3 × Spontaan à terme, levende kinderen.

Het bekken heeft geen moeilijkheden gegeven, zoodat de bevalling thuis wordt afgewacht.

De vrouw laat waarschuwen, als het vruchtwater is afgelopen. Er is volkomen ontsluiting en een dwarsligging met een uitgezakt arm. Hoewel het bekken den indruk maakt klein te zijn, wordt met het oog op de gunstige afloop der vorige baringen, dadelijk versie en extractie gedaan. Het nakomende hoofd passeert zonder weerstand. Blijkbaar dus groote bewegelijkheid van het bekken.

Het kind leeft en weegt $\pm$ 4200 gram.

Multiparae. Algemeen vernauwde bekkens.

Bij 43 enkelvoudige en voldragen zwangerschappen kwamen voor: 40 *Achterhoofdsliggingen*.

1 *Kruinligging*.

2 *Stuitliggingen*.

40 *Achterhoofdsliggingen*.

Alle kinderen werden spontaan en levend geboren.

1 *Kruinligging*.

Spontane baring van een levend kind.

2. *Stuitliggingen*.

1 kind werd spontaan geboren, 1 kind na gedeeltelijke extractie. Beide kinderen leven.

Multipara. Bijzondere bekkens.

3 × *Heupluxatie*: 3 × achterhoofdsligging, spontane geboorte van een levend kind.

× *Uitgangsvernauwing*: 3 × achterhoofdsligging; 2 × spontaan, levende kinderen; 1 × uitgangstang, kind na 8 dagen dood door uitdroging, door verwaarloozing en slecht toezicht van den practisant. V.P. 1932/1813.

2 × *Poliomyelitis*: 2 × achterhoofdsligging. Spontane baring. Levende kinderen.

2 × *Kyphoscoliosis*. C.D. 10.9 cm Achterhoofdsligging. Spontane baring. Levend kind.

1 × *Dwarsvernauwd bekken*: Achterhoofdsligging. Spontaan na pituitrine. Levend kind.

1 × *Ankylose van de heup*: Achterhoofdsligging. Spontane baring. Levend kind.

Resultaat van alle Multiparae

met voldragen, enkelvoudige zwangerschap.

Van de 462 kinderen werden 10 levenloos geboren, terwijl 3 kinderen binnen de eerste tien dagen stierven.

Multiparae Bekkenvernaauwingen	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	Alg. vern.	Bijz. bekkens
Levend geboren	225	154	17	43	10
Later gestorven	2	—	—	—	1
Doodgeboren	4	6	—	—	—
Doodsoorzaak:					
Gemacereerd, oorzaak?	1	1	—	—	—
Langdurige ontsluitingsperiode	1	1	—	—	—
Asphyxie	—	1	—	—	—
Voorliggende navelstreng	1	—	—	—	—
Uitgezakte navelstreng	—	1	—	—	—
Stuitligging + uitgez. navelstreng + extractie	—	1	—	—	—
Stuitextractie	—	1	—	—	—
Dwarsligging	1	—	—	—	—

Doodsoorzaak van de kinderen die later gestorven zijn.

1 × na 45 minuten na V. en E. bij dwarsligging.

1 × na 6 dagen. Debilitas congenita?

1 × na 8 dagen door verwaarloozing en uitdroging.

Bij de multiparae zijn dus van de 462 kinderen 13 gestorven, van deze 13 kinderen zijn 6 gestorven tengevolge van de liggingsafwijkingen.

Er is geen kind gestorven tengevolge van de vernauwde doorgang.

Alle vrouwen herstelden.

Terugkomende op mijn beschouwingen, dat in de verloskundige polikliniek, talrijke lichte bekkenvernaauwingen onopgemerkt moeten gebleven zijn, blijkt uit de tabellen van de doodsoorzaken der levenloos geboren kinderen, dat deze licht vernauwde bekkens niet onschuldig zijn. Niet door de vernauwde doorgang, maar door de grootere frequentie der liggingsafwijkingen zijn deze bekkens gevaarlijk voor de kinderen.

Het is dus goed te weten, dat de frequentie van het voorko-

men van deze bekkens groot is, aangezien zij een belangrijke groep vormen, *niet zoozeer door hun vernauwde doorgang, als wel door hun misvorming, waardoor zij minder stabiliteit geven aan de achterhoofdsligging en waardoor liggingsafwijkingen kunnen optreden.* Vooral bij de multiparae, waarbij de toch reeds geringe stabiliteit voor de hoofdsligging nog afneemt met het slapper worden van de buikwand, treedt deze complicatie in een veel grotere frequentie op dan bij normale bekkens.

Voldragen Tweelingen in de Verloskundige Polikliniek.

Bij de *primiparae* kwamen geen gemelli voor.

Bij de *multiparae* kwamen 6 paren gemelli voor:

3 in de rubriek van bekkens met C.D. 11—11.9 cm.

a. 1e kind spontaan in achterhoofdsligging.

2e kind spontaan in stuitligging.

Beide kinderen leven.

b. 1e kind spontaan in stuitligging.

2e kind spontaan in achterhoofdsligging.

Beide kinderen leven.

c. 1e kind spontaan in achterhoofdsligging.

2e kind spontaan met hand naast het hoofd.

Beide kinderen leven.

3 in de rubriek van bekkens met C.D. 10—10.9 cm.

d. 1e kind in stuitligging met uitgezakte navelstreng wordt levend geëxtraheerd.

2e kind in kruinligging wordt spontaan en levend geboren.

e. 1e kind spontaan in achterhoofdsligging.

2e kind ligt dwars. V. en E. Beide kinderen leven.

f. Beide kinderen spontaan en levend in achterhoofdsligging geboren.

Praemature kinderen in de Verloskundige polikliniek.

8 *praemature* kinderen bij de *primiparae*.

Rubriek van bekkens met C.D. 11—11.9 cm:

a. Stuitextractie wegens slechte harttonen. Het kind sterft den volgende dag.

Bij obductie: bijnierbloedingen. De graviditeit duurde 36 weken.

Rubriek van bekkens met C.D. 10—10.9 cm:

- b-d. Driemaal spontane geboorte in achterhoofdsligging van een levend kind.
- e. Kind in stuitligging. Gedeeltelijke extractie van een levend kind.

Rubriek van Algemeen vernauwde bekkens:

- f-h. Driemaal spontane baring in hoofdsligging. Eén kind is dood, de graviditeit duurde 34 weken. Er werd geen andere afwijking gevonden, dan een oedemateuze placenta.

10 praemature kinderen bij de multiparae.

Rubriek van bekkens met C.D. 11—11.9 cm:

- a. Kind in stuitligging. Gedeeltelijke extractie. Kind is dood. 35 weken.
- b, c. Beide kinderen spontaan in achterhoofdsligging geboren. Graviditeit van 36 weken. Eén kind leeft, één kind sterft na 24 uur door vroeggeboorte.

Rubriek van bekkens met C.D. 10—10.9 cm.

- d.g. Vier levende kinderen spontaan in achterhoofdsligging geboren. Zwangerschapsduur 35—37 wk.

Rubriek van bekkens met C.D. 9—9.9 cm:

- h. Levenloos kind, spontaan geboren na solutio placentae in de 36e week.

Rubriek van Algemeen vernauwde bekkens:

- i. Spontane baring. Kind dood. 36 wk. Obductie: hernia diaphragmatica.
 - j. Spontane baring van levend kind in achterhoofdsligging. 34 weken.
-

Verloskundige Kliniek.

In de kliniek werden 1874 vrouwen met bekkenvernaauwingen behandeld.

Hiervan zijn 975 primiparae en
899 multiparae.

De 975 primiparae zijn in onderstaande tabel onderscheiden in 904 voldragen enkelvoudige zwangerschappen, 5 tweeling-zwangerschappen en 66 vroeggeboorten. De 904 voldragen, enkelvoudige zwangerschappen zijn tevens ingedeeld naar de ligging van het kind. Bovendien is een indeeling naar de graad van bekkenvernaauwing gemaakt.

Bij de achterhoofdsliggingen komen tevens de wandbeensliggingen voor, daar de wandbeensligging bij de platvernaauwde bekkens de normale wijze van indalen is.

975. Primiparae.

	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	C.D. 8-8.9	C.D. 7-7.9	Alg. vern.	Bijz. bekkens	C.D.? Omtr.?	Totaal
Voldr. enkelv. zw.sch.	311*	288	66	15	2	169	49	4	904
Achterhoofdsliggingen	289	245	37	4	—	166	40	2	783
Kruinliggingen	2	1	1	—	—	—	3	—	7
Voorhoofdsliggingen	1	1	1	—	—	—	—	1	4
Aangezichtsliggingen	2	8	1	—	—	—	1	—	12
Hoofd blijft beweeglijk	—	10	16	11	2	—	2	—	41
Voorliggende navelstreng	—	2	2	—	—	—	—	—	4
Uitgezakte navelstreng	2	3	—	—	—	—	—	—	5
Uitgezakte arm naast het hoofd	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stuitliggingen	14	17	7	—	—	—	—	—	—
Dwarsliggingen	—	1	1	—	—	3	3	1	45
Placenta praevia	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Tweelingzwangersch.	2	3	—	—	—	—	—	—	5
Vroeggeboorten	19	18	3	1	—	25	—	—	66
Totaal	332	309	69	16	2	194	49	4	975

*) Bij 311 bevallingen van enkelvoudige voldragen zwangerschappen bij C.D. 11-11.9 cm. deed zich één bijzonder geval voor: Toc. 1934/538. Opname wegens achterblijven van het nakomende hoofd na versie en extractie, waarbij de hals is afgescheurd.

Na inkomst wordt het hoofd met Kochers geëxtraheerd.

Voor de 899 Multiparae volgt een analoge tabel.

	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	C.D. 8-8.9	C.D. 7-7.9	Alg. vern.	Bijz. bekkens	C.D. ? Omtr. ?	Totaal
Voldr. enkelv. zw, sch.	276	309	99	29	2	74	33	2	824
Achterhoofdsliggingen	240	247	55	5	—	68	25	—	640
Kruinliggingen	5	9	1	—	—	2	—	—	17
Voorhoofdsliggingen	1	3	2	1	—	—	—	—	7
Aangezichtsliggingen	4	2	—	—	—	—	—	—	6
Hoofd blijft bewegelijk	—	20	25	16	2	—	4	—	67
Voorliggende navelstreng	—	3	1	2	—	—	—	—	6
Uitgezakte navelstreng	1	8	6	—	—	—	—	—	15
Uitgezakte arm naast het hoofd	—	2	1	—	—	—	1	—	4
Stuitliggingen	13	6	4	—	—	1	1	—	25
Dwarsliggingen	8	6	3	5	—	—	1	2	25
Placenta praevia	4	3	1	—	—	3	1	—	12
Tweelingzwangensch.	6	2	—	—	—	3	—	—	11
Vroeggeboorten	24	20	2	1	—	17	—	—	64
Totaal	306	331	101	30	2	94	33	2	899

Voor elke graad van bekkenvernauwing wordt nu het resultaat gegeven, onderverdeeld in de groepen B, C en D, al naar gelang de vrouwen uit de V.P. of van buiten werden opgenomen vóór of tijdens de baring. De tweelingen en praematuren zijn beide afzonderlijk behandeld.

Primipara. C.D. 11—11.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.
Tabel I.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	136	143	10	289
Kruinligging	1	1	—	2
Voorhoofdsligging	1	—	—	1
Aangezichtsligging	—	—	2	2
Hoofd blijft bewegelijk	—	—	—	—
Voorliggende navelstreng	—	—	—	—
Uitgezakte navelstreng	—	—	2	2
Uitgezakte arm naast hoofd	—	—	—	—
Stuitligging	4	7	3	14
Dwarsligging	—	—	—	—
Placenta praevia	—	—	—	—
Totaal	142	151	17	310

Bij de primiparae met C.D. 11—11.9 kwamen dus 310 bevalingen voor, uit groep B: 142.

groep C: 151.

groep D: 17.¹⁾

Hieronder worden de resultaten der kinderen, met de wijze waarop zij geboren zijn, voor elke ligging afzonderlijk gegeven.

Achterhoofdsliggingen.

	B.			C.			D.			Totaal		
	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +
Spontaan	124	3	—	131	—	1	4	—	—	259	3	1
Correctie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pituitrine	1	—	—	2	—	—	1	—	—	4	—	—
Uitgangstang na pituitrine	3	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—
Uitgangstang	1	1	—	4	1	—	2	—	—	7	2	—
Hooge tang na pituitrine	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—
Hooge tang	1	1	—	2	—	—	1	1	—	4	2	—
Versie en extractie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perforatie	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—
Keizersnede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal	131	5	0	141	1	1	8	2	0	280	8	1

De tabellen laten zien, dat slechts enkele malen een primipara met een conjugata diagonalis 11—11.9 cm wegens moeilijkheden durante partu werd opgenomen.

Van de 289 achterhoofdsliggingen bevielen 263 vrouwen spontaan, bovendien 4 vrouwen na pituitrine.

6 maal had het geven van pituitrine geen succes. 26 kunstverlossingen kwamen er voor, waarvan slechts 4 × hooge tang. Deze lichtvernauwde bekkens hebben dus met het kind in achterhoofdsligging weinig stoornissen gegeven. Zij zijn dan ook voor het grootste deel niet gevonden door moeilijkheden voor of tijdens de baring, maar zijn bekend geworden, doordat in de kliniek zooveel mogelijk getracht wordt het promontorium te bereiken en de conjugata diagonalis te meten, eventueel bij

1) Zie noot op blz. 45.

ontslag. Keizersnede is er voor een primipara met een bekken van 11—11.9 cm niet gedaan.

Er zijn 9 kinderen gestorven.

Doodsoorzaak van de kinderen:

3 Kinderen doodgeboren, spontaan:

1. tijdens de uitdrijving, vrouw had lues, 3330 gram toc 1928/374.
 2. door langdurige baring, 4100 gr. toc 1930/459.
 3. door dunne navelstreng, 3860 gr. toc 1936/575.
- 1 kind spontaan geboren, stierf later (4e dag) door onbekende oorzaak, 3070 gr. toc 1929/363.
- 2 kinderen werden doorgeboren na een uitgangstang.
1. Na een langdurige baring, 2500 gr. toc 1930/148.
 2. Reeds gemacereerd. Dunne navelstreng, 3310 gr., toc 1934/456.
- 2 kinderen werden doodgeboren na een hoge tang.
1. Door eclampsie, 3370 gram, toc 1934/344.
 2. Door dunne navelstreng, 4180 gram, toc 1935/393.
- 1 kind werd geperforeerd. Er bestond tympania uteri, het kind was reeds gemacereerd. De baring vorderde niet 3800 gr. toc 1936/103.

Op de 310 bevallingen kwamen 21 liggingsafwijkingen voor.

2 Kruinliggingen.

Hiervan werd één kind spontaan en levend geboren. toc 1927/264. (Groep C).

Het andere kind werd na pituitrine niet geboren, zoodat na 4 uur volkomen ontsluiting een uitgangstang werd aangelegd. Levend kind. toc 1928/479. (Groep B).

1 Voorhoofdsligging.

Na een mislukte correctie vordert de baring niet, uitgangstang 5 uur na volkomen ontsluiting. Kind leeft. toc 1930/156. (Groep B).

2 Aangezichtsliggingen.

Eén spontaan en levend geboren. toc 1929/350. (Groep D).

De andere staat reeds diep in het bekken en vordert dan niet meer. Uitgangstang. Levend kind. toc 1927/418. (Groep D).

2 × Uitgezakte navelstreng.

1. In partu opgenomen wegens uitgezakte navelstreng bij 4 cm ontsluiting. Navelstreng klopt goed. Vrouw weigert keizersnede. Kind sterft en wordt spontaan geboren. toc 1936/490. (Groep D).
2. In partu opgenomen wegens uitgezakte navelstreng en arm. Er is volkomen ontsluiting. Versie en extractie. Kind leeft toc 1932/138. (Groep D).

14 Stuitliggingen.

4 kinderen worden spontaan geboren. 3 levend en 1 gemace-reerd. Doodsoorzaak: vroeg afgeloopen vruchtwater. toc 1928/425. (Groep B).

1 kind wordt na pituitrine spontaan en levend geboren.

2 keer moet na pituitrine toch tot extractie overgegaan wor-den. Beide extracties zijn waarschijnlijk te laat gekomen. Eén kind sterft na 20 minuten. toc 1936/360. (Groep C).

Het andere kind sterft tijdens de extractie. toc 1936/494. (Groep D).

3 kinderen worden spontaan geboren tot de schoudergordel, de baring vordert dan niet snel genoeg. Gedeeltelijke extracties. 4 kinderen worden volledig geëxtraheerd.

Bij de 14 stuitliggingen zijn dus 2 kinderen gestorven door baringstrauma resp. asphyxie, en één kind door vroegafgeloop-en vruchtwater.

In achterhoofdsligging zijn 9 kinderen gestorven.

Met een liggingsafwijking zijn 4 kinderen gestorven.

Kraambed.

		< 38°	38°-38°.4	38°.5-38°.9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Spontaan	B. 128	55	47	13	8	1	4	2 × thrombose
	C. 138	62	44	12	12	7	1	2 × thrombose
	D. 8	2	4	1	1	—	—	
Uitgangstang	B. 7	3	2	—	2	—	—	1 vrouw dadelijk dood post partem
	C. 5	1	1	2	—	—	—	
	D. 3	1	2	—	—	—	—	

			< 38°	38°-38° 4	38° 5-38° 9	> 39°	mastitis	pyelites
Hooge tang	B.	3	1	2	—	—	—	—
	C.	3	1	1	1	—	—	—
	D.	2	—	1	—	1	—	—
Stuitextractie	B.	3	1	1	1	—	—	—
	C.	3	—	2	1	—	—	—
	D.	2	1	—	1	—	—	—

Versie en extractie werd alleen in groep D éénmaal verricht; ongestoord kraambed.

Perforatie van de schedel werd alleen in groep D éénmaal verricht en had een sterk gestoord kraambed met temperatuur boven de 39°.

In groep B werd éénmaal de placenta manueel verwijderd na spontane bevalling. Het kraambed verliep met temperatuursverhooging. Hoogste temperatuur 38°—38.4°.

In groep C werd driemaal de placenta manueel verwijderd. Tweemaal na een uitgangstang. Beide vrouwen stierven, waarvan hieronder de korte verslagen volgen: toc 1930/148.

Eclamptica. Zeer langdurige baring. Vliezen gedurende 5 dagen gebroken. Tenslotte kan een uitgangstang aangelegd worden. Kind is dood; 2500 gram.

De vrouw vloeit sterk. Placenta wordt manueel verwijderd.

Het kraambed is sterk gestoord. Den 32en dag krijgt de vrouw een dodelijke embolie.

toc 1935/43.

Langdurige baring. Vliezen gedurende 6½ uur gebroken. Als er 1½ uur volkomen ontsluiting is, vordert de baring niet. Harttonen onregelmatig. Uitgangstang. Levend kind. 3900 gram. De vrouw vloeit sterk. Manuele placenta verwijdering. De vrouw komt niet goed bij uit de narcose en sterft. Bij obductie: degeneratie van hart en lever.

Manuele placenta verwijdering na stuitextractie werd gevolgd door een licht gestoord kraambed.

Hoogste temperatuur 38°—38.4°.

Er zijn dus in het kraambed twee vrouwen gestorven, terwijl vier vrouwen een thrombose kregen (na spontane geboorte van het kind.)

Primiparae C.D. 10—10.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Tabel II.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	115	107	23	245
Kruinligging	—	—	1	1
Voorhoofdsligging	1	—	—	1
Aangezichtsligging	1	1	6	8
Hoofd blijft bewegelijk	2	7	1	10
Voorliggende navelstreng	1	1	—	2
Uitgezakte navelstreng	2	1	—	3
Uitgezakte arm naast hoofd	—	—	—	—
Stuitligging	7	5	5	17
Dwarligging	1	—	—	1
Placenta praevia	—	—	—	—
Totaal	130	122	36	288

Bij de primiparae met C.D. 10—10.9 cm kwamen dus 288 bevallingen voor, uit groep B: 130.

groep C: 122.

groep D: 36.

In vergelijking met tabel I blijkt in bovenstaande tabel, dat het percentage vrouwen uit groep D is toegenomen, (waaruit de conclusie getrokken kan worden, dat deze bekkens meer moeilijkheden tijdens de baring opleveren.

Resultaten van de kinderen, met de wijze waarop zij geboren zijn, voor elke ligging afzonderlijk. Zie tabel op bldz. 52.

De tabel laat zien, dat van de 245 achterhoofdsliggingen 205 vrouwen spontaan bevielen, waarvan tien maal na pituitrine, terwijl in tien gevallen toch nog kunsthulp moest volgen na pituitrine. 28 maal werd kunsthulp verleend. In vergelijking met de resultaten bij achterhoofdsligging bij bekkens van 11—11.9 cm is het aantal kunstverlossingen dus wat toegenomen, waarbij vooral van belang is, dat tweemaal het kind geperforeerd moest worden en driemaal keizersnede werd verricht.

In achterhoofdsligging stierven 7 kinderen; doodsoorzaken:
1 Kind door onbekende oorzaak gemacereerd. toc. 1936/125.

Achterhoofdsliggingen.

	B.			C.			D.			Totaal		
	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +
Spontaan	96	1	—	89	—	1	8	—	—	193	1	1
Correctie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pituitrine	2	—	1	5	—	—	2	—	—	9	—	1
Uitgangtang na pituitrine	3	—	—	3	—	—	1	—	—	7	—	—
Uitgangtang	7	—	—	3	—	—	4	—	—	14	—	—
Hooge tang na pituitrine	1	—	—	1	—	—	1	—	—	3	—	—
Hooge tang	3	—	—	3	—	—	3	—	1	9	—	1
Versie en extractie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perforatie	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—
Keizersnede	—	—	—	2	—	—	1	—	—	3	—	—
Totaal	112	2	1	106	—	1	20	2 ¹⁾	1	238	4 ¹⁾	3

1 Kind spontaan geboren, was door onbekende oorzaak gemacereerd. 4210 gram. toc 1927/152.

1 Kind spontaan geboren, stierf door onbekende oorzaak, 21 uur na de bevalling. 2500 gram, toc 1932/123.

1 Kind na pituitrine spontaan geboren, stierf na 20 uur tengevolge van het geboortetrauma, vermoedelijk een hersenlaesie, 3380 gram toc 1935/328.

2 Kinderen zijn door de langdurige baring gestorven, na pituitrine volgde de spontane baring niet en moest beide malen tot perforatie van de schedel overgegaan worden, 3200 gram, toc 1930/227 en 3900 gram toc 1936/294.

1 Kind stierf na 1 dag tengevolge van een schedelfractuur na een hooge tang, 4550 gram, toc 1934/146.

Op de 288 bevallingen kwamen 33 liggingsafwijkingen voor, en 10 maal daalde het hoofd niet in.

1 *Kruinligging.*

Kind spontaan geboren, leeft en weegt 2870 gram, toc 1934/318. (Groep D).

1 *Voorhoofdsligging.*

Na correctie in achterhoofdsligging volgens B a u d e l o c q u e wordt het kind met de tang levend geëxtraheerd.

3650 gram. Toc 1931/397. (Groep B).

¹⁾ In groep D werd een foetus maceratus met muzeux's in achterhoofdsligging geëxtraheerd. Oorzaak van de maceratie is onbekend. 3760 gram toc. 1936/125

8 Aangezichtsliggingen.

Deze ligging kan groote moeilijkheden bij de uitdrijving geven. Zes vrouwen werden durante partu opgenomen.

Twee vrouwen bevielen *spontaan*.

- a. Spontaan, levend kind, 3650 gram, toc 1928/424 (Groep B).
- b. Spontaan, levend kind, 3360 gram, toc 1932/173 (Groep C).

Tweemaal werd een *uitgangstang* aangelegd.

- a. Kind gestorven voor volkomen ontsluiting. Uitgangstang. 2680 gram, toc 1927/452 (Groep D).
- b. Uitgangstang, levend kind, 3050 gram, toc 1934/552 (Groep D).

Eénmaal werd een *hooge tang* aangelegd.

- a. Thuis had de huisarts tevergeefs getracht het kind forci-paal te extraheeren. Na opname wordt eerst getracht versie en extractie te doen, als dit te gevaarlijk blijkt, wordt het kind met de tang geëxtraheerd. Het kind is dood, 4160 gram, toc 1933/317 (Groep D).

Tweemaal tangextractie na *correctie volgens Baudelocque*.

- a. Thuis had de huisarts tevergeefs getracht het kind met de tang te extraheeren. Na opname correctie volgens Baudelocque, met de tang wordt het kind in achterhoofdsligging met het achterhoofd achter geboren. Het kind sterft spoedig door hersenbloeding, 3560 gram, toc 1928/369 (Groep D).

- b. Handgreep volgens Baudelocque, *hooge tang*. Kind sterft na 35 minuten, 3970 gram, toc 1935/374 (Groep D).

Eénmaal *versie en extractie*.

- a. Na ruim 3 uur volkomen ontsluiting vordert de baring niet. V. en E. Tijdens de moeilijke versie ontstaat een uterusruptuur. Het kind leeft, 3580 gram. De vrouw verbloedt, toc 1936/550 (Groep D).

10 *Maal blijft het hoofd beweegelijk boven den ingang.*

Eénmaal *hooge tang*.

- a. *Hooge tang*. Kind dood met schedelbreuk, 3800 gram, toc 1935/385 (Groep C).

De onregelmatige harttonen spoedig na volkomen ontsluiting, waren aanleiding geen keizersnede te doen, doch te trachten het kind wellicht nog met de tang te redden.

Eénmaal perforatie.

- a. Ten onrechte wordt de diagnose: hydrocephalus gesteld. Ook de röntgenfoto geeft een misleidend beeld. Perforatie. Extractie met de cranioclast mislukt. Versie en extractie. Het blijkt een normaal kind te zijn met een zeer groot hard hoofd, 4200 gram, toc 1934/372 (Groep C).

Achtmaal keizersnede.

toc 1927/415, toc 1927/465, toc 1930/28.
toc 1934/342, toc 1934/520, toc 1935/69.
toc 1935/107, toc 1936/529.

2 Maal voorliggende navelstreng.

- a. *Keizersnede.* Levend kind. 3520 gram.
toc 1930/207 (Groep B).
- b. *Versie en extractie.* Vliezen zijn blijven staan tot volkomen ontsluiting. Levend kind. 3240 gram. toc 1931/493 (Groep C).

3 Maal uitgezakte navelstreng.

- a. Kind reeds dood bij opname. *Perforatie.* 3260 gram
toc 1929/139 (Groep B).
- b. *Keizersnede.* Levend kind, 2900 gram.
toc 1932/346. (Groep C).
- c. *Keizersnede.* Kind sterft na $\frac{1}{2}$ uur. 4210 gram.
toc 1934/173 (Groep B).

17 Maal Stuitligging.

- 10 maal *gedeeltelijke extractie.* Kinderen leven.
- 6 maal *volledige extractie.* 5 kinderen leven, 1 kind is dood.
toc 1934/62. (Groep C).
- 1 maal *pituitrine* en daarna *volledige extractie.*
Het kind sterft tijdens de extractie door moeilijkheden met het nakomende hoofd.
toc 1936/128 (Groep D).

1 Maal Dwarsligging.

Versie en extractie. Levend kind. 3100 gram.
toc 1930/150. (Groep B).

Wanneer wij de doodsoorzaken van de 17 gestorven kinde-

ren bij de primiparae met C.D. 10—10.9 cm samenvatten, blijkt, dat:

in achterhoofdsligging vier kinderen door het geboorte trauma zijn gestorven.

twee kinderen waren reeds gestorven vóór het begin van de baring en werden gemacereerd geboren.

Eén kind stierf door onbekende oorzaak, 20 uur na de spontane geboorte.

bij *bewegelijk staand hoofd* stierven twee kinderen, de één door de tang, de ander door perforatie.

De vernauwde doorgang heeft dus, zonder dat er een ligingsafwijking bestond, aan zes kinderen het leven gekost.

Bij de *liggingsafwijkingen* zijn acht kinderen gestorven.

De aangezichtsligging eischte de meeste slachtoffers. Vier van de acht kinderen stierven.

Door uitzakken van de navelstreng gingen twee kinderen verloren.

Voor twee kinderen werden de moeilijkheden met het nakomende hoofd bij stuitextractie noodlottig.

Op 243 Achterhoofdsliggingen stierven 4 kinderen door een baringstrauma, en 3 maal werd keizersnede gedaan. 10 maal daalde het hoofd niet in, dus ook hier lag de moeilijkheid in de vernauwde doorgang. Twee kinderen werden het slachtoffer en 8 maal werd keizersnede gedaan.

De 35 liggingsafwijkingen leverden percentsgewijze veel meer gevaren op voor moeder en kind, want 3 maal werd tot keizersnede overgegaan en 8 kinderen stierven.

Kraambed.

			< 38°	38°-38°.4	38.5-38.9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Spontaan	B.	101	47	32	12	7	3	—	1 × thrombose 1 × thrombose
	C.	96	43	34	12	4	3	—	
	D.	11	5	3	1	2	—	—	
Uitgangstang	B.	10	2	3	1	4	—	—	1 × thrombose
	C.	5	2	—	—	3	—	—	
	D.	7	1	2	2	2	—	—	

			< 38°	38°-38°.4	38°.5-38°.9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Hooge tang	B. 4	1	2	1	—	—	—	—	3 × thrombose
	C. 5	1	1	1	2	—	—	—	
	D. 6	—	1	2	2	—	—	—	

De beide perforaties van de schedel in groep B.

a. Kraambled ongestoord.

b. Na de perforatie was de placenta manueel verwijderd. De vrouw krijgt thrombose met longabcessen en wordt na 48 dagen in het kraambled gelegen te hebben, nog geruimen tijd in de interne kliniek verpleegd.

De perforatie in groep D werd gevolgd door een gestoord kraambled met temperaturen boven de 39 graden.

Het kraambled na de drie verlossingen met de handgreep van Baudelocque en hooge tang was licht gestoord (38°—38°.4).

			< 38°	38°-38°.4	38°.5-38°.9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Stuitextractie	B. 7	3	1	1	2	—	—	—	2 × thrombose
	C. 5	1	1	—	1	1	1	1	
	D. 5	1	1	1	2	—	—	—	

Versie en extractie in groep B. 1 × kraambled met hoogste temperatuur 38°.5—38°.9.

Versie en extractie in groep C. 1 × kraambled met hoogste temp. 38°—38°.4.

Versie en extractie in groep D. 1 × Violente uterus ruptuur. *Excitus.* toc 1936/550.

Eén foetus maceratus werd met tangen van M u z e u x geëxtraheerd. Kraambled sterk gestoord. Temp. boven de 39°.

Bij een der keizersneden stierf de vrouw 3 uur post operationem aan de narcose.

In het geheel zijn dus twee vrouwen overleden.

Primiparae. C.D. 9—9.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Tabel III.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	18	15	4	37
Kruinligging	—	1	—	1
Voorhoofdsligging	—	1	—	1
Aangezichtsligging	—	—	1	1
Hoofd blijft bewegeijk	3	10	3	16
Voorliggende navelstreng	1	1	—	2
Uitgezakte navelstreng	—	—	—	—
Uitgezakte arm naast hoofd	—	—	—	—
Stuitligging	4	—	3	7
Dwarsligging	—	—	1	1
Placenta Praevia	—	—	—	—
Totaal	26	28	12	66

Men mag aannemen, dat alle 66 vrouwen opgenomen zijn voor de sterke bekkenvernauwing. 26 vrouwen zijn opgenomen uit de Verloskundige polikliniek. 40 vrouwen komen van buiten. 12 vrouwen zijn hiervan durante partu, dus wegens moeilijkheden tijdens de baring opgenomen. Het percentage vrouwen, waarbij de prophylaxe dus onvoldoende is geweest is vrij groot.

Resultaten van de kinderen met de wijze, waarop zij geboren zijn, voor elke ligging afzonderlijk.

Op 66 bevallingen kwamen 37 achterhoofdsliggingen voor. 16 maal daalde het hoofd niet in. 13 liggingsafwijkingen.

35 Achterhoofdsliggingen.

	B.			C.			D.			Totaal		
	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †
Spontaan	12	2	—	11	1	—	1	—	—	24	3	—
Correctie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pituitrine	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uitgangstang na pituitrine	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uitgangstang	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Hooge tang na pituitrine	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Hooge tang	—	—	—	2	—	—	—	—	1	2	—	1
Versie en extractie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perforatie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Keizersnede	2	—	—	1	—	—	2	—	—	5	—	—
Totaal	15	3	—	14	1	—	3	—	1	32	4	1

Deze tabel toont aan, dat in groep D op de 12 bevallingen, slechts vier achterhoofdsliggingen voorkwamen.

Van de 37 achterhoofdsliggingen werden 26 kinderen spontaan geboren. Ondanks de ernstige vernauwing volgde toch bij een groot aantal spontane baring, mits er dus maar een indaling in achterhoofdsligging plaats vond.

11 maal werd kunsthulp verleend, waarvan 5 maal keizersnede.

4 kinderen werden doodgeboren, één stierf na 1 dag.

Doodsoorzaak:

1. Spontaan, doodgeboren door omstrengeling. Groep B. toc 1928/389.
2. Spontaan, gemacereerd door onbekende oorzaak. Groep B. toc. 1928/426.
3. Spontaan, gemacereerd: monstrum. Groep C. toc 1930/274.
4. Uitgangstang, kind tijdens ontsluitingsperiode gestorven door druk op de dunne navelstreng. Groep B. toc 1936/538.
5. Hooge tang, na 1 dag dood door hersenbloeding. Groep D. toc 1929/173.

Samengevat zijn twee kinderen door andere oorzaken dan de bekkenvernauwing gemacereerd.

Twee kinderen zijn tijdens de ontsluitingsperiode gestorven.

Slechts één kind is tengevolge van de bekkenvernauwing door hersenlaesie gestorven.

Thans de resultaten der overige liggingen.

Kruinligging.

Eén geval voorkomend in groep C. Spontane geboorte van een levend kind. toc 1930/153.

Voorhoofdsligging.

Eén geval voorkomend in groep C.

Hooge tang op indicatie: niet indalen in kruinligging.

Levend kind wordt geboren in voorhoofdsligging.

De diagnose is verkeerd geweest. toc 1930/371.

Aangezichtsligging.

Eén geval voorkomend in groep D.

Hooge tang na correctie volgens Baudelocque, in achterhoofdsligging in verkeerde spildraai geëxtraheerd.

Levend kind. Vrouw heeft totaalruptuur. toc 1935/378.

Hoofd daalt niet in, en is nog bewegelijk, als er reden tot ingrijpen bestaat.

16 gevallen, 16 maal keizersnede.

Voor groep B: toc 1934/134. toc 1935/9. toc 1935/423.

Voor groep C: toc 1929/427. toc 1929/475. toc 1930/20. toc 1931/77. toc 1931/113. toc 1932/8. toc 1933/500. toc 1933/527. toc 1934/437. toc 1936/150.

Voor groep D: toc 1930/465. toc 1930/524. toc 1931/257.

Van de 16 kinderen is er één doodgeboren. (toc 1930/524).

Opname, nadat de vrouw reeds 5 dagen in partu is. Kind dood door tympania uteri. De gevaren het kind door verkleining geboren te doen worden, worden grooter geacht dan die bij keizersnede onder deze omstandigheden.

Voorliggende navelstreng.

2 gevallen.

1. Keizersnede. Levend kind. Groep B. toc 1930/95.
2. Kind reeds dood als diagnose gesteld wordt. Spontane baring. Groep C. toc 1936/449. Ondanks het feit dat vliezen stonden, is toch het kind door de voorliggende navelstreng gestorven.

Stuitliggingen.

7 gevallen, dit aantal op 66 bevallingen, is groot. In groep B kwamen 4 stuitliggingen voor, die niet gekeerd konden worden, tweemaal daar het een onvolkomen stuitligging was.

Alle 7 stuitliggingen werden door kunsthulp geboren.

2 × gedeeltelijke extractie, levende kinderen.

2 × volledige extractie, één kind leeft, één kind sterft den 4en dag door hersenbloeding. toc 1935/557.

3 × keizersnede. Alle drie in groep D. Kinderen leven. toc 1930/195. toc 1932/401. toc 1935/538.

Dwarssligging.

Eén geval uit Groep D.

1. Keizersnede. Levend kind. toc 1936/134.

Vijf doode kinderen zijn besproken bij de achterhoofdsliggingen. Eén kind stierf tijdens de langdurige baring; hoofd daalde niet in, en werd door keizersnede geboren.

Bij de liggingsafwijkingen stierven twee kinderen.

Eén kind door voorliggen van de navelstreng.

Eén kind stierf na moeilijkheden met het nakomende hoofd bij stuitextractie.

Kraambed.

			< 38°	38°-38°.4	38°.5-38.9	> 39°	mastitis	pyelitis
Spontaan	B.	14	6	5	1	1	1	—
	C.	14	6	4	2	2	—	—
	D.	1	1	—	—	—	—	—

Uitgangstang.

1 geval voorkomend in groep B. Kraambed was gestoord. Hoogste temperatuur 38°.5—38°.9.

Hooge tang	B.	1	1	—	—	—	—	—
	C.	3	—	—	2	1	—	—
	D.	1	—	—	—	1	—	—

1 × thrombose

Baudelocque + hooge tang.

1 geval voorkomend in groep D. Kraambed was gestoord. Hoogste temperatuur 38°.5—38°.9.

Stuitextractie.

4 gevallen voorkomend in Groep B. Eén kraambed ongestoord. Tweemaal kraambed licht gestoord. Hoogste temperatuur 38°—38°.4. Eénmaal kraambed gestoord. Hoogste temperatuur 38°.5—38°.9.

Keizersneden { B. 6 Van de 26 keizersneden is geen
C. 11 vrouw in het kraambed overleden.
D. 9

Primiparae. C.D. 8—8.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Tabel IV.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	1	2	1	4
Hoofd blijft beweegelijk	3	5	3	11
Totaal	4	7	4	15

De verlossing bestond in alle gevallen uit keizersnede.

Eén kind is gestorven. (Groep D).

Toc 1934/115. Opname durante partu met sterke tympania uteri. Hoewel het kind weinig kans wordt gegeven, wordt tot keizersnede besloten. Temeer, omdat cranioclasie ook niet onschuldig is. Het kind sterft den 3en dag. De vrouw krijgt een buikwandabsces en geneest.

Van de 15 vrouwen zijn er geen gestorven.

Primiparae C.D. 7—8 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Twee vrouwen, één uit groep C, en één uit groep D.

In beide gevallen daalde het hoofd niet in. Keizersnede. Levend kind. Beide vrouwen blijven leven.

Primiparae. Bekkenmaten onbekend. Voldragen en enkelvoudig.

Bij vier vrouwen werd een bekkenvernauwing geconstateerd, doch verzuimd de bekkenmaten te noteeren.

Volledigheidshalve wordt van deze 4 vrouwen een kort baringverslag gegeven.

1. Toc 1929/378. Groep B.

Opgenomen uit de verloskundige polikliniek, wegens voorhoofdsligging, gebroken vliezen en 5 cm ontsluiting.

Zoodra er volkomen ontsluiting is, de vliezen zijn dan 72 uren gebroken, wordt volgens Baudelocque de stand gecorrigeerd in achterhoofdsligging, en forcipaal een levend kind geëxtraheerd; 3750 gram. 25 dagen later sterft de vrouw door embolie.

2. Toc 1936/454. Groep D.

Opname wegens tympania uteri. Hoofd in achterhoofdslig-

ging geheel ingedaald. Uitgangstang. Kind leeft. 4410 gram. Het vruchtwater was reeds $2\frac{3}{4}$ dag afgeloopen. Kraambed gestoord. Temp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.

3. Toc 1936/546. Groep D.

Opname wegens vloeien. Stuitligging. Bij volkomen ontsluiting wordt onmiddellijk geëxtraheerd wegens de bekkenvernauwing. Levend kind. 3140 gram. Oorzaak bloeding wordt niet bekend. Kraambed licht gestoord.

4. Toc 1927/139. Groep C.

Spontane baring in achterhoofdsligging. Kind leeft. 3640 gram. Kraambed gestoord. Temp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.

Primiparae. Algemeen vernauwde bekkens. Voldragen en enkelvoudig.

Tabel V.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	72	91	3	166
Stuitligging	—	3	—	3

Resultaten voor groep B:

Van de 72 achterhoofdsliggingen werd 67 maal spontaan een levend kind geboren. Eénmaal werd pituitrine gegeven.

5 maal werd een levend kind geboren door een uitgangstang, tweemaal was pituitrine gegeven.

Resultaten voor groep C:

Van de 91 achterhoofdsliggingen bevielen 87 spontaan. Eén kind is dood. Doodsoorzaak: Intercurrente eclampsie. toc 1929/274. 4 maal werd een uitgangstang aangelegd. Levende kinderen.

Van de 3 stuitliggingen werd één kind spontaan en levend geboren. Eén kind werd gedeeltelijk geëxtraheerd en leeft. Eén kind werd volledig geëxtraheerd, doch stierf onmiddellijk, door eclampsie. toc 1931/377.

Resultaten van Groep D:

Van de 3 achterhoofdsliggingen werden alle kinderen door een uitgangstang geboren. Slechts één kind leeft.

Doodsoorzaak van de beide kinderen.

1. eclampsie. toc 1930/412.

2. tympania uteri. toc 1936/66.

Deze bekkens hebben slechts een enkele maal stoornis gegeven in de uitdrijving. Zij geven aan de achterhoofdsligging een groote stabiliteit. In totaal zijn 4 kinderen doodgeboren, drie door eclampsie, één door tympania uteri, voor volkomen ontsluiting reeds ontstaan.

Kraambed.

			< 38°	38°-38° 4	38° 4-38° 9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Spontaan	B.	67	33	16	7	6	3	2	1 × thrombose
	C.	88	35	33	6	11	2	1	2 × thrombose
	D.	—	—	—	—	—	—	—	
Uitgangstang	B.	5	1	3	—	1	—	—	
	C.	4	1	2	1	—	—	—	
	D.	—	—	—	—	—	—	—	
Stuitextractie	B.	—	—	—	—	—	—	—	
	C.	2	—	—	2	—	—	—	
	D.	3	1	—	1	1	—	—	

Er zijn geen vrouwen in het kraambed gestorven.

Primiparae. Bijzondere bekkens. Voldragen en enkelvoudig.
Aard van de bekkens.

	B.	C.	D.	Totaal
Heupluxatie	4	8	2	14
Coxitis tuberculosa	1	3	1	5
Kyphoscoliosis	3	3	—	6
Dwars vernauwd	1	1	—	2
Uitgangsvernauwing	2	2	4	8
Eén been verkort	1	2	—	3
Scheefvernauwd	1	2	1	4
Ankylose na heupfractuur	1	—	—	1
Trechterbekken	2	—	—	2
Oude poliomyelitis	2	—	—	2
Onbekend gebleven afwijking	1	—	—	1
Coxitis rheumatica	—	1	—	1
Totaal	19	22	8	49

Resultaten bij de verschillende afwijkingen.

14 maal *Heupluxatie*.

12 maal spontane baring in achterhoofdsligging. Levende kinderen.

13. Toc 1935/274. Groep C. Conjugata diagonalis 11.3 cm. 2 uur na het breken van de vliezen bij volkomen ontsluiting blijkt de spildraai uit te blijven. Uitgangstang. Kind leeft. 3370 gram.

14. Toc 1934/356. Groep D.

Opname wegens niet vorderen in stuitligging.

De onvolkomen stuitligging wordt geëxtraheerd. Kind leeft, 3170 gram.

Kraambed gestoord. Pleuravochtophooping. 600 cc. wordt uitgeheveld. Na 12 dagen naar de Interne kliniek. 2 dagen later dodelijke embolie.

5 maal *Coxitis tuberculosa*.

2 maal spontane baring in achterhoofdsligging. Levende kinderen.

3. Toc 1936/299. Groep B.

Opgenomen wegens coxitis tuberculosa. Linker bekkenhelft is naar binnen gedrongen. C.D. 11.9 cm.

Ondanks krachtige weeën, komt het hoofd niet voorbij de spinalijn. Harttonen onregelmatig. Gemakkelijke hoge tang. Levend kind. 3480 gram.

4. Toc 1934/295. Groep C.

Scheef bekken C.D. 9.4 cm. Hoofd daalt niet in. Keizersnede, levend kind. 3780 gram.

5. Toc 1934/470. Groep D.

Scheef bekken. Baring vordert niet tijdens de uitdrijving. Forciple extractie in miskende verkeerde spildraai. Kind leeft. 3400 gram.

6 maal *Kyphoscoliosis*.

4 maal spontane baring in achterhoofdsligging. Kinderen leven.

5. Toc 1935/442. Groep B.

Dwerg van 124 cm lengte met een gibbus. Promontorium is niet bereikt. Omtrek van het bekken bedraagt 76 cm. De vrouw kan niet persen; $\frac{3}{4}$ uur na het breken van de vliezen worden de harttonen onregelmatig. Hooge tang. Kind leeft. 2790 gram, in kruinligging geboren.

6. Toc 1931/203. Groep C.

Kyphoscoliosis met vernauwd bekken. C.D. 10.5 cm. Spontane geboorte in kruinligging. Levend kind. 3120 gram.

2 Dwars vernauwde bekkens.

1. Toc 1931/167. Groep C.

Dwarsvernauwd bekken bij dubbelzijdige congenitale heupluxatie. Spontane baring in achterhoofdsligging. Kind leeft. 3360 gram.

2. Toc 1934/35. Groep B. Opgenomen wegens dwarsvernauwd bekken. De baring begint met het afloopen van het vruchtwater en vordert zeer langzaam, ondanks pituitrine.

Na $83\frac{1}{2}$ uur is er volkomen ontsluiting, er bestaat darmatonie, temp. 38° . De vrouw is uitgeput. Hoofd is nog niet met de grootste omvang door den ingang. Hooge tang.

Kind leeft, vertoont voorbijgaande verschijnselen van intracranieele bloedingen. Het heeft een Erbsche verlamming en een clavicula fractuur. Gewicht 4230 gram.

8 × Uitgangsvernauwing.

1. Toc 1930/539. Groep B. Opgenomen wegens uitgangsvernauwing. 20 minuten na het breken van de vliezen, worden de harttonen onregelmatig. Gemakkelijke uitgangstang.

Kind leeft 3930 gram.

2. Toc 1932/427. Groep B. De vrouw zou thuis bevallen. Na volkomen ontsluiting daalt het hoofd maar weinig in. Behalve een uitgangsvernauwing worden geen afwijkingen aan het bekken gevonden. Wegens niet vorderen van de baring, wordt een hooge tang aangelegd.

Extractie mislukt. Opname:

De vrouw heeft koorts. Keizersnede is uitgesloten. Hoogte tang. Kind wordt doodgeboren. 4310 gram.

Vermoedelijke doodsoorzaak: schedeltrauma.

3. Toc 1930/471. Groep C. Na 3 uur volkomen ontsluiting, geen vorderen van de baring. Uitgangstang. Levend kind. 2880 gram.

4. Toc 1932/240. Groep C. Opgenomen wegens uitgangsvernauwing. Spontane baring in achterhoofdsligging, 10 minuten na het breken van de vliezen. Levend kind. 3220 gram.

5—8. Vier vrouwen durante partu opgenomen wegens niet vorderen van de baring tijdens de uitdrijving in achterhoofdsligging. De baringen werden door een uitgangstang getermineerd. Levende kinderen: toc 1928/133. toc 1931/485. toc 1933/39. toc 1933/205.

3 maal *Beenverkorting.*

2 maal spontane baring in achterhoofdsligging. Kinderen leven. 1 maal kruinligging. Niet vorderen na 3½ uur volkomen ontsluiting. Uitgangstang. Levend kind, 3020 gram, toc 1928/114 Groep C.

4 maal *scheef vernauwd bekken.*

1. Toc 1928/367. Groep B. Scheefvernauwd met C.D. 11 cm. Spontane baring in aangezichtsligging. Kind leeft. 3260 gram.

2. Toc 1934/250. Groep C. Scheef vernauwd bekken door ankylose van de heup. Spontane baring in achterhoofdsligging. Levend kind. 3530 gram.

3. Toc 1929/372. Groep C. Scheef vernauwd bekken door epiphysiolysis van het caput femoris. Omtrek 80 cm.

Spontane baring in achterhoofdsligging. Levend kind. 3500 gram. Het kind heeft boven het linker oor een deuk t.g.v. het inspringend os ischii.

4. Toc 1934/42. Groep D. Scheef vernauwd bekken. Kreeg thuis pituitrine. Tevergeefs werd een hoge tang aangelegd.

In de kliniek wordt een levend kind forcipaal geëxtraheerd. Gewicht: 3990 gram.

1 maal *Ankylose na heupfractuur.*

Toc 1934/193. Spontane baring in achterhoofdsligging. Levend kind 3230 gram.

2 maal *Trechterbekken.*

1. Toc. 1930/306. Positio occipito-pubica. Spontane baring in achterhoofdsligging. Levend kind. 3890 gram.

2. Toc 1931/51. Trechterbekken met geringe bewegelijkheid van de symphysis. Keizersnede. Levend kind 3170 gram.

2 maal *Oude poliomyelitis.*

2 maal spontane baring in achterhoofdsligging. Levende kinderen.

1 maal *Onbekend gebleven afwijking van het bekken.*

Toc 1934/511. Groep B. De vrouw zou thuis bevallen, doch het hoofd daalde niet in. Opname: 4 uur na volkomen ontsluiting staat het hoofd nog geheel boven den ingang. Hooge tang. Na zeer krachtige en langdurige tractie wordt een levend kind geboren. Het heeft een deuk in het voorhoofd. Liquor cerebri loopt uit het oor. Gewicht 4300 gram. Het kind herstelt. Ook röntgenologisch wordt geen afwijking gevonden aan het bekken.

1 maal *Coxitis rheumatica.*

Toc 1930/350. Scheef bekken. C.D. 11.5 cm. Spontane baring van levend kind in achterhoofdsligging. Gewicht 2740 gram.

Kraambed.

			< 38°	38°-38° 4	38° 5-38° 9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Spontaan	B.	11	5	3	2	1	—	—	1 × thrombose
	C.	18	7	5	3	1	2	—	
	D.	1	—	1	—	—	—	—	

			< 38°	38°-38.4	38°.5-38°.9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Uitgangstang	B.	2	—	2	—	—	—	—	
	C.	3	3	—	—	—	—	—	
	D.	5	1	2	—	2	—	—	
Hooge tang	B.	4	1	1	1	—	—	1	
	C.	—	—	—	—	—	—	—	
	D.	1	—	1	—	—	—	—	
Stuitextractie	B.	1	1	—	—	—	—	—	
	C.	—	—	—	—	—	—	—	
	D.	1	—	—	—	1	—	—	14 ^{en} dag doodelijke embolie

Er is één vrouw gestorven aan een embolie na stuitextractie in Groep D. Toc 1934/356. Tweemaal werd keizersnede verricht met goeden afloop.

Multiparae C.D. 11—11.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Tabel I.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsliggingen	117	106	17	240
Kruinliggingen	1	3	1	5
Voorhoofdsliggingen	—	—	1	1
Aangezichtsliggingen	1	1	2	4
Hoofd blijft beweeglijk	—	—	—	—
Voorliggende navelstreng	—	—	—	—
Uitgezakte navelstreng	—	1	—	1
Uitgezakte arm naast hoofd	—	—	—	—
Stuitligging	3	10	—	13
Dwarsligging	3	—	5	8
Placenta praevia	2	2	—	4
Totaal	127	123	26	276

Afgezien van de 94 gevallen met placenta praevia, werd het meerendeel der vrouwen wegens sociale omstandigheden opgenomen. In groep D was de dwarsligging vijfmaal aanleiding tot opname.

Groep B: 127 bevallingen.

Groep C: 123 bevallingen.

Groep D: 26 bevallingen.

Resultaten van de kinderen, met de wijze, waarop zij geboren zijn, voor elke ligging afzonderlijk.

Achterhoofdsliggingen.

	B.			C.			D.			Totaal		
	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †
Spontaan	107	3	—	88	5	1	11	—	—	206	8	1
Correctie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pituitrine	2	1	0	2	—	—	1	—	—	5	1	—
Uitgangstang na pituitrine	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Uitgangstang	—	1	—	3	—	—	—	—	—	3	1	—
Hooge tang na pituitrine	—	—	—	2	—	—	1	—	—	3	—	—
Hooge tang	3	—	—	5	—	—	3	—	—	11	—	—
Versie en extractie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perforatie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Keizersnede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal	112	5	—	100	5	1	17	—	—	229	10	1

Van de 240 achterhoofdsliggingen bevielen 215 vrouwen spontaan, bovendien 6 vrouwen spontaan na pituitrine; 4 maal had het geven van pituitrine geen succes.

19 maal moest een tang aangelegd worden, waarvan 11 × hooge tang. Keizersnede hoefde niet verricht te worden.

10 kinderen werden doodgeboren, één kind stierf na de geboorte. Doodsoorzaak:

a. Gemacereerd onbekende oorzaak. Gewicht? toc 1927/320.

b. Gemacereerd door intoxicatie. 2200 gram. toc 1927/430.

c. Dood door overdragenheid. 5200 gram. Uitgangstang. toc 1932/57.

d. Gemacereerd door overdragendheid. Na pituitrine. 3090 gram. toc 1936/543.

e. Gemacereerd. Solutio placentae. 3450 gram. toc 1933/401.

f. Dood door Partieele solutio placentae. 2720 gram. toc 1934/229.

g. Dood door Solutio placentae. 3940 gram. toc 1935/380.

h. Dood durante partu. Lage insertie van de placenta. 3710 gram. toc 1933/422.

- i. Dood durante partu. Langdurige baring. 4040 gram. toc 1929/441.
- k. Dood durante partu. Dunne navelstreng. 3410 gram. toc 1933/160.

Later gestorven:

- a. Spontane partus, kind na $3\frac{1}{2}$ dag gestorven. Icterus gravis. Behandeling: onderdruk couveuze. 3490 gram. toc 1933/209.

Onder de doodsoorzaken van deze 11 kinderen is er geen door onmiddellijke invloed van het vernauwde bekken aan te wijzen.

Op de 276 bevallingen kwamen 32 liggingsafwijkingen en 4 maal placenta praevia voor.

Voor elke ligging waren de resultaten voor de kinderen onder vermelding van de aard der verlossing de volgende:

5 Kruinliggingen.

1. Groep B. De diagnose werd gesteld op Voorhoofdsligging, welke niet indaalde. Na $2\frac{1}{4}$ uur volkomen ontsluiting, wordt overgegaan tot versie en extractie. Het nakomend hoofd geeft moeilijkheden, waardoor *het kind sterft*. De vervorming was voor kruinligging. 4560 gram. toc 1934/145.

2. Groep C. Opname 42 dagen te voren. Bewegelijk kind. Herhaalde keeringen op het hoofd, stuitlaken, bedrust. Spontaan en levend geboren. 3930 gram. toc 1928/427.

3. Groep C. Durante partu ontstaat oedeem van de cervix. Vliezen worden bij 7 à 8 cm ontsluiting gebroken.

Er zijn krachtige weeën, vrouw is cyanotisch, hoofd puilt uitwendig wat uit. Er is bloeding (uit onderste uterussegment?) Hooge tang $5\frac{1}{2}$ uur na het breken van de vliezen. Kind leeft. 4210 gram. toc 1931/235.

4. Groep C. Spontane baring van levend kind. 2990 gram. toc 1931/292.

5. Groep D. Opname durante partu wegens vroeg afloopen van het vruchtwater. Spontane baring van een levend kind. 2650 gram. toc 1930/240.

Bij de 5 kruinliggingen is één kind gestorven.

Doodsoorzaak: nakomend hoofd bij versie en extractie.

Aard der verlossing: 3 × spontaan, 1 × hooge tang, 1 × V. en E.

1 Voorhoofdsligging.

Groep D: Opname wegens voorhoofdsligging bij volkomen ontsluiting. Contractiering blijkt vrij strak om de hals van het kind te liggen. Onderste uterussegment is slap. Geen gevaar voor uterusruptuur, doch versie en extractie is niet mogelijk. Baring vordert niet. Hooge tang. Levend kind. 4250 gram. toc 1933/246.

4 Aangezichtsliggingen.

1. Groep B. Spontane baring van levend kind. 4950 gram. toc 1932/229.

2. Groep C. Spontane baring van levend kind. 3130 gram. toc 1936/507.

3. Groep D. Spontane baring van levend kind. 3800 gram. toc 1930/300.

4. Groep D. 3 uur na volkomen ontsluiting is het hoofd nog maar weinig ingedaald, harttonen worden onregelmatig. Versie en extractie. Kind sterft na 3 dagen door schedelbasisfractuur. 4170 gram. toc 1936/556.

Van de 4 kinderen in aangezichtsligging is één kind gestorven, tengevolge van *het geboortetrauma* door moeilijkheden van het nakomende hoofd bij versie en extractie.

1 × Uitgezakte navelstreng.

1. Groep C. Vliezen breken bij 6 cm ontsluiting, naast het bewegelijke hoofd zakt de navelstreng uit, 4¼ uur later is er voldoende ontsluiting, de navelstreng klopt, versie en extractie. Het kind sterft na 20 minuten. Het nakomende hoofd gaf geen moeilijkheden. 4040 gram. toc 1933/461.

De uitgezakte navelstreng was oorzaak, dat het kind na 20 minuten stierf.

13 *Stuitliggingen.*

Groep B. 2 kinderen werden gedeeltelijk geëxtraheerd, 1 kind spontaan geboren. De 3 kinderen leven.

Groep C. 3 maal spontaan, 4 maal gedeeltelijke extractie 3 maal volledige extractie. Alle 10 kinderen leven.

Bij de 13 stuitliggingen zijn geen kinderen gestorven.

8 *Dwarsliggingen.*

1. Groep B. Bij opname is het vruchtwater afgeloopen. Het kind ligt dwars. In de vagina een kloppende navelstreng. Ontsluiting vordert langzaam. Het kind sterft in utero. 60½ uur na het breken der vliezen is er voldoende ontsluiting voor versie en extractie van het doode kind. 3480 gram. toc 1928/312.

2. Groep D. Bij opname ligt het kind dwars, vliezen staan, er is 3 cm ontsluiting. Keering op het hoofd. Bij volkomen ontsluiting breken de vliezen. Levend kind in achterhoofdsligging geboren. 3130 gram. toc 1929/360.

3. Groep D. Bij opname uitgezakte arm, dwarsligging bij volkomen ontsluiting. Dadelijk versie en extractie. Levend kind 3770 gram. Uterus bicornis. toc 1930/256.

4. Groep B. Dwarsligging, versie en extractie. Levend kind. 3430 gram. toc 1931/154.

5. Groep D. Opname wegens uitgezakte arm. Verwaarloosde dwarsligging. Kind dood. Decapitatie. Kind woog 3740 gram. toc 1931/199.

6. Groep B. Dwarsligging bij volkomen ontsluiting en staande vliezen. Versie en extractie. Levend kind, 2910 gram toc 1931/424.

7. Groep D. Bij opname dwarsligging, vliezen reeds 6½ uur gebroken. Er is 7 cm ontsluiting.

Ongeveer 3 uur later is er voldoende ontsluiting. Versie en extractie. Levend kind. 4500 gram. toc 1932/113.

8. Groep D. Bij opname dwarsligging bij staande vliezen en volkomen ontsluiting. Versie en extractie. Kind leeft. 3140 gram. toc 1935/291.

Bij 8 dwarsliggingen zijn twee kinderen gestorven tengevolge van de dwarsligging.

4 × *Placenta praevia*.

1. Groep B. Versie en extractie, levend kind. toc 1930/133.
2. Groep B. Keizersnede, levend kind. toc 1934/286.
3. Groep C. Stuitextractie, levend kind. toc 1936/167.
4. Groep C. Stuitextractie, kind dood. toc 1936/394.

Terwijl dus bij de achterhoofdsliggingen geen enkel kind gestorven is tengevolge van de bekkenvernauwing, zijn er vijf kinderen gestorven door de liggingsafwijking. Bij de placenta praevia is één kind gestorven. Duidelijk springt in het oog, dat bij deze lichtvernauwde bekkens de moeilijkheden met den slechten afloop voor de kinderen, niet zoozeer als gevolg van de vernauwing dan wel door de geringere stabiliteit voor de achterhoofdsligging zijn opgetreden.

Kraambed.

		< 38°	38°-38° 4	38° 5-38° 9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Spontaan	B. 144	62	35	7	8	—	2	4 × thrombose
	C. 100	62	20	9	4	3	2	2 × thrombose
	D. 15	8	5	1	1	—	—	

5 maal werd een uitgangstang aangelegd.

1 × in groep B. Kraambed lichtgestoord. Hoogste temp. 38°—38° 4.

3 × in groep C. Kraambed ongestoord.

1 × in groep D. Kraambed was lichtgestoord. Hoogste temp. 38°—38° 4.

Hooge tang	B. 3	—	2	1	—	—	—	1 × thrombose
	C. 7	2	4	—	1	—	—	
	D. 5	2	2	1	—	—	—	

			> 38°	38°-38°4	38°5-38°9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Stuitextractie	B.	2	1	—	—	1*	—	—	* koude rillingen 1 × thrombose
	C.	8	—	6	—	2	—	—	
	D.	—	—	—	—	—	—	—	
Versie en extractie	B.	4	—	2	2	—	—	—	1 × thrombose
	C.	1	—	1	—	—	—	—	
	D.	4	1	—	2	—	—	—	

In groep B. werd één maal een *condoomcatheter* ingebracht, waarna spontane baring volgde. Kraambled licht gestoord. Hoogste temp. 38°—38°4.

Decapitatie. Eén maal in groep D. Kraambled licht gestoord. Temp. 38°—38°4.

Metreuryse en daarna *versie en extractie* had een sterk gestoord kraambled. Hoogste temp. 38°—38°4. Groep B.

Manueele placenta verwijdering werd viermaal toegepast, alle in groep C.

2 maal na spontane baring, kraambled 1 × ongestoord, 1 × temp. > 39°.

1 maal na hooge tang. kraambled ongestoord.

1 maal na stuitextractie. kraambled gestoord. Temp. 38°5—38°9.

Er werd bij de multiparae met bekken C.D. 11—11.9 cm één keer keizersnede gedaan voor placenta praevia. (Groep B).

Er is geen vrouw gestorven, 9 vrouwen kregen thrombose, hiervan waren 6 vrouwen spontaan bevallen, 3 × thrombose na kunstverlossing.

Multiparae C.D. 10—10.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Tabel II.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	107	117	23	247
Kruinligging	3	5	1	9
Voorhoofdsligging	—	2	1	3
Aangezichtsligging	2	—	—	2
Hoofd blijft bewegelijk	3	17	—	20
Voorliggende navelstreng	1	1	1	3
Uitgezakte navelstreng	—	5	3	8
Uitgezakte arm naast hoofd	—	—	2	2
Stuitligging	4	1	1	6
Dwarsligging	2	2	2	6
Placenta praevia	2	—	1	3
Totaal	124	150	35	309

Bij de multiparae met C.D. 10—10.9 cm kwamen dus 309 bevallingen voor.

uit groep B: 124.

uit groep C: 150.

uit groep D: 35.

Wij vinden 247 achterhoofdsliggingen, 20 maal daalde het hoofd niet in, er waren 39 liggingsafwijkingen en 3 maal placenta praevia.

Resultaten van de kinderen met vermelding van de wijze, waarop zij geboren zijn, voor elke ligging afzonderlijk.

247 Achterhoofdsliggingen.

	B.			C.			D.			Totaal		
	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +
Spontaan	94	3	—	98	2	1	9	—	—	201	5	1
Correctie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pituitrine	—	—	—	—	1	—	2	—	—	2	1	—
Uitgangstang na pituitrine	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uitgangstang	—	—	—	4	—	—	1	—	—	5	—	—
Hooge tang na pituitrine	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Hooge tang	8	—	—	7	—	—	7	1	—	22	1	—
Schaambeensnede	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—
Versie en extractie	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	1
Perforatie	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—
Keizersnede	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	1
Totaal	102	3	2	113	3	1	20	3	—	235	9	3

Van de 247 achterhoofdsliggingen bevielen 206 vrouwen spontaan, bovendien 3 vrouwen spontaan na pituitrine, 1 maal had het geven van pituitrine geen succes.

30 maal moest een tang aangelegd worden, waarvan 25 hooge tangen, waarvan eenmaal na schaambeensnede.

2 maal werd het kind geperforeerd, het eene kind was dood door langdurige baring, het andere kind stierf bij een poging tot forcipale extractie. 2 maal werd versie en extractie gedaan, omdat het hoofd niet geheel vast stond met het achterhoofd achter, zoodat een forcipale extractie op groote moeilijkheden zou stuiten.

Eénmaal werd keizersnede verricht wegens afloopen van meconiumhoudend vruchtwater. Te laat echter, het kind had blijkbaar reeds geaspireerd, het stierf na 22 uur. Eénmaal S.C. nadat bleek, dat een tang aanleggen niet mogelijk was. Levend kind.

Van de 247 kinderen stierven er 9 voor of tijdens de geboorte, 3 stierven later.

Doodsoorzaak:

- a. Gemacereerd. Chronische nephritis. 1800 gram. toc 1928/10.
- b. Gemacereerd. Hereditaire icterus. 3310 gram. toc 1932/96.
- c. Gemacereerd. Intoxicatie. 2230 gram. toc 1936/52.
- d. Langdurige baring. 3250 gram toc 1928/334.
- e. Gemacereerd. Vroeg afgeloopen vruchtwater. 4100 gram. toc 1929/50.
- f. Dunne navelstreng. 4000 gram. toc 1935/71.
- g. Dunne navelstreng. 3420 gram. toc 1936/108.
- h. Hooge tang. Baringstrauma. 3950 gram toc 1933/137.
- i. Hooge tang mislukt. Perforatie. 4900 gram toc 1933/439.

Later gestorven:

- a. Keizersnede voor meconium. asphyxie. Na 22 uur dood. 3110 gram. toc 1934/282.
- b. Misvorming van een hartklep. Na 16 uur dood. 3850 gram. toc 1936/416.
- c. Hooge tang niet mogelijk. V en E. Kind sterft na 3 uur aan hersenbloeding. toc 1931/465.

Van de 247 kinderen in achterhoofdsligging geboren, werden 2 kinderen doodgeboren, waarbij de doodsoorzaak onmid-

dellijk aan de vernauwing is toe te schrijven, 1 kind stierf na 3 uur door schedeltrauma na versie en extractie.

9 Kruinliggingen.

1. Groep C. VIIe para.

Vorige bevallingen:

I—IV Spontaan à terme levend.

V Schaambeensnede-tang; leeft (1919/472).

VI Hooge tang; leeft. (1921/206).

VII Part. arte praem. leeft (1924/319).

Toc 1929/61.

Ligging: K.a.r.dw. daalt niet in, groot kind.

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting, ondanks krachtige weeën na 1½ uur geen indaling. Secundaire sectio Caesarea. Kind leeft. 4870 gram. Kraambed ongestoord. 22 dagen.

2. Groep B. IVe para.

Vorige bevallingen:

I. Forceps à terme 4070 gram. (1919/314).

II. Stuitextractie, kind dood, ± 4000 gram.

III. Abortus 2½ mnd.

Toc 1930/305. Opname uit verlosk. polikliniek, 27 dagen voor de bevalling wegens bekkenvernauwing en mislukte poging tot keering van stuitligging.

Versie lukt, sluitlaken, bedrust.

Langdurige baring, vliezen breken bij 8 à 9 cm ontsluiting. 7 uur later is er volkomen ontsluiting; 2 uur daarna is het kind nog niet geboren. Uitgangstang. Levend kind. 3770 gram.

3. Groep C.

Spontane baring. Kruinligging is overgegaan in achterhoofdsligging. Kind leeft. 3070 gram. toc 1930/379.

4. Groep C.

Spontane baring. Levend kind. 4320 gram. Voorbijgaande Erbsche verlamming. toc 1932/198.

5. Groep C.

Spontane baring. Levend kind. 3370 gram. toc 1932/258.

6. Groep B.

Spontane baring. Levend kind. 3970 gram. toc 1935/399.

7. Groep C. Ite para.

Vorige baring:

I. Aangezichtsligging. Uitgangstang. Levend kind. 3050 gram. (1934/552).

toc 1936/525.

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. $1\frac{1}{3}$ uur later zijn de harttonen onregelmatig. Uitgangstang. Kind leeft, 3290 gram. Het kind heeft een struma.

Moeder en kind gaan naar de chirurgische afdeling, waar zoonoodig tracheotomie kan gebeuren. Onder behandeling met joodkalium gaat echter het struma terug.

8. Groep B.

Spontane baring. Levend kind. 2850 gram. toc 1932/111.

9. Groep D.

Kruinligging gaat over in achterhoofdsligging, vordert na 2 uur volkomen ontsluiting niet. Uitgangstang. Kind leeft. 3570 gram. toc 1936/44.

Van de 9 kinderen in kruinligging is er geen gestorven.

3 Voorhoofdsliggingen.

1. Groep C.

$\frac{3}{4}$ uur na volkomen ontsluiting perst de vrouw zoo sterk dat de pols klein en frequent wordt en cyanose optreedt. Het hoofd is nog niet geheel door den ingang. Terwille van de vrouw, hooge tang. Kind leeft. 3770 gram. toc 1933/422.

2. Groep D. Opname wegens niet vorderen.

$4\frac{3}{4}$ uur na volkomen ontsluiting is het hoofd niet door den ingang en vordert de baring niet. De diagnose wordt gesteld op achterhoofdsligging met kleine fontanel onder de symphysis. Hooge tang. Kind wordt in voorhoofdsligging geboren, leeft en weegt 3830 gram. toc 1935/349.

3. Groep C.

Keizersnede wegens niet indalen. Levend kind. toc 1936/18.

Van de 3 kinderen in voorhoofdsligging sterft er geen. Twee kinderen werden door de hooge tang geboren.

2 Aangezichtsliggingen.

1. Groep B.

Durante partu zijligging op de kant, waar zich de buikzijde van het kind bevindt om de deflexie te bevorderen. 5 minuten na het breken der vliezen spontane geboorte van levend kind. 3740 gram. toc 1934/413.

2. Groep B.

Bij volkomen ontsluiting en staande vliezen is het hoofd niet ingedaald. Bij breken van de vliezen en afwachten op een spontane baring kunnen groote moeilijkheden ontstaan. Het is eenvoudiger bij niet afgeloopen vruchtwater dadelijk versie en extractie te doen. Levend kind. 3200 gram. toc 1935/523.

Van de 2 kinderen in aangezichtsligging is er geen gestorven.

20 Maal bleef het hoofd bewegelijk boven den ingang.

18 maal keizersnede, alle kinderen leven. (De indicaties worden later beschreven in het hoofdstuk over de keizersneden).

19. toc 1933/20. (Groep C). XVe para.

Afloop der vorige baringen.

11 × spontaan à terme, waarvan 2 kinderen doodgeboren.

1 × spontaan praematuur, kind dood.

1 × abortus.

XIV. Stuitextractie? Kind dood.

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Het hoofd staat nog geheel bewegelijk en daalt na 4½ uur niet in. Hooge tang. Kind leeft, heeft verschijnselen van schedelbasisfractuur, doch herstelt zich. 3660 gram.

20. toc 1933/197. (Groep B).

Schaambeensnede. (Zie beschrijving bldz. 202).

Levend kind. 4220 gram.

3 × *Voorliggende navelstreng.*

- a. Groep D. Opname durante partu wegens voorliggende navelstreng.
Bij opname is er volkomen ontsluiting. Versie en extractie. Levend kind. 3550 gram. toc 1932/336.
- b. Groep C.
Voorliggende navelstreng bij volkomen ontsluiting en staande vliezen. Versie en extractie. Kind leeft. 4690 gram. toc 1933/353.
- c. Groep B.
Voorliggende navelstreng bij volkomen ontsluiting. Versie en extractie. Kind leeft. 3110 gram. toc 1936/555.
Van de 3 kinderen met voorliggende navelstreng is er geen gestorven.

8 × *Uitgezakte navelstreng.*

- a. Groep C.
Bij het breken van de vliezen bij volkomen ontsluiting ligt het kind in aangezichtsligging en spoelt de navelstreng uit. Versie en extractie. Levend kind. 3110 gram. toc 1927/306.
- b. Groep D. Opname wegens uitgezakte navelstreng. Volkomen ontsluiting, groot kind. Keizersnede. Levend kind. 3900 gram. toc 1929/158.
- c. Groep C.
Bij 5 cm ontsluiting zakt de navelstreng uit. Keizersnede. Levend kind. 2930 gram. toc 1930/396
- d. Groep C.
Bij 5 cm ontsluiting zakt navelstreng uit, hoofd staat in voorste wandbeensligging. Keizersnede. Kind leeft. 4190 gram. toc 1932/136.
- e. Groep C.
Uitgezakte navelstreng bij volkomen ontsluiting. Groot kind met hard hoofd. Keizersnede. Levend kind. 4120 gram. toc 1934/378.

f. Groep D.

Afloop vorige bevallingen.

I. Forceps. Kind dood.

II en III. Spontaan à terme. Kinderen leven.

Toc 1936/258.

Vroedvrouw vindt bij volkomen ontsluiting een uitgezakte navelstreng, die niet klopt. Baring vordert niet. Huismedicus in consult doet poging tot forcipale extractie. Nadat dit mislukt is, geeft hij de vroedvrouw de raad eenige uren af te wachten, mocht het kind dan nog niet geboren zijn dan opname. Bij inkomst staat het hoofd even vast in de bekkenring. Onderste uterussegment zeer pijnlijk, geen weeën. Catheter urine is bloederig. Onverwijld wordt de schedel geperforeerd en met de cranioclast naar buiten gebracht.

Het kind weegt 3580 gram. Het onderste uterussegment wordt nagetast. Inderdaad is er een groote *uterus ruptuur*. Uterusextirpatie. Gunstig verloop post operationem. Na 23 dagen verlaat de vrouw in goede toestand de kliniek.

g. Groep D. Opname wegens uitgezakte navelstreng. Er is volkomen ontsluiting. Versie en extractie. Levend kind. 3330 gram. toc 1936/517.

h. Groep C.

Bij volkomen ontsluiting breken de vliezen en zakt de navelstreng uit. De vrouw was nog niet inwendig onderzocht. Voordat ingegrepen kan worden, wordt het kind spontaan en levend geboren. 3100 gram. toc 1936/572.

Van de 8 kinderen met uitgezakte navelstreng is één kind doodgeboren.

2 × *Uitgezakte arm naast het hoofd.*

1. Groep D.

Huisarts heeft vergeefsche poging tot versie en extractie gedaan. Er ligt een hand naast het hoofd. Versie en extractie. Kind komt succombeerd ter wereld. 3700 gram. toc 1931/143.

2. Groep D.

Uitgezakte arm naast het hoofd. Volkomen ontsluiting. Harttonen zijn onregelmatig. Arm wordt gereponeerd. Hooge tang. Levend kind. 3320 gram. toc 1935/93.

6 *Stuitliggingen.*

4 kinderen worden gedeeltelijk geëxtraheerd wegens niet vorderen, als het kind tot de schoudergordel geboren is.

2 kinderen worden volledig geëxtraheerd.

In geen der gevallen geeft het nakomende hoofd moeilijkheden. De zes kinderen worden levend geboren.

6 *Dwarsliggingen.*

1. Groep C.

Afloop vorige baringen:

I. Forceps, kind dood.

II. Stuitligging. Kind heeft een kwartier geleefd.

III. Corporeele sectio caesarea. 3010 gram. toc 1925/334. Toc 1929/205.

Er is een dwarsligging. Vliezen staan, er is een licht hydramnion. Keizersnede, levend kind. 4590 gram.

2. Groep C.

Afloop der vorige baringen.

I. Spontaan à terme. Kind dood.

II. Forceps. Kind leeft.

III. Versie en extractie. Indicatie?? Kind na 1 uur dood.

IV. Spontaan à terme. Kind dood.

V. Corporeele sectio caesarea.

Toc 1929/264.

Kind wordt durante partu gekeerd tot hoofdligging.

Vruchtwater loopt af bij 3 cm ontsluiting. Keizersnede.

Kind leeft, 4110 gram. toc 1929/264.

3. Groep B.

Toc 1929/342.

Decapitatie. Kind woog 2510 gram. (Zie beschrijving bldz. 231).

4. Groep D.

Bij opname dwarsligging met uitgezakte navelstreng bij volkomen ontsluiting. Kind wordt levend geboren na versie en extractie en weegt 3550 gram. Toc 1929/355.

5. Groep D.

Opname wegens dwarsligging. Vruchtwater is bij 4 cm ontsluiting afgeloopen. Ondanks pituitrine duurt het nog 6 dagen voor er voldoende ontsluiting is voor versie en extractie. Het kind is dan reeds dood. Het woog 3640 gram. toc 1932/119.

6. Groep B.

Vruchtwater is afgeloopen bij 4 cm ontsluiting. Kind ligt dwars. De vrouw zou oorspronkelijk thuis bevallen, doch wordt wegens dwarsligging opgenomen.

Eenige uren later is er 8 cm ontsluiting. Cervix is voldoende verslapt. Versie en extractie. Levend kind. 3210 gram. Toc 1930/114.

Van de 6 kinderen in dwarsligging zijn twee kinderen aan de gevolgen van dwarsligging gestorven.

3 × Placenta praevia.

1. Groep B. Versie en extractie na metreuryse. Kind dood. 3650 gram. toc 1932/56.
2. Groep B. Versie en extractie. Levend kind. 3260 gram. toc 1936/594.
3. Groep D. Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind dood. (Placenta praevia). Gewicht 3740 gram. Toc 1928/435.

Kraambed.

			< 38°	38°-38° 4	38° 5-38° 9	> 39°	mastitis	pyelitis	
Spontaan	B.	99	55	28	6	9	1	—	1 × thrombose
	C.	105	58	27	5	10	1	4	3 × thrombose
	D.	11	7	2	2	—	—	—	

Uitgangstang. Groep B. 1 maal, hoogste temp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.
 Groep C. 4 maal. 2 maal ongestoord kraambd.
 1 maal, temp. $38^{\circ}-38^{\circ}.4$. 1 maal temp $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.
 Groep D. 2 maal: 2 maal hoogste temp. $38^{\circ}-38^{\circ}.4$.

			$\vee$ 38°	$38^{\circ}-38^{\circ}.4$	$38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$	$\wedge$ 39°	mastitis	pyelitis	
Hooge tang	B.	8	6	—	2	—	—	—	
	C.	10	2	5	2	1	—	—	
	D.	11	5	5	1	—	—	—	

Schaambeensnede. Groep B. 1 maal: hoogste temp. $38^{\circ}-38^{\circ}.4$.
 Groep C. 2 maal: hoogste temp. $> 39^{\circ}$.

Perforatie. Groep D. 2 maal: ongestoord kraambd.

Stuitextractie. Groep B. 1 maal ongestoord. 1 maal temp. $38^{\circ}-38^{\circ}.4$. 2 maal temp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.
 Groep C. 1 maal: hoogste temp. $38^{\circ}-38^{\circ}.4$.
 Groep D. 1 maal: kraambd ongestoord.

Versie en extractie	B.	3.	2	1	—	—	—	—	
	C.	2	2	—	—	—	—	—	
	D.	6	2	1	2	1	—	—	1 $\times$ thrombose

Decapitatie kwam éénmaal voor in groep B. Het kraambd was gestoord. Hoogste temp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.

Eénmaal was de partus opgewekt door condoomcatheter, aanzien bij de vorige bevallingen telkenmale een foetus maceratus werd geboren. Het kraambd was gestoord. Hoogste temp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.

4 Maal werd de placenta manueel verwijderd.

In groep B: 1 maal na spontane partus. Temp. $> 39^{\circ}$.

1 maal na versie en extractie. Temp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.

In groep C: 1 maal na spontane partus. Temp. $> 39^{\circ}$.

1 maal na perforatie. Temp $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.

In groep B werd 1 maal versie en extractie gedaan na metreuryse voor placenta praevia. Kraambd licht gestoord. Temp. $38^{\circ}-38^{\circ}.4$.

In groep D werd éénmaal de uterus geëxtirpeerd na perforatie van de schedel, daar een uterusruptuur bestond. Hoogste temp. 38°—38°.4.

Keizersneden. $\left\{ \begin{array}{l} B \ 3 \\ C \ 23 \\ D \ 1 \end{array} \right\}$ (Zie hoofdstuk Sectio Caesarea).

Multiparae C.D. 9—9.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Tabel III.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	21	25	9	55
Kruinligging	—	—	1	1
Voorhoofdsligging	—	1	1	2
Aangezichtsligging	—	—	—	—
Hoofd blijft bewegelijk	5	19	1	25
Voorliggende navelstreng	1	—	—	1
Uitgezakte navelstreng	3	2	1	6
Uitgezakte arm naast hoofd	—	1	—	1
Stuitligging	—	3	1	4
Dwarsligging	—	1	2	3
Placenta praevia	1	—	—	1
Totaal	31	52	16	99

Bij deze sterke bekkenvernauwingen werden 31 vrouwen uit de verloskundige polikliniek opgenomen; 68 vrouwen kwamen van buiten, 52 voor de bevalling en 16 durante partu.

25 Maal daalde het hoofd niet in. Groot is het aantal liggingsafwijkingen. namelijk 18 gevallen.

Resultaat van de kinderen, met de wijze, waarop zij geboren zijn voor elke ligging afzonderlijk.

55 Achterhoofdsliggingen.

	B.			C.			D.			Totaal		
	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †
Spontaan	14	2	—	14	1	—	1	—	—	29	3	—
Correctie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pituitrine	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Uitgangstang na pituitrine	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uitgangstang	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Hooge tang na pituitrine	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hooge tang	1	1	—	6	—	—	6	2	—	13	3	—
Schaambeensnede	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Versie en extractie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perforatie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Keizersnede	1	—	—	3	—	—	—	—	—	4	—	—
Totaal	18	3	—	24	1	—	7	2	—	49	6	—

Van de 55 kinderen in achterhoofdsligging werden 33 kinderen spontaan geboren, waarvan éénmaal na pituitrine. Het aantal kunstverlossingen is dus zeer groot; 1 uitgangstang, 17 $\times$ hooge tang (1 $\times$ pubiotomie) en 4 $\times$ sectio caesarea. Bij deze graad van bekkenvernauwing speelt de weeënkracht een groote rol, zoodat het aantal tangen 18 bedroeg.

Van de 55 kinderen werden 6 doodgeboren. Doodsoorzaak:

- Groep B. Spontane baring 1 uur na het breken van de vliezen. Kind sterft door asphyxie. 3650 gram. toc 1936/431.
- Groep B. Schedeltrauma na hooge tang. 3310 gram. toc 1932/63.
- Groep B. Spontane baring schedelbasisfractuur. 3470 gram. toc 1934/89.
- Groep C. Gedurende 9 dagen afgeloopen vruchtwater. Kind is gemacereerd. Spontane baring. 3040 gram. toc 1928/211.
- Groep D. Schedeltrauma na hooge tang. 2750 gram. toc 1930/485.
- Groep D. Mislukte tang thuis. Moeilijke tang. Schedeltrauma. 3990 gram. toc 1934/405.

1 maal *Kruinligging*.

- Groep D. Spontane baring. Levend kind. 3460 gram. toc 1928/255.

2 maal *Voorhoofdsliggingen*.

- a. Groep D.
Toc 1931/369.
Opname voor voorhoofdsligging. Vliezen zijn bij volkomen ontsluiting gebroken.
Na 4 uur volkomen ontsluiting wordt door versie en extractie een levend kind geboren. 3010 gram.
- b. Groep C.
Toc 1932/95.
Voorhoofdsligging. Vliezen breken bij 5 cm ontsluiting.
De vrouw krijgt zijligging op de kant, waar zich de buik van het kind bevindt, 2½ uur later wordt een levend kind in aangezichtsligging geboren. 3200 gram.

25 maal daalt het hoofd niet in.

24 maal keizersnede (de indicaties worden later beschreven in het hoofdstuk over de keizersneden).

23 kinderen worden levend geboren, voor één kind kwam de operatie te laat.

Groep C. Toc 1928/64. Bij 3 cm ontsluiting loopt het vruchtwater af. Harttonen worden onregelmatig. Keizersnede. Kind is diep asphyctisch en sterft na 10 minuten. 4430 gram.

25. Toc 1936/146. (Groep C).

Schaambeensnede wegens slechte toestand van de buikwand. (Zie beschrijving bldz. 204). Levend kind 3430 gram. Kraambed duurde 23 dagen.

1 maal Voorliggende navelstreng.

(Groep B). Bij 2 cm ontsluiting voorliggende navelstreng. Keizersnede. Levend kind. 2860 gram. toc 1932/439.

6 maal Uitgezakte navelstreng.

4 × Keizersnede. Levend kind.

5. Toc 1936/375. Groep B.

Bij 2 cm ontsluiting zakt de navelstreng uit, klopt goed. Er zijn geen weeën. De vrouw is 13 maal spontaan van een levend kind bevallen. Keizersnede beteekent een levend kind, doch in gevaar brengen van de moeder van een groot gezin. Afwachten en bij voldoende ontsluiting versie en extractie is riskant voor het kind, maar hiertoe wordt besloten, omdat het hoofd flink afgeweken staat van de bekkeningang en dus de navelstreng minder gevaar loopt. Ondanks pituitrine komen er echter geen weeën. Het kind sterft. Er ontstaat tympania uteri. Na 2 dagen wordt het kind met de hand naast het hoofd spontaan geboren. Kraambed duurt 12 dagen.

6. Groep B.

Toc 1930/435. Bij volkomen ontsluiting breken de vliezen; navelstreng zakt uit. Versie en extractie.

Kind leeft. 3950 gram, heeft een epiphysiolysis capitis humeri.

Van de 6 kinderen met uitgezakte navelstreng is één kind gestorven.

1 $\times$ *Uitgezakte arm naast het hoofd.*

Groep C. Toc 1936/290.

Versie en extractie. (Zie beschrijving op blz. 228). Levend kind. 3250 gram.

4 *Stuitliggingen.*

- a. Groep C. toc 1932/148. Keizersnede. Levend kind. 3420 gr.
- b. Groep C. toc 1933/510.

Afloop vorige bevallingen:

I—VII. Hoofdligging: 6 spontaan, waarvan één kind dood en 1 $\times$ tangverlossing. Dit kind sterft na enkele dagen.

VIII. Uitgezakte navelstreng. Levend kind door keizersnede geboren, weegt 3870 gram. toc 1929/194.

IX. Uitgezakte navelstreng. Spontane geboorte van dood kind.

Daar de laatste maal de baring een slechte afloop heeft gehad zal zij in de kliniek bevallen. Zij komt echter als het vruchtwater is afgelopen. Er is dan een afgeweken stuitligging bij 2 cm ontsluiting; 3½ uur later is er 7 à 8 cm ontsluiting. De cervix is voldoende slap om het kind te laten passeeren. Stuitextractie. Levend kind. 3580 gram.

- c. Groep D. toc 1935/30. Opname wegens afgeweken stuitligging. Vliezen zouden bij $\pm$ 3 cm ontsluiting gebroken zijn. Dit is dezelfde vrouw als bovenbeschreven. (toc 1933/510). 4¾ uur na het breken van de vliezen wordt het kind levend geëxtraheerd. 3350 gram.

- d. Groep C. Toc 1936/564.

Vliezen breken bij het begin der weeën, een uur later wordt inwendig onderzocht en is er volkomen ontsluiting. De stuit daalt niet in, zoodat het kind geëxtraheerd wordt. Leeft. 3320 gram.

Van de 4 kinderen in stuitligging is er geen gestorven.

3 *Dwarsliggingen.*

- a. Groep D. toc 1929/179. Opname dwarsligging met uitgezakte arm. Kind is dood. Decapitatie. 3050 gram.
- b. Groep C. toc 1929/260.
Keizersnede wegens dwarsligging met vroeg aflopen van het vruchtwater. Levend kind. 3770 gram.

c. Groep D. toc 1936/450.

Opname wegens tweemaal mislukte poging tot versie en extractie bij dwarsligging.

Kind is reeds dood en wordt door versie en extractie geboren. 3510 gram.

Bij de 3 kinderen in dwarsligging zijn 2 kinderen gestorven. Een goede prophylaxe had deze kinderen vermoedelijk kunnen redden. Bij de vrouwen, die durante partu zijn opgenomen, zijn moeilijke kunstverlossingen verricht. Een decapitatie en een versie en extractie, nadat dit aan twee medici was mislukt. Wanneer tevoren een sluitlaken was aangelegd en eventueel bedrust gedurende de laatste dagen voor de bevalling was voorgeschreven, had er zeer groote kans bestaan, dat er geen enkele moeilijkheid bij de baring ontstaan was. Een propaganda voor een goede praenatale zorg, zooals deze in de laatste jaren wordt gevoerd, moge juist in deze gevallen succes hebben.

1 × *Placenta praevia*.

(Groep B). Toc 1936/7. De vrouw was wegens vloeien 46 dagen te voren opgenomen. Keizersnede wegens placenta praevia centralis cervicalis bij bekkenvernaauwing. Levend kind. 3450 gram. Sterke bloeding uit de insertieplaats van de placenta. Ondanks bloedtransfusie: exitus. (Zie beschrijving in het hoofdstuk over keizersneden).

Bij deze 99 bekkens met C.D. 9—9.9 cm is het aantal kunstverlossingen zeer groot, namelijk 62 maal.

21 maal bij 55 achterhoofdsliggingen: 4 × Sectio Caesarae.

25 maal bij niet indalende schedel: 24 × S.C.

15 maal bij 26 liggingsafwijkingen: 6 × S.C.

1 maal bij placenta praevia: 1 × S.C.

37 vrouwen bevielen spontaan, 3 kinderen stierven hierbij. Dit betrekkelijk groote aantal spontane baringen bij deze sterk vernauwde bekkens krijgt dan vooral waarde, als men bedenkt, dat deze 99 bekkens een geselecteerd materiaal vormen van bekkens, die reeds vroeger blijkt hebben gegeven moeilijkheden op te leveren bij de baring, zoodat zij de kwade gevallen zijn uit een grootere groep van bekkens met deze graad van vernauwing.

Kraambed.

			$< 38^{\circ}$	$38^{\circ}-38^{\circ}.4$	$38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$	$> 39^{\circ}$	mastitis	pyelitis	
Spontaan	B.	18	11	4	—	3	—	—	1 × thrombose (na ontslag)
	C.	16	8	5	1	2	—	—	1 × thrombose
	D.	2	2	—	—	—	—	—	

Uitgangstang. 1 maal. Groep B. Kraambed ongestoord.

Hooge tang	B.	2	1	—	1	—	—	—	
	C.	7	3	3	—	1	—	—	
	D.	8	1	2	1	4	—	—	51e dag [1 × thrombose † embolie

Schaambeensnede.

2 maal. Groep C. Hoogste temp. in het kraambed $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.

Stuitextractie.

Groep C. 2 maal. Hoogste temp. resp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$ en $> 39^{\circ}$.

Groep D. 1 maal. Hoogste temp. $38^{\circ}.5-38^{\circ}.9$.

Versie en extractie.

Groep B. 1 maal. Hoogste temp. $38^{\circ}-38^{\circ}.4$.

Groep C. 1 maal. Hoogste temp. $> 39^{\circ}$.

Groep D. 2 maal. Kraambed ongestoord.

Decapitatie.

Groep D. 1 maal. Hoogste temp. $38^{\circ}-38^{\circ}.4$.

Keizersneden $\left\{ \begin{array}{l} \text{B. 9, waarvan één vrouw verbloedt bij placen-} \\ \text{C.24 ta praevia. (Zie verder in het hoofd-} \\ \text{D. 2 stuk Sectio Caesarea)} \end{array} \right.$

Multiparae. C.D. 8—8.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Tabel IV.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	1	3	1	5
Voorhoofdsligging	—	1	—	1
Hoofd blijft beweegelijk	4	11	1	16
Dwarsliggingen	—	5	—	5
Voorliggende navelstreng	—	2	—	2
Totaal	5	22	2	29

Op het groot aantal bevallingen bij multiparae, ± 13775 gevallen in Utrecht en Zuilen, welke onder leiding van de Verloskundige Kliniek geschieden, kwamen slechts 5 baringen bij deze sterke graad van bekkenvernaauwing voor. Van buiten werden 24 vrouwen opgenomen. Wij vinden dus een groot verschil tusschen het aantal van Utrecht en Zuilen tegenover dat van buiten. Deze verhouding vinden wij niet terug bij de lichtere vernauwingen, waaruit geconcludeerd kan worden, dat bij de lichtere graden van bekkenvernaauwing door de Verloskundige polikliniek percentsgewijs veel meer vrouwen worden opgenomen. Deze sterke graad van vernauwing wordt veel zeldzamer miskend, zoodat het aantal in Groep D slechts twee bedraagt.

Slechts één maal kwam een spontane baring voor:

Toc 1935/78. C.D. 8.3 cm. (Groep C).

Afloop vorige bevallingen:

I. Hooge tang à terme. Kind leeft. 2250 gram.

II. Spontaan praematuur. Kind dood.

III. Versie en extractie. Ind? Perforatie van nakomende hoofd. Gewicht ± 4000 gram.

Deze baring duurt $16\frac{1}{2}$ uur. Bij volkomen ontsluiting breken de vliezen, 10 minuten later wordt het kind spontaan in achterhoofdsligging geboren. Kind leeft 3080 gram.

5 maal werd een hooge tang aangelegd en een levend kind geboren. Van deze kinderen lag het kind viermaal in achterhoofdsligging en éénmaal in voorhoofdsligging, welke echter durante partu overging in een kruinligging.

In de overige 23 gevallen werd keizersnede gedaan. Levende kinderen, terwijl van de moeders geen is gestorven.

Kraambed.

Spontane baring werd gevolgd door ongestoord kraambed. Hooge tangen. 2 maal kraambed ongestoord, 1 maal temp. 38° — $38^{\circ}.4$. 1 maal temp. $38^{\circ}.5$ — $38^{\circ}.9$. 1 maal temp. $> 39^{\circ}$.

Multiparae C.D. 7—7.9 cm. Voldragen en enkelvoudig.

Bij deze graad van bekkenvernaauwing komt slechts één vrouw voor, die wij reeds tegen zijn gekomen bij de primiparae. Zij werd toen door de keizersnede van een levend kind verlost.

toc 1930/87. Nadien is zij nog tweemaal zwanger geworden en door keizersnede bevallen van een levend kind.

toc 1933/58 en toc 1936/419. Groep C.

Multiparae. Bekkenmaten onbekend. Voldragen en enkelvoudig.

Twee vrouwen werden bij inwendig onderzoek als bekkenvernaauwingen herkend, doch verzuimd werd de conjugata diagonalis te meten. Beide vrouwen hooren in Groep D thuis en werden wegens ernstige stoornissen opgenomen.

toc 1932/436. Groep D.

Opname wegens complete uterus ruptuur 19 uur te voren ontstaan bij een dwarsligging.

Uterus wordt geëxtirpeerd. Het doode kind woog 4320 gram.

De vrouw herstelt na 23 dagen, na aanvankelijk verschijnselen van peritonitis gehad te hebben. De vrouw heeft 8 levende kinderen.

toc 1935/74. Groep D.

Opname wegens verzuimde dwarsligging.

Vorige bevallingen:

I. Spontaan à terme hoofdligging. Levend kind $\pm$ 2500 gr.

II. Stuitextractie $\pm$ 2000 gram.

III. Abortus.

Bij inkomst is het vruchtwater $4\frac{1}{2}$ uur afgeloopen en bestaat een verzuimde dwarsligging. Kind is dood en wordt na decapitatie geboren. 2720 gram. Kraambed is sterk gestoord en duurt 14 dagen.

Multiparae. Algemeen vernauwde bekkens.

Enkelvoudig en voldragen.

Tabel V.

	B.	C.	D.	Totaal
Achterhoofdsligging	36	32	—	68
Kruinligging	1	1	—	2
Stuitligging	1	—	—	1
Placenta praevia	1	2	—	3
Totaal	39	35	0	74

In tabel V zijn alleen die liggingsafwijkingen genoemd,

welke bij deze bekkens voorkwamen. De tabel is daardoor kort, aangezien deze bekkens zelden liggingsafwijkingen geven, omdat deze bekkens een kleine ronde ingang hebben, die een goede stabiliteit geeft aan de achterhoofdsligging, waar het achterhoofd fraai in past. Het gevolg is, dat deze bekkens zelden stoornis geven, een enkele maal door een vernauwde bekken-uitgang. Er werd geen enkele vrouw durante partu van buiten opgenomen. De indicaties tot opname waren vrijwel steeds sociale omstandigheden.

Resultaten van de kinderen met de wijze, waarop zij geboren zijn voor elke ligging afzonderlijk.

68 *Achterhoofdsliggingen.*

Alle kinderen werden spontaan en levend geboren.

2 *Kruinliggingen.*

a. Groep B.

Na $3\frac{1}{4}$ uur volkomen ontsluiting is het hoofd nog niet geheel met de grootste omvang door den ingang. Hooge tang. Levend kind. 3980 gram. toc 1927/64.

b. Groep C.

Spontane baring van levend kind. 3600 gram toc 1934/517.

1 *Stuitligging.*

Toc 1930/508. Groep B. Vrouw was opgenomen wegens vloeien.

Afloop vorige bevallingen:

7 × spontaan à terme in hoofdsligging levende kinderen.

2 × stuitextractie. Levende kinderen.

2 × Abortus.

Het kind ligt in stuitligging en wordt spontaan tot de schoudergordel geboren. Navelstreng klopt onregelmatig. Gedeeltelijke extractie, levend kind. 3820 gram. Er was een lage insertie van de placenta, die het vloeien verklaarde.

3 × *Placenta praevia.*

a. Groep C. Placenta praevia lateralis. Bij 7 cm worden de vliezen gebroken. De vrouw is slap. Het hoofd staat in

achterhoofdsligging op de bekkenbodem. Baring vordert niet. Uitgangstang. Het kind is dood, weegt 3550 gram. Doodsoorzaak is onbekend. Bij obductie werd alleen een atresia recti gevonden.

Het kraambed is gestoord door een septische thrombose, die op den 13en dag ad exitum leidt. Toc 1927/155.

b. Groep C. Placenta praevia marginalis. Vliezen worden bij 6 cm gebroken. Bloeding staat. Na drie kwartier spontane geboorte van levend kind in achterhoofdsligging. 2760 gram. Kraambed licht gestoord. Toc 1931/143.

c. Groep B. Placenta praevia lateralis. Vliezen worden bij 4 cm ontsluiting gebroken wegens sterke bloeding. Bloeding staat. Het hoofd daalt niet in, na $2\frac{3}{4}$ uur zijn de harttonen irregulair, daarom versie en extractie, waarbij een humerus fractuur ontstaat. Kind leeft 3590 gram. Placenta wordt wegens bloeding manueel verwijderd. Kraambed ongestoord.

Van de 68 kinderen is een doodgeboren, oorzaak onbekend, bij placenta praevia. De moeder stierf 13 dagen later.

Terwijl de Algemeen vernauwde bekkens bij de primipara een enkele maal stoornis gaven door vernauwing van de uitgang met een aantal kunstverlossingen grooter dan normaal, vinden wij bij de multiparae, dat het bekken slechts éénmaal moeilijkheden gaf. (Hooge tang bij kruinligging).

Kraambed.

			< 38°	38°-38°.4	38°.5-38°.9	> 39°	mastitis	Pyelitis	
Spontaan	B.	36	20	9	2*	2	2	1	* 1 × long t.b.c.
	C.	34	17	8	5	3	—	1	
	D.	—	—	—	—	—	—	—	

Uitgangstang. Groep C. 1 maal sepsis-thrombose. 13en dag dood. toc 1927/155.

Hooge tang. Groep B. 1 maal. Kraambed licht gestoord. temp. 38°—38°.4.

Versie en extractie met manueele placenta verwijdering. Groep B. 1 maal. Kraambed ongestoord.

Multiparae. Bijzondere bekkens. Voldragen en enkelvoudig.

Aard van de bekkens.

	B.	C.	D.	Tctaal
Heupluxatie	2	1	—	3
Heupluxatie met symphysiolysis	1	—	—	1
Coxitis tuberculosa	1	3	—	4
Coxitis tuberculosa met spleetbekken	2	1	—	3
Uitgangsvernauwing	3	1	1	5
Oude bekkenfractuur	1	—	—	1
Onbekend gebleven bekkenafwijking	1	—	—	1
Kyphoscoliosis	2	1	2	5
Trechterbekken	2	—	—	2
Dwars vernauwd bekken	1	1	—	2
Oude poliomyelitis	2	—	—	2
Ankylose van de heup	—	1	—	1
Versche bekkenfractuur	—	1	—	1
Pseudo spondylololysthesis	—	2	—	2
Totaal	18	12	3	33

3 *Heupluxaties.*

Achterhoofdsliggingen. Kinderen worden spontaan en levend geboren.

1 *Heupluxatie met symphysiolysis.*

Achterhoofdsligging. Spontane geboorte van levend kind.

4 × *Coxitis tuberculosa.*

2 × Achterhoofdsligging, spontane geboorte van levend kind.

3. Toc. 1927/232. (Groep C).

Coxitis tuberculosa met sterk vervormd bekken, waarom de eerste maal Corporeele sectio caesarea is gedaan 1921/567. Voor deze bevalling 33 dagen van te voren opgenomen. Uterus ruptuur ante partu in het litteeken der corporeele S.C. Moeder en kind dood. (Voor beschrijving zie bldz. 256).

4. Toc 1936/409. (Groep C).

Coxitis tuberculosa. C.D. 9.4 cm.

Afloop vorige baring. Keizersnede. Levend kind. toc 1930/529. Thans wederom keizersnede. Levend kind. 3380 gram.

3 × *Coxitis tuberculosa met spleetbekken.*

Deze 3 bevallingen kwamen bij dezelfde vrouw voor.

Afloop vorige baringen:

I. Spontaan praematuur 2810 gram. Kind leeft.

Daarna 6 maal spontaan à terme. Levende kinderen.

Deze drie bevallingen lag het kind in achterhoofdsligging en werd spontaan geboren. Levende kinderen.

VIII. toc 1930/340. 3430 gram.

IX. toc 1931/475. 3790 gram.

X. toc 1935/26. 4210 gram.

5 *Uitgangsvernauwingen.*

a. Toc 1932/216. Groep B.

Opgenomen wegens uitgangsvernauwing.

Afloop vorige baring: I. Mislukte tang. Secundaire sectio caesarea. Kind leeft. 3090 gram. (toc 1924/91).

Deze maal wederom keizersnede. Kind leeft. 2400 gram.

b. Toc 1933/302. Groep B.

Afloop vorige baringen: I en II Spontaan à terme. Kinderen leven. III. Uitgangstang. Kind leeft.

Na 3 uur volkomen ontsluiting vordert de baring niet, uitgangstang. Levend kind. 3730 gram.

c. Toc 1933/35. Groep B.

Afloop vorige baring I uitgangstang. Levend kind 4000 gram. toc 1931/485.

Thans loopt het vruchtwater af bij staande portio. Hoofd staat nog beweegelijk. Bekkenuitgangsvernauwing is van dien aard, dat tot keizersnede wordt besloten. Kind leeft. 4720 gram.

d. Toc 1930/152. Groep C.

Afloop van de vorige baring: I. Tang wegens uitgangsvernauwing, er ontstaat een symphysisruptuur. Kind leeft. 3740 gram (toc 1928/133).

Thans komt de vrouw voor opname met volkomen ontsluiting en geheel ingedaald hoofd. Het is onbekend hoelang deze toestand reeds bestaat. Uitgangstang gaat zeer gemakkelijk.

Kind leeft 3370 gram.

e. Toc 1935/358. Groep D.

Afloop vorige bevalling. I. Forceps voor uitgangsvernau-

wing. Kind leeft, $\pm$ 5500 gram. Totaal ruptuur G. K.
32—193. Plastiek van het perineum.

Deze maal wordt wederom een uitgangstang aangelegd na het geven van een episiotomie. Kind leeft. 3640 gram.

1. Oude bekken fractuur.

Toc. 1936/35.

Afloop vorige bevalling: I. Spontaan à terme, levend kind.

Kraambedpsychose. Vrouw springt uit raam. Bekkenfractuur. Keizersnede wegens misvorming van het bekken (zie hoofdstuk keizersneden). Levend kind. 3850 gram.

1. Onbekend gebleven bekkenafwijking.

Toc. 1936/57.

Afloop vorige bevalling: I. Hooge tang na pituitrine. Kind leeft, 4300 gram, heeft deuk in het voorhoofd. Schedelbasisfractuur. Aan het bekken worden geen afwijkingen gevonden. Deze maal spontane baring in achterhoofdsligging. Kind leeft, 3830 gram.

5 $\times$ Kyphoscoliosis.

Spontane baringen in achterhoofdsliggingen. Kinderen leven.

2 $\times$ Trechterbekken.

Beide malen dezelfde vrouw, die een gibbus heeft.

Afloop vorige bevalling: I Spontaan à terme. Levend kind. 2600 gram. Uitgang nauw (toc 1921/209).

Toc 1932/365.

Bij opname is het vruchtwater afgeloopen, kind ligt dwars. 2 uur later is er voldoende ontsluiting voor versie en extractie. Levend kind. 2750 gram.

Toc 1934/303.

Opname wegens vloeien. 8 dagen later begint de partus. Sterke fluxus. Placenta praevia lateralis. Dwarsligging. Vliezen worden gebroken, voet wordt afgehaald, tamponade met de stuit. Spoedig is extractie mogelijk. Kind leeft. 2340 gram.

2 $\times$ Dwars vernauwd bekken.

1. Toc 1936/439. Groep C.

Afloop vorige baring: I. Hooge tang. Kind dood, $\pm$ 5500 gr.
Thans spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kind leeft.
4100 gram.

2. Toc 1935/130. (Groep B).

Kind is door onbekende oorzaak gemacereerd. Bij volkomen ontsluiting repositie van een uitgezakte arm, waarna spontane baring in hoofdsligging. 2950 gram.

Bij de vorige baring (1e kind) was een hooge tang aangelegd. Kind leeft. 4230 gram, vertoonde verschijnselen van intracranieele bloedingen en had een Erbsche verlamming en een claviculafractuur. (toc 1934/35).

2 $\times$ *Oude poliomyelitis.*

Beide malen spontane baring in achterhoofdsligging. Levend kind.

1 $\times$ *Ankylose van de heup na osteomyelitis.*

Spontane baring in achterhoofdsligging. Levend kind. toc 1927/113.

1 $\times$ *Versche bekkenfractuur.*

Toc 1935/398. Groep C.

De vrouw is bekneld geraakt tusschen een woonwagen en een muur. Links zijn beide takken van het schaambeent gebroken. Rechts alleen de bovenste tak van het os pubis. 10 dagen later spontane baring tusschen zandzakken. Kind leeft. 3350 gram. Vlotte genezing.

2 $\times$ *Pseudo spondylolysthesis.*

Beide bij dezelfde vrouw. C.D. 10.5 cm.

Beide malen keizersnede. (Zie beschrijving hoofdstuk keizersneden).

Toc 1928/141. Stuitligging. 3760 gram. Kind leeft.

Toc 1936/26. Hoofd daalde niet in. Levend kind. 3260 gram.

Kraambed.

			< 38°	38°-38°.4	38°.5-38°.9	> 39°	mastitis	Pyelitis	
Spontaan	B.	11	7	3	—	—	1	—	
	C.	7	4	3	—	—	—	—	
	D.	2	2	—	—	—	—	—	

Uitgangstang.

Groep B. 1 maal: ongestoord kraambed.

Groep C. 1 maal: temp. 38°—38°.4.

Groep D. 1 maal: temp. 38°.5—38°.9.

Versie en extractie.

Groep B. 2 maal: resp. kraambed ongestoord en hoogste temp. in het kraambed. 38°.5—38°.9.

Repositie van de arm en daarna spontane baring kwam in groep B voor, kraambed was ongestoord.

Keizersnede.

B 3. (Zie beschrijving in het hoofdstuk: Sectio Caesarea).

C 3. Bovendien kreeg één vrouw een spontane uterus ruptuur. Laparotomie kwam te laat.

D —.

Voldragen Tweelingen in de kliniek.

Volledigheidshalve volgt thans een korte beschrijving van de meervoudige voldragen zwangerschappen in de verschillende groepen.

*Groep B.**4 gevallen bij primiparae.**Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. Primiparae.*

a. Beide kinderen in achterhoofdsligging spontaan en levend geboren.

b. Eerste kind in stuitligging gedeeltelijk geboren. Baring vordert niet; gedeeltelijke extractie. Tweede kind in achterhoofdsligging wordt spontaan geboren. Beide kinderen leven.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm. Primiparae.

c. Beide kinderen in stuitligging worden geëxtraheerd wegens onregelmatige harttonen en eclampsie van de moeder. Beide kinderen leven.

d. Beide kinderen in stuitligging worden geëxtraheerd, als zij gedeeltelijk geboren zijn. De kinderen leven.

Bij de overige rubrieken van bekkenvernaauwingen kwamen geen primiparae met tweelingzwangerschap voor.

Groep B. *Multiparae*: 6 gevallen.

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. *Multiparae*.

- a. Beide kinderen in stuitligging. Spontaan en levend geboren.
- b. Beide kinderen in achterhoofdsligging. Spontaan en levend geboren.
- c. Beide kinderen in stuitligging. Extractie wegens niet indalen. De kinderen leven.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm. *Multiparae*.

- d. *Keizersnede voor bekkenvernaauwing*. Eerst als het eerste kind levend geboren is, blijkt er nog een gemacereerd foetus in utero te zijn.

Algemeen vernaauwde bekkens. *Multiparae*.

- e. Beide kinderen spontaan en levend in achterhoofdsligging geboren. De moeder had eclampsie.
- f. Beide kinderen spontaan en levend in achterhoofdsligging geboren. De moeder braakte veel en had icterus.

Bij de overige rubrieken van bekkenvernaauwing kwamen geen meervoudige zwangerschappen voor.

Groep C. *Primiparae*: 1 geval.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm.

- 1. Beide kinderen spontaan in achterhoofdsligging geboren. Het eerste kind levend. Het tweede kind is door onbekend gebleven oorzaak gemacereerd. De vrouw was opgenomen wegens hypertensie en toenemende oedemen.

Groep C. *Multiparae*. 5 gevallen.

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. *Multiparae*.

- a. Het eerste kind in achterhoofdsligging, het tweede in kruinligging. Beide spontaan en levend geboren.
- b. Het eerste kind in achterhoofdsligging spontaan en levend geboren. Het tweede kind ligt dwars, wordt uitwendig gekeerd tot hoofdsligging, navelstreng blijkt voor te liggen,

daarom uitwendige keering tot stuitligging. Als het kind half geboren is, maakt het adembewegingen, wordt daarna levend geëxtraheerd.

- c. Beide kinderen in stuitligging. Het eerste wordt spontaan geboren, het tweede wordt gedeeltelijk geëxtraheerd. Beide kinderen leven.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm. Multiparae.

- d. Beide kinderen in stuitligging. Het eerste daalt niet in en wordt geëxtraheerd, het tweede komt spontaan. Beide leven.
- e. Beide kinderen spontaan in achterhoofdsligging geboren. Het eerste is dood, het tweede leeft. Doodsoorzaak onbekend.. Bij de overige rubrieken van bekkenvernauwing kwamen in groep C geen meervoudige zwangerschappen voor.

In groep D kwamen geen tweelingzwangerschappen voor.

De tweelingzwangerschappen gaven geen aanleiding tot bepaalde moeilijkheden van de kant van de bekkenvernauwing. De vele liggingsafwijkingen vinden wij eveneens bij gemelli bij normale bekkens. Invloed van de bekkenvernauwing op de ligging van de kinderen is niet na te gaan.

Alle vrouwen herstelden.

Praemature bevallingen.

Aangezien de vroeggeboorten geen geschikt materiaal vormen voor de bestudeering van de bekkenvernauwingen, wordt volstaan met een korte opgave van de praemature bevallingen. Het blijkt, dat eenige malen ook in achterhoofdsligging kunsthulp noodig was. Zelfs werd tweemaal keizersnede verricht, waarbij éénmaal onverwachts een tweeling geboren werd.

Primipara. Groep B.

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. (7 gevallen).

Viermaal spontane geboorte van een levend kind in achterhoofdsligging. Resp. 36, 37, 37, 37 weken.

1 × Gemacereerd kind. In stuitligging geëxtraheerd wegens niet vorderen. Doodsoorzaak: vermoedelijk zwangerschapsvergiftiging. 37 weken.

1 × Kind in stuitligging. Gedeeltelijke extractie. Sterft na 36 uur. 37 weken.

1 × *Tweeling*. Beide kinderen spontaan in achterhoofdsligging geboren. Eerste kind blijft leven, tweede kind sterft na 2 dagen. 32 weken.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm. (5 gevallen).

1 × Voorliggende navelstreng. Spontaan, dood geboren. 36 weken.

1 × Stuitligging. Extractie wegens onregelmatige harttonen. Kind leeft. 32 weken.

Driemaal spontane geboorte van levend kind in achterhoofdsligging. Resp. 36, 36, 37 weken.

Conjugata diagonalis 9—9.9 cm. (1 geval).

1 × Achterhoofdsligging. Uitgangstang wegens niet vorderen van de baring. Kind leeft. 33 weken.

Algemeen vernauwde bekkens. (12 gevallen).

Opvallend is het groote aantal praemature bevallingen in deze groep van bekkenvernauwingen.

1 × Gemacereerd kind, spontaan geboren met hand naast het hoofd. Doodsoorzaak: Lues. 35 weken.

1 × Kind groeit niet, vrouw heeft hypertensie en is lijdende aan zwangerschapsintoxicatie. De mogelijkheid bestaat, dat het kind in utero zal sterven. Daarom wordt de baring in gang gebracht door middel van een condoomcatheter. Spontane geboorte van een levend kind in achterhoofdsligging. 37 weken.

1 × Spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kind sterft na 3 uren. Oorzaak: Lues congenita. 30 weken.

Negen maal spontane geboorte in achterhoofdsligging van een levend kind.

Resp. 33, 34, 35, 36, 36, 37, 37, 37, 37 weken.

Bij de overige graden van bekkenvernauwing kwamen geen vroeggeboorten voor.

Vroeggeboorten bij multiparae in groep B.

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. (6 gevallen).

1 × Spontane baring in achterhoofdsligging met verkeerde spildraai. Kind leeft. 36 weken.

1 × Spontaan in achterhoofdsligging geboren. Kind sterft na ½ uur. Oorzaak: Lues? 28 weken.

1 × Spontaan in achterhoofdsligging geboren. Kind is dood door onvoldragenheid. 36 weken.

1 × Stuitligging. Spontaan geboren. Kind is dood door intraplacentaire bloedingen. 33 weken.

Tweemaal spontane baring in achterhoofdsligging. Kinderen leven. Resp. 36, 36 weken.

Conjugata diagonalis 10—19.9 cm. (5 gevallen).

1 × *Tweeling*. Beide spontaan in achterhoofdsligging geboren. Kinderen leven. 37 weken.

1 × Uitgezakte navelstreng. Versie en extractie. Kind sterft na 8 dagen, het was icterisch. ? weken.

1 × Achterhoofdsligging. Spontane baring. Kind dood. Loslating van de placenta. 32 weken.

1 × Gedeeltelijke extractie van stuitligging. Kind leeft. 37 weken.

1 × Spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kind sterft na 10 uren. Doodsoorzaak: Placenta praevia en vroeggeboorte. 35 weken.

Algemeen vernauwde bekkens. (5 gevallen).

1 × Spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kind was reeds 13 uren voor de bevalling dood. Bij obductie werden geen afwijkingen gevonden. 29 weken.

1 × *Tweeling*. Eerste kind spontaan in achterhoofdsligging. Tweede kind gedeeltelijke stuitextractie. Beide kinderen sterven door onvoldragenheid. 36 weken.

Driemaal spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kinderen leven. Resp. 36, 36, 37 weken.

Bij de overige rubrieken van bekkenvernauwing kwamen geen vroeggeboorten voor.

Groep C. *Primipara*. *Praemature bevallingen*.

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. (9 bevallingen).

1 × Stuitligging spontaan, gemacereerd. Oorzaak onbekend. Nephritis? 36 weken.

1 × Stuitligging, geëxtraheerd wegens slechte harttonen. Leeft. 36 weken.

1 × Stuitligging spontaan. Kind dood door vroeggeboorte. 28 weken.

- 3 × Spontane geboorte in achterhoofdsligging van levend kind. 35, 36, 37 weken.
- 1 × Spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kind na 3 uur dood. 28 weken.
- 1 × Spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kind na 10 uur dood: asphyxie. 30 weken.
- 1 × Spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kind dood door solutio placentae. 34 weken.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm. (11 bevallingen).

- 1 × Stuitligging, geëxtraheerd wegens slechte harttonen. Na 3 uur dood. 32 weken.
- 1 × Kruinligging. Spontaan, leeft. 37 weken.
- 5 × Spontane geboorte in achterhoofdsligging. Kinderen leven. 36, 37, 37, 37, 37 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging, spontaan. Kind gemacereerd door solutio placentae. 36 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging, spontaan. Kind dood door solutio placentae. 36 weken.
- 2 × Achterhoofdsligging, spontaan. Kinderen gemacereerd door eclampsie. 35, 37 weken.

Algemeen vernauwde bekkens. (10 bevallingen).

- 1 × Achterhoofdsligging, spontaan in verkeerde spildraai geboren, kind dood door lage insertie van de placenta. 36 weken.
 - 1 × Achterhoofdsligging, spontaan, kind later dood. 29 weken.
 - 1 × Achterhoofdsligging, spontaan. Kind dood door intoxicatie. 36 weken.
 - 1 × Placenta praevia, metreuryse, versie en extractie. Kind later dood; vroeggeboorte. 32 weken.
 - 1 × Tweeling. Beide kinderen spontaan in achterhoofdsligging geboren. Sterven beide. 32 weken.
 - 1 × Kruinligging. Spontaan. Kind leeft. 37 weken.
- Vier kinderen spontaan en levend in achterhoofdsligging geboren. 35, 36, 37, 37 weken.

Groep C. *Multipara. Praemature bevallingen.*

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. (14 bevallingen).

- 1 × Stuitligging. Metreuryse wegens slijmvliesbloeding, spontane geboorte van een dood kind. 28 weken.
- 1 × Stuitligging. Gedeeltelijke extractie. Kind leeft. 36 weken.
- 1 × Stuitligging. Spontaan, leeft. 37 weken.
- 1 × Dwarsligging. Evolutio spontanea. Gemacereerd kind door lues. 34 weken.
- 1 × Placenta praevia. Spontane geboorte van dood kind in achterhoofdsligging. 36 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind dood door solutio placentae. 32 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind gemacereerd. Nephritis. 36 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind gemacereerd: hydrops placentae. 36 weken.
- 6 × geboorte in achterhoofdsligging van levend kind. 29, 35, 36, 36, 36, 36 weken.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm. (12 bevallingen).

- 1 × Stuitligging. Spontaan, dood geboren. 30 weken.
- 1 × Dwarsligging. Versie en extractie. Kind leeft. 34 weken.
- 1 × Placenta praevia. Metreuryse, versie en extractie, kind dood. 37 weken.
- 1 × Tweeling. Eerste kind in dwarsligging, versie en extractie, leeft. Tweede kind in stuitligging geëxtraheerd, gaat later dood. 37 weken.
- 1 × Hoofd van foetus maceratus daalt niet in, wordt geperforeerd en geëxtraheerd. Oorzaak van de dood van het kind: intoxicatie. 33 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan, foetus maceratus door solutio placentae. 37 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Hooge tang wegens niet vorderen. Kind leeft. 36 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan foetus maceratus. Oorzaak onbekend. 32 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind na 3 dagen dood. 33 weken.
- 3 × Geboorte in achterhoofdsligging van levend kind. 37, 37, 37 weken.

Conjugata diagonalis 9—9.9 cm. (2 bevallingen).

- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Levend kind. 36 weken.
- 1 × Gemelli. Beide spontaan in achterhoofdsligging geboren zijn gemacereerd door intoxicatie. 36 weken.

Conjugata diagonalis 8—8.9 cm. (1 bevalling).

- 1 × Stuitligging met vroeg afgeloopen vruchtwater. *Keizersnede*. Kind leeft. 36 weken.

Algemeen vernauwd bekken. (11 bevallingen).

- 1 × Stuitligging. Condoomcatheter is ingebracht daar kind dood is door chronische nephritis. Spontane geboorte van foetus maceratus. 32 weken.
- 1 × Stuitligging. Spontaan. Foetus maceratus door onbekende oorzaak. 30 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Foetus maceratus door eclampsie. 32 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Foetus maceratus door onbekende oorzaak. 35 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind dood door vroeggeboorte? 33 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Uitgangstang wegens eclampsie. Kind leeft. 37 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind later dood door asphyxie. 35 weken.
- 4 × Spontane geboorte van levend kind in achterhoofdsligging. 30, 35, 36, 36 weken.

Groep D. *Primipara*. Praemature bevallingen.

11 Vrouwen.

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. (3 gevallen).

- 1. Achterhoofdsligging, spontaan, kind dood door eclampsie. 34 weken.
- 1 × Tweeling. Eerste kind in stuitligging geëxtraheerd, tweede kind ligt dwars, versie en extractie. Beide kinderen leven. 36 weken.
- 1 × Stuitligging gedeeltelijk geëxtraheerd, kind sterft na 1 uur. 36 weken.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm. (2 gevallen).

- 1 × Dwarsligging met afgeloopen vruchtwater, hooge temperatuur en weinig ontsluiting, welke niet vordert. Metreuryse, versie en extractie met perforatie van het nakomende hoofd. 30 weken.
- 1 × Stuitligging, spontaan en levend geboren. 36 weken.

Conjugata diagonalis 9—9.9 cm. (2 gevallen).

- 1 × Achterhoofdsligging. Uitgangstang. Kind leeft. 36 wk.
- 1 × Keizersnede voor stuitligging met afgeloopen vruchtwater bij oude primipara. Blijkt een tweeling te zijn. Eerste kind leeft, tweede kind na 1 uur gestorven. 37 weken.

Conjugata diagonalis 8—8.9 cm. (1 geval).

- 1 × Stuitligging. Spontaan. Kind gemacereerd door diabetes. 37 weken.

Algemeen vernauwde bekkens. (3 gevallen).

- 1 × Placenta praevia. Metreuryse. Kruinligging. Uitgangstang, gemacereerd. 35 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind dood: provocatie. 32 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Gemacereerd kind: hydramnion. 30 weken.

Groep D. *Multipara*. Praemature bevallingen.

8 Vrouwen.

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm. (4 gevallen).

- 1 × Stuitligging. Spontaan. Kind dood: solutio placentae. 30 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Hooge tang. Kind leeft. 34 weken.
- 1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Kind gemacereerd: solutio placentae. 30 weken.
- 1 × Dwarsligging. Versie en extractie. Na 6 dagen dood: praematuur. 35 weken.

Conjugata diagonalis 10—10.9 cm. (3 gevallen).

- 1 × Dwarsligging. Spontane keering in stuitligging en daar-

na spontane geboorte van dood kind. Doodsoorzaak: dwarsligging. 34 weken.

1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Gemacereerd. Solutio placentae. 34 weken.

1 × Verwaarloosde dwarsligging. Decapitatie. 36 weken.

Algemeen vernauwd bekken. (1 geval).

1 × Achterhoofdsligging. Spontaan. Gemacereerd: solutio placentae. 37 weken.

In totaal: 130 gevallen van vroeggeboorte. Hiervan waren 8 tweelingzwangerschappen en bij 4 vrouwen hadden wij met een placenta praevia te doen.

In de overige 118 gevallen bestond 29 maal een liggingsafwijking; de overige 89 kinderen werden in achterhoofdsligging geboren. Het groote aantal liggingsafwijkingen mag natuurlijk niet alleen op rekening van de bekkenvernauwing gesteld worden. Ook bij normaal bekken is het percentage liggingsafwijkingen bij de onvoldragen kinderen (51 op 445) groot, aangezien het kopje van het onvoldragen kind nog niet voldoende past in den bekkenring.

98 Kinderen werden spontaan geboren, 20 maal is kunsthulp verricht, waarvan 2 × hooge tang en 1 × keizersnede.

41 Kinderen zijn doodgeboren, 13 stierven binnen 10 dagen.

HOOFDSTUK IV.

Complicaties en moederlijke en kinderlijke sterfte.

In hoofdstuk III hebben wij een overzicht gegeven van de behandelde vrouwen met bekkenvernaauwing, waarbij wij een verdeeling hebben gemaakt naar de graad van vernauwing en al naar gelang zij:

- A. thuis bevallen zijn in de Verloskundige polikliniek, met hulp van de verloskundige practicanten.
- B. zich, voor zoover zij woonachtig waren in Utrecht of Zui-
len, tijdig bij den verloskundigen dienst hadden aangemeld,
doch in de kliniek zijn bevallen.
- C. vóór de bevalling in de kliniek waren opgenomen buiten de
V.P. om, hetzij wegens sociale omstandigheden, hetzij we-
gens stoornissen of ziekte gezonden door arts of vroedvrouw.
Een klein gedeelte dezer vrouwen was woonachtig in Utrecht,
de meerderheid elders.
- D. durante partu gezonden waren door haar verloskundige,
arts of vroedvrouw.

Het kwam ons noodig voor deze indeeling te maken, omdat uit de aard der zaak over het algemeen de ernstige gevallen van bekkenvernaauwing in de kliniek waren opgenomen, en de minder ernstige gevallen thuis zijn bevallen, terwijl aan de an-
dere kant gevallen, die eerst gezonden zijn, nadat zich tijdens de baring stoornissen hadden voorgedaan of reeds zelfs ver-
geefsche pogingen om de vrouw te verlossen waren aangewend,
zich moeilijk leenen om de meritis der gevolgde gedragslijn te
beoordeelen.

Die verdeeling had bovendien nog het voordeel, dat wij door de samenvoeging van de groepen A en B een inzicht kunnen krijgen in de frequentie en de beteekenis van de bekkenvernaauwing bij de Utrechtsche bevolking. En dit had des te meer zin, omdat ik in de gelegenheid ben geweest, de moederlijke en kin-
derlijke sterfte te vergelijken, met die bij de normale vrouwen,
uit dezelfde bevolkingsgroep in dezelfde 10 jaren.

Bij ieder dier groepen zijn de bijzonderheden, die zich hebben

voorgedaan, vermeld, zoowel wat betreft de ligging van het kind, de aangewende kunsthulp met de gevolgen voor moeder en kind, als het verloop in het kraambed. Wij zullen thans die bijzonderheden, respectievelijk stoornissen en complicaties afzonderlijk bespreken en groepswijze vergelijken. Achtereenvolgens zullen wij behandelen:

- 1° Liggingsafwijkingen.
- 2° Het breken van de vliezen.
- 3° Stoornissen in de spildraai.
- 4° Uterusruptuur.
- 6° Ureterfistels en blaasrupturen.
- 7° Tympania uteri.
- 8° Dood van de kinderen.
- 9° Kraambed, met een bespreking over de frequentie en oorzaken van den dood van de moeders.

Tenslotte volgt dan een beschouwing over de aard van de verlossing, met de resultaten daarvan en een bespreking van de indicaties, die tot de verschillende kunstverlossingen geleid hebben.

In het vervolg zullen wij herhaaldelijk de complicaties en resultaten bij de bevallingen bij vernauwd bekken vergelijken met die bij de bevallingen bij normaal bekken. Daarom volgt hier een tabel, waarin van 15208 normale vrouwen uit Utrecht en Zuilen, die in de V.P. of in de kliniek zijn bevallen, zijn opgegeven: de verschillende liggingen, met het daarbij voorkomende aantal malen kunsthulp en de daarbij voorkomende totale mortaliteit der kinderen (mortinataliteit en vroege sterfte).

	Totaal	Kunsthulp	Gestorven kinderen
Achterhoofdsligging	14898	245 = 1,6 %	136 = 0,9 %
Kruinligging	47	5 = 10,6 %	1 = 2,1 %
Voorhoofdsligging	9	4 = 44,4 %	0 = 0 %
Aangezichtsligging	32	4 = 12,5 %	2 = 6,2 %
Uitgezakke navelstreng	28	16 = 57 %	3 = 7,1 %
Uitgezakke arm naast hoofd	6	4 = 66,7 %	0 = 0 %
Stuitligging	178	76 = 43 %	19 = 10,7 %
Dwarsligging	10	10 = 100 %	2 = 20 %
Totaal	15208	364 = 2,4 %	163 = 1.1 %

Bij de verschillende vergelijkingen tusschen bekkenvernauwingen en het normale worden de gegevens van het normale aan deze tabel ontleend.

Liggingsafwijkingen.

Ofschoon ons materiaal niet minder dan 2496 gevallen van bekkenvernaauwing met voldragen enkelvoudige zwangerschap-
pen omvat, is het aantal liggingsafwijkingen voor de statistische
bewerking — mede door de verdeeling in groepen — vrij klein,
zoodat wij gemeend hebben, de primiparae en multiparae samen
te mogen vatten.

Tabel A geeft een overzicht van groep A, tabel B van groep
B, tabel C van groep C, tabel D van groep D. Voorts heb ik
in tabel E. de groepen A en B samen gevoegd.

Groep A.

Vrouwen uit de V.P., thuis bevallen.

In totaal 769 vrouwen, primiparae en multiparae, waarvan
wij in tabelvorm het aantal voorkomende liggings van het
kind geven.

TABEL A.

	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	C.D. 8-8.9	C.D. 7-7.9	Alg. vern.	Bijzondere bekkens	C.D. ?? Omr. ??	Totaal
Achterhoofdsliggingen	377	225	16	—	—	62	15	—	695
Kruinliggingen	2	—	—	—	—	1	—	—	3
Voorhoofdsliggingen	—	2	—	—	—	—	—	—	2
Aangezichtsliggingen	6	3	—	—	—	—	—	—	9
Hoofd blijft bewegelijk	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Voorliggende navelstreng	1	1	—	—	—	—	—	—	2
Uitgezakte navelstreng	5	4	—	—	—	1	—	—	10
Uitgezakte arm naast het hoofd	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal v/d. Hoofdliggingen	391	235	16	—	—	64	15	—	721
Stuitliggingen	20	9	1	—	—	3	—	—	33
Dwarsliggingen	11	3	1	—	—	—	—	—	15
Placenta praevia	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal	422	247	18	0	0	67	15	0	769

Groep B.

Vrouwen uit de V.P. in de kliniek bevallen.

In totaal 738 vrouwen primiparae en multiparae, waarvan wij
het aantal voorkomende liggings van het kind in tabelvorm
geven.

TABEL B.

	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	C.D. 8-8.9	C.D. 7-7.9	Alg. vern.	Bijzondere bekkens	C.D. omtr?	Totaal
Achterhoofdsliggingen	253	222	39	2	—	108	29	—	653
Kruinliggingen	2	3	—	—	—	1	1	—	7
Voorhoofdsliggingen	1	1	—	—	—	—	—	1	3
Aangezichtsliggingen	1	3	—	—	—	—	1	—	5
Hoofd blijft beweegelijk	—	5	8	7	—	—	2	—	22
Voorliggende navelstreng	—	2	2	—	—	—	—	—	4
Uitgezakte navelstreng	—	2	3	—	—	—	—	—	5
Uitgezakte arm naast het hoofd	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Totaal v/d Hoofdsliggingen	257	238	52	9	—	109	34	1	700
Stuitliggingen	7	11	4	—	—	1	1	—	24
Dwarsliggingen	3	3	—	—	—	—	1	—	7
Placenta praevia	2	2	1	—	—	1	1	—	7
Totaal	269	254	57	9	0	111	37	1	738

Groep A + B.

Vrouwen uit de V.P., thuis en in de kliniek bevallen.

In totaal 1507 vrouwen, primiparae en multiparae, waarvan in tabelvorm het aantal voorkomende liggingen van het kind wordt gegeven.

TABEL E.

	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	C.D. 8-8.9	C.D. 7-7.9	Alg. vern.	Bijzondere bekkens	C.D. omtr.?	Totaal
Achterhoofdsliggingen	630	447	55	2	—	170	44	—	1348
Kruinliggingen	4	3	—	—	—	2	1	—	10
Voorhoofdsliggingen	1	3	—	—	—	—	—	1	5
Aangezichtsliggingen.	7	6	—	—	—	—	1	—	14
Hoofd blijft beweegelijk	—	5	8	7	—	—	2	—	22
Voorliggende navelstreng	1	3	2	—	—	—	—	—	6
Uitgezakte navelstreng	5	6	3	—	—	1	—	—	15
Uitgezakte arm naast het hoofd	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Hoofdsliggingen	648	473	68	9	—	173	49	1	1421
Stuitliggingen	27	20	5	—	—	4	1	—	57
Dwarsliggingen	14	6	1	—	—	—	1	—	22
Placenta praevia	2	2	1	—	—	1	1	—	7
Totaal	691	501	75	9	0	178	52	1	1507

Groep C.

Vrouwen van buiten, voor de bevalling opgenomen.

In totaal 822 vrouwen, primiparae en multiparae, waarvan wij het aantal voorkomende liggingen van het kind in tabelvorm geven.

TABEL C.

	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	C.D. 8-8.9	C.D. 7-7.9	Alg. vern.	Bijzondere bekkens	C.D. omtr. ?	Totaal
Achterhoofdsliggingen	249	224	40	5	—	123	26	1	668
Kruinliggingen	4	5	1	—	—	1	2	—	13
Voorhoofdsliggingen	—	2	2	1	—	—	—	—	5
Aangezichtsliggingen	1	1	—	—	—	—	—	—	2
Hoofd blijft beweeglijk	—	24	29	16	3	—	4	—	76
Voorliggende navelstreng	—	2	1	2	—	—	—	—	5
Uitgezakte navelstreng	1	6	2	—	—	—	—	—	9
Uitgezakte hand naast hoofd	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Hoofdsliggingen	255	264	76	24	3	124	32	1	779
Stuitliggingen	17	6	3	—	—	3	2	—	31
Dwarsliggingen	—	2	1	5	—	—	—	—	8
Placenta praevia	2	—	—	—	—	2	—	—	4
Totaal	274	272	80	29	3	129	34	1	822

TABEL D.

	C.D. 11-11.9	C.D. 10-10.9	C.D. 9-9.9	C.D. 8-8.9	C.D. 7-7.9	Alg. vern.	Bijzondere bekkens	C.D. omtr. ?	Totaal
Achterhoofdsliggingen	27	46	13	2	—	3	10	1	102
Kruinliggingen	1	2	1	—	—	—	—	—	4
Voorhoofdsliggingen	1	1	1	—	—	—	—	—	3
Aangezichtsliggingen	4	6	1	—	—	—	—	—	11
Hoofd blijft beweeglijk	—	1	4	4	1	—	—	—	10
Voorliggende navelstreng	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Uitgezakte navelstreng	2	3	1	—	—	—	—	—	6
Uitgezakte arm naast het hoofd	—	2	—	—	—	—	—	—	2
Totaal aantal Hoofdsliggingen	35	62	21	6	1	3	10	1	139
Stuitliggingen	3	6	4	—	—	—	1	1	15
Dwarsliggingen	5	2	3	—	—	—	—	2	12
Placenta praevia	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Totaal	43*	71	28	6	1	3	11	4	167

* Onvermeld gebleven is een vrouw, bij wie bij inkomst alleen het hoofd nog ongeboren is. De hals is afgescheurd.

Groep D.

Vrouwen van buiten, durante partu opgenomen.

In totaal 167 vrouwen, primiparae en multiparae, waarvan in tabelvorm de voorkomende liggingen van het kind gegeven worden. Zie tabel D op vorige bladzijde.

Allereerst willen wij nu de verhoudingen van de hoofd-, stuit- en dwarsliggingen nagaan, waarbij zij opgemerkt, dat de verhoudingen, zooals de tabellen die toonen niet de natuurlijke zijn, omdat, behalve in Groep D, zoo mogelijk alle dwars- en stuitliggingen op het hoofd zijn gekeerd, uitgezonderd in de enkele gevallen, waar een baring per vias naturalis uitgesloten werd geacht en dus toch keizersnede moest worden gedaan.

Bij vergelijking van de groepen A en B blijkt, dat bij een ongeveer gelijk aantal gevallen, niettegenstaande er in groep B veel meer sterk vernauwde (65 tegen 18) en bijzondere bekens (36 tegen 15) voorkomen, het aantal stuit- en dwarsliggingen in groep A grooter is dan in groep B.

Wij mogen daar veilig uit besluiten, dat de prophylactische behandeling, met name de zorg voor de hoofdligging, in de kliniek beter is dan in de polikliniek. In groep C met nog veel meer ernstige vernauwingen, is het aantal stuit- en dwarsliggingen zelfs nog minder, wat daaraan moet worden toegeschreven, dat onder groep B een aantal vrouwen voorkomt, die in partu uit de Verloskundige polikliniek zijn opgenomen met stuit- of dwarsliggingen en dus gewoonlijk met vroeg gebroken vliezen. Uit tabel E — de samenvoeging van groep A en B — blijkt, dat er uit het geheele representatieve materiaal uit Utrecht en Zuilen op 18777 bevallingen, 1507 bekkenvernauwingen tot onze kennis zijn gekomen, waarvan 7 maal gecombineerd met placenta praevia.

Van de 1500 vrouwen (placenta praevia uitgezonderd) bleek er ante partu 1421 maal een hoofdligging, (94.73 %), 57 maal een stuitligging (3.8 %) en 22 maal een dwarsligging (1.47 %) te bestaan.

In groep C bedroeg die verhouding 95.2 %, 3.8 % en 1 %, waarin tot uiting komt, dat bij nauwkeurig toezicht, dwarsliggingen gemakkelijker te vermijden zijn dan stuitliggingen.

In groep D is zooals te verwachten, het aantal liggingsafwijkingen en vooral dwarsliggingen veel grooter.

In hoeverre de gevonden liggingsafwijkingen als gevolg van bekkenvernauwing moeten worden beschouwd, kan ons een vergelijking leeren van groep A en B met de normale vrouwen uit de polikliniek en de kliniek. (Zie onderstaande tabel).

	Normale vrouwen		Bekkenvernauwingen
	Verlosk. Polikl.	Kliniek	(A + B)
Hoofdligging	14282 = 98,8 %	738 = 98,7 %	1421 = 94,7 %
Stuitligging	168 = 1,2 %	10 = 1,3 %	57 = 3,8 %
Dwarsligging	10 = 0,1 %	0 = 0 %	22 = 1,5 %

Het aantal stuit- en dwarsliggingen is dus bij bekkenvernauwing grooter dan bij de normale bekkens (5.3 % tegen 1.3 %).

Het totaal aantal is echter gering, niet meer dan 5,3 %, doordat, zooals onder zal blijken, van een groot aantal stuit- en dwarsliggingen hoofdliggingen zijn gemaakt, resp. maatregelen zijn genomen, die de stabiliteit in hoofdligging hebben vergroot.

Van welke groote beteekenis dat is, zal later blijken bij de bespreking der doodsoorzaken van de kinderen, want niet-tegenstaande onze prophylactische maatregelen en onze zeer expectatieve behandeling, zijn toch nog meer kinderen gestorven tengevolge van liggingsafwijkingen dan van de vernauwde doorgang.

De eigenlijke oorzaak der liggingsafwijkingen is niet zoozeer de vernauwing als zoodanig, maar de onregelmatigheid, die daarmede — vooral bij het rachitische bekken — gepaard gaat. Dit moge blijken uit de groep van algemeen vernauwde bekkens, waarbij de ingang niet plat, maar nagenoeg rond is, en waarbij op 297 hoofdliggingen slechts 7 stuitliggingen voorkomen en geen enkele dwarsligging.

Een duidelijke invloed van de *graad* van bekkenvernauwing op het ontstaan van een liggingsafwijking is — alweer door onze praenatale zorg — uit de tabellen niet te zien. Daarentegen blijkt, dat wij veel minder in staat zijn te voorkomen, dat de navelstreng komt voor te liggen of uitzakt, want onder de 1421 hoofdliggingen uit groep A + B (tabel E) komen niet minder dan 21 uitgezakte navelstrengen voor (1.4 %) en bij de 779 hoofdliggingen uit groep C (tabel C) zelfs 14 (1.8 %).

Bovendien komen zij hoofdzakelijk voor bij de sterkere ver-

nauwingen met C.D. minder dan 10 cm: namelijk 10 maal op 180 gevallen (5.6 %), tegen 25 op 2020 gevallen met een C.D. grooter dan 9.9 cm (1.2 %) of in een verhouding van bijna 5 tot 1.

Bij 15019 hoofdliggingen bij vrouwen met een normaal bekken deed zich deze complicatie slechts 27 maal voor (0.18 %) tegen 35 maal bij 2200 hoofdliggingen bij bekkenvernaauwing (1.6 %) of 1 tegen bijna 9.

Aangezien de navelstreng alleen kan uitzakken respectievelijk komen voor te liggen, wanneer het hoofd los op de bekkenring staat, in gevallen dus, waar een vermeerderde kans op een stuit- of dwarsligging bestaat, zouden wij eenzelfde verhouding der stuit- en dwarsliggingen bij de sterkere en lichtere vernauwingen mogen verwachten.

Waar dat geenszins het geval is, daar immers bij de lichte en sterkere graden van bekkenvernaauwing het aantal stuit- en dwarsliggingen nagenoeg gelijk is, terwijl dat der uitgezakte navelstrengen bij de sterkere graden niet minder dan $5 \times$ meer is dan bij de lichtere graden, blijkt daaruit ten duidelijkste de invloed der praenatale zorg, d.w.z. de uitwendige keering en de genomen maatregelen tot verhooging der stabiliteit.

De aantekeningen van de verrichtte keeringen waren niet nauwkeurig genoeg om die statistisch te bewerken, bovendien zouden wij daaruit niet hebben mogen besluiten, hoeveel liggingsafwijkingen wij daardoor hebben voorkomen, maar, wanneer wij bedenken, dat er bij de bekkenvernaauwingen bijna 9 maal meer uitgezakte navelstrengen voorkomen dan bij de normale vrouwen (1.6 % tegen 0.18 %), zouden wij — wanneer wij mogen aannemen, dat de kans op een stuit- of dwarsligging evenredig is met die op een uitzakken van de navelstreng — bij de bekkenvernaauwingen ook ongeveer 9 maal meer stuit- en dwarsliggingen mogen verwachten dan bij de normale vrouwen.

Dat aantal bedraagt echter slechts ongeveer 4 maal zooveel, (5.3 % tegen 1.3 %). Bedenken wij echter, dat ook bij de normale vrouwen, de liggingsafwijkingen zoo mogelijk zijn gecorrigeerd, dan volgt daar onmiddellijk uit, dat het aantal liggingsafwijkingen naar verhouding tot een nog veel geringer aantal dan de helft is teruggebracht.

Uit het normale materiaal is gebleken, dat het aantal stuit-

liggingen 1 % bedraagt bij de multiparae, doch niet minder dan 1,7 % bij de primiparae, terwijl in het algemeen het aantal stuitliggingen bij multiparae talrijker is dan bij de primiparae. Ofschoon wij niet nauwkeurig weten, hoeveel kinderen op het hoofd gekeerd zijn en in hoofdligging zijn gebleven, meenen wij toch op grond van deze verklaring te mogen aannemen, dat wij bij de normale vrouwen, het aantal liggingsafwijkingen tot op minstens de helft hebben teruggebracht. Wij mogen dus veilig aannemen, dat het aantal liggingsafwijkingen bij bekkenvernaauwing $\frac{1}{4}$ of zelfs $\frac{1}{5}$ van het aantal gevallen is teruggebracht, dat zonder onze prophylaxe zou zijn waargenomen.

Wat dat beteekent, zal straks blijken, wanneer wij zullen zien, welk aandeel de liggingsafwijkingen in het aantal kunstverlossingen en doode kinderen hebben. Wij zullen voor elke ligging afzonderlijk de percentages kunsthulp en gestorven kinderen nagaan, in de groepen A, B en C. Groep D is voor dit doel ongeschikt.

Wij beginnen met de *Achterhoofdsligging*.

Onder deze groep verstaan wij alle gevallen, waarbij de kinderen in achterhoofdsligging geboren zijn, hetzij met het achterhoofd naar voren, of wat een enkele maal voorkomt, met het achterhoofd naar achteren. In vele gevallen bestond tijdens de indaling een neiging tot deflexie, die later in flexie overging. In andere gevallen, in het bijzonder bij het platte bekken, is het hoofd in een voorste of achterste wandbeensligging ingedaald, een enkele maal in positio occipito — pubica of sacralis. Een scheiding tusschen deze groepen hebben wij niet gemaakt. Ook vond ik meermalen stoornissen in den uitgang aangeteekend met een diepe dwarsstand. In vele dier gevallen heeft men door bepaalde liggingen of door manueele correctie met succes getracht de geboorte in achterhoofdsligging te bevorderen of waar weeënzwakte bestond met meer of minder succes de weeën met pituitrine aangezet. Wij willen al deze bijzonderheden terzijde laten, maar het totale resultaat weergeven.

In groep A: 695 kinderen in achterhoofdsligging.

In groep B: 653 kinderen in achterhoofdsligging.

In groep C: 668 kinderen in achterhoofdsligging.

	Spontaan				Kunsthulp			
	levend	dood	later †	Totaal	levend	dood	later †	Totaal
Groep A. 695	649	9	0	658	33	2	2	37
Groep B. 653	578	15	0	593	51	7	2	60
Groep C. 668	583	11	4	598	69	1	0	70
Groep A. + B. 1348	1227	24	0	1251	84	9	4	97
Groep B. + C. 1321	1161	26	4	1191	120	8	2	130

Voor de bevallingen in de kliniek zijn groep B en C samengenomen en zijn dus 1321 kinderen in achterhoofdsligging geboren. De resultaten waren als volgt:

Kunsthulp: 9.8 %. (130 op 1321).

Gestorven kinderen: 3 %. (40 op 1321).

Gestorven kinderen bij spontane baring: *2.5 %.* (30 op 1191).

Gestorven kinderen bij kunsthulp: *7.7 %.* (10 op 130).

Voor het representatief materiaal van Utrecht en Zuilen zijn groep A en B samengenomen en zijn 1348 kinderen in achterhoofdsligging geboren.

De resultaten waren als volgt:

Kunsthulp: 7.2 %. (97 op 1348).

Gestorven kinderen: 2.7 %. (35 op 1348).

Gestorven kinderen bij spontane baring: *1.9 %.* (24 op 1251).

Gestorven kinderen bij kunsthulp: *13.4 %.* (13 op 97).

Kruinligging.

Het aantal kruinliggingen is zeer gering, niettegenstaande bij platte bekkens het hoofd dikwijls met de groote fontanel in of bij de bekkenas (althans dieper dan de kleine fontanel) indaalt. Tendeel is dat het gevolg daarvan, dat in den regel na het passeeren van den vernauwdten ingang, nog een flexie ontstaat en voor een ander deel, dat wanneer de lichte deflexie blijft bestaan, doch het achterhoofd naar voren draait, de kruinligging voor een achterhoofdsligging wordt aangezien.

Uit de aard der zaak is daar meer kans op in de Verloskundige polikliniek dan in de kliniek, wat dan ook in de verschillende frequentie in kliniek en polikliniek tot uiting komt.

In groep A: 3 kinderen in kruinligging.

In groep B: 7 kinderen in kruinligging.

In groep C: 13 kinderen in kruinligging.

		Spontaan				Kunsthulp			
		levend	dood	later +	Totaal	levend	dood	later +	Totaal
Groep A	3	3	—	—	3	—	—	—	—
Groep B	7	2	—	—	2	4	1	—	5
Groep C	13	9	—	—	9	4	—	—	4
Groep A + B	10	5	—	—	5	4	1	—	5
Groep B + C	20	11	—	—	11	8	1	—	9

In de kliniek zijn dus 20 kruinliggingen voorgekomen, met de volgende resultaten:

Kunsthulp: 45 %. (9 op 20).

Gestorven kinderen: 5 % (bij kunsthulp). (1 op 20).

In het representatief materiaal zijn 10 kruinliggingen voorgekomen, met de volgende resultaten:

Kunsthulp: 50 %. (5 op 10).

Gestorven kinderen: 10 % (bij kunsthulp. (1 op 10).

Voorhoofdsliggingen.

De sterke graden van deflexie gaan tijdens de indaling meestal over in aangezichtsligging, alleen wanneer dit niet geschiedt en het kind in voorhoofdsligging wordt geboren, hetzij spontaan of kunstmatig, of bij een niet maximale deflexie versie en extractie is gedaan, hebben wij van voorhoofdsligging gesproken.

In groep A: 2 voorhoofdsliggingen, beide kinderen zijn door V. en E. levend geboren.

In groep B: 3 voorhoofdsliggingen, 1 maal uitgangstang, 2 maal hoge tang na handgreep volgens B a u d e l o c q u e. De drie kinderen leven.

In groep C: 5 voorhoofdsliggingen, 1 maal spontaan, 4 maal door kunsthulp (3 maal hoge tang, 1 maal keizersnede). De 5 kinderen leven.

In de kliniek zijn 8 kinderen in voorhoofdsligging geboren: 1 maal spontaan, 7 maal kunsthulp. Alle kinderen leven.

In het representatief materiaal zijn 5 kinderen in voorhoofdsligging geboren: 5 maal kunsthulp. Alle kinderen leven.

Aangezichtsliggingen.

In groep A: 9 aangezichtsliggingen, 6 maal spontaan, 3 maal V. en E. Alle kinderen leven.

In groep B: 5 aangezichtsliggingen: 4 maal spontaan, 1 maal V. en E. Alle kinderen leven.

In groep C: 2 aangezichtsliggingen: beide spontaan en levend geboren.

In de kliniek zijn 7 aangezichtsliggingen voorgekomen. 6 maal spontaan, 1 maal V. en E. Alle kinderen leven.

In het representatief materiaal zijn 14 aangezichtsliggingen voorgekomen: 10 maal spontaan, 4 maal V. en E. Alle kinderen leven.

Hoofd blijft bewegelijk boven den ingang.

In deze rubriek hebben wij samengevat alle hoofdsliggingen, waar het hoofd niet vast in den ingang stond of is komen te staan, zoodat wij ze niet tot een der 4 vorige groepen konden rekenen. Met het oog op de indicatie tot kunsthulp en de resultaten bij achterhoofdsligging heb ik gemeend deze groep voorloopig te mogen afzonderen, omdat er bijna steeds keizersnede is gedaan en de ligging op de indicatie van weinig beteekenis was. Daarbij zij opgemerkt, dat hoe langer men wacht, hoe expectatiever de therapie is, des te kleiner deze groep zal wezen.

In groep A: komt deze rubriek natuurlijk niet voor, wanneer in de Verloskundige polikliniek dergelijke verhoudingen van hoofd tot bekken gevonden worden, volgt onmiddellijk opname.

In groep B: die dus tegelijkertijd het representatief materiaal weergeeft, bleef 22 maal het hoofd bewegelijk boven den ingang. 19 maal S.C. Levende kinderen. 2 maal hooge tang (1 maal na schaambeensnede). Beide kinderen leven. 1 maal perforatie van de groote harde schedel, die ten onrechte voor een hydrocephalus werd gehouden. (Zie bldz. 206).

In groep C: bleef 76 maal het hoofd bewegelijk. 72 maal S.C.

71 kinderen leven. 1 kind dood door asphyxie. 2 maal hooge tang, 1 kind leeft, 1 kind dood. 1 maal V. en E. na schaambeensnede. Kind leeft. 1 maal uterusruptuur ante partu in het litteeken van een vorige S.C. (Zie bldz. 256).

In de kliniek bleef 98 maal het hoofd bewegelijk. 98 maal kunsthulp. 94 maal levend kind. 4 kinderen dood geboren = 4.3 %

Voorliggende, resp. uitgezakte navelstreng.

Wanneer de navelstreng uitzakt bij het breken van de vliezen bij volkomen ontsluiting en het hoofd daalt onmiddellijk in, sterft het kind in den regel, wanneer het niet spoedig geboren wordt.

Daarom moet dan zoo snel mogelijk hulp geboden worden, hetzij tangextractie, wanneer het hoofd half of meer is ingedaald, anders V. en E.

Breken de vliezen vóór volkomen ontsluiting en zijn er ernstige moeilijkheden bij het nakomend hoofd te verwachten, dan wordt keizersnede gedaan.

Wanneer echter van het bekken geen ernstige bezwaren verwacht worden, wordt gewacht tot de ontsluiting volkomen is en naar omstandigheden gehandeld.

Bij voorliggende navelstreng wordt, als het bekken niet te nauw is, zoo mogelijk op de stuit gekeerd of bij volkomen ontsluiting na het breken van de vliezen versie en extractie gedaan. Expectatief, zooals bij een normale hoofdligging, kunnen wij niet te werk gaan.

In groep A: 12 maal voorliggende, resp. uitgezakte navelstreng.

2 maal uitgangstang: 1 kind leeft, 1 kind dood.

10 maal V. en E.: 9 kinderen leven, 1 kind dood.

In groep B: 9 maal voorliggende, resp. uitgezakte navelstreng.

1 maal spontaan, kind dood.

1 maal perforatie.

3 maal V. en E.: kinderen leven.

4 maal S. C.: 3 kinderen leven, 1 kind na $\frac{1}{2}$ uur dood.

In groep C: 14 maal voorliggende, resp. uitgezakte navelstreng.

2 maal spontaan: 1 kind leeft. 1 kind dood.

4 maal V. en E.: 3 kinderen leven. 1 kind na $\frac{1}{3}$ uur dood.

8 maal S.C. Kinderen leven.

In de kliniek kwam 23 voorliggende, resp. uitgezakte navelstrengen voor.

3 maal spontaan: 1 kind leeft, 2 kinderen dood.

20 maal kunsthulp: 17 kinderen leven, 1 kind dood, 2 kinderen spoedig gestorven.

Er zijn dus 5 kinderen gestorven: 21,7%.

In het representatief materiaal kwamen 21 voorliggende, resp. uitgezakte navelstrengen voor.

1 maal spontaan. Kind is dood.

20 maal kunsthulp: 16 kinderen leven. 3 kinderen dood, 1 kind spoedig gestorven.

Er zijn dus 5 kinderen gestorven = 23,8%.

Het blijkt duidelijk, dat deze complicatie voor het kind groote gevaren oplevert, terwijl practisch gesproken, steeds een kunstverlossing moet worden gedaan.

Uitgezakte arm.

Een enkele maal wordt het kind spontaan geboren met een arm voor of naast het hoofd, doch meestal is repositie, eventueel gevolgd door een tangextractie, of versie en extractie noodig. De complicatie is zeldzaam.

In groep A: kwam deze complicatie niet voor.

In groep B: 1 maal een uitgezakte arm bij een, door onbekende oorzaak gemacereerd, kind. Na repositie volgde spontane baring.

In groep C: 1 maal een uitgezakte arm.

Het kind wordt levend door V. en E. geboren.

Stuitliggingen.

Wegens de groote voordeelen, die de hoofdligging vooral bij bekkenvernauwingen heeft, wordt, zoolang de vliezen staan, zoo mogelijk van de stuitligging een hoofdligging gemaakt.

Bij lichtere graden van bekkenvernaauwing wordt de spontane geboorte afgewacht.

Bij de sterke graden van vernaauwing, waarbij moeilijkheden

van het nakomend hoofd te wachten zijn, wordt extractie ver-
richt bij volkomen ontsluiting, tenzij deze te gevaarlijk lijkt
voor het kind. Omdat men geen oordeel kan krijgen over de
wanverhouding tusschen hoofd en bekken, wordt eerder tot
keizersnede overgegaan dan bij de achterhoofdsligging.

Bovendien wordt in de gevallen, waar de stuit spontaan ge-
boren wordt, in den regel het hoofd, eventueel ook de armen,
ontwikkeld. Vandaar dat het totaal aantal malen kunsthulp
zeer groot is.

In groep A: 33 stuitliggingen.

In groep B: 24 stuitliggingen.

In groep C: 31 stuitliggingen.

		Spontaan				Ged. extr.				Voll. kunsth.			
		levend	dood	later +	Totaal	levend	dood	later +	Totaal	levend	dood	later +	Totaal
Groep A	33	12	—	—	12	10	—	—	10	9	2	—	11
Groep B	24	2	1	—	3	15	—	—	15	5	—	1	6
Groep C	31	6	—	—	6	8	—	—	8	13	2	2	17
Groep A + B	57	14	1	—	15	25	—	—	25	14	2	1	17
Groep B + C	55	8	1	—	9	23	—	—	23	18	2	3	23

In de kliniek kwam 55 stuitliggingen voor.

Percentage kunsthulp: 83.6%.

6 kinderen zijn gestorven = 10.9%.

In het representatief materiaal kwamen 57 stuitliggingen
voor.

Percentage kunsthulp: 73.7%.

4 kinderen zijn gestorven = 7%.

Vergelijken wij het totaal aantal gestorven kinderen met dat
bij de achterhoofdsligging, dan blijkt de mortaliteit hoog te
zijn.

	Mortaliteit	
	Achter- hoofds- ligging	Stuit- ligging
In de kliniek; bekkenvernaauwingen	3 %	10,9 %
Representatief materiaal: bekkenvernaauwingen	2,7 %	7 %
Representatief materiaal: normale bekkens	0,9 %	10,7 %

Uit bovenstaande tabel blijkt duidelijk, dat niet de ver-

nauwde doorgang de oorzaak is, dat een hoog percentage van de kinderen in stuitligging geboren, sterft, doch dat het de liggingsafwijking zelf is, die voor de kinderen groote gevaren met zich brengt. Met deze gegevens voor oogen, is het duidelijk, dat elke stuitligging zoo veel mogelijk in een hoofdligging *moet* gekeerd worden, niet alleen bij bekkenvernaauwing, maar ook bij een normaal bekken.

Dwarsliggingen.

Zoolang de vliezen staan, wordt op het hoofd gekeerd, is dit niet mogelijk, dan wordt bij volkomen ontsluiting versie en extractie gedaan, tenzij ernstige moeilijkheden van het nakomende hoofd te verwachten zijn; dan wordt dadelijk tot sectio caesarea overgegaan.

Ook wanneer de vliezen gebroken zijn, wordt bij voldoende ontsluiting versie en extractie gedaan, mits wij het erop aan durven laten komen in verband met het nakomende hoofd.

In ieder bijzonder geval kunnen daarbij bijkomstige omstandigheden o.a. de toestand van het kind (meconium, harttonen) of weeënzwakte bij nog weinig ontsluiting enz., de doorslag geven tot de keuze van behandeling.

In groep A: 15 dwarsliggingen.

14 maal V. en E. 12 kinderen leven. 1 kind dood.

1 kind spoedig dood.

1 maal uitwendige versie durante partu.

Er ontstaat een aangezichtsligging. Met de handgreep van *Baudeloque* wordt gecorrigeerd in achterhoofdsligging, waarna spontane baring van een levend kind volgt.

In groep B: 7 dwarsliggingen.

6 maal V. en E. 5 kinderen leven. 1 kind dood.

1 maal decapitatie.

In groep C: 8 dwarsliggingen.

8 maal S.C. Alle kinderen leven.

In de kliniek kwamen dus 15 dwarsliggingen voor:

Steeds kunsthulp.

2 kinderen gestorven: 13.3%.

In het representatief materiaal 22 dwarsliggingen.

Steeds kunsthulp.

4 kinderen gestorven = 18.2%.

Vergelijken wij nu de verschillende liggingen onderling, zoowel ten opzichte van de frequentie, waarin kunsthulp is toegepast, als met betrekking tot de totale kinderlijke mortaliteit, (mortaliteit + vroege sterfte) dan zien wij uit onderstaande tabel, waarin de groepen A, B en C zijn samengevoegd, dat het aantal kunstverlossingen bij de achterhoofdsligging zeer veel geringer is dan bij de liggingsafwijkingen.

	Totaal	Kunsthulp	Gestorven kinderen
Achterhoofdsligging	2016	167 = 8,3 %	53 = 2,6 %
Kruinligging	23	9 = 39,1 %	1 = 4,3 %
Voorhoofdsligging	10	9 = 90 %	0 = 0 %
Aangezichtsligging	16	4 = 25 %	0 = 0 %
Hoofd blijft bewegelijk	98	98 = 100 %	4 = 4,3 %
Uitgezakte navelstreng	35	32 = 91,4 %	7 = 20 %
Uitgezakte arm naast hoofd	2	2 = 100 %	1 = 50 %
Stuitligging	88	67 = 76,1 %	8 = 9 %
Dwarsligging	30	30 = 100 %	4 = 13,3 %

Ook de mortaliteit der kinderen is bij liggingsafwijkingen veel grooter, vooral bij de uitgezakte navelstreng, en dat verschil wordt nog grooter, wanneer wij bedenken, dat het aantal keizersneden bij liggingsafwijkingen relatief grooter is dan bij achterhoofdsliggingen. (Zie Hoofdstuk: keizersnede). Het is dus van het allergrootste belang, alles te doen, wat de kans op een hoofdsligging kan verbeteren, al kost dat ook heel veel werk en toezicht en eischt het van de patienten veel opofferingen aan tijd en geld.

Wij moeten nu in de eerste plaats onder de oogen zien, in hoeverre de liggingsafwijkingen het gevolg zijn van de bekkenvernaauwing. Uit onze tabellen is wel gebleken, dat de gevallen met uitgezakte navelstreng toenemen met de graad van vernauwing, doch voor de stuit- en dwarsligging blijkt dat niet, want het aantal daarvan ontloopt elkander bij de verschillende graden van vernauwing niet veel, zooals wij reeds eerder gezegd hebben, naar onze meening, door onze prophylaxis. Wij moeten dan ook, om bovenstaande vraag te kunnen beantwoorden, het aantal stuit- en dwarsliggingen bij vrouwen met een bekken-

vernaauwing vergelijken met dat bij vrouwen met een normaal bekken.

Daartoe beschikken wij over de gegevens van de representatieve groep Utrecht en Zuilen, die voor de normale vrouwen op dezelfde wijze bewerkt is, als de bekkenvernaauwingen. (Zie bldz. 110).

Zetten wij nu beide groepen naast elkander, dan krijgen wij het volgende overzicht:

	Normale bekkens	Bekkenvernaauwingen
Hoofdligging	15020 = 98,8%	1421 = 94,7%
Stuitligging	178 = 1,2%	57 = 3,8%
Dwarsligging	10 = 0,1%	22 = 1,5%

Hieruit blijkt, dat het aantal stuit- en dwarsliggingen bij de bekkenvernaauwingen, niettegenstaande alle zorg, belangrijk groter is dan bij de normale vrouwen, bij wie — dat dient uitdrukkelijk gezegd — dezelfde prophylaxe wordt toegepast. Ten bewijze hiervoor dient opgemerkt, dat — evenals bij de bekkenvernaauwingen — bij de normale bekkens meer stuitliggingen voorkomen bij de primiparae, dan bij de multiparae, in tegenstelling met hetgeen door anderen aangegeven wordt. De uitwendige keering, die bij de straffe buikwand der primiparae vaker mislukt, is hiervan de oorzaak.

Bij de bekkenvernaauwing is de frequentie van de stuitligging bij primiparae 4.4 %; bij multiparae 3.2 %. Bij de normale bekkens vonden wij resp. 1.7 % en 1 %.

In de 2e plaats moeten wij ons afvragen, in hoeverre die meerdere liggingsafwijkingen de oorzaak zijn van het grootere aantal kunstverlossingen. Hierbij zullen wij de gevallen, waarbij het hoofd niet indaalde en dus bewegelijk boven den ingang bleef staan, tot de achterhoofdsliggingen rekenen. Tevens zullen wij vier vrouwen elimineeren, die door eclampsie, loslating van de placenta, enz. (afwijkingen, die bij de normale vrouwen niet voorkomen) een levenloos kind baarden.

Voor het representatief materiaal der bekkenvernaauwingen zien wij dan, dat bij 1496 vrouwen: 1366 kinderen in achterhoofdsligging werden geboren met 119 kunstverlossingen. Het percentage kunsthulp bij achterhoofdsligging bedroeg 8,7% (119 op 1366). Bij 130 vrouwen lag het kind niet in achter-

hoofdsligging, (8,7%), hierbij werd 99 $\times$ kunsthulp verleend, dus in 76,2 % (99 op 130). Uit de tabel op bldz. 110 zien wij, dat bij 15208 normale vrouwen 310 liggingsafwijkingen voorkwamen, (2%) waarbij 119 $\times$ kunsthulp werd verleend, dus in 38,4%. (119 op 310).

Zouden wij nu een oogenblik aannemen, dat er bij bekkenvernaauwing evenveel liggingsafwijkingen voorkwamen als bij normaal bekken, dan zouden er bij 1496 vrouwen met bekkenvernaauwing 26 liggingsafwijkingen (2%) voorkomen en 1470 achterhoofdsliggingen. Dan zou bij de 1496 vrouwen 148 $\times$ kunsthulp zijn verleend, namelijk 128 bij 1470 achterhoofdsliggingen (8,7%) en 20 bij 26 liggingsafwijkingen (76,2%). Het totaal aantal malen kunsthulp zou 9,9% bedragen hebben. In werkelijkheid was het aantal liggingsafwijkingen veel groter en daardoor bedroeg het aantal kunstverlossingen 218 = 14,5%. Door de meerdere liggingsafwijkingen is dus het percentage kunsthulp met 4,6% toegenomen.

In de 3e plaats rijst de vraag, hoe groot de invloed is van de liggingsafwijkingen op de kinderlijke mortaliteit. Ook hierbij is een vergelijking met de normale vrouw van nut.

Totale kinderlijke mortaliteit.

	Normale bekkens	Bekkenvernaauwingen
Achterhoofdsligging	136 = 0,9 %	33 = 2,2 %
Overige hoofdsliggingen	6 = 0,04 %	7 = 0,5 %
Stuitliggingen	19 = 0,1 %	4 = 0,3 %
Dwarsliggingen	2 = 0,01 %	4 = 0,3 %
Totaal	163 = 1,1 %	48 = 3,3 %

Uit bovenstaande tabel blijkt de totale kinderlijke mortaliteit bij de bekkenvernaauwingen 3 maal groter te zijn dan bij de normale bekkens. (1.1 % : 3.3 %).

Bij de bekkenvernaauwingen blijkt 1 % van de kinderen gestorven te zijn bij liggingsafwijkingen, terwijl bij de normale bekkens 0.15 % van de kinderen gestorven zijn bij liggingsafwijkingen. Dit zeer groote verschil wordt niet verklaard door de hoogere mortaliteit bij liggingsafwijkingen bij bekkenvernaauwing. Immers bij de bekkenvernaauwingen kwamen 130 liggingsafwijkingen voor met 15 gestorven kinderen = 11.5 %, terwijl bij de normale bekkens 310 liggingsafwijkingen voorkwamen met 27 gestorven kinderen = 8.7 %.

Het feit, dat bij de bekkenvernauwingen percentsgewijs ruim 6 maal meer kinderen zijn gestorven dan bij de normale bekkens (1 % : 0.15 %), wordt dan ook in hoofdzaak verklaard, doordat bij de bekkenvernauwingen percentsgewijs bijna 4½ maal meer liggingsafwijkingen zijn voorgekomen dan bij de normale bekkens. (8.7 % : 2 %).

Resumeerende moge onderstaande vergelijking van de normale vrouwen en de vrouwen met een pathologisch bekken een overzicht geven van de beteekenis van het pathologische bekken voor: liggingsafwijkingen, kunsthulp, en prognose voor het kind.

1496	Bekkenvernauwingen.	
1366	Achterhoofdsliggingen	= 91.3 %.
130	Liggingsafwijkingen	= 8.7 %.
218	Kunstverlossingen	= 14.6 %.
48	Gestorven kinderen	= 3.3 %.
15208	Normale bekkens.	
14898	Achterhoofdsliggingen	= 98 %.
310	Liggingsafwijkingen	= 2 %.
364	Kunstverlossingen	= 2.4 %.
163	Gestorven kinderen	= 1.1 %.

Hieruit blijkt, dat bij de bekkenvernauwingen:

- 1° ruim 4 × meer liggingsafwijkingen,
- 2° ruim 5½ × meer kunstverlossingen,
- 3° ruim 3 × meer doode kinderen,

voorkomen dan bij de vrouwen met een normaal bekken, waarbij zij opgemerkt, dat in deze waarden reeds verdisconteerd zijn onze prophylactische en therapeutische behandeling.

Wij zullen nu de verdere complicaties bij bekkenvernauwingen bespreken en allereerst het breken der vliezen nagaan.

Het breken der vliezen.

Het is van belang te weten, of de vliezen bij een bekkenvernaauwing eerder breken dan bij een normaal bekken. Immers het vruchtwater is een natuurlijke bescherming voor het kind. Breken de vliezen vroegtijdig, dan zullen de gevaren voor het kind tijdens het ontsluitingstijdperk groter zijn dan bij staande vliezen, mochten dus de vliezen bij bekkenvernauwingen vroeger breken dan bij normale vrouwen, dan zou daarin een

reden temeer gelegen kunnen zijn van de grootere kinderlijke mortaliteit.

Om na te gaan of er in het tijdstip van het breken van de vliezen verschil bestaat bij een bekkenvernauwing en bij een normaal bekken, is voor beide categorieën de ontsluiting bij het breken van de vliezen nagegaan.

Bij de bekkenvernauwingen braken bij 846 primiparae de vliezen bij $\pm 6\%$ bij staande portio.

bij $\pm 39\%$ bij onvolkomen ontsluiting.

bij $\pm 45\%$ bij volkomen ontsluiting.

bij $\pm 10\%$ was de ontsluiting onbekend.

Voor 736 multiparae waren deze waarden:

bij $\pm 4\%$ bij staande portio.

bij $\pm 36\%$ bij onvolkomen ontsluiting.

bij $\pm 58\%$ bij volkomen ontsluiting.

bij $\pm 12\%$ was de ontsluiting onbekend.

Bij de normale bekkens braken bij 869 primiparae de vliezen

bij $\pm 6\%$ bij staande portio.

bij $\pm 27\%$ bij onvolkomen ontsluiting.

bij $\pm 55\%$ bij volkomen ontsluiting.

bij $\pm 12\%$ was de ontsluiting onbekend.

Voor 643 multiparae waren deze waarden:

bij $\pm 4\%$ bij staande portio.

bij $\pm 19\%$ bij onvolkomen ontsluiting.

bij $\pm 65\%$ bij volkomen ontsluiting.

bij $\pm 12\%$ was de ontsluiting onbekend.

Uit dit onderzoek blijkt:

- 1° dat in het algemeen de vliezen bij de primiparae vaker voor volkomen ontsluiting breken dan bij de multiparae, ongeacht of het bekken normaal of pathologisch is.
- 2° dat bij bekkenvernauwing de vliezen vaker voor volkomen ontsluiting breken dan bij een normaal bekken, zoowel bij primiparae als bij multiparae. Dit verschil is niet onbelangrijk.

Ad 1° Een verklaring, waarom bij multiparae de vliezen langer blijven staan dan bij primiparae, zou kunnen zijn, dat bij de primipara het weefselverband om het ostium ex-

ternum nog intact is, zoodat het omkrulmechanisme daarop geen vat heeft.

Dientengevolge kan het, nadat de cervix geheel verslapt is, geruimen tijd duren, alvorens de uitwendige mond bij de primipara geheel geopend is, terwijl, tegelijk met de algeheele verslapping, de ontsluiting bij de multipara volkomen is en het hoofd, zoodra het door de contractiering wordt geperst, zonder weerstand van de cervix te ontmoeten, kan geboren worden.

Gedurende dat tijdsverschil, dat uren kan bedragen, kunnen de vliezen breken.

De verklaring, waarom de vliezen bij het pathologische bekken vroeger breken is moeilijker.

Ad 2° Mogelijk breken de vliezen bij bekkenvernauwingen eerder dan bij normale bekkens, omdat het voorliggende deel een minder goede afsluiting geeft, daar het hoofd minder goed past in de bekkenring. Onregelmatig toenemen van de spanning in de vochtblaas tijdens een wee zou de vliezen eerder kunnen doen breken. Ik heb overwogen of de oorzaak niet gelegen kan zijn in het feit, dat bij bekkenvernauwing het voorliggend deel minder snel indaalt, waardoor dikwijls een rand van de ontsluitingsring blijft staan, die eerst verdwijnt als het hoofd vervormd is en het bekken kan passeeren; dan zouden echter de vliezen in een relatief hooger percentage moeten breken bij 7, 8 of 9 cm ontsluiting. Het blijkt echter, dat bij de bekkenvernauwingen evenals bij de normale bekkens bij elke graad van ontsluiting (vóór volkomen ontsluiting) ongeveer even vele malen de vliezen breken, d.w.z. bij de bekkenvernauwingen is het percentage voor elke graad van ontsluiting hooger dan bij de normale bekkens, doch onderling zijn de waarden gelijk.

Deze vergelijking tusschen de bekkenvernauwingen en de normale bekkens leidt tot de conclusie, dat bij de bekkenvernauwing het kind meer kans heeft tijdens het ontsluitingstijdpk de beschermende werking van het vruchtwater te verliezen dan bij het normale bekken. Het zelfde geldt eveneens voor de

primiparae ten opzichte van de multiparae. Het kind zal tijdens de ontsluitingsperiode bij een bekkenvernaauwing meer gevaar lopen dan normaal, terwijl daardoor over het algemeen zijn conditie bij het begin van de uitdrijving minder goed kan zijn. Wij zullen later zien, dat bij bekkenvernaauwingen 1 % der kinderen te gronde gaat door een indirecte invloed van het bekken. Het ligt voor de hand aan te nemen, dat wij in het vroegtijdige breken van de vliezen een der factoren opgespoord hebben.

Stoornissen in de spildraai.

Van stoornis in de spildraai spreken wij, als tijdens de uitdrijving het achterhoofd in de kromming van het baringskanaal niet naar voren draait, waarvan vertraging, respectievelijk uitblijven van de spontane geboorte het gevolg is.

Zijligging op de kant, waar zich de rug van het kind bevindt, kan voldoende zijn om de spildraai tot stand te doen komen.

Helpt zijligging niet, dan wordt tijdens een wee druk uitgeoefend met de inwendige hand tegen het voorhoofd, waardoor de draaiing tot stand kan komen. (Digitale hulp).

Heeft de digitale hulp geen succes, dan wordt buiten een wee het hoofd iets opgedrukt en met de hand het achterhoofd naar voren gedraaid. (Manueele correctie).

De manueele correctie gelukt bijna altijd, doch laat men het hoofd los, dan draait het niet zelden terug. In dat geval moet men na de correctie onmiddellijk een tang aanleggen.

Het is van groot belang de uitgebleven spildraai te herkennen. Wanneer men, misleid door een groot baringsgezwel, een verkeerde diagnose stelt en meenende, dat het achterhoofd voorstaat, het kind tracht forcipaal te extraheeren, terwijl het achterhoofd in werkelijkheid naar achteren staat, kost dit over het algemeen zeer veel kracht. Er bestaat dan groot gevaar voor een totaalruptuur en het kind kan ernstig letsel bekomen. Wanneer men tijdig zijn vergissing bemerkt, en het achterhoofd naar voren draait, gelukt gewoonlijk de tangextractie spelenderwijs.

Veelvuldig blijft de spildraai uit bij de hooge tang, als het achterhoofd links of rechts achter staat. Het hoofd wordt in deze stand dieper getrokken en draait niet, doordat het daarin

belemmerd wordt door de tang. De tang moet dan afgenomen worden en na correctie van de stand opnieuw aangelegd worden. Intusschen kan dit vooral bij het lage platvernaauwde bekken groote moeilijkheden geven, als bij de correctie het hoofd weer omhoog gaat.

Wij zullen thans nagaan hoeveel malen deze stoornis in ons materiaal voorkwam.

In *groep A* werd eenige malen het kind spontaan geboren met het achterhoofd achter, aangezien echter enkele gevallen vermoedelijk kruinliggingen waren, maar als zoodanig niet door de practicanten geïnterpreteerd werden, blijft het totaal aantal achterwege.

- 1 × werd de stand gecorrigeerd en volgde spontane geboorte in A.a.v.
- 3 × werd na correctie een tang aangelegd.
- 2 × werd een verkeerde diagnose gesteld en werd het kind met het achterhoofd achter forcipaal geëxtraheerd.

Deze 6 gevallen kwamen alle voor bij bekkens met een C.D. van 11—11.9 cm.

In *de kliniek* werd 5 maal het kind spontaan geboren met het achterhoofd achter.

- 3 × manueele correctie en daarna spontane baring in A.a.v.
- 1 × manueele correctie met in aansluiting daaraan forcipale extractie.
- 3 × werd de uitgebleven spildraai miskend en werd het kind met het achterhoofd achter forcipaal geëxtraheerd.

In geen der gevallen is het kind gestorven.

De 12 gevallen in de kliniek kwamen voor bij:

- 5 × bij bekkens met C.D. 11—11.9 cm.
- 2 × bij bekkens met C.D. 10—10.9 cm.
- 2 × bij een scheefvernaauwd bekken.
- 3 × bij een algemeen vernauwd bekken.

Uterusruptuur.

Een der meest geduchte gevaren van de bekkenvernaauwingen is het optreden van een spontane uterus ruptuur. Deze kan zowel bij hoofd-, stuit-, als dwarsligging optreden.

Bij hoofdligging is zij te vreezen, wanneer het hoofd in

wandbeensligging staat, omdat het hoofd dan ten opzichte van de romp geknikt is en het onderste uterus segment dus, nadat het hoofd de contractiering gepasseerd heeft, onregelmatig en overmatig gerekt wordt.

Daar het hoofd de contractiering niet passeert, voordat de cervix geheel verslapt is en dus de cervix dan reeds geheel ontplooid is (bij multiparae) of gemakkelijk ontplooid wordt, bestaat er practisch geen gevaar voor de ontsluiting volkomen is (diss. K n u f m a n A n s i n g 1934).

Ook bij dwarsligging doet zich eerst het gevaar van scheuren van het onderste uterus segment voor, nadat de schouder de contractiering is gepasseerd en de ontsluiting eveneens volkomen is.

Bij stuitligging kan het bovendien voorkomen, dat wanneer de uterus scheef ligt en de puntige stuit bij opgeslagen beenen zijdelings tegen het onderste uterussegment aandrukt, zij daar doorheen boort.

Daarentegen is, bij lengteligging, wanneer de as van het kind met de as van de uterus samenvalt, het gevaar voor uterus ruptuur zeer gering, ook al trekt zich de uterus zoo ver terug over het kind, dat de contractiering de navel nadert. Rekking in lengterichting is dan ook lang niet zoo gevaarlijk als in dwarse richting.

Het is dus van belang, zich bij de leiding van de baring bij bekkenvernauwing nauwkeurig rekenschap te geven van de verhouding tusschen het kind en het onderste uterussegment, aan den eenen kant, om het gevaar van een uterus ruptuur tijdig te herkennen, maar aan den anderen kant eveneens, om niet uit misplaatste vrees voor uterus ruptuur, onnoodig in te grijpen, casu quo een sectio caesarea te doen.

Naast de spontane, onderscheiden wij een violente uterus ruptuur, waar vooral gevaar voor bestaat bij moeilijke keeringen.

Waar de bekkenvernauwingen voor dwarsligging en uitgezakte navelstreng disponeeren, zoodat nog al eens een inwendige keering noodig is, komen deze rupturen ook het meest bij vrouwen met een bekkenvernauwing voor.

Ook kan er een ruptuur in het corpus uteri ontstaan, wanneer daar zwakke plekken in zijn, zooals vroeger nog al eens na de corporeele keizersnede voorkwam.

Sedert men algemeen de cervicale sectio caesarea doet, is het gevaar daarvoor belangrijk verminderd, omdat, zooals hier reeds opgemerkt is, het onderste uterussegment eerst gerekt wordt, wanneer de ontsluiting volkomen is en het voorliggend deel de contractiering heeft gepasseerd.

Onder ons materiaal hebben zich 4 gevallen van uterus ruptuur voorgedaan.

In de verloskundige polikliniek kwam geen uterusruptuur voor.

In de *kliniek* ontstonden twee uterusrupturen.

1 maal spontaan *vóór de partus* in het litteken van de vorige keizersnede.

toc 1927/232. Zie beschrijving in het hoofdstuk over de Sectio Caesarea.

Laparotomie kwam voor moeder en kind te laat.

1 maal violente uterusruptuur bij versie en extractie van een aangezichtsligging. toc 1936/550.

Het vruchtwater was ruim 16 uur tevoren afgeloopen. Na 3½ uur volkomen ontsluiting was het hoofd ruim half ingedaald. De versie ging moeilijk. Het kind werd levend geëxtraheerd.

De ruptuur werd miskend. De vrouw stierf eenige uren p.p. (Zie bij V. en E.).

Durante partu werden 2 vrouwen opgenomen met uterusruptuur.

1 maal spontane uterusruptuur bij dwarsligging, 19 uur voor opname ontstaan.

toc 1932/436.

Uterusextirpatie. Het doode kind woog 4320 gram. De vrouw wordt na 23 dagen hersteld ontslagen. Aanvankelijk verschijnen selen van peritonitis.

1 maal uterusruptuur bij uitgezakte navelstreng en poging tot forcipale extractie. Toc 1936/258.

Vroedvrouw vond bij volkomen ontsluiting een uitgezakte navelstreng, zonder pulsaties. Huisarts in consult tracht tang aan te leggen. Extractie mislukt. Op advies van den huisarts wordt gedurende eenige uren de spontane baring afgewacht en

daarna wordt de vrouw tenslotte opgenomen. Bij opname zijn er geen weeën, onderste uterussegment is zeer pijnlijk.

Schedel wordt geperforeerd. Extractie met de cranioclast. Bij natasten is er een groote scheur in het o.u.s. Dadelijk wordt de uterus geëxtirpeerd. De vrouw geneest in 23 dagen.

Van de beide rupturen, die in de kliniek zijn ontstaan, ontstond de één in het litteken van een vroegere keizersnede, nog voor de baring begonnen was en de andere bij een keering wegens aangezichtsligging. Door overrekking van het onderste uterussegment is bij ons, dikwijls uren lang, afwachten van de spontane uitdrijving geen uterusruptuur opgetreden.

Bij de beide in de kliniek opgenomen vrouwen, was één ruptuur spontaan bij dwarsligging en de ander violent, althans daar was een vergeefsche poging tot tangextractie gedaan.

Symphysisruptuur.

Soms ontstaat een symphysisruptuur, wanneer het hoofd door den vernauwdten ingang geperst, respectievelijk getrokken wordt; in andere gevallen bij uitgangsvernauwing.

Uitgangsvernauwingen zijn zeer veelvuldig, doch wij zijn die bij onze bespreking nauwelijks tegengekomen, omdat zij weinig bezwaren geven, tenzij de bewegelijkheid in de symphysis gering is of ontbreekt. In zulke gevallen kan er bij een poging tot tangextractie een symphysisruptuur ontstaan. Het ligamentum arcuatum scheurt dan meer of minder ver in, en het gevaar is groot dat de scheur doorloopt tot in de blaas. Wanneer men tijdens een uitgangstang dan ook een symphysisruptuur voelt optreden — men moet daar altijd op bedacht zijn —, dan moet men er voor zorgen, dat de tubera ischii niet verder uiteenwijken, dan voor de passage van het kind volstrekt noodig is. Men laat dan, evenals bij de hebeosteotomie een flinken druk tegen de trochanteren uitoefenen, geeft een flinke zijdelingsche insnijding in het perineum en extraheert uiterst voorzichtig. Een dergelijke ruptuur deed zich in de 10 jaren, welke door mij bewerkt zijn, slechts éénmaal voor, met goeden afloop voor moeder en kind.

toc 1928/133.

De huisarts had vergeefs getracht het kind forcipaal te ex-

traheeren. Er bleek een weinig bewegelijke, nauwe schaamboog te zijn. De indaling van het achterhoofd bedroeg $\frac{2}{3}$. Tang wordt aangelegd. Krachtig wordt geëxtraheerd. Als het hoofd even zichtbaar is, kraakt de symphysis. Daarom wordt eerst verder getrokken, als er een zijdelingsche druk op de trochanteren wordt uitgeoefend. Door voorzichtige tractie wordt het kind levend geboren. De symphysis wijkt 1 cm uiteen. De vrouw wordt in bed gelegd tusschen zandzakken. Na 17 dagen loopt de vrouw zonder eenige klacht..

2 jaar later bevalt de vrouw weer:

toc 1930/152.

Bij inkomst in de kliniek is het hoofd zichtbaar. Vruchtwater is drie uur te voren afgelopen. De baring vordert niet. Uitgangstang gelukt zonder eenige moeite. Kind leeft. Er blijkt een goede bewegelijkheid in de symphysis te zijn! Klachten heeft de vrouw niet gehad.

Urinefistels.

Urinefistels kunnen ontstaan:

1° door druknecrose, wanneer het hoofd langen tijd in den bekkenring beklemd staat: Wij namen één geval waar van een vesico-vaginaalfistel, die spontaan tot genezing kwam.

toc 1929/441.

VIIIe para. C.D. 11.4 cm. 13 Dagen ante partu opgenomen. Afloop vorige baringen:

I. Spontaan praematuur. Kind na 4 dagen dood.

II—V. Vier maal spontaan à terme. Levende kinderen.

VI. Spontaan praematuur 2590 gram. [toc 1921/23].

VII. Spontaan à terme 3220 gram. [toc 1924/137].

Langdurige baring, vruchtwater gedurende 41 uur afgelopen. Koorts durante partu.

Het hoofd daalt in A.a.l.v. in, de uitdrijving duurt $3\frac{1}{4}$ uur. Het kind wordt spontaan en dood geboren, vermoedelijk tengevolge van de langdurige baring met vroegafgelopen vruchtwater. Het weegt 4040 gram. De Hoogleeraar teekende hierbij aan, dat 12 uur tevoren er reeds aanwijzing bestond om pituitrine te geven en zoonoodig een tang aan te leggen. Er is een fout in de leiding van de baring gemaakt. Bovendien werden

ten onrechte harttonen gehoord, het kind was reeds lang dood. Er is een vesico-vaginaal fistel ontstaan, die behandeld wordt met een pezzier-catheter. Na 34 dagen verlaat de vrouw de kliniek. De fistel heeft zich spontaan gesloten.

2° Bij een hoge tang, wanneer de ureter daarbij in de knel komt. Deze complicatie deed zich 2 maal voor.

a. V.P. 1932/931.

Multipara. Baring vordert niet ondanks krachtige weeën. C.D. 10.2 cm. Het kind ligt in achterhoofdsligging. Het hoofd is weinig ingedaald. Hooge tang. Krachtige tractie. Het kind wordt levend geboren. De ontwikkeling van de schouders gaf moeilijkheden, zoodat het kind een Erb'sche verlamming heeft van voorbijgaanden aard.

Na enkele dagen loopt urine per vaginam af; er bestaat een ureterfistel.

Opname toc 1932/292. Na 123 dagen is de vrouw continent, vermoedelijk is, gezien de hooge temperaturen, een pyonephrose ontstaan, waardoor de linker nier niet meer functionneert.

b. Toc 1927/332.

Schaambeensnede met tangextractie.

(Zie beschrijving van deze bevalling in het hoofdstuk over de schaambeensnede).

Er ontstaat een ureterfistel, die 82 dagen later nephrectomie noodzakelijk maakt.

Tympania uteri.

Deze ernstige complicatie voor moeder en kind treedt praktisch gesproken alléén op bij langdurige baringen met vroeg afgelopen vruchtwater, als er vroegtijdig inwendig onderzocht is.

Rottingsbacteriën worden van buiten of van uit de vagina hoogerop gebracht, die aanleiding geven tot gasophooping in de baarmoeder.

De tympania uteri wordt niet zelden over het hoofd gezien, omdat men er niet aan denkt of verzuimt te percuteeren. De diagnose is bovendien niet altijd gemakkelijk, wanneer de darmen atonisch en sterk uitgezet zijn. In aansluiting aan een tympania uteri kan sepsis of peritonitis ontstaan en niet zel-

den ontwikkelt zich een thrombose, waardoor de moeder sterft of zeer ernstig ziek is.

Bij onze gevallen vielen de resultaten voor de moeders mee en herstelden alle vrouwen.

Voor het kind is de tympania uteri gevaarlijk en al wordt het levend geboren, dan bestaat er groote kans, dat het heeft geaspireerd en sterft door pneumonie.

Tympania uteri kwam negen maal in de kliniek voor, hiervan berustte in drie gevallen de geheele leiding in onze handen, terwijl in de overige zes gevallen thuis inwendig was onderzocht voor de opname.

3 Maal tympania uteri in de kliniek ontstaan.

Toc 1930/277.

Primipara 24 jaar. C.D. 10 cm.

Bij opname heeft de vrouw slappe weeën, het hoofd is $\frac{1}{3}$ ingedaald in A. a. l. dw., er is vocht afgeloopen. Bij inwendig onderzoek wordt 2 à 3 cm ontsluiting gevonden en staande vliezen. De baring vordert langzaam. Na $2\frac{1}{2}$ dag is er 6 à 7 cm ontsluiting, er loopt meconium af, de vochtblaas spant niet aan, er is een hooge vliesscheur, waardoor verklaard wordt, dat $2\frac{1}{2}$ dag geleden vocht is afgeloopen. Het hoofd puilt niet uit.

Er wordt nu eenige malen pituitrine gegeven, zoodat 3 dagen na het eerste inwendig onderzoek de ontsluiting volkomen is. Er is inmiddels tympania uteri ontstaan, het kind is gestorven. Het hoofd wordt spoedig zichtbaar. Wegens niet vorderen van de baring wordt een tang aangelegd. Het blijkt echter, dat, ofschoon het hoofd zichtbaar was, het nog niet door den ingang is, zoodat krachtige tractie noodzakelijk is. Als het hoofd dieper gekomen is, wordt de schedel geperforeerd om een ruptuur van het perineum te vermijden, daar deze bij de bestaande tympania uteri zeer ongewenscht is. Daarna wordt het kind gemakkelijk geboren, het stinkt. Het kraambed is ernstig gestoord door thrombose en embolie.

Na 48 dagen wordt de vrouw overgenomen door de Interne Kliniek voor de behandeling van ontstane longabscessen.

Ofschoon het hoofd weinig promineerde bleek de wanverhouding grooter dan vermoed werd; het inwendig onderzoek ge-

schiedde bij weinig ontsluiting, daar het vruchtwater was afgeloopen.

Toc 1936/360.

Primipara 25 jaar. C.D. 11 cm. Opname wegens sociale omstandigheden.

Er is een stuitligging, die niet te keeren was tijdens de poliklinische controle.

De vrouw heeft weeën en wordt inwendig onderzocht. Er is 2 cm ontsluiting, staande vliezen en een onvolkomen stuitligging. Bij een volgend touché is de baring weinig gevorderd en worden de vliezen bij ongeluk gebroken! De baring vordert zeer langzaam, zoodat 3 dagen later tympania uteri ontstaat. Er wordt pituitrine gegeven, de harttonen van het kind blijven goed. Na 4 dagen kan het kind geëxtraheerd worden. Het sterft na 20 minuten; er was lichte tympania uteri. Kraambed is licht gestoord en duurt 12 dagen.

Toc 1936/375.

XIVe para 44 jr. C.D. 9.8.

De 13 vorige kinderen zijn alle spontaan à terme geboren zonder moeilijkheden. Zonder dat weeën zijn opgemerkt loopt plotseling het vruchtwater af en spoelt de navelstreng naar buiten. Het hoofd staat sterk afgeweken. Inwendig onderzoek. De navelstreng klopt goed, er is 2 cm ontsluiting. Er wordt besloten deze moeder van veel kinderen niet aan de gevaren van een keizersnede bloot te stellen. Als er spoedig goede weeën komen, zal er versie en extractie gedaan worden en maakt het kind een goede kans.

Na eenige uren zijn er nog steeds geen weeën en houden de pulsaties in de navelstreng op. Ondanks pituitrine duurt het nog 2 dagen voor er volkomen ontsluiting is. Het inmiddels gemacereerde kind wordt spontaan geboren, gevolgd door talrijke gasbellen. In het kraambed daalt de temp. spoedig. Na 12 dagen ontslagen.

6 maal tympania uteri buiten de kliniek ontstaan. (Uit groep A werden geen gevallen met tympania uteri opgenomen).

Toc 1936/66.

Primipara. 22 jr. Algemeen vernauwd bekken.

De vrouw is $2\frac{1}{2}$ dag tevoren onderzocht. 7 uur voor de geboorte breken de vliezen. Bij opname zijn geen harttonen te hooren, de vrouw meent nog leven te voelen. Er is volkomen ontsluiting. Het hoofd staat op de bekkenbodem. Voor alle zekerheid wordt onmiddellijk een uitgangstang aangelegd. Het kind is dood. Stinkend gas volgt. Kraambed is matig gestoord. Na 16 dagen is de vrouw hersteld.

Toc 1936/103.

Primipara. 33 jr. C.D. 11.5 cm.

De vrouw is $3\frac{1}{2}$ dag tevoren inwendig onderzocht. De vliezen breken $2\frac{1}{2}$ dag voor de geboorte. Er is uitgesproken weeënzwakte en een sterke tympania uteri. Tenslotte is er volkomen ontsluiting en kan het reeds gemacereerde kind geperforeerd worden en met kochers geëxtraheerd worden.

Kraambed is gestoord en duurt 21 dagen.

Toc 1936/454.

Primipara. 27 jr. Bekkenmaten onbekend. 3 dagen te voren inwendig onderzocht, vliezen zijn reeds 3 dagen gebroken. Er is nog niet heelemaal volkomen ontsluiting, doch voldoende om het kind met den tang te extraheeren. Het kind stinkt, leeft en blijft behouden.

Het kraambed is ernstig gestoord en duurt 41 dagen.

Toc 1934/115.

Primipara 28 jr. C.D. 8.3 cm.

Eerste inwendig onderzoek had 3 dagen te voren plaats gehad. De vliezen zijn eveneens 3 dagen te voren gebroken.

De bekkenvernauwing was niet opgemerkt. Er is 7 cm ontsluiting en een hoofdligging. Het kind leeft. Er is een sterke tympania uteri. De bekkenvernauwing is van dien aard, dat keizersnede nog de veiligste manier schijnt om het kind eruit te krijgen, aangezien afwachten tot volkomen ontsluiting nog lang kan duren en de verkleining van het kind met opvolgende extractie groot gevaar zou opleveren voor uitgebreide kneuzingen der weeke deelen.

De keizersnede wordt op de gewone wijze transperitoneaal cervicaal gedaan. Het kind is diep asphyctisch en sterft den 3en dag.

Het kraambled is gestoord door een buikwandabces en duurt 47 dagen.

Toc 1935/489.

Multipara. 32 jr. C.D. 10.1.

Afloop vorige baringen:

I. Elders. Tang op een dood kind.

II. Elders. Partus arte praematurus. Kind leeft.

Afgesproken was, dat deze vrouw in de kliniek zou komen bevallen. Thuis loopt het vruchtwater af. De vroegvrouw wordt gehaald, deze onderzoekt inwendig. Daarna komt de vrouw in de kliniek. Zij heeft nauwlijks weeën, zoodat van inwendig onderzoek voorloopig wordt afgezien. 1½ dag later krijgt de vrouw weeën, doch tevens een lichte tympania uteri.

Spoedig is er volkomen ontsluiting. De harttonen zijn onregelmatig. Hooge tang. Kind leeft. 3420 gr.

Kraambled is licht gestoord en duurt 14 dagen.

Toc 1936/81.

Multipara. 39 jr. C.D. 11 cm.

Afloop vorige baringen.

8 maal spontaan à terme, van de laatste bevalling is bekend, dat zij lang duurde. 1 maal praemature bevalling van een foetus maceratus.

De vrouw is reeds 3 dagen in partu met afgeloopen vruchtwater.

12 uur geleden is zij voor 't eerst inwendig onderzocht.

Bij opname is er een geringe aanduiding van tympania uteri. Ondanks pituitrine komen er geen sterkere weeën. Ontsluiting is voldoende voor een tangextractie. Uitgangstang. Kind leeft. 3900 gram.

Kraambled licht gestoord, duurt 12 dagen.

Tympania uteri kwam 6 maal bij primipara, en 3 maal bij multipara voor.

Bij alle gevallen, uitgezonderd toc 1936/81, was vroegtijdig inwendig onderzocht.

In het laatste beschreven geval (toc 1936/81) was 12 uur tevoren inwendig onderzocht, de tympania uteri was dan ook nog niet geheel duidelijk.

Bij de gezamenlijke vrouwen uit groep A, B en C, bij 2329 vrouwen dus, waarbij de leiding geheel op onze verantwoording berustte, kwamen dus 3 gevallen met tympania uteri voor.

Hoewel dit aantal niet groot is, is de complicatie voor moeder en kind van zoo groot belang, dat met groote nauwkeurigheid het moment van het eerste inwendig onderzoek bij een barende overwogen moet worden.

Onderzoekt men zeer laat of alleen rectaal, dan loopt men de kans belangrijke afwijkingen te miskennen.

Doodsoorzaken van de doodgeboren en later gestorven kinderen.

Voor een goed overzicht zijn de doodsoorzaken van de gestorven kinderen in vier tabellen ondergebracht. Tabel F, G, H en J.

De tabellen geven een overzicht van de gestorven kinderen in de verschillende groepen B, C en D ingedeeld naar de graad der bekkenvernauwing. Tabel F en G geven een overzicht van de doodgeboren kinderen, terwijl de later gestorven kinderen in tabel H en J zijn ondergebracht onder vermelding van den dag, waarop zij gestorven zijn.

De primiparae en multiparae zijn in deze tabellen wederom afzonderlijk genomen.

Om niet in herhaling te vallen zijn de doodsoorzaken van de gestorven kinderen in Groep A niet meer gegeven, doch wordt verwezen naar de tabellen op bldz. 34 en bldz. 42.

Doodsoorzaak van de dood geboren kinderen.

TABEL F.

	C.D. 11-11.9			C.D. 10-10.9			C.D. 9-9.9			C.D. 8-8.9			C.D. 7-7.9			Alg. vern.			Bijz. bekkens			C.D. Omtr?			Totaal			Tot.
	B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D	
Levend ontslagen	136	148	13	125	117	28	21	26	10	4	7	3	—	1	1	72	92	1	18	22	8	1	1	2	377	414	66	857
In eerste 10 dagen +	—	2	—	2	1	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	—	10
Doodgeboren	6	1	4	3	4	6	4	2	1	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	—	14	9	13	36
Hersenbloeding na spont. baring	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Trauma tang	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2	—	4
Trauma V en E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
Perforatie	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Stuitextractie	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
Dwarsligging	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
Uitgez. navelstr.	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	3
Uterus ruptuur	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
Oorzaak? mac. ofdood	—	—	—	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	5
Langd. ontsl.	1	1	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	1	4	7
Afgel. vruchtwater	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dunne navelstr.	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	7
Intoxicatie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Loslatings. Eclampsie	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4
Placenta praevia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
Asphyxie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
Congenitale afw.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1

Multiparae.

Doodsoorzaak van de doodgeboren kinderen.

TABEL G.

[illegible]

Primiparae.

Doodsoorzaak van de later gestorven kinderen.

TABEL H.

	B	C	D	1 ^e d	2 ^e d	3 ^e d	4 ^e d	5 ^e d	6 ^e d	7 ^e d	8 ^e d	9 ^e d	10 ^e d
Onbekende oorzaak	—	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Ontwikkelingsstoornis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tympania uteri	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Asphyxie bij onvolk. ontsl.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hersenbloedingen spontaan	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trauma na tang	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trauma na V en E wegens niet indalen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trauma stuitextractie	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Uitgezakte navelstreng	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal	3	3	4	7	—	1	2	—	—	—	—	—	—

Multiparae.

Doodsoorzaak van de later gestorven kinderen.

TABEL J.

	B	C	D	1 ^e d	2 ^e d	3 ^e d	4 ^e d	5 ^e d	6 ^e d	7 ^e d	8 ^e d	9 ^e d	10 ^e d
Onbekende oorzaak	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ontwikkelingsstoornis	—	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Tympania uteri	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
* Asphyxie bij onvolk. ontsl.	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hersenbl. spont. baring	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trauma na tang	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trauma na V en E bij niet indalen	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Trauma na stuitextractie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uitgezakte navelstreng	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal	2	3	1	4	—	1	1	—	—	—	—	—	—

Groep A.

Zoals uit de tabellen van de doodsoorzaken der dood geboren kinderen uit Groep A op bldz. 34 en 42 gebleken is, zijn er van de 306 kinderen bij de *primiparae*, 6 gestorven.

* Bij deze baring werd aanvankelijk afgewacht. Tenslotte vorderde de baring bij 4 cm ontsluiting niet en kwam er meconium. Het kind was dus reeds in slechte toestand. Keizersnede kwam te laat, het kind stierf na 22 uur door aspiratie.

Hiervan waren 2 kinderen gemacereerd door onbekende oorzaak, 1 kind had een vitium cordis, zoodat er 3 kinderen overblijven, die tijdens de baring gestorven zijn. Als doodsoorzaak werd tweemaal een langdurige ontsluitingsperiode gevonden en éénmaal een dunne navelstreng.

Bij de *primiparae* is geen enkele maal de bekkenvernaauwing debet aan de dood van het kind geweest.

Bij de 462 *multiparae* werden 10 kinderen dood geboren, terwijl bovendien 3 kinderen binnen 10 dagen stierven. Tweemaal was het kind gemacereerd door onbekende oorzaak.

Door een langdurige ontsluitingsperiode stierven 2 kinderen. Na spontane baring stierf 1 kind door asphyxie.

Aan de dood van deze 5 kinderen was de bekkenvernaauwing niet debet. Het kind, dat door asphyxie stierf, was na een vlotte baring 5 minuten na het breken der vliezen in achterhoofdsligging geboren.

De overige 5 dood geboren kinderen zijn wel het slachtoffer van de bekkenvernaauwing geworden.

2 maal voorliggende resp. uitgezakte navelstreng.

1 maal stuitextractie bij uitgezakte navelstreng.

1 maal stuitextractie.

1 maal dwarsligging bij reeds eenigen tijd afgeloopen vruchtwater.

Van de 3 kinderen, die later gestorven zijn, was

1 maal de doodsoorzaak vermoedelijk een aangeboren minderwaardigheid.

1 maal is het kind gestorven door onvoldoende toezicht van den practisant, waardoor het den 8sten dag stierf aan uitdroging.

1 maal was de bekkenvernaauwing de schuldige en stierf het kind binnen het uur na versie en extractie voor dwarsligging.

Resumeerende zijn dus bij de vrouwen uit groep A 6 kinderen verloren gegaan door de bekkenvernaauwing. Alle 6 kinderen kwamen voor bij *multiparae* en hadden een afwijkende ligging.

Het zijn dus in deze groep, die gezuiverd is van de sterke vernauwingen, de liggingsafwijkingen en *niet* de vernauwde

doorgang, die de oorzaak zijn van de dood geboren kinderen door de bekkenvernaauwing.

In procenten uitgedrukt zijn dus van de 769 kinderen 19 gestorven = 2.5 %.

Hiervan zijn gestorven door liggingsafwijkingen: 0.8 % en door de vernauwde doorgang: 0 %.

Groep B.

Zooals uit de tabellen F en G der dood geboren kinderen bij primiparae en multiparae blijkt, zijn bij de 394 primiparae 14 kinderen dood geboren en 3 kinderen later gestorven. Bij de 344 multiparae stierven 16 kinderen voor of tijdens de baring en stierven 2 kinderen later.

Uit tabel F blijkt, dat bij de primiparae 11 maal de dood van het kind niet het gevolg van de bekkenvernaauwing was.

3 maal was de bekkenvernaauwing debet aan de dood van het kind:

1 maal voorliggende resp. uitgezakte navelstreng.

1 maal schedelbasisfractuur bij spontane baring.

1 maal geboortetrauma na tangverlossing.

Hieruit blijkt dus de bekkenvernaauwing 1 maal door de liggingsafwijking van het kind de dood van het kind veroorzaakt te hebben en tweemaal door de vernauwde doorgang.

Uit tabel H blijken 3 kinderen later gestorven te zijn:

1 maal door hersenbloeding na spontane baring in achterhoofdsligging.

1 maal na stuitextractie.

1 maal na S.C. voor uitgezakte navelstreng.

Dus 2 maal is de liggingsafwijking en 1 maal de vernauwde doorgang de schuldige.

Bij de multiparae blijkt uit Tabel G van de 16 dood geboren kinderen in 10 gevallen de doodsoorzaak niet op rekening van de bekkenvernaauwing te komen.

6 maal was de bekkenvernaauwing debet aan de dood van het kind:

2 maal was een liggingsafwijking de doodsoorzaak..

1 maal uitgezakte navelstreng.

1 maal dwarsligging.

4 maal was de vernauwde doorgang de doodsoorzaak.

- 1 maal asphyxie na spontane baring in achterhoofds-
ligging, 1 uur na het breken van de vliezen.
- 1 maal geboortetrauma na tangverlossing.
- 1 maal geboortetrauma na V. en E. wegens niet inda-
len van het hoofd.
- 1 maal hersenbloeding na spontane baring in achter-
hoofdsligging.

Uit tabel J blijken 2 kinderen later gestorven te zijn.

- 1 maal door asphyxie na keizersnede, waartoe overgegaan
werd toen bij 4 cm ontsluiting de baring niet vorderde
en er meconium kwam. De bekkenvernauwing speelde
nog geen rol.

- 1 maal na versie en extractie wegens niet indalen van het hoofd.
De vernauwde doorgang is hier dus de schuldige.

Resumeerende blijkt dus, dat bij de primiparae 6 maal de
dood van het kind veroorzaakt werd door de bekkenvernauwing
en bij de multiparae is dit 7 maal het geval.

In procenten uitgedrukt zijn dus in Groep B 35 kinderen
van de 738 gestorven = 4.7 %.

Hiervan zijn gestorven door liggingsafwijkingen 5 = 0.7 %
en door de vernauwde doorgang 8 = 1.1 %.

Groep A en B.

Van de 1507 kinderen uit het representatieve materiaal uit
Utrecht en Zuilen zijn in totaal 54 kinderen gestorven = 3.6 %.

Voor de groepen A en B afzonderlijk zijn de doodsoorzaken
nagegaan, zoodat blijkt, dat van de 54 gestorven kinderen:

35 maal de bekkenvernauwing *niet* de doodsoorzaak was =
2.3% van het totaal aantal;

19 maal was de bekkenvernauwing aan de dood van de kinde-
ren debet, hierbij:

11 maal door liggingsafwijkingen = 0.7 %.

8 maal door de vernauwde doorgang = 0.5 %.

Het blijkt dus, dat de liggingsafwijkingen meer slachtoffers
onder de kinderen hebben gemaakt dan de vernauwde door-
gang, waarbij in aanmerking genomen moet worden, dat deze
1507 vrouwen onder onmiddellijk toezicht stonden van de poli-
kliniek, zoodat vele stuitliggingen en dwarsliggingen tijdig ge-

keerd zijn in hoofdliggingen, waardoor ongetwijfeld het aantal doode kinderen door liggingsafwijkingen verminderd is.

Dat dit niet in 100 % gelukt is, ligt aan verschillende factoren. Het uitzakken van de navelstreng is niet te voorkomen, al zal een hoofd, dat met sluitlaken en rollen aan weerszijden boven den bekkeningang gefixeerd is, de kans op voorliggen van de navelstreng mogelijk verminderen.

Niet alle stuitliggingen zijn te keeren, vooral de onvolkomen stuitligging bij de primipara staat hiervoor bekend, zoodat vele hierom in de kliniek zijn opgenomen.

Evenzoo zijn sommige kinderen onmogelijk in lengteligging te fixeeren en liggen ondanks sluitlaken en bedrust van de vrouw, telkens weer dwars. Ook deze zeer bewegelijke kinderen, leidden eenige malen tot prophylactische opname in de kliniek. Het is daardoor te verklaren, dat zelfs in de kliniek nog 5 kinderen het slachtoffer zijn geworden van de liggingsafwijking.

Zooals reeds vroeger is opgemerkt, onttrekken de vrouwen, die thuis haar bevalling afwachten, zich een enkele maal aan de zwangerschapscontrole en volstaan met zich aan te melden in de 7e maand.

8 Maal bleek het kind de vernauwde doorgang niet levend te hebben kunnen passeeren. Wanneer wij dan zien, dat er bij de 1507 bekkenvernauwingen 35 maal keizersnede is gedaan, dan krijgen wij een indruk, hoe zeldzaam het is, dat een kind niet levend door de vernauwde doorgang kan. Men moet bovendien bedenken, dat de 35 keizersneden niet alleen voor de vernauwde doorgang werden gedaan, maar 7 maal wegens een bestaande liggingsafwijking.

Wij zien dus dat 8 maal het kind niet levend bleek te kunnen passeeren, en dat 28 maal gevreesd werd, dat het kind niet levend zou kunnen passeeren en dus keizersnede werd gedaan.

Veronderstel, dat alle 28 malen onze vrees gerechtvaardigd was geweest, wat niet waarschijnlijk is, en dat dus alle 28 kinderen dood geboren waren, als zij langs den natuurlijken weg waren gekomen, dan nog zijn er slechts 36 bekkenvernauwingen, die een te nauwe doorgang hebben om een levend kind te laten passeeren.

Op de 1507 geconstateerde bekkenvernauwingen bedraagt dit aantal slechts 2.4 % en op de geheele bevolkingsgroep 0.2 %, niettegenstaande er zeer veel sterke vernauwingen voorkomen.

In ons representatief materiaal uit Utrecht en Zuilen kwamen 84 vrouwen voor met een conjugata diagonalis van minder dan 10 cm. Bij die 84 vrouwen werd 23 maal keizersnede gedaan, waarbij 4 maal de indicatie wegens liggingsafwijking gesteld werd.

19 maal werd dus geen levend kind langs den natuurlijken weg verwacht, ofschoon er een hoofdligging bestond.

Van de 61 vrouwen, die niet door S.C. werden verlost, kregen er 3 een dood kind, doordat de vernauwing te sterk bleek. Er waren dus hoogstens 22 bekkens te nauw om een levend kind te laten passeeren.

Dit beteekent, op onze 84 vrouwen met een bekken met C.D. kleiner dan 10 cm een percentage van 26 %. Een cijfer, dat veel te hoog is, omdat bij de 19 keeren, dat er keizersnede werd gedaan, zeer zeker bekkens zullen voorkomen, die wel een levend kind *kunnen* doorlaten, maar waarbij, naar onze meening, de *kans* op een levend kind te klein was om het erop aan te laten komen. Bovendien liep bij enkele gevallen het vruchtwater vroegtijdig af, zoodat de omstandigheden te ongunstig werden.

Om dezelfde redenen is het totaal aantal van 36 bekkens in het representatief materiaal, die te sterk vernauwd zouden zijn om een kind levend te laten passeeren, te groot.

Dit aantal zinkt echter in het niet bij de 18777 vrouwen, die in de bewerkte 10 jaren in de Verloskundige polikliniek bevielen.

De 36 vrouwen nemen in het representatief materiaal van alle vrouwen slechts een plaats in van 2 op de 1000, terwijl het aantal *geconstateerde* bekkenvernauwingen 84 op de 1000 bedraagt.

Wij zullen nu, de doodsoorzaken vergelijken van het representatief materiaal van de bekkenvernauwingen met dat van de normale bekkens.

Evenals bij de beschrijving van de resultaten, worden de 7 vrouwen met placenta praevia en de 4 vrouwen met een dood kind door eclampsie, intoxicatie of loslating van de placenta geëlimineerd

Wij hebben de doodsoorzaken van de kinderen in *drie* onderdeelen gesplitst.

- 1°. kinderen gestorven vóór de baring door onbekende oorzaak. Later gestorven door: congenitale afwijkingen, slechte verzorging, enz. Kortom alle kinderen, die doodgegaan zijn door andere oorzaken dan de baring of de bekkenvernaauwing. Wij zullen deze groep voor het gemak: „Bijzondere oorzaken” noemen.
- 2°. kinderen gestorven door langdurige baring, vroeg afge-loopen vruchtwater, dunne navelstreng, omstrengeling, asphyxie.
Wij zullen deze groep korthheidshalve: „Baringstrauma A” noemen.
- 3°. kinderen gestorven door liggingsafwijkingen en doorgangs-vernaauwing.
Deze groep noemen wij korthheidshalve: „Barings-trauma B”.

Wij zullen nu naast elkaar plaatsen, zoowel voor de primiparae als voor de multiparae, deze drie groepen van doodsoorzaken bij de bekkenvernaauwingen en bij de normale bekkens.

Groep A.

Bekkenvernaauwingen.

Normale bekkens.

306 Primiparae.

3316 Primiparae.

In totaal 6 kinderen gestorven. In totaal 39 kinderen gestorven.

Dit is: 2%.

Dit is: 1,2 %.

3 × Bijz. oorzaken: 1 %. 13 × Bijz. oorzaken: 0,4 %.

3 × Baringstrauma A: 1 %. 20 × Baringstrauma A: 0,6 %.

0 × Baringstrauma B: 0 %. 6 × Baringstrauma B: 0,2 %.

462 Multiparae.

11144 Multiparae.

In totaal 13 kinderen gestorven. In totaal 114 kinderen gestorven

Dit is: 2,8%.

Dit is: 1 %.

4 × Bijz. oorzaken: 0,9 %. 77 × Bijz. oorzaken: 0,7 %.

3 × Baringstrauma A: 0,6 %. 18 × Baringstrauma A: 0,2 %.

6 × Baringstrauma B: 1,3 %. 19 × Baringstrauma B: 0,2 %.

Groep B.

*Bekkenvernaauwingen.**Normale Bekkens.**394 Primiparae.**405 Primiparae.*

In totaal 17 kinderen gestorven. In totaal 6 kinderen gestorven.

Dit is 4,3 %.

Dit is: 1,5 %.

2 × Bijz. oorzaken: 0,5 %. 2 × Bijz. oorzaken: 0,5 %.

9 × Baringstrauma A: 2,3 %. 3 × Baringstrauma A: 0,7 %.

6 × Baringstrauma B: 1,5 %. 1 × Baringstrauma B: 0,2 %.

*333 Multiparae.**343 Multiparae.*

In totaal 12 kinderen gestorven. In totaal 4 kinderen gestorven.

Dit is 3,6 %.

Dit is 1,2 %.

3 × Bijz. oorzaken: 0,9 %. 1 × Bijz. oorzaken: 0,3 %.

3 × Baringstrauma A: 0,9 %. 2 × Baringstrauma A: 0,6 %.

6 × Baringstrauma B: 1,8 %. 1 × Baringstrauma B: 0,3 %.

Het blijkt duidelijk, dat er reeds vóór de uitdrijving een factor is, die veroorzaakt, dat tijdens de ontsluitingsperiode dus meer kinderen sterven bij bekkenvernaauwingen dan bij de normale bekkens. Wij hebben gezien, dat bij bekkenvernaauwingen de vliezen eerder breken dan bij normale bekkens, zoodat wij hiervan de slechte gevolgen voor het kind in het bovenstaande gedemonstreerd vinden.

Ondanks het feit, dat vroeg afgeloopen vruchtwater bij een bekkenvernaauwing menigmaal een aanwijzing was om keizersnede te doen, blijkt in ons materiaal, dat dit „baringstrauma A” bij de primiparae meer doode kinderen op zijn geweten heeft dan de liggingsafwijkingen en de vernauwde doorgang.

Bij de multiparae is de verhouding andersom, bij multiparae blijven de vliezen dan ook langer staan dan bij de primiparae.

Bij de normale bekkens is het „baringstrauma A” steeds een belangrijker factor dan het „baringstrauma B”, dat vooral als er een liggingsafwijking is, het kind in gevaar brengt. Twee conclusies moeten hieruit getrokken worden:

- 1°. *Vliezen breken voor volkomen ontsluiting brengt het kind in groot gevaar.*
- 2°. *Liggingsafwijkingen moeten gecorrigeerd worden in hoofdliggingen.*

Groep C.

De tabellen van de doodgeboren kinderen en van de later gestorvenen laten zien, dat in *Groep C.* bij de 426 primiparae, 9 kinderen doodgeboren zijn en 3 kinderen later gestorven zijn.

Van de 9 doodgeboren kinderen, is:

- 5 maal de bekkenvernaauwing *niet* de oorzaak van de dood van het kind.
- 4 maal is de bekkenvernaauwing debet aan de dood van het kind, en wel
 - 1 maal bij stuitextractie.
 - 1 maal bij uitgezakte navelstreng.
 - 1 maal bij tangextractie.
- 1 maal door een groot hard hoofd, waardoor ten onrechte gemeend werd, dat er een harde hydrocephalus was, dat geperforeerd werd.

Het blijkt dus dat de bekkenvernaauwing:

- 2 maal door een liggingsafwijking van het kind
- en 2 maal door de vernauwde doorgang de dood van het kind veroorzaakt heeft.

Van de 3 later gestorven kinderen was 1 maal de doodsoorzaak onbekend.

- 1 maal na hoogetang gestorven.
- 1 maal na stuitextractie gestorven.

Het blijkt dus, dat de bekkenvernaauwing,

- 1 maal door liggingsafwijking en
- 1 maal door de vernauwde doorgang, de doodsoorzaak van het kind werd.

Van de 396 multiparae werden 13 kinderen doodgeboren, en stierven 3 kinderen later.

Van de 13 doodgeboren kinderen, had in 12 gevallen de bekkenvernaauwing geen schuld.

1 maal trad uterusruptuur op voor het begin van de baring in het uteruslitteken van de vorige S.C.

In geen van de 13 gevallen kan dus de bekkenvernaauwing aansprakelijk gesteld worden.

Van de 3 later gestorvenen, was 2 maal de doodsoorzaak een congenitale afwijking.

1 maal stierf het kind door uitgezakte navelstreng, waarvoor versie en extractie werd gedaan.

1 maal was dus de liggingsafwijking de doodsoorzaak.

Resumeerende zijn in groep C van de 822 kinderen 28 kinderen gestorven = 3,4 %.

Van deze 28 kinderen zijn 21 niet door de bekkenvernaauwing gestorven = 2,6 %.

Gestorven door de bekkenvernaauwing zijn dus 7 kinderen; en wel door de liggingsafwijking 4 = 0,5 %.

en door vernauwde doorgang 3 = 0,4 %.

Groep D.

Evenals in Groep A, B en C de doodsoorzaken van de kinderen bekeken zijn, zullen wij dit bij de kinderen in Groep D doen. De resultaten zijn echter niet te vergelijken met die van de andere groepen, omdat deze vrouwen niet, zooals in de groepen B en C weleens moeilijkheden *konden* geven, maar het reeds gegeven hebben. De resultaten bij de kinderen bereikt, geven dan ook niet het resultaat van een bepaalde behandelingsmethode, maar geven alleen weer, wat er nog van de te laat opgenomen vrouwen terecht is gekomen.

Bij de primiparae zijn van de 83 kinderen, 13 kinderen doodgeboren en 4 kinderen later gestorven.

Van de 13 doodgeboren kinderen zijn er 8 door andere oorzaken dan de bekkenvernaauwing gestorven.

5 kinderen zijn er dus door de bekkenvernaauwing gestorven, waarvan:

3 maal door liggingsafwijkingen en wel:

2 maal na stuitextractie.

1 maal na uitgezakte navelstreng.

2 maal was de vernauwde doorgang de oorzaak van de dood van het kind, beide malen na forcipale extractie.

Van de 4 later gestorven kinderen, was de doodsoorzaak éénmaal niet aan de bekkenvernaauwing te wijten, bij 7 cm ontsluiting was er reeds een sterke tympania uteri.

Het kind door keizersnede geboren, stierf na 3 dagen.

3 kinderen stierven later na een hooge tang, waarbij dus de vernauwde doorgang de primaire oorzaak van de dood van de kinderen was.

Bij de primiparae is dus in 3 gevallen de liggingsafwijking schuld aan de dood van de kinderen, en in 5 gevallen was de vernauwde doorgang hieraan debet.

Bij de 84 multiparae zijn 14 kinderen doodgeboren en is één kind later gestorven.

Van de 14 doodgeboren kinderen was de bekkenvernauwing 2 maal niet debet aan de dood van het kind.

7 maal was de liggingsafwijking de doodsoorzaak van het kind.
6 maal door dwarsligging.

1 maal door uitgezakte navelstreng.

5 maal was de vernauwde doorgang oorzaak van de dood van het kind.

4 maal na tangextractie.

1 maal na versie en extractie wegens niet indalen van het hoofd.

1 kind is de derde dag gestorven na versie en extractie wegens niet indalen van het hoofd. Hier was dus de vernauwde doorgang de schuldige.

Bij de multiparae is dus 7 maal de liggingsafwijking de doodsoorzaak en 6 maal was de vernauwde doorgang debet aan de dood van het kind.

Primiparae en multiparae samenvattende zijn van de 167 kinderen 32 kinderen gestorven = 19.2 %.

De doodsoorzaak van deze 32 kinderen was in

11 gevallen *niet* de bekkenvernauwing = 6.6 %.

10 maal had de liggingsafwijking schuld = 6 %.

11 maal had de vernauwde doorgang schuld = 6.6 %.

Bij groep D speelt de vernauwde doorgang als doodsoorzaak van het kind een iets grootere rol dan de liggingsafwijkingen. Dit in tegenstelling met de overige groepen. De verklaring ligt voor de hand. Menige vrouw werd opgenomen, toen het volkomen duidelijk was geworden, dat de huismedicus het kind er niet uit kon krijgen, getuige het aantal vrouwen, dat opgenomen werd, nadat thuis tevergeefs getracht was het kind forcepsaal te extraheeren. Opgenomen in de kliniek bleef er geen andere keuze over dan eveneens te trachten het kind met de tang eruit te krijgen, omdat bij deze reeds gelaedeerde kinde-

ren, mede in verband met het infectiegevaar voor de moeder, keizersnede niet meer aangewezen was.

Hierdoor wordt tevens een verklaring gegeven voor de slechte resultaten van de tangextracties, resp. versies en extracties wegens niet indalen van het hoofd in deze groep.

Kraambed.

Een indeeling naar de ernst van de stoornissen in het kraambed is niet gemakkelijk te maken.

Een thrombose, embolie, of peritonitis maken zonder meer een kraambed zeer ernstig gestoord, doch wanneer deze verschijnselen zich niet duidelijk afteekenen, kan de vrouw toch zwaar ziek zijn, zonder dat dit steeds tot uitdrukking komt in de graad van temperatuursverhoging of duur van het kraambed. Om echter een indruk te verkrijgen in hoeverre het kraambed na de verschillende baringen meer of minder gestoord was, moeten wij naar objectieve gegevens grijpen en daarvoor hebben wij de temperatuursverhoging tot uitgangspunt genomen.

Het spreekt vanzelf, dat niet iedere temperatuursverhoging in het kraambed het gevolg is van een puerperaal infectie. Maar al te zeer is men geneigd hiervoor een andere oorzaak aan te nemen om zich zelf van alle schuld vrij te pleiten. Om aan deze op zichzelf begrijpelijke neiging te ontkomen, hebben wij alleen dan een extra-genitale infectie aangenomen, als deze met groote zekerheid is vast te stellen. Wij hebben daarom bij de statistische bewerking alleen de duidelijke gevallen van mastitis en pyelitis uitgeschakeld.

Het kraambed na een keizersnede heeft een geheel ander verloop, dan dat na een baring langs natuurlijken weg, en zal dus afzonderlijk in het hoofdstuk van de Sectio Caesarea besproken worden.

De gegevens over het temperatuursverloop in Groep A zijn te onbetrouwbaar om verwerkt te worden. Ik kan dus volstaan met de opmerking, dat alle vrouwen uit groep A herstelden.

Van de vrouwen, die in de kliniek bevielen, is het verloop van het kraambed nauwkeurig gecontroleerd en opgeteekend. Bij een ongestoord verloop ligt de vrouw 9 dagen plat op den rug, zit den 10en dag in bed en wordt den 11en dag gemobiliseerd.

De resultaten heb ik in tabelvorm gebracht en onderscheiden in primiparae en multiparae, na spontane baring of na kunst-hulp. In de tabellen vinden wij de groepeerings in B, C en D weer terug.

Primiparae. Spontane baring.

		< 38°	38°-38° 4	38° 5-38° 9	> 39°	mastitis	pyelitis	thrombose	gestorven
B	{ 321 perc.	146 45,5%	103 32,1%	35 10,9%	23 7,2%	8 2,5%	6 1,9%	3 0,9%	0 —
C	{ 355 perc.	153 43,1%	120 33,8%	36 10,1%	30 8,5%	14 3,9%	2 0,6%	6 1,7%	0 —
D	{ 21 perc.	8 38,1%	8 38,1%	2 9,5%	3 14,3%	—	—	1 4,8%	0 —
Tot.	{ 697 perc.	307 44%	231 33,1%	73 10,5%	56 8%	22 3,2%	8 1,1%	10 1,4%	0 —

N.B. Het kraambed van de thrombose patiënten, komt in de rubrieken van de hoogste temp. in het kraambed voor.

Primiparae. Kunsthulp.

		< 38°	38°-38° 4	38° 5-38° 9	> 39°	mastitis	pyelitis	thrombose	gestorven
B	{ 58 perc.	17 29,3%	21 36,2%	8 13,8%	11 19%	—	1 1,7%	3 5,2%	1 1,7%
C	{ 43 perc.	10 23,3%	10 23,3%	8 18,6%	12 27,9%	1 2,3%	1 2,3%	6 14%	2 4,7%
D	{ 45 perc.	7 15,6%	13 28,9%	9 20%	15 33,4%	—	—	1 2,3%	2 4,5%
Tot.	{ 146 perc.	34 23,3%	44 30,1%	25 17,1%	38 26%	1 0,7%	2 1,4%	10 6,8%	5 3,4%

N.B. In de tabel van de kraambedden na kunstverlossing zijn, evenals in de tabel na spontane baring, de kraambedden van de thrombose patiënten opgenomen onder de rubrieken, die de hoogste temperatuur aangeven. De vrouwen, die gestorven zijn komen eveneens in de rubrieken van de hoogste temperatuur voor, tenzij zij onmiddellijk post partum stierven.

Vergelijken wij nu de tabellen van de *primiparae* voor het kraambed na spontane baring en na kunstverlossing, dan blijkt

- 1° dat in groep D het hoogste percentage sterk gestoorde kraambedden voorkomt, en wel vooral na kunsthulp.
- 2° dat percentsgewijs het kraambed veel vaker en veel ernstiger (meer thrombosen) gestoord is na een kunstverlossing dan na spontane baring.
- 3° dat na spontane baring géén vrouwen gestorven zijn, na kunsthulp daarentegen 5 of wel 3.4 %!

Multiparae. Spontane baring.

		38° v	38°-38° 4	38° 5-38° 9	39° ^	mastitis	pyelitis	thrombose	gestorven
B	{ 277 perc.	155 56%	79 28,5%	15 5,4%	22 7,9%	3 1,1%	3 1,1%	6 2,2%	0 —
C	{ 263 perc.	150 57%	63 23,9%	20 7,6%	19 7,2%	4 1,5%	7 2,7%	6 2,3%	0 —
D	{ 31 perc.	19 61,3%	7 22,6%	3 9,7%	1 3,2%	1 3,2%	0 —	0 —	0 —
Tot.	{ 571 perc.	324 56,7%	149 26,1%	48 8,4%	42 7,4%	8 1,4%	10 1,8%	12 2,1%	0 —

N.B. Het kraambed van de vrouwen met thrombosen komt voor in de rubrieken van de hoogste temperatuur in het kraambed.

Multiparae. Kunsthulp.

		38° v	38°-38° 4	38° 5-38° 9	39° ^	mastitis	pyelitis	thrombose	gestorven
B	{ 46 perc.	18 39,1%	13 28,3%	12 26,1%	3 6,5%	0 —	0 —	0 —	0 —
C	{ 62 perc.	17 27,4%	22 35,5%	10 16,1%	13 21%	0 —	0 —	5 8,1%	1 1,6%
D	{ 48 perc.	17 35,4%	15 31,3%	9 18,8%	7 14,6%	0 —	0 —	3 6,3%	1 2,1%
Tot.	{ 156 perc.	52 33,4%	50 32,1%	31 19,9%	23 14,1%	0 —	0 —	8 5,1%	2 1,3%

N.B. Het kraambed van de vrouwen met thrombose en van de

vrouwen, die gestorven zijn, is in de rubrieken met de hoogste temp. in het kraambed opgenomen.

Vergelijken wij de tabellen van de multiparae voor het kraambed na spontane baring en na kunstverlossing, dan blijkt

- 1° dat het kraambed van de vrouwen in groep D niet ongunstig afsteekt bij dat van de overige vrouwen. De multiparae onderscheiden zich in dit opzicht van de primiparae.
- 2° dat het kraambed na kunsthulp percentsgewijs ernstiger en vaker gestoord is dan na spontane baring.
- 3° dat na spontane baring geen vrouwen gestorven zijn, en na kunsthulp twee vrouwen of 1.3 %.

Allereerst willen wij nu de korte ziekte geschiedenissen laten volgen van de vrouwen, die gestorven zijn.

Toc 1929/378. Groep B.

Primipara. Bekkenmaten onbekend.

Opgenomen uit de verloskundige polikliniek, wegens voorhoofdsligging, gebroken vliezen en 5 cm ontsluiting. Zoodra er volkomen ontsluiting is, de vliezen zijn dan 72 uur gebroken, wordt volgens *Baudelocque* de stand gecorrigeerd en een tang aangelegd. Kind leeft. 3750 gram. 25 dagen later sterft de vrouw door embolie.

Toc 1930/148. Groep C.

Primipara. C.D. 11.8 cm.

Eclamptica. Zeer langdurige baring. Vliezen gedurende 5 dagen gebroken. Tenslotte kan een uitgangstang aangelegd worden. Kind is dood. 2500 gram. De vrouw vloeit sterk. Placenta wordt manueel verwijderd. Het kraambed is sterk gestoord. Den 32en dag krijgt de vrouw een doodelijke embolie.

Toc 1935/43. Groep C.

Primipara. C.D. 11.8 cm.

Langdurige baring. Vliezen gedurende 6½ uur gebroken. Als er 1½ uur volkomen ontsluiting is, vordert de baring niet. Harttonen worden onregelmatig. Uitgangstang. Levend kind. 3900 gram. De vrouw vloeit zeer sterk. Manuele placenta verwijdering. De vrouw komt niet goed bij uit de narcose en sterft. Bij obductie: degeneratie van hart en lever.

Toc 1934/356. Groep D.

Primipara. C.D. onbekend. Dubbelzijdige heupluxatie. Opge-

nomen wegens niet vorderen. Kind ligt in onvolkomen stuitligging. Vruchtwater is reeds 10 uur afgeloopen, er is volkomen ontsluiting. De baring vordert niet.

Het kind wordt levend geëxtraheerd. 3170 gram. Het kraambed is ernstig gestoord. In de pleura hoopt zich vocht op, dat geheveld wordt: $\pm$ 600 cc helder vocht. Na 12 dagen wordt patiënte overgeplaatst naar de interne kliniek, waar zij na 2 dagen sterft door een embolie.

Toc 1936/550. Groep D.

Primipara C.D. 10.7 cm.

Opgenomen wegens aangezichtsligging. De vrouw is reeds $2\frac{1}{2}$ dag in partu. Er is 5 cm ontsluiting. 6 Uren later is er volkomen ontsluiting. Het hoofd komt langzaam dieper. Na $3\frac{1}{2}$ uur is het hoofd $\frac{3}{4}$ ingedaald. De vliezen zijn reeds 16 uur gebroken. De baring vordert niet. Versie en extractie. Versie gaat zeer moeilijk. Het kind leeft. 3580 gram. De vrouw vloeit daarna telkens wat. De placenta wordt niet geboren. De toestand wordt miskend. Na eenige uren wordt de Hoogleeraar gewaarschuwd, die een uterus ruptuur diagnostiseert, de placenta manueel verwijdert, doch te laat komt om de vrouw te redden. Even later sterft zij. (Zie beschrijving bij V. en E.).

toc 1927/155. Groep C.

Multipara. Algemeen vernauwd.

Afloop vorige baringen: $5 \times$ spontaan à terme. Opgenomen wegens vloeien. Bij 7 cm worden de vliezen gebroken wegens bloeding, die daarna staat. De vrouw is slap, de baring vordert na $1\frac{3}{4}$ uur niet. Uitgangstang. Het kind is dood. 3550 gram. Bij obductie werd alleen een atresia recti gevonden.

Het kraambed werd gestoord door een septische thrombose, na 13 dagen exitus.

Toc 1934/405. Groep D.

Multipara. C.D. 9.7 cm.

Afloop vorige baringen: $3 \times$ spontaan à terme. Opgenomen wegens mislukte tangextractie thuis. Het hoofd staat in voorste wandbeensligging. Het is niet zeker, dat met de tang een levend kind geëxtraheerd zal kunnen worden, doch keizersnede is uitgesloten wegens de slechte toestand van het kind. Tangextractie. Kind is dood. 3990 gram.

Het kraambed is ernstig gestoord door thrombose en embolie. Er ontwikkelen zich longabscessen. Na 51 dagen sterft de vrouw.

Hieraan toegevoegd moet worden een geval van uterus ruptuur ante partem.

Toc 1928/232. Groep C.

Multipara. Coxitis tuberculosa.

Afloop vorige barings: I. Corporeele sectio caesarea. Voor de bevalling ontstaat een uterusruptuur in het litteken van de keizersnede voor de eerste bevalling. De vrouw sterft. (Zie beschrijving in het hoofdstuk van de Sectio Caesarea).

Bij de behandeling van het kraambed van de keizersnede zal blijken, dat van de 157 vrouwen 3 gestorven zijn.

In groep B: één vrouw door verbloeding bij placenta praevia.

In groep C: één vrouw door narcose.

één vrouw door embolie.

In totaal zijn dus 11 vrouwen gestorven.

In groep B: Van 738 vrouwen zijn 2 vrouwen gestorven.

Doodsoorzaak: 1 × *embolie* na hoge tang.

1 × *placenta praevia* en keizersnede.

In groep C: Van 822 vrouwen zijn 6 vrouwen gestorven.

Doodsoorzaak: 1 × *Embolie* na uitgangstang.

1 × *Embolie* na keizersnede.

1 × *Septische thrombose* na uitgangstang bij placenta praevia.

1 × *Narcose* bij keizersnede.

1 × *Narcose* en bloeding bij uitgangstang.

1 × Spontane uterus ruptuur voor de barings na vroegere keizersnede.

In groep D: Van 167 vrouwen zijn 3 vrouwen gestorven.

Doodsoorzaak: 1 × *Embolie* na stuitextractie.

1 × *Violente uterus ruptuur* bij versie en extractie voor aangezichtsligging.

1 × *Septische thrombose* na hoge tang.

Wij zullen nu wederom het representatief materiaal der bekenvernauwingen vergelijken met dat van de normale bekkens,

zooals dit ook gebeurd is voor de resultaten bij de kinderen. Voor de bekkenvernaauwingen is het resultaat aldus:

In groep A, 307 primiparae en 462 multiparae, is geen der vrouwen gestorven.

In groep B is bij de 394 primiparae 1 vrouw gestorven.

In groep B is bij de 344 multiparae 1 vrouw gestorven door placenta praevia, om echter te mogen vergelijken met de normale bekkens, moeten de gevallen van placenta praevia, eclampsie, intoxicatie of loslating van de placenta weer geëlimineerd worden, zoodat na deze correctie blijkt, dat bij 333 multiparae geen der vrouwen gestorven is.

Bij de *normale bekkens* zijn:

in groep A: bij 3316 primiparae 6 vrouwen gestorven.

bij 11144 multiparae 8 vrouwen gestorven.

in groep B: bij 405 primiparae 2 vrouwen gestorven.

bij 343 multiparae géén vrouwen gestorven.

De doodsoorzaak was meestal infectie of embolie, een enkele maal bloeding of narcose.

Voor de *bekkenvernaauwingen* vinden wij dus:

701 primiparae met 1 vrouw gestorven = 0.14 %.

795 multiparae met géén vrouw gestorven = 0 %.

Voor de *normale bekkens* vinden wij:

Bij 3721 primiparae 8 vrouwen gestorven = 0.21 %.

Bij 11487 multiparae 8 vrouwen gestorven = 0.07 %.

Toevallig is, door de zeer kleine aantallen gestorven vrouwen, de mortaliteit bij de bekkenvernaauwingen kleiner dan bij de normale bekkens.

Hieruit blijkt, dat bij onze leiding van de baring bij bekkenvernaauwing, de gevaren voor de moeders niet grooter zijn geweest dan bij de vrouwen met een normaal bekken.

Beschouwingen over de aard van de verlossing.

In het voorafgaande hebben wij de invloed leeren kennen van de bekkenvernaauwing op de ligging van het kind, op de frequentie van de kunsthulp, op de mortaliteit van het kind en van de moeder.

Er rest nu nog een bespreking over de kunstverlossingen elk afzonderlijk met de indicaties, waarop zij zijn uitgevoerd.

In de tabellen K, L, M, N, en O zijn de verschillende kunstverlossingen weergegeven voor de verschillende graden van bekkenvernaauwingen met de resultaten voor de kinderen, in de groepen A, B, C, D en A en B samen.

De tabellen K, L, M, N en O leeren ons, dat de *spontane baring*, waartoe wij de gedeeltelijke stuitextractie eveneens kunnen rekenen, in alle groepen de beste resultaten afwerpt voor de kinderen. Bovendien is geen der vrouwen gestorven.

Zooals reeds vroeger is gezegd, is het ons streven de omstandigheden voor een spontane baring zoo gunstig mogelijk te maken, omdat wij overtuigd zijn, dat daarmee de beste resultaten bereikt worden.

De *uitgangstang* wordt dikwijls als een onschuldige ingreep beschouwd. „Even een tangetje”, de vrouw is geholpen, de medicus is klaar. De resultaten leeren anders. Het spreekt vanzelf, dat wij in de verschillende tabellen meer doode kinderen vinden onder de uitgangstang dan na de spontane baringen. Menigmaal toch was het kind in nood en dan kwam soms de tang te laat. Belangrijker is het aantal gestorven moeders. Van de 30 uitgangstangen in groep C stierven 3 moeders, twee door infectie, één door de narcose. Wij beschouwen de uitgangstang als een belangrijke ingreep.

De *hooge tang* wordt dikwijls als een moorddadig instrument veroordeeld.

Het blijkt echter, dat de mortaliteit van de kinderen in de verschillende tabellen met uitzondering van groep D gunstig afsteekt tegenover de resultaten bij de uitgangstangen. Toch werd evenals bij de uitgangstangen, de *hooge tang* menigmaal aangelegd, omdat het kind in gevaar verkeerde en kwam dus ook hier de tang wel eens te laat.

De *hooge tang* heeft ontegenzeggelijk recht van bestaan, vooral omdat men vele keizersneden zou moeten doen om de kans te ontloopen, dat men een *hooge tang* zou moeten aanleggen.

Groep B.

Vrouwen uit de V.P., in de kliniek bevallen.

In totaal 738 vrouwen, primiparae en multiparae, waarvan onderstaande tabel de resultaten geeft van de kinderen bij de verschillende wijzen van verlossing.

TABEL I.

	Spontaan			Uitgangstang			Hoogetang			Ged. Stuitextr.			Voll. Stuitextr.			V en E			Decapitatie		Perforatie	S. C.			Totaal
	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	levend	dood	later †	
C.D. 11-11.9 cm	236	8	—	5	1	—	3	—	—	2	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	1	—	—	269
C.D. 10-10.9 cm	196	4	1	14	—	—	9	—	—	2	—	—	—	—	—	5	1	1	—	—	2	5	—	—	254
C.D. 9-9.9 cm	27	5	—	2	1	—	2	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	15	—	—	57
C.D. 8-8.9 cm	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	9
C.D. 7-7.9 cm	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
Alg. vernauid	104	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	111
Bijz. bekken	23	1	—	4	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	4	—	—	37
C.D.? Omtr.?	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Totaal	586	18	1	28	3	—	15	—	—	5	—	1	11	3	1	—	—	—	—	—	2	33	—	2	738
	605			28			31			15			6			15			1		2		35		

Groep A + B.

Vrouwen uit de V.P. thuis en in de kliniek bevallen (representatief materiaal).
In totaal 1507 vrouwen, primiparae en multiparae, waarvan onderstaande tabel de resultaten geeft van de kinderen bij de verschillende wijzen van verlossing.

TABEL M.

	Spontaan			Uitgangs- tang			Hooge- tang			Ged. Stuitextr.			Voll. Stuitextr.			V. en E			Deca- pitatie	Per- foratie	S. C.			
	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	dood	dood	levend	dood	later +	
C.D. 11-11.9 cm	597	14	—	20	4	—	11	1	1	9	—	—	9	—	20	3	1	—	—	—	1	—	—	
C.D. 10-10.9 cm	414	7	1	15	1	—	20	—	—	12	—	—	4	2	12	2	1	—	1	2	5	—	2	
C.D. 9-9.9 cm	42	5	—	1	1	—	3	1	—	3	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	15	—	—	
C.D. 8-8.9 cm	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	
C.D. 7-7.9 cm	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Alg. vern.	168	—	—	5	—	—	1	—	—	2	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bijz. bekens	36	1	—	3	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	4	—	—	
C.D. Omtr. ?	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Totaal	1257	27	1	44	6	1	41	3	1	26	—	—	15	2	1	37	5	2	1	2	33	—	2	
	1285			51			45			26			18			44			1			35		

Groep C.

Vrouwen van buiten opgenomen voor de bevalling.

In totaal 823 vrouwen, primiparae en multiparae, waarvan onderstaande tabel de resultaten geeft van de kinderen bij de verschillende wijzen van verlossing.

TABEL N.

	Spontaan		Uitgangs- tang		Hooge- tang	Ged. Stuixtr.	Voll. Stuixtr.	V. en E.	Deca- pitatie	Perfo- ratie	S.C.		
	lelend	dood	lelend	later +	lelend	dood	lelend	dood	lelend	dood	lelend	dood	later +
C.D. 11-11.9 cm.	233	5	2	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—
C.D. 10-10.9 cm.	198	3	2	—	16	1	—	—	—	1	31	—	—
C.D. 9-9.9 cm.	27	3	—	—	11	—	—	—	—	—	34	1	—
C.D. 8-8.9 cm.	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	25	—	—
C.D. 7-7.9 cm.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
Alg. vern.	120	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Bijz. bekkens	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—
C.D? Omtr?	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal	605	12	4	27	41	1	8	—	—	1	97	2	—
	621		30		42		8		0		99		
							15		6				
											822		

Groep D.

Vrouwen van buiten, durante partu opgenomen.

In totaal 167 vrouwen, primiparae en multiparae, waarvan onderstaande tabel de resultaten geeft van de kinderen bij de verschillende wijzen van verlossing.

TABEL O.

	Spontaan			Uitgangs- tang			Hooge- tang			Ged. Stuitextr.			Voll. Stuitextr.			V en E			Deca- pitatie	Perfo- ratie	S. C.			Totaal			
	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	levend	dood	later +	dood	dood	levend	dood	later +				
C.D. 11-11.9 cm	22	1	—	4	—	—	6	1	—	—	—	1	1	—	4	—	1	1	—	1	1	—	—	43			
C.D. 10-10.9 cm	22	1	—	8	2	—	13	3	2	1	—	4	1	—	5	2	—	—	—	—	3	—	—	71			
C.D. 9-9.9 cm	3	—	—	—	—	—	7	2	1	—	—	1	—	—	1	1	—	1	1	—	10	1	—	28			
C.D. 8-8.9 cm	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	6			
C.D. 7-7.9 cm	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1			
Alg. vernauwd	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3			
Bijz. bekkens	3	—	—	6	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11			
C.D.? Omtr.?	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	4			
Totaal	50	2	—	20	4	—	28	6	3	1	—	—	8	2	—	10	3	1	3	5	18	2	1	167			
	52			24			37			1			10			14			3			5			21		

* Uterusexstirpatie wegens uterus ruptuur.

De hooge mortaliteit van de kinderen bij de hooge tangen in groep D wordt verklaard, door het feit, dat menigmaal thuis reeds een poging tot tangextractie was gedaan en het kind dus reeds in slechte conditie was en er voor ons geen andere keuze meer open stond.

Het zelfde geldt voor de mortaliteit van de moeder.

Na de 124 hooge tangen zijn 2 vrouwen gestorven. Eén in groep B, de vrouw was reeds te lang in partu, voor zij uit de polikliniek werd opgenomen. Eén in groep D, thuis was reeds vergeefs een tang aangelegd.

Beide vrouwen stierven door infectie.

De resultaten van de *stuitextractie* en de *versie en extractie* zijn voor de kinderen vrij slecht, de liggingsafwijkingen zijn hier schuld aan.

Na stuitextractie stierf één vrouw aan een embolie. Bij de versie en extractie werd éénmaal een violente uterusruptuur gemaakt. De vrouw stierf.

Beide vrouwen behooren tot groep D.

Bij de 154 *keizersneden* zijn 6 kinderen gestorven; 1 kind was reeds dood door tympania uteri, de sectio caesarea was nog de beste wijze om de vrouw te verlossen.

Bij de overige 5 kinderen werd nog getracht door S.C. het kind te redden, terwijl het reeds in slechte toestand was door uitgezakte navelstreng of asphyxie. Het bewijst, dat men over het algemeen geen keizersnede moet doen voor onregelmatige foetale harttonen.

De Tang-verlossing.

In de Utrechtsche Kliniek wordt uitsluitend gebruik gemaakt van de tang van Naegele.

Er is op gelet, dat de tang een hoofdkromming heeft, die niet sterker is, dan noodig om aan het ronde hoofd voldoende houvast te hebben en dat de bekkenkromming juist voldoende is, om een in den ingang staand hoofd te kunnen pakken. De bladen mogen niet dikker zijn dan strikt noodig. De lepels zijn in dwarse richting iets gebogen, zoodat zij beter om het hoofd aansluiten.

Moet men de tang schuin over het hoofd aanleggen, dan ligt de eene lepel meer over het gezicht, en wanneer dan bovendien een asynclitismus bestaat, kunnen de uiteinden der lepels in den hals of in den nek drukken en daar ontvellingen of kneuzingen te weeg brengen. Om die reden zijn de uiteinden der lepels van de tang van Naegele wat ingekort.

Is de grootste omvang van het hoofd de bekkeningang gepasseerd, dan spreken wij van een uitgangstang, het hoofd is dan vrijwel op de bekkenbodem aangekomen en is uitwendig niet of nauwelijks meer boven de symphysis te voelen. Bij bekkenvernauwingen kan het hoofd zoo sterk vervormd zijn, dat het hoofd op de bekkenbodem staat en toch de grootste omvang van het hoofd den ingang niet gepasseerd is. Vooral bij een laag plat vernauwd bekken mag men zich dus niet door de inwendig gevonden indaling van het hoofd laten misleiden en moet men uitwendig de toestand nauwkeurig beoordeelen, wil men niet voor de onaangename verrassing komen te staan, dat de extractie tegenvalt, een enkele maal misschien onmogelijk is.

Bij een uitgangstang op een achterhoofdsligging komt de tang zooveel mogelijk biparietaal te liggen.

Staat de kleine fontanel voor, dan komt de tang dwars te liggen. Staat het achterhoofd links of rechts voor, dan wijst het slot van de tang naar links of rechts voor. Tijdens de extractie volgt de tang de spildraai van het hoofd en komt ten slotte dwars te liggen.

Staat het achterhoofd dwars, dan kan de tang niet biparietaal aangelegd worden en komt dus eenigszins schuin over het hoofd te liggen. Tijdens de extractie draait het achterhoofd naar voren.

Staat het achterhoofd geheel of gedeeltelijk naar achteren, dan wordt eerst met de hand het achterhoofd naar dwars gedraaid en daarna de tang schuin aangelegd.

Bijna steeds wordt de linker lepel het eerst ingebracht, daar dan de tang dadelijk gesloten kan worden. Staat echter het achterhoofd rechts achter, dan moet dit eerst met de hand tot rechts dwars gebracht. Wordt nu de hand teruggetrokken, dan draait meestal het hoofd terug. De hand blijft daarom het hoofd fixeeren, totdat de rechterlepel, die dus nu het eerst ingebracht

wordt, deze functie overneemt. Daarna wordt de linkerlepel ingebracht en nu moeten de lepels gekruist worden, alvorens de tang gesloten kan worden.

Zooals steeds, is het nu zeker noodzakelijk na te tasten of de stand van het hoofd goed is en of de tang goed ligt. Na proeftractie, waarbij gelet wordt of de tang niet afglijdt, wordt geëxtraheerd in de richting van het baringskanaal.

De extractie wordt beëindigd, als het hoofd achter den anus gepakt en gefixeerd kan worden.

Voor het zoover is, is menigmaal een ruptura perinei ontstaan. Dreigt er een totaal ruptuur te ontstaan, dan wordt een schuine episiotomie gegeven.

De tang wordt afgenomen en het hoofd achter den anus opgedrukt. Zoonoodig wordt uitwendig geëxprimeerd.

Het naar voren draaien van het achterstaande achterhoofd met de tang volgens de methode van Scanzoni blijkt zelden noodig te zijn.

Op geheel analoge wijze wordt de uitgangstang aangelegd bij een kruinligging, met dien verstande, dat het thans onverschillig is of het achterhoofd, dan wel het aangezicht naar voren draait.

Bij aangezichts- en voorhoofdsliggingen moet de kin naar voren draaien. De uitgangstang wordt eveneens op analoge wijze aangelegd.

De uitgangstang moet als een operatieve ingreep beschouwd worden met de gevaren van dien. De blaas moet leeg zijn en wordt zoonoodig met een stalen mannencatheter of een slappe catheter geledigd. De vrouw wordt in dwarsbed of op een tafel gelegd. Vulva en omgeving worden met sublumaat gereinigd. De vrouw komt op een steriele doek te liggen, over de buik wordt eveneens een steriele doek gelegd. Zeer vaak is een aether roes noodzakelijk. De narcose mag niet dieper zijn, dan strikt noodzakelijk. De zwangere is extra-gevoelig voor narcose en mocht na de kunstverlossing sterk bloedverlies optreden, dan wordt de kans op een hartdood nog grooter.

Het inbrengen van de lepels moet voorzichtig en steeds op geleide van de hand gebeuren. Men vermijdt de mogelijkheid, dat de lepels buiten de cervix komen te liggen of zelfs door de

gewelven gestoken worden. Het aanleggen van een tang bij onvolkomen ontsluiting is zeer gevaarlijk, diepe cervixscheuren kunnen ontstaan, die sterk kunnen bloeden en dan hechten noodzakelijk maken.

Bij het aanleggen van een *hooge tang* heeft men rekening te houden met de bekkenkromming van de tang. Het slot kan na het aanleggen slechts weinig naar links of rechts wijzen. Men is daardoor meestal gedwongen de extractie in twee tempi te verrichten. Eerst wordt het hoofd op de bekkenbodem getrokken, de tang wordt afgenomen en op de vereischte wijze weder aangelegd.

De *hooge tang* bij een aangezichts- of voorhoofdsligging is alleen mogelijk als de kin reeds meer dan half is ingedaald. De tang mag alleen aangelegd worden, als het aangezicht vrij blijft, anders kneust de tang in de hals.

Indicaties voor de tang:

Niet vorderen van de baring, zoodat de moeder en vooral het kind in gevaar komen.

Gevaar voor de moeder kan optreden bij dreigende uterusruptuur, ontstaan van huidemphyseem, uitputtingstoestand vooral bij hart- en longlijden.

Gevaar voor het kind kan optreden, als de uitdrijving lang gaat duren, de harttonen onregelmatig en langzaam worden, of bij eclampsie van de moeder.

Uit statistisch onderzoek is gebleken, dat met het toenemen van de duur van het uitdrijvingstijdperk de gevaren voor het kind in hooge mate toenemen.

Bij de normale primiparae met ingedaald hoofd wordt als er 3 uur volkomen ontsluiting is of als het hoofd reeds een uur zichtbaar is, als regel eerst pituitrine gegeven en als dit niet spoedig het gewenschte resultaat oplevert, wordt tot forcipale extractie overgegaan. Zijn de weeën krachtig en vordert de baring niet, dan heeft men meestal met een uitgebleven spildraai te maken en grijpt men vanzelfsprekend, eerder in.

Bij de normale multiparae wordt reeds na 1½ uur volkomen ontsluiting, of gedurende een ½ uur zichtbaar zijn van 't hoofd, tot pituitrine geven of termineeren overgegaan. Bij de bekkenvernauwingen gelden deze indicaties *niet*. Dan wordt menigmaal veel langer afgewacht, voordat tot forcipale extractie

wordt overgegaan. Meestal is de kunstverlossing in deze gevallen veel moeilijker en wordt daardoor de kans veel groter, dat het kind letsel ontvangt door de kunstverlossing. Hoe langer men wacht, des te sterker zal het hoofd vervormd worden. De tangextractie wordt gemakkelijker en dus steeds veiliger voor het kind. Door de langdurige uitdrijving nemen echter de gevaren voor het kind toe, daarom dient men terdege te controleren of de vervorming toeneemt. Steeds zal men bij een bekkenvernauwing wikken en wegen. Met het afnemen der gevaren van de tangverlossing, nemen de gevaren door de langdurige uitdrijving toe. Worden nu de harttonen wat onregelmatig, dan behoort het niet tot de zeldzaamheden, dat de forceps wordt aangelegd om het kind te redden, echter met het resultaat, dat, door de te geringe vervorming van het hoofd, het kind door het letsel van de tang levenloos geboren wordt. De moeder loopt dan tevens een verhoogd infectiegevaar; ontstaat er dan bovendien nog een totaal ruptuur, dan is de „hulp” volledig geweest! (toc 1935/385).

Alvorens men tot een tangverlossing overgaat, moet men overtuigd zijn, dat men haar tot een goed einde kan brengen. Heeft men die overuiging niet, dan is keizersnede aangewezen. Bestaat er echter voor sectio caesarea een ernstige contra-indicatie, dan is men soms genoodzaakt in zulk een geval een poging tot tangextractie te doen. Gelukt dan de tangextractie niet, dan heeft men bij een levend kind nog de schaambeensnede achter de hand. Bij een dood kind komen perforatorium en cranioclast in aanmerking.

Indicaties voor de Uitgangstang.

Groep A.

16 × bij C. D. 11—11.9 cm:

4 × bij primiparae wegens niet vorderen van de uitdrijving ondanks pituitrine.

2 × bij primiparae wegens niet vorderen van de uitdrijving zonder pituitrine.

V.P. 1932/856. V.P. 1932/1042. V.P. 1934/293.

V.P. 1935/650. V.P. 1935/805. V.P. 1936/2186.

Kinderen leven.

4 × bij primiparae wegens onregelmatige harttonen spoedig na volkomen ontsluiting.

V.P. 1933/1607. V.P. 1935/421. V.P. 1935/766. V.P. 1935/1158. Kinderen leven.

3 × wegens uitgebleven spildraai bij primiparae.

V.P. 1929/476. V.P. 1931/604. V.P. 1936/1091.

Kinderen leven.

3 × wegens bijzondere indicaties.

V.P. 1927/1752. *Voorliggende navelstreng.*

Multipara. Bij komst van den practisant staat het hoofd even ingedaald. Inwendig is er 4 cm ontsluiting, vliezen staan, goed kloppende navelstreng voor het hoofd. Pogingen het kind op de stuit te keeren worden niet vermeld. Trendelenburg; 9 uren later daalt het hoofd in. Harttonen langzaam. De gewaarschuwde assistent vindt volkomen ontsluiting en het hoofd op den bekkenbodem. De voorliggende navelstreng klopt nog. Vliezen worden gebroken. Uitgangstang. Kind is dood.

V.P. 1929/772.

Foetus maceratus wordt ondanks pituitrine niet geboren. Uitgangstang. Doodsoorzaak onbekend.

V.P. 1931/192. *Verkeerde spildraai.*

Primipara. Langdurige baring. (59 uur). Vruchtwater is 35½ uur afgeloopen (bij ± 7 cm ontsluiting). Voortgang is er niet, zoodat tot tang wordt besloten.

Diagnose: Kruinligging met achterhoofd achter.

Bij de extractie ontstaat ruptuur tot de sphincter. Hoofd vervormd voor achterhoofdsligging. Dus extractie geschiedde in verkeerde spildraai. Kind leeft.

5 × bij C.D. 10—10.9 cm.

2 × bij primipara wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving ondanks pituitrine.

V.P. 1931/1149. V.P. 1936/1514.

3 × Bijzondere indicaties.

V.P. 1932/1143. C.D. 10.7 cm.

Primipara. Langdurige baring. Harttonen tenslotte onregelmatig. Baring heeft dan 55 uur geduurd. Vliezen waren bij 6 cm ontsluiting gebroken 28 uur geleden. Er staat reeds 22 uur slechts een klein randje van de cervix. Uitgangstang. Cervix geeft geen weerstand. Kind in achterhoofdsligging, levend geboren.

V.P. 1936/1514.

Primipara. Baring duurt 50 uur, dan worden geen harttonen meer gehoord. Er is dan 8 cm ontsluiting. Vliezen worden gebroken. Er komt vrijwel geen vruchtwater. Er wordt gemeend, dat nu de harttonen weer te hooren zijn. Uitgangstang. Kind is dood.

V.P. 1934/518.

Multipara. Uitgezakte navelstreng. Hoofd $\frac{3}{4}$ ingedaald. Uitgangstang. Kind leeft.

2 $\times$ bij bijzondere bekkens.

Uitgangs vernauwing.

V.P. 1932/1813.

Multipara. Ondanks pituitrine na $3\frac{1}{2}$ uur geen vorderen in de uitdrijving. De assistent meent dit toe te moeten schrijven aan een uitgangsvernauwing. Uitgangstang gelukt gemakkelijk. Het kind sterft na 8 dagen door onvoldoende toezicht aan uitdroging.

V.P. 1935/1069.

Primipara. Uitdrijving vordert niet. Uitgang is nauw. Uitgangstang. Levend kind.

Indicaties voor de uitgangstang in de *kliniek*.

Conjugata diagonalis 11—11.9 cm.

8 $\times$ in Groep B:

3 $\times$ wegens niet vorderen in de uitdrijving ondanks pituitrine bij primiparae.

toe 1928/479. toe 1929/45. toe 1929/116.

Kinderen leven.

1 $\times$ wegens slechte harttonen spoedig na volkomen ontsluiting. Primipara. Kind leeft. toe 1933/183.

- 1 × wegens slechte harttonen in miskende verkeerde spildraai geëxtraheerd. Primipara. Levend kind. toc 1930/74.
- 1 × wegens niet vorderen van de uitdrijving in voorhoofds-
ligging. Primipara. Kind leeft. toc 1930/156.
- 1 × wegens niet vorderen van de uitdrijving van een foetus
maceratus. Primipara. toc 1934/456.
- 1 × wegens niet vorderen van uitdrijving van een foetus
maceratus van 5200 gram. Multipara. toc 1932/57.

9 × in Groep C.

- 3 × wegens niet vorderen van de uitdrijving. Primiparae.
Levende kinderen.

toc 1928/438. toc 1929/170. toc 1929/369.

- 3 × wegens slechte harttonen spoedig na volkomen ontsluiting.
Multiparae.

toc 1927/33. toc 1934/203. toc 1936/534.

Kinderen leven.

- 3 × wegens bijzondere indicaties.

Toc 1930/148. *Sepsis*.

Primipara, eclamptica gedurende 5 dagen in partu met afgeloopen vruchtwater. Kind is dood.

Aanvallen zijn tot staan gekomen na venasectie en morfine. Ontsluiting wordt niet volkomen, tenslotte wordt kind forci-
paal geëxtraheerd. Cervix geeft geen moeite. Sterke bloeding.
Manueele placenta verwijdering.

In het kraambed een septische thrombose, die den 32en dag
ad exitum leidt.

Toc 1935/43. *Narcose-dood*.

Primipara. Duur baring 106 uur. Vliezen 6½ uur gebroken.
Hoofd 1⅓ uur zichtbaar. Uitgangstang. Levend kind. Sterke
bloeding. Manueele placenta-verwijdering. Vrouw komt niet
geheel bij uit narcose en sterft. Obductie. Degeneratie van hart
en lever.

Toc 1935/247. *Psychose*.

Primipara. Zwangerschapspsychose. Perst in het uitdrij-
vingstijdperk niet. Ondanks pituitrine geen vorderen. Uit-

gangstang. Levend kind. Na 4 dagen gaat vrouw over naar de Psychiatrische kliniek.

- 4 × *in groep D.*
- 1 × wegens niet vorderen in de uitdrijving. Primipara.
Levend kind. toc 1934/337.
- 1 × wegens niet vorderen in aangezichtsligging. Primipara.
Levend kind. toc 1927/418.
- 1 × wegens slechte harttonen na $\frac{1}{2}$ uur volkomen ontsluiting,
60 uur na het breken van de vliezen. Primipara.
Levend kind. toc 1934/542.
- 1 × wegens niet vorderen na langdurige baring en vroeg
afgelopen vruchtwater. Multipara. Zij was 8 × spon-
taan bevallen en 1 × spontaan praematuur. Thans lichte
tympania uteri.
Levend kind. toc 1936/81.
- 3 × *bij Conjugata diagonalis 10—10.9 cm.*
- 11 × *in groep B.*
- 3 × niet vorderen in de uitdrijving, ondanks pituitrine.
Primipara.
toc 1930/417. toc 1935/132. toc 1935/461.
Levende kinderen.
- 2 × niet vorderen in de uitdrijving zonder pituitrine.
Primipara.
toc 1929/97. toc 1935/341.
Levende kinderen.
- 2 × langdurige baring, tenslotte volkomen ontsluiting.
Primipara.
toc 1930/514. toc 1932/462.
Levende kinderen.
- 2 × onregelmatige harttonen spoedig na volkomen ontslui-
ting. Primipara.
toc 1934/242. toc 1936/617.
Levende kinderen.
- 2 × bijzondere indicaties:

toc 1930/41. *Huidemphyseem.*

Primipara. Kind in achterhoofdsligging op den bekken-

bodem. De vrouw perst zeer sterk, zoodat huidemphyseem ontstaat. Na 2½ uur volkomen ontsluiting uitgangstang. Levend kind. De vrouw herstelt.

toc 1930/305.

IVe para. C.D. 10.5 cm.

Afloop vorige baringen:

I forceps à terme, levend kind, 4070 gram.

II stuitextractie, $\pm$ 4000 gram. kind is dood.

III abortus.

Thans kruinligging. Langdurige baring $\pm$ 30 uur. Vliezen zijn 9 uur gebroken. 2 uur na volkomen ontsluiting wegens langdurige baring uitgangstang. Levend kind. 3770 gram.

11 $\times$ in groep C.

2 $\times$ wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving ondanks pituitrine.

toc 1930/533. toc 1936/640.

Levende kinderen.

2 $\times$ wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving zonder pituitrine. toc 1931/1, toc 1935/490.

Levende kinderen.

4 $\times$ wegens onregelmatige foetale harttonen spoedig na volkomen ontsluiting.

toc 1927/47. toc 1928/321. toc 1936/525. toc 1930/276.

Kinderen leven.

3 $\times$ Bijzondere indicaties.

toc 1928/71.

Primipara. 15 jr. C.D. 10.8 cm.

10 uur na het begin der weeën is er volkomen ontsluiting. Vliezen zijn bij 5 cm ontsluiting gebroken. Het hoofd staat op de bekkenbodem. Achterhoofdsligging, achterhoofd rechts voor. Baring vordert niet, er wordt 2 $\times$ ½ cc. pituitrine gegeven.

Na 4 uur volkomen ontsluiting is het kind nog niet geboren. Diagnose blijkt fout te zijn. Groote fontanel staat rechts voor. Met de halve hand wordt het achterhoofd naar links dwars gebracht, daarna wordt de hand vervangen door de linkerlepel van de tang. Rechterlepel wordt rechts dwars ingebracht en naar

voren gedraaid. Na het sluiten van de tang draait het hoofd terug. Na enkele herhaalde pogingen, blijft het hoofd telkens terugdraaien. Tang volgens Scanzoni, ook nu draait het hoofd terug bij het opnieuw inbrengen van de lepels. Daarom extractie in verkeerde spildraai. Er ontstaat een incomplete ruptuur. Kind leeft.

Toc 1927/326.

IIIe para. 31 jr. C.D. 10.5.

Afloop vorige baringen:

I Sp. à t. levend. Eén eclamptische aanval post partem.

II Sp. à t. levend.

Tijdens de baring krijgt de vrouw twee maal een eclamptische aanval. Vliezen worden bij volkomen ontsluiting gebroken. Na een uur is het kind nog niet geboren. Hoofd staat op de bekkenbodem.

Uitgangstang. Levend kind 3780 gram. Na de partus krijgt de vrouw nog een aanval.

toc 1936/125.

Primipara. 49 jr. C.D. 10.8.

De vrouw is 28 dagen voor de bevalling opgenomen. Het hoofd staat afgeweken en promineert. Sluitlaken. Telkens verliest de vrouw een weinig bloed gedurende vele dagen. Bij de gewone zwangerencontrole bij de opgenomen vrouwen worden geregeld de harttonen gecontroleerd. Bij een dezer controles werden bij deze vrouw geen harttonen meer gehoord. Het hoofd staat nog steeds afgeweken. Weeën worden niet waargenomen. Enkele dagen later blijkt, zonder dat er weeën zijn waargenomen, het hoofd zichtbaar in de vulva. Er is volkomen ontsluiting. Met tangen van Muzaux wordt de gemacereerde foetus geëxtraheerd. 3760 gram.

8 × in groep D.

4 × wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving.

toc 1935/555. toc 1931/121. toc 1936/44. toc 1935/441.

Kinderen leven.

2 × wegens langdurige baring, spoedig na volkomen ontsluiting. toc. 1936/114. toc 1936/641.

Kinderen leven.

2 × *Bijzondere indicaties.*

Toc 1927/452.

Primipara.

Bij opname is er ruim 5 cm ontsluiting, de vrouw is ruim een dag in partu. Kind is door onbekend gebleven oorzaak dood.

Na 7 uur is er volkomen ontsluiting, 6 uur later is het kind nog niet geboren. Uitgangstang.

Beginnende maceratie. 2680 gram.

Toc 1934/552.

Primipara.

Aangezichtsligging. Weeënzwakte. Na 2 uur volkomen ontsluiting en 1 uur zichtbaar hoofd, waarbij pituitrine niet geholpen heeft, uitgangstang. Levend kind 3050 gram.

2 × *bij C.D. 9—9.9 cm.*

2 × *in groep B.*

toc 1936/538.

Primipara. 36 jr. C.D. 9.6 cm.

Baring begint met afloopen van het vruchtwater.

Er is weeënzwakte. Na 31 uur is er volkomen ontsluiting; het kind is inmiddels gestorven. 4 uur later is het kind nog niet geboren.

Uitgangstang. Kind dood, 3530 gram. Er wordt een dunne navelstreng gevonden.

toc 1936/451.

Ile para 23 jr. C.D. 9.7 cm.

Afloop vorige baring: I foetus maceratus à terme.

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting.

½ uur later zijn de harttonen onregelmatig.

Uitgangstang. Kind leeft, 3290 gram.

13 × *bij Algemeen vernaauwde bekkens.*

5 × *in groep B.*

1 × *wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving, ondanks pituitrine.*

toc 1929/277. Kind leeft.

2 × wegens onregelmatige harttonen, spoedig na volkomen ontsluiting.

toc 1930/38. toc 1935/264.

Kinderen leven.

2 × Bijzondere indicaties.

Toc 1931/285.

Primipara.

Baring duurt 93 uur. Vruchtwater is 41 uur geleden afge-
loopen. Weeënzwakte. Volkomen ontsluiting wordt niet bereikt.
Tenslotte uitgangstang.

Levend kind. 3010 gram.

toc 1936/99.

Primipara wordt opgenomen uit de polikliniek, wegens eclampsie.

Er is volkomen ontsluiting. Uitgangstang.

Kind leeft. 3370 gram.

5 × *in groep C.*

3 × wegens niet vorderen van de uitdrijving ondanks pituitrine.

toc 1928/396. toc 1929/110. toc 1935/329.

Kinderen leven.

1 × wegens onregelmatige harttonen spoedig na volkomen ontsluiting.

toc 1936/83. Kind leeft 3430 gram.

1 × bijzondere indicatie:

Toc 1927/155.

Vie para 33 jr.

Afloop vorige bevallingen: 5 × spont. à terme. Levende kinderen.

Opgenomen 54 dagen van te voren wegens vloeien.

Tijdens de barings neemt het vloeien toe. Bij 7 cm ontsluiting blijkt er een placenta praevia lateralis te zijn, vliezen worden gebroken. Bloeding staat. De vrouw is zeer slap, barings vordert niet. 1¼ uur later wordt een uitgangstang aangelegd. Kind is dood. 3550 gram. Bij obductie wordt alleen een atresia recti gevonden.

13 dagen later sterft de vrouw door septische thrombose.

3 × *in groep D.*

Toc 1930/412.

Primipara.

Opname wegens eclampsie. Bij inkomst is het hoofd zichtbaar. Uitgangstang. Kind is dood. 3800 gram.

Toc 1932/224.

Primipara.

Opname wegens langdurige uitdrijving.

Er is 8½ uur volkomen ontsluiting. Uitgangstang.

Kind leeft. 3180 gram.

Toc 1936/66.

Primipara.

Opname wegens tympania uteri.

Er is 11 uur volkomen ontsluiting. Vliezen zijn 7 uur geleden gebroken. Er is tympania uteri. Geen harttonen. Vrouw meent leven te voelen. Uitgangstang. Kind is dood. 3400 gram.

1 × *bij bekkenmaten onbekend.*

Toc. 1936/454. Groep D.

Primipara.

Opname wegens niet vorderen van de baring.

De vrouw is 2¾ dag in partu met afgeloopen vruchtwater. Er is tympania uteri. Ontsluiting is voldoende voor een uitgangstang. Kind leeft. 4410 gram.

13 × *bij Bijzondere bekkens.*

3 *in groep B.*

Toc 1930/539.

Primipara. Uitgangsvernauwing. Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Onregelmatige harttonen, 20 minuten later uitgangstang. Levend kind 3930 gram.

Toc 1935/442.

Primipara. Gibbus. Kruinligging. Spoedig na volkomen ontsluiting zijn de harttonen onregelmatig. Vrouw perst niet. Uitgangstang. Kind leeft. 2790 gram.

Toc 1933/302.

IVe para. Uitgangsvernauwing.

Vorige baringen: I en II spontaan levend. III forceps levend.

Baring vordert tijdens de uitdrijving niet. Na ruim 3 uur volkomen ontsluiting, uitgangstang. Levend kind 3730 gram.

4 × *in groep C.*

Toc 1928/114.

Primipara. Beenverkorting.

Kruinligging vordert tijdens de uitdrijving niet. Uitgangstang. Kind leeft. 3020 gram.

Toc 1929/471.

Primipara, kyphoscoliose.

Uitgangstang wegens uitgangsvernauwing. Kind leeft. 2880 gram.

Toc 1935/274.

Primipara. Luxatio coxae congenita.

Uitblijven van de spildraai, 2 uur na volkomen ontsluiting. Uitgangstang. Kind leeft. 3370 gram.

Toc 1930/152.

Ile para. Uitgangsvernauwing, symphysisruptuur.

Afloop vorige barings: toc 1928/133.

Uitgangstang wegens uitgangsvernauwing, symphysisruptuur, levend kind. 3740 gram.

Bij inkomst is het hoofd zichtbaar. De vliezen zijn 3 uur te voren gebroken. Tang wordt aangelegd, daar onbekend is, hoe lang er reeds volkomen ontsluiting is en er weinig weeën zijn. Tang gaat zeer gemakkelijk. In de symphysis is een goede bewegelijkheid. Kind leeft. 3370 gram.

6 × *in groep D.*

Toc 1928/133.

Primipara. Uitgangsvernauwing.

Huisarts heeft tevergeefs getracht een tang aan te leggen. In de kliniek ontstaat tijdens de tangextractie een symphysisruptuur. Kind leeft, 3740 gram. Vrouw wordt tusschen zandzakken gelegd, geneest in 17 dagen en loopt daarna zonder klachten.

Toc 1931/485.

Primipara. Uitgangsvernauwing.

Uitgangstang 1½ uur na volkomen ontsluiting. Kind leeft. 4000 gram.

Toc 1933/39.

Primipara. Uitgangsvernauwing.

Uitgangstang $7\frac{1}{2}$ uur na volkomen ontsluiting. Kind leeft.
3090 gram.

Toc 1933/205.

Primipara. Uitgangsvernauwing.

Uitgangstang $4\frac{3}{4}$ uur na volkomen ontsluiting. Kind leeft.
3450 gram.

Toc 1934/470.

Primipara. Scheef bekken. Coxitis tuberculosa.

Baring vordert ondanks pituitrine niet, er blijft een klein randje van de cervix staan. Uitgangstang in miskende verkeerde spildraai. Kind leeft, 3400 gram. Complete perineaal ruptuur.

Toc 1935/358.

Ile para. Uitgangsvernauwing.

Afloop 1e barings: forceps, levend kind.

Uitgangstang ± 3 uur na volkomen ontsluiting. Levend kind,
3640 gram.

Indicaties voor de hooge tang.

Groep A.

7 $\times$ bij C.D. 11—11.9 cm.

2 $\times$ bij primipara wegens niet vorderen van de uitdrijving.
V.P. 1935/918. V.P. 1936/1697. Beide kinderen leven.

2 $\times$ bij multipara wegens niet vorderen van de uitdrijving.
V.P. 1936/1161. V.P. 1930/1510. Beide kinderen leven.

2 $\times$ bij multipara wegens langdurige barings, bij volkomen ontsluiting spoedig onregelmatige harttonen.

V.P. 1934/71. Kind leeft. Vrouw krijgt haematoma vulvae.

V.P. 1928/28. Kind sterft na 6 dagen. Debilitas congenita.

1 $\times$ bij multipara wegens niet vorderen door weeënzwakte, pituitrine helpt niet. Tijdens de extractie draait de kleine fontanel van links dwars, naar achteren.

In A. a. a. geboren, leeft. V.P. 1933/150.

6 $\times$ bij C.D. 10—10.9 cm.

- 2 × bij primipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving, ondanks pituitrine.
V.P. 1932/465. V.P. 1936/1697. Beide kinderen leven.
- 1 × bij primipara, wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving zonder pituitrine.
V.P. 1933/244. Kind leeft.
- 3 × bij multipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving. Er is geen pituitrine gegeven.
V.P. 1932/931. V.P. 1932/1968. V.P. 1933/820.
Alle kinderen leven.
- 1 × bij C.D. 9—9cm.
V.P. 1934/1021. Baring vordert niet in het uitdrijvingstijdsperk. Levend kind.
- 1 × bij *Heupluxatie*.
V.P. 1931/1181. Baring vordert niet in het uitdrijvingstijdsperk. Levend kind.

Indicaties voor de hooge tang in de Kliniek.

- 24 × bij C.D. 11—11.9 cm.
- 6 × in groep B.
- 2 × bij primipara wegens niet vorderen van de uitdrijving. Eén maal was pituitrine gegeven.
Toc 1935/524. Toc 1936/151. Beide kinderen leven.
- 1 × bij primipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving. Kind vermoedelijk dood?
Toc 1935/393. Kind dood door dunne navelstreng.
- 2 × bij multipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving. Toc 1930/222. Toc 1932/430. Beide kinderen leven.
- 1 × bijzonder geval.
Toc 1935/50.
VIIe para met vitium cordis.
Afloop vorige baringen: I. sp. à t., 3050 gram, II. sp. 36 wk., 1560 gram na 6 u. †. III. sp. à t. 2810 gram. 3 × abortus.
Wegens niet vorderen, tangextractie in miskende verkeerde spildraai. 3430 gram. Kind leeft.
- 11 × in groep C.
- 2 × bij primipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving, éénmaal was pituitrine gegeven.

- Toc 1933/131. Toc 1936/252. Beide kinderen leven.
- 1 × bij primipara, wegens onregelmatige harttonen, volkomen ontsluiting niet geheel bereikt.
Toc 1935/344. Kind leeft.
- 6 × bij multipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving, tweemaal was pituitrine gegeven.
Toc 1931/309. Toc 1932 118. Toc 1934/468. Toc 1935/143. Toc 1935/516. Toc 1936/263. Alle kinderen leven.
- 1 × bij multipara, langdurige baring, vliezen $1\frac{1}{2}$ uur gebroken, volkomen ontsluiting niet geheel bereikt. Harttonen onregelmatig.
Toc 1935/240. Levend kind.
- 1 × bijzonder geval.
Toc 1931/235.
XIe para. C.D. 11.8 cm.
Vorige baringen: I forceps à terme. Levend kind. 9 × sp. à terme. Levende kinderen.
Kruinligging puilt uit. Krachtige weeën, vrouw is cyanotisch. Vliezen worden gebroken bij 7 à 8 cm ontsluiting. Er ontstaat oedema cervicis. Bloeding (mogelijk uit onderste uterus segment). Hooge tang. Levend kind. 4210 gram.
- 7 × *in groep D.*
Toc 1933/548.
Primipara. C.D. 11.2 cm.
Opname wegens niet vorderen; $41\frac{1}{2}$ uur in partu, vliezen 10 uur geleden gebroken.
Bij opname is er volkomen ontsluiting. Hooge tang. Levend kind, 4010 gram.
- Toc 1934/344.
Primipara. C.D. 11.2 cm.
Opname wegens eclampsie, 3 uur tevoren zijn de vliezen bij volkomen ontsluiting door de vroedvrouw gebroken; harttonen worden nog wel gehoord, doch zijn zeer onregelmatig. Hooge tang. Kind is dood. 3370 gram.
- Toc 1928/256.
VIe para. C.D. 11.3 cm.
Afloop vorige baringen: 5 × sp. à terme. Levende kinderen.

Na $4\frac{1}{4}$ uur volkomen ontsluiting blijft de wanverhouding te groot. Hooge tang. Kind leeft. 5460 gram!

Toc 1929/287.

Ile para. C.D. 11.4 cm.

Afloop vorige baring: Hooge tang, levend kind. Na $3\frac{1}{2}$ uur volkomen ontsluiting blijft er een wanverhouding. Hooge tang. Kind leeft. 3900 gram. Het heeft een impressiefractuur in het voorhoofd.

Toc 1933/246.

IVe para. C.D. 11 cm.

Afloop vorige baringen: $3 \times$ spontaan à terme. Kinderen leven.

De huisarts heeft de vliezen bij onvolkomen ontsluiting gebroken; 4 uur later is de ontsluiting nog niet volkomen en vindt hij een voorhoofdsligging, waarvoor hij de vrouw laat opnemen.

Na opname wordt volkomen ontsluiting gevonden en een voorhoofdsligging; het baringsgezwel reikt tot voorbij de interspinaallijn. Een uur later (er was een ander dringend geval, dat voorging) wordt tot versie en extractie besloten. Het hoofd is de contractiering gepasseerd, die in kramptoestand verkeert. Het onderste uterus segment is volkomen slap, er is geen gevaar voor uterusruptuur. De contractiering ligt strak om de hals van het kind. (Oude verloskundigen spraken van „hals om hals“.)

Versie en extractie is hierdoor niet mogelijk, ook niet volgens Justine Sigismundin.

Sectio caesarea is niet onbedenklijk na het herhaalde inwendig onderzoek. Daarom hooge tang. Deze gelukt onder lichte tractie gemakkelijk. Kind leeft. 4250 gram.

Toc 1934/293.

VIe para. C.D. 11.1 cm.

Afloop vorige baringen: $5 \times$ sp. à terme. Levende kinderen. Bij opname 48 uur geleden is het vruchtwater afgeloopen. Er is 24 uur volkomen ontsluiting! Hooge tang. Levend kind. 4110 gram.

Toc 1936/509.

Xe para. C.D. 11.7 cm.

Afloop vorige baringen: 1 × forceps à terme. Levend kind.
8 × spontaan à terme. Levende kinderen.

Langdurige baring. 88 uur. Vliezen 68 uur geleden gebroken. Als er $\frac{3}{4}$ uur volkomen ontsluiting is, worden de harttonen onregelmatig, meconium.

Hooge tang. Levend kind. 4060 gram.

44 × bij C.D. 10—10.9 cm.

11 × in groep B.

3 × bij primipara wegens niet vorderen van de uitdrijving.
Toc 1929/476. Toc 1933/74. Toc 1934/124. Levende kinderen.

1 × bij primipara wegens onregelmatige harttonen, spoedig na volkomen ontsluiting. Toc 1934/321. Levend kind.

4 × bij multipara wegens niet vorderen van de uitdrijving.
Toc 1928/433. Toc 1932/480. Toc 1934/38. Toc 1936/510.
Alle kinderen leven.

1 × bij multipara wegens onregelmatige harttonen 2 uur na volkomen ontsluiting. Weeënzwakte. Toc 1929/403. Levend kind.

2 × Bijzondere indicatie.

Toc 1929/52.

IXe para. C.D. 10.1 cm.

Afloop der vorige baringen:

I. Hooge tang, $\pm$ 3500 gram. Kind leeft.

II. Cluneus extractie. 3000 gram. Kind leeft.

IV. Sp. à terme, 4760 gram. Kind leeft.

VI. Sectio Caesarea. 4270 gram. Kind leeft.

VII. Sp. à terme. 3890 gram. Kind leeft.

3 × abortus.

Deze baring begint met het afloopen van het vruchtwater. Na 11 uur is er volkomen ontsluiting.

Het is een groot kind. Weeën zijn niet krachtig genoeg om het hoofd door het bekken te krijgen. Hooge tang. Kind leeft. 4080 gram.

Toc 1930/404.

IVe para. C.D. 10 cm.

Afloop van de vorige baringen:

- I. forceps à terme, 3500 gram H.p.p. tamponade. Kind leeft
- II. Sp. à terme, 3000 gram. Kind leeft.
- III. Sp. à terme foetus maceratus, 4100 gram.

Nadien is een prolaps-plastiek gedaan. G.K. 1929/148.

Langdurige baring, 55 uur. Vliezen zijn 35 uur geleden gebroken. Er komt geen volkomen ontsluiting. Bij de prolaps-operatie is portio-amputatie gedaan. Cervix is nu stug en wordt manueel gedilateerd. Hooge tang. Levend kind. 3600 gram.

17 × *in groep C.*

3 × bij primipara, wegens niet vorderen tijdens het uitdrijvingstijdperk. Eénmaal was pituitrine gegeven.

Toc 1933/440. Toc 1935/55. Toc 1935/253. Kinderen leven.

2 × bijzonder geval.

Toc 1935/385.

Primipara. C.D. 10.4 cm.

Langdurige baring, 56 uur. Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. 1¼ uur later zijn de harttonen onregelmatig. Hoofd nog beweegelijk. Hooge tang. Kind wordt doodgeboren door schedelbasisfractuur. 3800 gram. De vrouw heeft een totaal ruptuur.

Toc 1935/483.

Primipara. C.D. 10.9 cm.

Harttonen onregelmatig een half uur na volkomen ontsluiting. Hooge tang in miskende verkeerde spildraai. Kind leeft. 2880 gram.

8 × bij multipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving.

Toc 1929/341. Toc 1931/315. Toc 1932/352. Toc 1933/20.

Toc 1933/54. Toc 1935/116. Toc 1935/280. Toc 1936/395.

De 8 kinderen leven.

4 × Bijzonder geval.

Toc 1927/170.

IIIe para. C.D. 10.2 cm.

Afloop vorige baringen:

- I. Eclampsie. Tang bij 7 cm ontsluiting, ± 4500 gram.
- II. Tang mislukt. Perforatie.

Er is een wandbeensligging. Baring begint met breken van

de vliezen. $9\frac{3}{4}$ uur later zijn de harttonen onregelmatig. De ontsluiting is voldoende voor een tang. Levend kind. 4160 gram.

Toc 1927/357.

VIIe para. C.D. 10 cm.

Afloop vorige baringen:

I—III $3 \times$ sp. à terme. Kinderen dood.

$2 \times$ abortus.

VI. Sp. à t. Levend kind. 3650 gram.

Als er $3\frac{3}{4}$ uur volkomen ontsluiting is, worden de harttonen onregelmatig. Hooge tang. Vliezen waren nog niet gebroken! en breken tijdens de extractie! Levend kind, 4280 gram.

Toc 1928/95.

IX para. C.D. 10.6 cm.

Afloop vorige baringen:

I. Sp. praem., 2500 gram. Levend kind.

II en III. Sp. à t. Levende kinderen.

IV. Uitgezakte navelstreng. V. en E. Kind dood.

V. Dwarsligging. Decapitatie.

VII. Sp. praem., 2500 gr. Levend kind.

VIII. Abortus.

Duur baring $10\frac{1}{2}$ uur. Vliezen breken bij 7 cm ontsluiting. De weeën zijn zeer slap, ondanks pituitrine. Volkomen ontsluiting wordt niet bereikt. Hooge tang. Kind leeft. 2570 gram.

Toc 1933/422.

IIIe para. C.D. 10.3 cm.

Voorhoofdsligging, de vrouw perst zeer sterk, de pols is frequent en klein, zoodat $\frac{3}{4}$ uur na volkomen ontsluiting een tang wordt aangelegd. Kind leeft. 3770 gram.

$16 \times$ in Groep D.

$3 \times$ bij primipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving. Tweemaal was pituitrine gegeven.

Toc 1927/455. Toc 1933/242. Toc 1934/196.

De drie kinderen leven.

$1 \times$ bij primipara, wegens onregelmatige harttonen, onmiddellijk bij het breken van de vliezen bij volkomen ontsluiting.

Toc 1932/45. Levend kind.

$2 \times$ bijzonder geval.

Toc 1933/317.

Primipara. C.D. 10.8 cm.

Aangezichtsligging. Huisarts heeft vergeefs getracht een tang aan te leggen.

De vrouw is 2 dagen in partu, er is 5 uur volkomen ontsluiting. Versie en extractie blijkt te gevaarlijk. Hooge tang.

Kind is dood, 4160 gram.

Toc 1934/146.

Primipara C.D. 10.1 cm.

Bij opname is de vrouw 2 dagen in partu. Vliezen zijn bij volkomen ontsluiting gebroken, 16 uur geleden. Hooge tang. Kind sterft na 1 dag door aspiratie en schedelbasisfractuur. 4550 gram.

- 4 × bij multipara, wegens niet vorderen van de uitdrijving. Eénmaal was thuis een poging tot tangextractie mislukt. toc 1929/401. toc 1929/423. toc 1930/286. toc 1931/371. De 4 kinderen leven.

- 6 × bijzonder geval.

Toc 1930/328.

XIIe para. C.D. 10.6 cm.

Afloop vorige baringen: 10 × sp. à terme. Levende kinderen.

X Tang. Levend kind.

Vruchtwater is 9½ uur geleden afgeloopen. Er is 6 uur volkomen ontsluiting. Hoofd daalt niet in. Hooge tang.

Kind leeft. 5500 gram!

Toc 1932/355.

VIe para. C.D. 10.4 cm.

Afloop vorige baringen.

4 × sp. à t. Levende kinderen.

V. Tang mislukt, daarna sp. à t. kind dood.

Langdurige baring 22¼ uur. Vliezen reeds 20¼ uur gebroken. Baring vordert niet. Ontsluiting is voldoende voor tangextractie. Levend kind. 4150 gram.

Toc 1933/137.

IVe para. C.D. 10.1 cm.

Afloop vorige baringen.

I sp. à t. levend kind. II en III abortus.

Thuis is tevergeefs een tang aangelegd. Vliezen zijn bij volkomen ontsluiting gebroken. 72 uur of wel 3 dagen geleden!! Hooge tang. Kind sterft na enkele minuten. 3950 gram.

Toc 1935/93.

IVe para. C.D. 10.7 cm.

Afloop vorige baringen: 3 $\times$ spont. à terme. Levende kinderen. Opname wegens afgeweken hoofdligging en uitgezakte arm. De uitgezakte arm wordt gereponeerd. Harttonen worden onregelmatig. Hooge tang. Levend kind. 3320 gram.

Toc 1935/349.

Ile para. C.D. 10.3 cm.

Afloop vorige baring: I Hooge tang levend kind.

Diagnose: achterhoofdsligging. Na $4\frac{1}{4}$ uur volkomen ontsluiting vordert de baring niet, er komt meconium. Hooge tang. Kind wordt levend geboren, doch in voorhoofdsligging. 3830 gram.

Toc 1935/489.

IIIe para. C.D. 10.1 cm.

Afloop der vorige baringen:

I Hooge tang. Kind dood.

II Partus arte praematurus. 2500 gram. Levend.

Bij opname is er tympania uteri. Duur baring 40 uur bij gebroken vliezen. Na $\frac{1}{4}$ uur volkomen ontsluiting, tang. Kind leeft. 3420 gram.

22 $\times$ bij C.D. 9—9.9 cm.

3 $\times$ in groep B.

1 $\times$ bij primipara, wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving. C.D. 9.9 cm. Tevergeefs wordt pituitrine gegeven. Hooge tang. Kind leeft. 3600 gram. toc 1936/214.

2 $\times$ bij multipara, wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving.

toc 1932/63. C.D. 9.9 cm. IIIe para.

I Stuitextractie, perforatie en cranioclasie van het nakomend hoofd.

II Hooge tang. Levend kind 4000 gram.

Deze maal wordt 4 uur na het breken van de vliezen bij volkomen ontsluiting, een hooge tang aangelegd. Het kind is dood door de langdurige uitdrijving. 3310 gram.

toc 1932/456. C.D. 9.3 cm. IIe para.

I Partus arte praematurus. Forceps, levend kind. $\pm$ 2750 gr.

Deze maal wordt 2 uur na volkomen ontsluiting een hooge tang aangelegd.

Kind leeft. 3030 gram.

10 $\times$ *in groep C.*

2 $\times$ bij primipara wegens te sterke wanverhouding spoedig na volkomen ontsluiting.

Levende kinderen. toc 1934/55. toc 1935/454.

1 $\times$ bijzonder geval.

Toc 1930/371.

I para. C.D. 9.9 cm.

Baring duurt 2 dagen, vliezen zijn 1 dag gebroken.

Na 9 uur volkomen ontsluiting vordert de baring niet.

Gemeend wordt, dat het kind in kruinligging ligt. Hooge tang. Het kind wordt in voorhoofdsligging levend geboren. 2960 gram.

4 $\times$ bij multipara, wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving. Levende kinderen.

toc 1930/113. toc 1930/200. toc 1932/183. toc 1932/489.

3 $\times$ wegens bijzondere indicatie:

toc 1929/87. Xe para. C.D. 9.2 cm.

Afloop van de vorige bevallingen:

I Sp. à t. Kind dood.

II Forceps à t. Kind dood.

III Pubiotomie. Kind leeft. 3380 gram (1917/318).

IV Primaire S.C. Kind leeft. 3330 gram (1919/279).

V Primaire S.C. Kind leeft. 3580 gram (1920/470).

VI Abortus.

VII Primaire S.C. Kind leeft. 3730 gram (1922/170).

VIII Primaire S.C. Kind leeft. 2100 gram (1925/31).

IX Primaire S.C. Kind leeft. 3710 gram (1926/392).

Als de vliezen breken, staat er nog een kleine rand van de cervix. Een uur later worden de harttonen onregelmatig. Het hoofd staat met een punt in het bekken. Hooge tang. Levend kind. 2610 gram.

toc 1933/489. IIe para. C.D. 9.7 cm.

I Sectio Caesarae. Levend kind $\pm$ 2750 gram. (Elders).

Vliezen breken bij 7 cm ontsluiting, 5½ uur later worden de harttonen onregelmatig, hoewel de ontsluiting niet geheel volkomen is, wordt een tang aangelegd. Kind wordt levend geboren. 3510 gram. Er is een cervixscheur ontstaan, die gehecht wordt. Kraambed is ongestoord.

toc 1935/354. IIIe para. C.D. 9 cm.

I Sectio caesarea wegens vroeg afgeloopen vruchtwater en afgeweken hoofdligging. Kind leeft. 3100 gr. (1929/475).

II Sectio caesarae wegens sterke bekkenvernaauwing en stuitligging. Kind leeft. (1932/148).

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Harttonen zijn na een kwartier onregelmatig. Hooge tang. Levend kind. 3340 gram.

9 × *in groep D.*

1 × bij primipara wegens eclampsie spoedig na volkomen ontsluiting. Het kind sterft na 24 uur onder de verschijnselen van hersenbloeding. 3380 gram. toc 1929/73.

3 × bij multipara wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving. toc 1930/485. C.D. 9.3 cm. Kind dood door schedeltrauma. 2750 gram.

toc 1932/126. C.D. 9.3 cm. Kind leeft. 3620 gram.

toc 1931/342. C.D. 9.1 cm. Kind leeft. 3330 gram.

2 × bij multipara, spoedig na volkomen ontsluiting, wegens onregelmatige harttonen.

toc 1927/59. C.D. 9.8 cm. Kind leeft. 3460 gram.

toc 1935/207. C.D. 9.5 cm. Kind leeft. 4040 gram.

3 × bijzonder geval.

toc 1933/40. IXe para C.D. 9.7 cm.

Vorige baringen: 8 × sp. à t. Kinderen leven 3750—5000 gram. Bij opname is zij reeds 4 dagen in partu, er is reeds 44½ uur volkomen ontsluiting! Vliezen zijn 15½ uur geleden gebroken! Hooge tang. Levend kind. 4430 gram.

toc 1934/405. IVe para C.D. 9.7 cm.

Vorige baringen: 3 × sp. à t. Kinderen leven 3000—3500 gram. De huisarts heeft tevergeefs een tang aangelegd. De vliezen zijn reeds 2 dagen geleden gebroken, er is 5 uur volkomen ontsluiting. Er is een voorste wandbeensligging. De mogelijkheid van een tangextractie is dubieus, doch keizer-

snede is uitgesloten wegens de toestand van het kind. Hooge tang. Het kind wordt doodgeboren. 3990 gram.

Kraambed sterk gestoord door emboliën en longabcessen.

De vrouw sterft na 51 dagen.

toe 1928/431. VIe para. C.D. 9.2 cm.

Vorige baringen: $5 \times$ sp. à t. Eén kind wordt doodgeboren. De huisarts heeft tevergeefs getracht een tang aan te leggen. De vrouw is gedurende 2 dagen in partu. De vliezen zijn bij volkomen ontsluiting, $18\frac{1}{2}$ uur geleden gebroken. Het hoofd staat nog beweeglijk in den ingang in positio-occipito-pubica. Hooge tang. Kind leeft, heeft een deuk in het voorhoofd. 4800 gram.

$5 \times$ bij *Conjugata diagonalis* 8—8.9 cm.

toe 1930/288. IIIe para C.D. 8.4 cm. Groep C.

Vorige baringen:

I Forceps à terme. Kind dood. (Elders).

II Spont. 38 weken. Kind leeft. 2800 gram. (1928/115).

De vrouw is een week tevoren opgenomen wegens niet te keeren stuitligging. In de kliniek wordt het kind gekeerd.

Als de vliezen $2\frac{3}{4}$ uur gebroken zijn, wordt een hooge tang aangelegd, daar het hoofd in kruinligging niet dieper komt. Het kind wordt in voorhoofdsligging geboren. 3200 gram, leeft.

toe 1933/139. VIe para. C.D. 8.8 cm. Groep C.

Vorige baringen:

$3 \times$ sp. à t. Levende kinderen $\pm$ 3250 gram.

$1 \times$ forceps à t. Levend kind $\pm$ 3250 gram.

$1 \times$ spont. praematuur. Levend kind $\pm$ 1500 gram.

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Na $7\frac{1}{4}$ uur daalt het hoofd niet verder in, is goed vervormd en staat met een punt in het bekken. Hooge tang. Levend kind. 2650 gram.

toe 1935/118. IIe para. C.D. 8.8 cm. Groep D.

Vorige baring: I sp. à t. Levend kind 4500 gram?

Er is 3 uur volkomen ontsluiting, harttonen zijn onregelmatig. Hooge tang. Kind leeft 3290 gram.

toe 1935/550. IVe para. C.D. 8.9 cm. Groep C.

Vorige baringen:

I sp. à t. Kind leeft, $\pm$ 3750 gram.

II Gedeeltelijke stuitextractie. Kind dood $\pm$ 4000 gram.
 III Sectio Caesarea (na mislukte tang?).

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Na bijna 4 uur daalt het hoofd niet in en staat nog beweeglijk. Hooge tang. Levend kind. 5010 gram.

toc 1936/16. IIe para. C.D. 8.5 cm. Groep B.

Vorige baring. I. Sectio caesarea. Levend kind, $\pm$ 3750 gram.

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Na 4 uur daalt het hoofd niet verder in, het staat vast. Hooge tang. Levend kind. 3820 gram.

1 $\times$ *bij algemeen vernauwde bekkens.*

Toc 1927/51 IIe para. Groep B.

Vorige baring: I Tang. Levend kind 3340 gram (1924/286).

Na $3\frac{3}{4}$ uur volkomen ontsluiting vordert de baring in kruinligging niet. Hooge tang. Levend kind, 3980 gram.

5 $\times$ *bij Bijzondere bekkens.*

toc 1932/427. Primipara. Ankylotisch bekken met uitgangsvernauwing. Promontorium niet te bereiken. Groep B.

Thuis in de verloskundige polikliniek is tevergeefs getracht een tang aan te leggen.

Keizersnede is onder deze omstandigheden uitgesloten.

Hooge tang. Kind is dood. 4310 gram.

toc 1934/35. Primipara. Dwarsvernauwd bekken. C.D. 12.3 cm. Groep B.

De baring begint met aflopen van het vruchtwater. Er ontstaat een darmatonie. Temperatuur stijgt tot 38° . Ondanks pituitrine vordert de baring niet en duurt 83 uur. Dan is er tenslotte volkomen ontsluiting. Hooge tang. Kind leeft. 4230 gr.

toc 1935/511. Primipara. Onbekend welke pathalogische afwijking dit bekken heeft, ook later op de röntgenfoto is geen afwijking te vinden. Groep B.

Hoofd daalt niet in en blijft beweeglijk boven den ingang. 4 uur na volkomen ontsluiting, hooge tang. Kind leeft, het heeft een deuk van het promontorium in het voorhoofd. 4300 gram.

toc 1936/299. Primipara. Coxitis tuberculosa. C.D. 11.9 cm. Groep B.

De vrouw heeft krachtige weeën, 1 uur na volkomen ontsluiting vordert de baring niet, hoofd is ruim $\frac{1}{3}$ ingedaald. Harttonen worden onregelmatig.

Hooge tang. Levend kind. 3480 gram.

toc 1934/42. Primipara. Scheefvernauwd bekken. Promontorium niet te bereiken. Groep D.

Huisarts legde tevergeefs een tang aan.

Vliezen bij volkomen ontsluiting gebroken, 11½ uur geleden.

Hooge tang. Kind leeft. 3990 gram.

Handgreep volgens Baudelocque.

Bij aangezichtsliggingen en voorhoofdsliggingen, die niet spontaan geboren worden of waarbij de toestand van het kind of van de moeder ingrijpen noodig maakt, is het dikwijls niet mogelijk een tang aan te leggen zonder het kind ernstig letsel te bezorgen. Men zou dan versie en extractie moeten doen. Als echter het vruchtwater afgeloopen is, het hoofd reeds vervormd is en het de contractiering reeds gepasseerd is, moet de versie als een gevaarlijke ingreep beschouwd worden.

Het afhalen van een voet bij deflexieligging kan uiterst moeilijk zijn. Voor de keering is niet zelden de handgreep van Justine Sigemundin noodig; de kans op een violente uterus ruptuur is lang niet gering.

Bij aangezichtsligging krijgt het hoofd een lang achterhoofd, dat goed past in de bekkenring.

Wanneer het vruchtwater lang te voren is afgeloopen, zijn de omstandigheden voor een versie en extractie ongunstig; gewoonlijk verkiezen wij dan de correctie in achterhoofdsligging.

Ingaande met de geheele hand, overeenkomende met de kant van het achterhoofd, wordt het voorhoofd wat opgedrukt, het achterhoofd met de uitwendige hand naar beneden gedrukt, totdat de inwendige hand dat omvatten kan en de flexie tot stand kan brengen. Daarbij ontstaat een spanning in het onderste uterussegment, die deze correctie moeilijk en zelfs gevaarlijk maakt.

Na de correctie wordt als regel een tang aangelegd en het kind in achterhoofdsligging geboren. Gelukt de handgreep niet, dan moet versie en extractie gedaan worden of het kind geperforeerd worden.

Bij onze 28 gevallen met aangezichtsligging gelukte de B a u d e l o c q u e 4 maal, 6 maal werd V. en E. gedaan, 4 maal werd een tang aangelegd, 14 kinderen werden spontaan geboren.

Tweemaal gelukte de correctie tot achterhoofdsligging bij voorhoofdsligging.

Hieronder volgen de 6 gevallen, waarbij de handgreep van B a u d e l o c q u e gelukte, 5 maal bij primiparae en 1 maal bij multipara.

Toc 1928/369. Primipara. C.D. 10.4 cm.

In partu opgenomen, 24 uur na volkomen ontsluiting! Huisarts vond een aangezichtsligging met de kin naar achteren. Inwendig blijkt het hoofd voor $\frac{2}{3}$ ingedaald, de kin staat rechts achter. Hoofd kan vermoedelijk passeeren. In narcose wordt een tang aangelegd, getracht wordt de kin naar voren te doen draaien; dit mislukt na twee pogingen.

Er wordt besloten tot versie en extractie. Het hoofd wordt met de geheele hand opgedrukt, maar nu blijkt het hoofd, ofschoon reeds voor $\frac{2}{3}$ ingedaald, nog lang niet met de grootste omvang gepasseerd te zijn, er is een sterke deflexie.

Het gelukt met de handgreep van B a u d e l o c q u e de stand te corrigeeren tot achterhoofdsligging. Het hoofd daalt dadelijk vrij diep in. Tang wordt aangelegd; ten koste van een totaalruptuur wordt het hoofd in verkeerde spildraai geboren. Het kind heeft een sterke vervorming voor aangezichtsligging met een lange hals. Het is gehavend, doch is aanvankelijk goed. Na $1\frac{1}{2}$ uur krijgt het kind convulsies en sterft. (geen obductie).

Het kraambed is gedurende langen tijd licht gestoord. Het perineum geneest goed.

Toc 1931/397. Primipara. C.D. 10.3 cm. Duur van de baring $16\frac{1}{4}$ uur. Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Het kind ligt in voorhoofdsligging. $\frac{3}{4}$ Uur na volkomen ontsluiting is het duidelijk, dat het kind niet spontaan geboren zal worden. B a u d e l o c q u e. Hooge tang op achterhoofdsligging. Kind wordt levend geboren.

Toc 1935/374. Primipara. C.D. 10.6 cm.

Opname durante partu wegens aangezichtsligging. Duur van

de baring 15¼ uur. Vliezen breken bij 8 cm ontsluiting, na 1¼ uur zijn de harttonen onregelmatig. Aangezichtsligging wordt gecorrigeerd tot achterhoofdsligging. Hooge tang. Kind sterft na 35 minuten door geboortetrauma en aspiratie.

Toc 1935/378.

Opname durante partu wegens aangezichtsligging.

Primipara. C.D. 9.8 cm.

Duur van de baring 26 uur. Vliezen breken bij ongeveer 5 cm ontsluiting. 9 uur later is er volkomen ontsluiting. Aangezichtsligging gecorrigeerd tot achterhoofdsligging. Hooge tang. Kind wordt in verkeerde spildraai geboren ten koste van een totaalruptuur. Kind leeft, heeft een parese van de linker arm van voorbijgaanden aard.

Toc 1929/378.

In de verloskundige polikliniek, thuis reeds 11 maal inwendig onderzocht, wordt opgenomen wegens voorhoofdsligging.

Primipara. C.D. onbekend.

Baring is begonnen met afloopen van het vruchtwater, reeds 72 uur geleden. Daarom wordt bij volkomen ontsluiting dadelijk de stand van het hoofd gecorrigeerd tot achterhoofdsligging. Hooge tang. Kind leeft. Vrouw overlijdt 25 dagen later aan een embolie.

V.P. 1936/1841. Multipara. C.D. 10—10.9 cm.

Dwarsligging wordt durante partu uitwendig gekeerd tot hoofdligging. Inwendig blijkt er een aangezichtsligging te zijn. Volgens de handgreep van Baudelocque wordt hiervan een achterhoofdsligging gemaakt, waarna het kind dadelijk spontaan geboren wordt. Het leeft.

De resultaten bij deze 6 bevallingen bereikt, zijn niet fraai.

2 kinderen stierven door geboortetrauma, 2 vrouwen kregen een totaalruptuur, daar de kinderen met het achterhoofd achter werden geëxtraheerd.

Bovendien kreeg een vrouw een doodelijke embolie, zij werd uit de polikliniek opgenomen. Zoowel de bekkenvernauwing als de ligging waren aanvankelijk in de Verloskundige Polikliniek miskend.

Schaambeensnede.

Deze methode komt alleen in aanmerking bij multiparae. Bij de primipara is de kans op blaasscheuren te groot.

De schaambeensnede is een fraai middel in die gevallen, waar keizersnede te groote gevaren zou opleveren. Zij maakt het mogelijk, dat de baring streng expectatief wordt geleid. Als het noodig is een hooge tang aan te leggen, welke echter mislukt, behoeft men niet Sectio Caesarea onder ongunstige omstandigheden te verrichten, doch kan men het kind door de schaambeensnede redden zonder het leven van de moeder ernstig in de waagschaal te stellen.

De wanverhouding mag niet te groot zijn, terwijl men zich moet hebben overtuigd van een goede bewegelijkheid van de bekkengewrichten.

Techniek: De naald van B u m m wordt links of rechts mediaan van de kleine schaamlip op den onderrand van den dalenden schaambeenstak ingestoken en op geleide van twee vingers in de vagina om het schaambeen gebracht. De punt van de naald moet tegen de achtervlakte van het os pubis blijven en daarna door de huid van de mons veneris naar buiten komen. Door het oog van den naald wordt een zijden draad gestoken, waarna de naald wordt teruggetrokken. Aan de draad wordt een zaagje van Gigli bevestigd, waarna de draad verder doorgetrokken wordt. Bevestiging van de handvatsels aan het zaagje. Het been wordt doorgezaagd, waarna dikwijls het hoofd dieper komt. Daarna wordt de tang aangelegd, waarbij een stevige druk tegen de trochanteren moet worden uitgeoefend. Doet men dit niet, dan kunnen de zitbeensknobbels te ver naar buiten draaien en wordt de bekkenbodem te sterk in dwarse richting gespannen, waardoor ernstige scheuren kunnen ontstaan tot in de blaaswand toe.

Zoodra het kind geboren is, houdt de dikwijls optredende sterke bloeding uit het corpus cavernosum op. Mocht de bloeding niet tot staan komen, dan moet met de halve hand om de schaamboog gecomprimeerd worden.

Bij gunstig verloop van het kraambed kan de vrouw na 12 dagen opstaan, zonder dat er nog consolidatie tusschen de beenstukken is opgetreden.

Gedurende het kraambed ligt de vrouw tusschen zandzakken.

Bij de vrouwen, die door schaambeensnede verlost zijn, was het kraambed steeds gestoord. 5 maal werd schaambeensnede verricht, uitsluitend bij multiparae.

Toc 1927/332.

De vrouw was 25 dagen van tevoren opgenomen wegens bekkenvernauwing.

Afloop vorige bevallingen:

I—III. Forceps thuis, laatste kind dood.

IV. Uitgezakte navelstreng. Versie en extractie. Levend kind van 3800 gram.

V. Voorhoofdsligging. Manueele correctie. Tang. Kind is dood door schedelbreuk. Gewicht 3820 gram.

VI—VIII. Driemaal partus arte praematurus. Kinderen leven. Gewicht resp.: 3170, 2860, 2940 gram.

De laatste vijf verlossingen zijn in de kliniek geschied. De vrouw heeft een platvernauwd bekken. C.D. 10.8 cm.

Als de vrouw 5½ uur in partu is, breken de vliezen bij volkomen ontsluiting. Hoofd daalt een klein segment in wandbeensligging in.

Gedurende 4½ uur geen verdere indaling ondanks sterke weeën. Hoofd blijft uitpuilen voor de symphysis. Ofschoon het niet waarschijnlijk geacht wordt, dat het kind met den tang door den ingang is te trekken, wordt toch een poging gewaagd. In narcose komt het hoofd door langdurige en krachtige tractie dieper, er door komt het niet.

De naald van Bumm wordt links onder de schaamboog doorgestoken en nadat een zaagje van Gigli eraan bevestigd is, teruggetrokken.

Nadat het schaambeen doorgezaagd is, wordt de tang opnieuw aangelegd en na zeer krachtige tractie wordt het kind geboren. Het schreeuwt dadelijk en is in goede toestand. Geen scheuren. De vrouw krijgt nadat de placenta is uitgestreken een matige nabloeding. Zij wordt tusschen zandzakken in bed gelegd.

Den eersten dag post partem is de algemeene toestand goed, doch daarna stijgt de temperatuur tot 39°.5 (oksel). Zij krijgt koude rillingen en is incontinent voor urine. Na eenige dagen

ontstaat een pijnlijke vaste weerstand boven het ligament van Poupart. Een Pezzer-catheter wordt ingebracht, de blaas wordt geregeld gespoeld. Gedurende ruim 60 dagen houdt de hooge temperatuur aan, af en toe heeft de vrouw koude rillingen. De urine blijft per vaginam afloopen. Het ziektebeeld wordt gecompliceerd door een mastitis, welke tot abscesvorming overgaat en geïncideerd wordt.

De hebstomeotomie-wond boven de symphysis, die zich aanvankelijk gesloten had, gaat fistuleeren, er komt dunne etterige vloeistof uit.

Bij cystoscopie blijkt de uretersonde links slechts enkele millimeters in te voeren. Uit de suprapubische fistel is urine te drukken.

De algemeene toestand herstelt zich, de temperatuur wordt normaal. 82 dagen post partem verhuist de vrouw naar de chirurgische afdeling voor linkszijdige nephrectomie.

In de nier worden multiple absceshaardjes gevonden. Genezing van de wond per primam. Na 1 maand genezen ontslagen. Deze ernstige stoornis in het kraambed komt op rekening van de hooge tang en *niet* op die van de schaambeensnede.

In de volgende zwangerschap, wordt primaire sectio caesarea verricht. Levend kind, 4200 gram. (Toc 1932/254). De vrouw succombeert den 14den dag aan een embolie, die ontstond na persen na een glycerinespuitje. Het bleek, dat een been blauw en gezwollen was, zonder dat dit door de zuster was opgemerkt.

Toc 1933/197.

De vrouw was 31 dagen van te voren opgenomen wegens bekkenvernauwing.

Afloop der vorige baringen.

- 1 × Forceps à terme, $\pm$ 5500 gram, levend.
 - 1 × Spontaan à terme, $\pm$ 5500 gram, levend.
 - 1 × Spontaan 8 mnd. Kind dood door placenta praevia.
 - 1 × Spontaan na partus arte praematurus in de 8ste maand, $\pm$ 2750 gram, levend.
 - 1 × In conduplicatio corporis, $\pm$ 2750 gram, dood.
 - 2 × Dwarssligging, in narcose van een dood kind verlost.
- Conjugata diagonalis 10.5 cm.

Als de vrouw $10\frac{1}{2}$ uur in partu is, breken de vliezen bij volkomen ontsluiting.

Hoofd blijft bewegelijk boven den bekkeningang.

Na 2 uur wordt een tang aangelegd, die niet gelukt. Na schaambeensnede komt het hoofd dieper en kan forcipaal een levend kind geëxtraheerd worden. Het kraambed is licht gestoord en duurt 27 dagen.

Toc 1935/103.

De vrouw is 22 dagen van te voren opgenomen wegens bekkenvernauwing.

Afloop van de vorige bevallingen.

- I. Sectio caesarea, kind leeft, 3190 gram.
- II. Sectio caesarea, kind leeft, 3450 gram.
- III. Spontaan foetus maceratus.
- IV. Sectio caesarea, kind leeft, 4070 gram.

In 1934 plastiek voor litteekenbreuk.

Conjugata diagonalis 10 cm.

Wegens de slechte toestand van de buikwand wordt van primaire sectio caesarea afgezien.

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Kind ligt in achterhoofdsligging. Spontane baring is niet te verwachten. Daarom wordt dadelijk overgegaan tot schaambeensnede, gevolgd door tangextractie. Kind leeft. 3960 gram.

Kraambed is gestoord, en duurt 36 dagen.

Toc 1934/358.

De vrouw is 34 dagen van te voren opgenomen wegens bekkenvernauwing.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Versie en extractie. Kind dood, $\pm$ 4000 gram.
- II. Spontaan à terme. Kind leeft, 3830 gram.
- III. Spontaan à terme, 3440 gram. Kind leeft.
- IV. Versie en extractie, $\pm$ 5000 gram. Kind leeft.

Conjugata diagonalis 9.9. cm.

Duur van de baring 32 uur.

Als er volkomen ontsluiting is, breken de vliezen. Na 3 uur vordert de baring niet. Hooge tang op achterste wandbeensligging gelukt niet. Na schaambeensnede gelukt de tang wel. Kind leeft, 4490 gram.

Kraambed is gestoord en duurt 20 dagen.

Toc 1936/146.

De vrouw heeft gedurende de zwangerschap de verloskundige polikliniek bezocht. Daar het hoofd bij herhaling van de bekkenring wegzakt, krijgt zij een sluitlaken. Dit hindert haar erg, zoodat zij naar den huisarts gaat. Deze wil het sluitlaken niet afnemen.

Bij het volgende bezoek aan de polikliniek wordt het sluitlaken afgenomen. Zij heeft een uitgebreide decubitus van de buikhuid.

Opname 8 dagen voor de bevalling. Behandeling met dermatol poeder.

Afloop vorige bevallingen:

I en II. Spontaan à terme. Levende kinderen.

III. Forceps à terme. Kind dood.

IV. Foetus maceratus.

Conjugata diagonalis 9.1 cm.

Gedurende 1½ dag heeft zij slappe weeën. Het hoofd wordt boven den ingang gefixeerd gehouden. Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Hoofd blijft bewegelijk staan. Decubitus laat geen keizersnede toe. Na schaambeensnede komt het hoofd niet dieper. Het gelukt niet een tang aan te leggen, daarom versie en extractie. Kind leeft. 3430 gram.

Kraambed is gestoord, duurt 23 dagen.

Perforatie van de schedel.

Indien het kind dood is en in schedelligging ligt, kan het bij een wanverhouding noodig zijn de schedel te perforeeren. Onder invloed van de weeëndruk loopt de schedelinhoud af en wordt het hoofd kleiner. Ter vermindering van een grootere kans op infectie, kan dan de spontane baring afgewacht worden. Blijft de wanverhouding te groot, dan moet verdere kunsthulp geboden worden. De tang houdt dan meestal niet. Met de cranio-clast heeft men meer houvast. Zoónoodig kan met de cephalotriptor ook de schedelbasis ingedrukt worden, waarna extractie volgt.

De perforatie geschiedt, door het perforatorium op geleide van de hand in de vagina te brengen tot op het hoofd. Terwijl een ander het hoofd fixeert, doorboort men een fontanel of naad. Na openen van het instrument wordt het perforatorium al

draaiend teruggetrokken. Er ontstaat een flinke opening, waardoor de schedelinhoud kan afloopen.

Zoonoodig wordt de mannelijke lepel van de cranioclast door de perforatie opening gebracht, de vrouwelijke lepel komt als de lepel van de verlostang om de schedel te liggen. Sluiten van het slot en aandraaien van de schroef, die de handvatsels naar elkander brengt, waarna extractie kan volgen.

7 maal werd tot perforatie overgegaan: 4 maal bij primiparae, 3 maal bij multiparae.

Toc 1936/103.

Opname wegens niet vorderen van de baring. Vrouw reeds $3\frac{1}{2}$ dag in partu. Vliezen 61 uur geleden gebroken. Er heeft zich een tympania uteri ontwikkeld, het kind is gemacereerd.

De conjugata diagonalis bij deze primipara bedraagt 11.5 cm.

Als er 2 uur volkomen ontsluiting is, vordert de baring niet. Perforatie van de schedel, extractie van de foetus maceratus met muzeux.

Toc 1929/139.

Primipara. C.D. 10.4 cm.

Bij opname blijkt er een uitgezakte navelstreng te zijn, die niet klopt. De vrouw zou haar eerste bevalling afwachten in de kliniek en kwam 5 uur na het afloopen van het vruchtwater voor opname. Er blijkt 3 cm ontsluiting te zijn, aangezien het kind dood is, is er geen aanleiding iets te doen. Na 14 uur is er volkomen ontsluiting en staat het hoofd in achterhoofdsligging op de bekkenbodem. Baring vordert niet. Perforatie van de schedel en $\frac{1}{2}$ cc pituitrine doet de baring niet vorderen. Uitgangstang houdt, extractie van levenloos kind.

Toc 1930/227.

Primipara. C.D. 10 cm. Opgenomen wegens bekkenvernauwing volgens afspraak in de zwangerschap.

Langdurige baring van 4 dagen. Vruchtwater is afgeloopen bij 6 cm. ontsluiting. Ondanks $2\frac{1}{2}$ cc pituitrine geen vordering van de baring. Er ontwikkelt zich een tympania uteri, waarbij het kind sterft. Als de vliezen 4 dagen gebroken zijn en er na 1 uur volkomen ontsluiting is, wordt besloten het doode kind te extraheeren.

Hooge tang. Perforatie van de schedel om perineumruptuur te vermijden. In het kraambed thrombose met longabscessen, waarvoor de vrouw na 48 dagen naar de interne kliniek wordt overgeplaatst. Genezen.

Toc 1934/372.

Primipara. C.D. 10.5 cm.

Opgenomen wegens zwangerschapsintoxicatie.

Behandeling 2×24 uur waterdieet, daarna zoutloos dieet. De zeer sterke oedemen verdwijnen.

3 weken na opname komt de vrouw in partu. Er was een hoofdligging. Het hoofd staat zeer hoog en blijkt zeer groot te zijn, zoodat het vermoeden rijst, dat er een hydrocephalus is. De Röntgenfoto bevestigt dit. Bij inwendig onderzoek is het hoofd nauwelijks te bereiken, naden zijn niet te voelen.

Bij 2 cm ontsluiting loopt meconium houdend vruchtwater af. Sectio Caesarea voor een hydrocephalus is een in gevaar brengen van de moeder voor een niet levensvatbaar kind. Indicatie: Perforatie en afwachten van de spontane baring.

Perforatie gaat moeilijk, schedel is hard.

Hersenvocht of -massa komt er niet. 3 cm ontsluiting. 24 uur later ontsluiting weinig gevorderd.

Temperatuur $39^{\circ}.5$, patiënte heeft een huivering. Het kind moet er uit. Met cranioclast, cephalotripter en scharen gelukt het niet het hoofd te verkleinen.

Cervix op 2 plaatsen ingeknipt. Voorzichtige versie en extractie. Het kind weegt 4200 gram en is (iets uitgerekt) 60 cm lang.

Een flinke perineaalruptuur wordt in verband met de koorts niet gehecht.

Den volgenden dag is de temperatuur normaal. Kraambed verloopt ongestoord.

Het groote harde hoofd heeft dus, mede door de Röntgenfoto, een verkeerde diagnose doen stellen, namelijk een harde hydrocephalus.

Hierdoor is de keizersnede verzuimd bij deze groote wanverhouding en is de, voor de hydrocephalus juiste, maar in dit geval onjuiste weg ingeslagen.

Toc 1928/334.

Opgenomen wegens mislukte tang thuis.

Multipara C.D. 10.7 cm.

Duur van de baring 36 uur. Vliezen reeds 24 uur gebroken.

Door de langdurige baring is het kind dood.

Het kind ligt in achterhoofdsligging, voor een klein gedeelte ingedaald. Het hoofd is hard.

Perforatie van de schedel. Extractie met de cranioclast.

Toc 1933/439.

Opname wegens niet vorderen van de baring.

De twee vorige baringen zijn forcipaal beëindigd.

Beide kinderen leven. 4190 gram en $\pm$ 5000 gram.

C.D. 10.7 cm.

Duur van de baring 28 uur. Vliezen gedurende 17 uur gebroken. Er is 7 uur volkomen ontsluiting.

Achterhoofdsligging met achterhoofd achter. Hooge tang. Ondanks langdurige en krachtige tractie gelukt het niet het kind geboren te doen worden. Harttonen worden daarna niet meer gehoord. Schedel wordt geperforeerd, extractie met de cranioclast.

Gewicht van het kind sine cerebro: 4900 gram.

Placenta is na $4\frac{1}{4}$ uur niet geboren. Bloedverlies is gering. Manueele verwijdering van de placenta, die 1280 gram weegt. Geen nabloeding. Kraambed licht gestoord.

Toc 1936/258.

Vroedvrouw vond bij haar komst een uitgezakte navelstreng, die niet klopte, hoofd even ingedaald. Huisarts, in consult geroepen, legt een tang aan, doch het gelukt hem niet het kind te extraheeren. De vroedvrouw krijgt het advies nog eenige uren af te wachten of wellicht spontane baring zal volgen, zo niet, dan opname in de kliniek.

Eenige uren later wordt de vrouw opgenomen.

Multipara C.D. 10.1 cm.

I forceps, kind dood.

II en III spontaan à terme, levend.

Er zijn geen weeën. Onderste uterussegment zeer pijnlijk. Hoofd klein segment ingedaald, promineert wat.

Duur van de baring 26 uur. Vliezen 9 uur geleden gebroken, waarschijnlijk bij volkomen ontsluiting. De diagnose wordt ge-

steld op: Dreigende of reeds opgetreden uterus ruptuur. Uitgezakte navelstreng klopt niet.

Schedel wordt geperforeerd. Met de cranioclast wordt het kind geëxtraheerd. Gewicht 3580 gram.

Bij natasten ligt de placenta los en wordt verwijderd.

Er blijkt een groote scheur in het onderste uterussegment te zijn, die doorloopt in het peritoneum. ,

Er is dus een complete uterus ruptuur.

Na extirpatie van de uterus langs abdominalen weg, geneest de vrouw zonder veel stoornis.

Stuitextractie.

Als het kind in stuitligging ligt, wordt durante partu niet meer gekeerd uit vrees, dat de navelstreng zal komen voor te liggen, en er dan geen voldoende tijd meer zal zijn, dat die weer verdwijnt. Slechts wanneer men ernstig vreest, dat het nakomende hoofd groote moeilijkheden zal ondervinden, zoodat men tot sectio caesarea zou moeten overgaan, trachten wij uitwendig te keeren, om te kunnen beoordeelen of het hoofd kan passeeren.

Het spreekt vanzelf, dat een goede praenatale zorg een tijdige verzekering van de hoofdligging meebrengt. Bij elke bekkenvernaauwing loopt men de kans, dat de passage van het nakomende hoofd moeilijkheden geeft. Bij de wat ernstige graden van bekkenvernaauwing daalt de stuit meestal niet spontaan in en moet volledige stuitextractie verricht worden.

Is de stuit doorgesneden en vordert de baring niet, zoodat het kind in gevaar komt, dan wordt van een gedeeltelijke stuitextractie gesproken.

Techniek van de stuitextractie:

Onder narcose wordt ingegaan met de hand, overeenkomende met de kant, waar de voeten liggen en wordt de voorste voet afgehaald en naar buiten getrokken, tot het been tot de knie geboren is.

Bij de onvolkomen stuitligging moet hierbij onder steunen van den fundus uteri, de stuit meer of minder opgedrukt worden (buiten een wee). Het onderbeen wordt in de knie geflecteerd door adductie van het bovenbeen. (P i n a r d).

Is dus het been tot de knie geboren, dan wordt het onderbeen met beide handen omvat.

Tractie naar beneden en achteren tot de heup onder de symphysis komt. Omvatten van de dij in ondergreep en tractie naar boven tot de achterste heup over het perinaeum draait en de achterste liesplooï aangehaakt kan worden, langs de rugzijde gaande. Extractie van de stuit naar voren tot het achterste been geboren is. Beide dijen worden omvat met de duimen op het sacrum. Rompextractie, waarbij de rug naar voren moet draaien, daarna extractie sterk naar achteren tot de voorste schouder onder de symphysis komt. Afhalen van den voorsten arm door de beide voorste vingers van de gelijknamige hand, die aan de rugzijde van het kind langs de humerus worden gelegd en deze als het ware spalken. De arm wordt langs het aanzicht naar beneden bewogen, terwijl de andere hand den romp aan de voeten sterk naar de tegenovergestelde zijde en naar achteren buigt. Na overnemen van de voeten in de andere hand en zijdelings naar boven buigen van de romp, wordt met de voorste twee vingers van de andere hand langs de rugzijde ingegaan langs de bovenarm en de achterste arm langs de wang uitgestreken. Mocht het uitstrijken van de voorste arm niet lukken, dan kan men eerst de achterste afhalen, gelukt het dan nog niet, dan moet men van de voorste een achterste arm maken door de romp te roteeren.

Na de geboorte van de armen laat men het kind rijden op de onderarm, en grijpt men met beide handen vorksgewijs om de hals de schouders en trekt men naar beneden, totdat het hoofd door den ingang is en op den bekkenbodem komt. Tegelijkertijd late men een ander boven de symphysis exprimeeren. Door lichten van de romp en druk boven de symphysis wordt het hoofd geboren met het aangezicht over het perineum.

Men behoeft niet bang te zijn, dat het hoofd tijdens de extractie zal deflecteeren of zijn normale spildraai niet zal maken. Het eerste door de omsnoering van het hoofd door het baringskanaal, het laatste, indien men maar zorgt, dat tijdens de extractie de rug voorkomt.

Daar men dus geen vinger in de mond van het kind steekt, gaat geen hand verloren, die bij de extractie kan trekken, resp. boven de symphysis kan drukken.

*Indicaties voor de stuitextracties.**Groep A.*

- 6 × *bij conjugata diagonalis* 11—11.9 cm.
 3 × bij primipara wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving.
 Levende kinderen.
 3 × bij multipara wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving.
 Levende kinderen.
 4 × *bij conjugata diagonalis* 10—10.9 cm.
 1 × bij primipara wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving.
 Levend kind.
 3 × bij multipara wegens bijzondere indicaties.
 V.P. 1934/1276. Voorliggende navelstreng. Kind wordt uitwendig gekeerd op de stuit. Bij volkomen ontsluiting, worden de vliezen gebroken en een levend kind geëxtraheerd.
 V.P. 1935/1208. Wegens bekkenvernauwing en onregelmatige harttonen wordt het kind geëxtraheerd. Het kind is spoedig dood.
 V.P. 1931/1920. Stuitligging en uitgezakte navelstreng bij volkomen ontsluiting. Extractie. Kind is dood door asphyxie.
 1 × *bij Algemeen vernauwd bekken.*
 1 × bij primipara, wegens niet vorderen tijdens de uitdrijving. Kind leeft.

In de Kliniek.

- 11 × *bij conjugata diagonalis* 11—11.9 cm.
 2 × *in groep B.*

Toc 1930/325. Primipara. C.D. 11.2 c.m.

Langdurige baring (63 uur). Vruchtwater is 12½ uur geleden afgeloopen. Er is een 3 uur volkomen ontsluiting. Er is een onvolkomen stuitligging, de weeën zijn niet krachtig. Extractie, levend kind, 4100 gram. Het kind heeft een Erb'sche verlamming.

Toc 1934/384. Primipara. C.D. 11.2 cm.

Vliezen zijn 20¼ uur geleden gebroken, er is 1¼ uur volkomen ontsluiting. Baring vordert niet.

Extractie. Kind leeft. 2710 gram.

7 $\times$ in groep C.

toc 1934/423. Primipara C.D. 11.7.

Vliezen zijn 41 uur geleden gebroken. Er blijft een klein randje staan. Baring vordert niet. Er is een onvolkomen stuitligging. Stuitextractie. Levend kind, 3710 gram, met Erb'sche verlamming.

toc 1936/360. Primipara. C.D. 11 cm.

Vliezen zijn reeds 4 dagen gebroken, er is 3 uur volkomen ontsluiting en tympania uteri. Extractie. Kind sterft na 20 minuten. 3860 gram.

toc 1927/309. IIe para. C.D. 11.4 cm.

Vorige baring: I. Forceps. Kind na 2 dagen dood. Het is onbekend wanneer de vliezen gebroken zijn, weeën zijn niet waargenomen. Het blijkt dat er volkomen ontsluiting is en dat de harttonen onregelmatig zijn. Stuitextractie. Levend kind. 3990 gram.

toc 1929/66. IVe para. C.D. 11.5 cm.

Vorige baringen: 3 $\times$ spontaan à terme. Levende kinderen. $\frac{1}{4}$ uur na het breken van de vliezen bij volkomen ontsluiting zijn de harttonen onregelmatig. Extractie. Levend kind. 3840 gram.

toc 1935/124. IIe para. C.D. 11.6 cm.

Vorige baring: I. sp. à t. $\pm$ 2500 gram. Kind na 2 dagen $\dagger$. Er is $\frac{3}{4}$ uur volkomen ontsluiting. Harttonen zijn onregelmatig. Extractie, levend kind. 3010 gram.

toc 1936/167. XIIe para. C.D. 11 cm.

Vorige baringen: I—X. Spont. à terme. Levende kinderen.

XI, Dwarsligging met uitgezakte navelstreng bij placenta praevia lateralis. Versie en extractie. Kind is dood.

Thans blijkt er weer een placenta praevia lateralis te zijn. Bij 3 cm ontsluiting worden de vliezen gebroken en een voet afgehaald, (die voorligt). Tamponade met de stuit. De vrij sterke bloeding staat. $\frac{3}{4}$ uur later extractie van een levend kind. 2310 gram.

toc 1936/394. IVe para. C.D. 11.3 cm.

Vorige baringen: I en II. Sp. à t. Levende kinderen.

III. Stuitextractie, $\pm$ 4500 gram. Kind †. Thans is er een placenta praevia centralis met kind in stuitligging. Er kan gewacht worden tot volkomen ontsluiting. Placenta wordt losgemaakt, stuitextractie. Kind is dood. 3340 gram.

2 $\times$ in groep D.

toc 1930/80. Primipara. C.D. 11.8 cm.

Opname wegens onvolkomen stuitligging. Geen vorderen van de baring tijdens de uitdrijving. 11 uur na volkomen ontsluiting wordt een levend kind geëxtraheerd. 4140 gram.

toc 1936/494. Primipara. C.D. 11.5 cm.

Vliezen zijn 11¼ uur geleden gebroken, er is ¾ uur volkomen ontsluiting. Weeën zijn slap. Extractie. Kind sterft tijdens de extractie. 3260 gram.

9 $\times$ bij *conjugata diagonalis* 10—10.9 cm.

2 $\times$ in groep B.

toc 1935/137. Primipara. C.D. 10.9 cm.

Vliezen zijn 17 uur geleden gebroken. Er is voldoende ontsluiting voor extractie. Levend kind. 2740 gram.

toc 1934/475. IVe para. C.D. 10 cm.

Vorige baringen:

I. Spontaan praematuur. 1990 gr. Levend kind. [1925/169].

II. Stuitextractie. Levend kind. 3650 gram. [1928/223].

III. Abortus.

3½ uur na het breken van de vliezen vordert de baring niet. Onvolkomen stuitligging. Extractie. Kind leeft. 3310 gram.

2 $\times$ in groep C.

toc 1934/62. Primipara. C.D. 10.7 cm.

Vliezen zijn 31 uur geleden gebroken. Er is voldoende ontsluiting voor extractie. Kind is dood. 3750 gram.

toc 1935/203. Primipara. C.D. 10.7 cm.

Vliezen breken bij volkomen ontsluiting. Na 2½ uur worden de harttonen onregelmatig. Extractie. Levend kind. 3870 gram.

5 $\times$ in groep D.

toc 1932/274. Primipara. C.D. 10.9 cm.

Na ¾ uur volkomen ontsluiting wordt het kind geëxtraheerd. Onvolkomen stuitligging. Kind leeft. 3360 gram.

toc 1934/427. Primipara. C.D. 10.4 cm.

Onvolkomen stuitligging. Na 7 uur volkomen ontsluiting geëxtraheerd. Kind leeft. 4140 gram.

toc 1936/128. Primipara. C.D. 10.3 cm.

Vliezen zijn 86 uur geleden gebroken. Er is voldoende ontsluiting voor extractie. Kind sterft tijdens de extractie, door moeilijkheden met het nakomend hoofd. 4130 gram.

toc 1936/457. Primipara. C.D. 10 cm.

Onvolkomen stuitligging. 1 uur na het breken van de vliezen wordt het levende kind geëxtraheerd. 3370 gram.

toc 1931/373. IVe para. C.D. 10 cm.

Vorige baringen: 3 $\times$ spont. à terme. Levende kinderen. 3 uur na volkomen ontsluiting wordt een levend kind geëxtraheerd. 3750 gram.

5 $\times$ bij *Conjugata diagonalis* 9—9.9 cm.

2 $\times$ in groep B.

toc 1930/117. Primipara. C.D. 9.7 cm.

$\frac{1}{2}$ uur na volkomen ontsluiting wordt wegens de bekkenvernauwing het kind geëxtraheerd. Levend kind, 3280 gram.

toc 1935/557. Primipara. C.D. 9.3 cm.

Vliezen breken, waarna een voet geboren wordt. Er was tot keizersnede besloten, doch de uitgezakte voet is een contra-indicatie. Er is bovendien volkomen ontsluiting. Kind wordt geëxtraheerd, sterft na 4 dagen. 3090 gram. Obductie: Cerebellum-bloedingen en scheurtjes in het tentorium.

2 $\times$ in groep C.

toc 1933/510. Xe para. C.D. 9.1 cm.

Vorige baringen: 6 $\times$ spont. à terme; één kind dood. 1 $\times$ forceps. Kind na enkele dagen dood.

VIII. Uitgezakte navelstreng. *Keizersnede*. Kind leeft. 3870 gram. [1929/194].

IX. Sp. à t. uitgezakte navelstreng. Kind dood.

Afgeweken onvolkomen stuitligging. Er komt geen volkomen ontsluiting, $3\frac{1}{2}$ uur na het breken van de vliezen wordt het kind geëxtraheerd. Kind leeft. 3580 gram.

toc 1936/564. IIIe para. C.D. 9.6 cm.

Vorige baringen: I. Hooge tang. Levend kind, 3380 gram. [1934/55]. II. Sp. à t. Levend kind, 3150 gram. [1935/164].

2½ uur na het breken van de vliezen wordt het kind geëxtraheerd. Levend kind. 3320 gram.

1 × *in groep D.*

toc 1935/30. XIe para. C.D. 9.1 cm.

Vorige baringen: Zie toc 1933/510 (even te voren).

Afgeweken heupligging, 1¼ uur na volkomen ontsluiting geëxtraheerd. Levend kind. 3350 gram.

1 × *bij Algemeen vernauwd bekken.*

toc 1931/377. Primipara. Omtrek 82 cm. Groep C.

Eclamptica. Vliezen zijn 14 uur gebroken, zodra er voldoende ontsluiting is, wordt het kind geëxtraheerd. Kind is dadelijk dood. 2870 gram.

1 × *bij Bekkenmaten onbekend.*

toc 1936/546. Primipara. Groep C.

Dadelijk na het breken van de vliezen wordt het kind geëxtraheerd. Kind leeft. 3140 gram.

1 × *bij Bijzonder bekken.*

toc 1934/356. Primipara. Dubbelzijdige heupluxatie. Groep D.

Onvolkomen stuitligging. Kind wordt 1 uur na volkomen ontsluiting geëxtraheerd. Kind leeft. 3170 gram.

Vrouw sterft den 14den dag door embolie.

Versie en extractie.

Deze methode wordt toegepast in alle gevallen, waar het niet mogelijk is het voorliggend hoofd met de tang te extraheeren, bij uitgezakte navelstreng, en bij dwarsliggingen.

In de Utrechtsche kliniek wordt aan de hooge tang de voorkeur gegeven en komt dus de versie en extractie in aanmerking als het hoofd bewegelijk boven den ingang blijft of als een deflexieligging tangextractie onmogelijk maakt.

Bij een aangezichts- of voorhoofdsligging bij staande vliezen niet of nauwelijks ingedaald, wordt versie en extractie verricht, als men na het breken van de vliezen geen spontane geboorte verwacht.

Bij voorliggende of uitgezakte navelstreng wordt bij volkomen ontsluiting versie en extractie gedaan. Bij onvolkomen ontsluiting wordt bij voorliggende navelstreng uitwendig gekeerd tot stuitligging; blijft de navelstreng voorliggen, dan dient bij volkomen ontsluiting, stuitextractie te volgen.

Bij dwarsligging wordt bij staande vliezen en onvolkomen ontsluiting gekeerd tot lengteligging. Bij volkomen ontsluiting wordt bij staande vliezen versie en extractie gedaan, bij gebroken vliezen verricht men alleen versie en extractie, als het kind zich nog voor het grootste gedeelte boven de contractiering bevindt.

Bevindt zich echter het kind reeds voor een groot deel in het onderste uterussegment, dan hebben wij met een verwaarloosde dwarsligging te maken, het kind is dan meestal dood en decapitatie moet volgen. Leeft het kind nog, dan moet de versie en extractie met uiterste voorzichtigheid geschieden. Deze gevallen zijn uiterst zeldzaam. Bij onvolkomen ontsluiting en gebroken vliezen moet men er rekening mee houden, dat bij gebrek aan een voorliggend deel er geen volkomen ontsluiting komt, voordat de voorliggende schouder indaalt; daarvoor moet dus tot versie en extractie overgegaan worden. Het bepalen van het juiste tijdstip is niet gemakkelijk. Extraheert men te vroeg, dan zal het nakomend hoofd de cervix niet kunnen passeeren zonder kans op scheuren.

Techniek bij hoofdligging.

In narcose gaat men in met de geheele hand overeenkomende met de kant waar de voeten van het kind zijn te verwachten.

Onder uitwendig steunen van den fundus uteri wordt het hoofd op het darmbeen geschoven. Hooger op gaande wordt een eventueele lordose bij deflexieligging opgeheven door druk tegen de borst en uitwendige druk tegen de stuit.

Zoonoodig worden de vliezen gebroken en een voetje (liefst de voorste) gepakt en in de vagina gebracht. De uitwendige hand brengt het hoofd tot dwars. Onder gespannen houden van de voet in de vagina, wordt het hoofd in den fundus gebracht. Deze manipulaties worden voorzichtig en buiten een wee uitgevoerd. Is het hoofd in den fundus aangekomen, dan komt de

voet naar buiten en wordt het kind verder in stuitligging geëxtraheerd.

Bij staande vliezen is de keering gewoonlijk niet moeilijk. Bij afgeloopen vruchtwater en vooral bij deflexie liggingen kan het zeer moeilijk zijn een voet te pakken en de keering te volbrengen. Is het hoofd de contractiering gepasseerd en gaat de keering moeilijk, dan late men zich niet verleiden kracht te gebruiken. Men loopt dan de kans, dat er een uterusruptuur ontstaat. Het is soms noodig de handgreep van *Justine Sigesmundin* toe te passen:

Een gaastrook wordt aan de voet in de vagina bevestigd en daarmee wordt de voet gespannen gehouden. Met de geheele hand, overeenkomende met de kant, waar zich het hoofd bevindt, wordt ingegaan en op geleide van de inwendige hand wordt het hoofd langs de contractiering omhoog geschoven en zoo noodig tot in den fundus gebracht.

Techniek bij dwarsligging.

In narcose wordt ingegaan met de geheele hand, waarmee men het best kan manipuleeren, dus voor de meeste verloskundigen met de rechterhand. Achter langs het kind omgaande wordt een voet gepakt en in de vagina gebracht, waarna de keering plaats vindt. Soms is het noodig, als de buik voorligt, met de hand voor het kind langs te gaan, dus steil achter de symphysis. Steeds weer buiten een wee en onder steunen van den fundus uteri.

Het spreekt vanzelf, dat versie en extractie alleen in aanmerking komt, als men kan verwachten, dat het nakomende hoofd de bekkeningang kan passeeren. Valt dit tegen en sterft het kind intusschen, dan blijve men niet zoo lang extraheeren tot de hals doorscheurt en hoofd en romp gescheiden worden, wat vooral bij een foetus maceratus of een onvoldragen kind geen enorme kracht kost. Beter doet men in zulk een geval, het nakomende hoofd te perforeren, door het achterhoofdsgat of den mondbodem.

Na een moeilijke versie en extractie verdient het aanbeveling het onderste uterus segment en de contractiering na te tasten om te ontdekken of er scheuren zijn ontstaan.

Bij de multipara wordt de indicatie: versie en extractie veel frequenter gesteld dan bij de primipara. De slappere buikwand is hiervan de oorzaak, waardoor de bij bekkenvernauwingen toch al verminderde stabiliteit voor de hoofdligging nog geringer wordt. Het hoofd vindt weinig steun in de bekkenring en wordt door de slappe buik niet in den ingang gehouden.

Bij een bekkenvernaauwing staat het hoofd bij een multipara bij het begin van de baring dan ook zelden vast in de bekkenring. De buik is slap, het kind kan gemakkelijk naar links of rechts wegzakken, waarbij het hoofd van den ingang afgaat, zoodat dwarsliggingen en voorliggende navelstreng veelvuldig voorkomen.

Prophylactisch is in deze gevallen het stabiliseeren van de hoofdligging door bedrust en een sluitlaken met rollen van groot belang.

Onderstaand geval is daarvan een fraai voorbeeld:

Toc 1936/281. C.D. 11.6 cm.

XVle para met zeer slappe buikwand.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Spontaan à terme. Levend kind. Achterhoofdsligging.
- II. Abortus.
- III. Spontaan à terme. Levend kind. Achterhoofdsligging.
- IV. Abortus.
- V. Spontaan à terme. Levend kind. *Stuitligging*.
- VI. Spontaan à terme. Levend kind. Achterhoofdsligging.
- VII. Spontaan à terme. Levend kind. Achterhoofdsligging.
- VIII. Spontaan à terme. Levend kind. Achterhoofdsligging.
- IX. Spontaan à terme. Levend kind. Achterhoofdsligging.
- X. Spontaan à terme. Levend kind. *Stuitligging*.
- XI. Spontaan à terme. Levend kind. Achterhoofdsligging.
- XII. Dwarsligging. Versie en extractie. Levend kind.
- XIII. Dwarsligging. Versie en extractie. Levend kind.
- XIV. Abortus.
- XV. Abortus.

Uit deze voorgeschiedenis blijkt duidelijk, dat het bekken geen doorgangsbelemmering van beteekenis heeft gegeven. Alle kinderen leven. Wel valt in het oog, dat zij tweemaal beviel met het kind in stuitligging. De kinderschedel vond dus minder

stabiliteit in de bekkenring, dan bij een normaal bekken. Met het toenemen van het aantal zwangerschappen is de buik steeds slapper geworden, met het gevolg dat de laatste keeren een dwarsligging is opgetreden.

Op grond van de vorige bevallingen kan hier een lichte bekkenvernaauwing vermoed worden.

Bij onderzoek werd de conjugata diagonalis gemeten, deze bedroeg 11.6 cm.

Voor haar bevalling van de 16e zwangerschap werd de vrouw 15 dagen van te voren opgenomen.

Tijdens de graviditeit is het hoofd niet ingedaald, doch staat telkens afgeweken. Bij opname wordt de hoofdligging gefixeerd door een sluitlaken, de vrouw moet op den rug in bed liggen. 15 dagen later komt zij in partu, 2 uur later heeft zij volkomen ontsluiting. Het hoofd wordt uitwendig in het bekken gedrukt, de vliezen worden gebroken. $\frac{3}{4}$ uur later bevalt zij in achterhoofdsligging van een levend kind.

Er bestaat een goede kans, dat op deze wijze een kunstverlossing is vermeden, met alle gevaren van dien voor moeder en kind. Het kraambed had een ongestoord verloop.

Zij is hiervoor 15 dagen te voren opgenomen, wat vanzelfsprekend meerdere kosten met zich brengt. Evenwel is dit o.i. volkomen verantwoord, ook economisch, als men het volgende geval beschouwd.

Toc 1935/291. C.D. 11.4 cm.

Opname wegens dwarsligging durante partu.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Versie en extractie. Indicatie?? Kind $\pm$ 6000 gram? Doodgeboren.
- II. Stuitextractie. Kind $\pm$ 4500 gram. Doodgeboren.
- III. Stuitextractie. Kind 3570 gram. Leeft.

Het bekken geeft blijkbaar geen stabiliteit aan een hoofdligging.

Conjugata diagonalis 11.4 cm.

Bij inkomst ligt het kind dwars.

Bij inwendig onderzoek is er volkomen ontsluiting. Staande vliezen. Bij de versie en extractie ontstaat een cervix scheur,

die sterk bloedt en gehecht moet worden. Het kind leeft, 3140 gram. De vrouw krijgt thrombose en blijft 66 dagen in de kliniek.

Indicaties voor de versie en extractie.

In groep A.

19 $\times$ bij *conjugata diagonalis* 11—11.9 cm.

V.P. 1931/1535. Primipara. Baring vordert niet. Aangezichtsligging. Versie en extractie. Levend kind.

5 $\times$ bij multipara wegens uitgezakte navelstreng bij volkomen ontsluiting. Kinderen leven.

V.P. 1928/566. V.P. 1931/622. V.P. 1932/1052.

V.P. 1935/350. V.P. 1936/1132.

10 $\times$ bij multipara wegens dwarsligging.

V.P. 1931/543. V.P. 1931/1436. V.P. 1931/1727.

V.P. 1933/1044. V.P. 1933/1595. V.P. 1933/1641.

V.P. 1934/1959. V.P. 1936/153.

Alle 8 kinderen leven.

V.P. 1932/1573 XIIIe para.

Vorige baringen:

8 $\times$ sp. à t. Levende kinderen.

1 $\times$ stuitligging. Doodgeboren.

3 $\times$ dwarsligging (1 $\times$ decapitatie

en 2 $\times$ V. en E. Levende kinderen).

Bij komst van den practisant is het vruchtwater reeds lang afgelopen. Geen harttonen. Volkomen ontsluiting. V. en E. gaat gemakkelijk. Kind is dood.

V.P. 1935/264. XIIe para.

Vorige baringen. 8 $\times$ sp. à t. 1 kind doodgeboren.

III Dwarsligging. V. en E. Levend kind.

VI Spont. praematuur. Kind dood.

VII Stuitligging. Doodgeboren.

Bij komst van den practisant ligt het kind dwars. De gewaarschuwde assistent vindt volkomen ontsluiting en staande vliezen. V. en E. Versie gaat gemakkelijk, de armen geven moeite, het afhaken kost veel tijd.

Het hoofd passeert zonder weerstand.

Het hart klopt goed, doch het kind ademt niet.

Na $\frac{3}{4}$ uur houdt de harts slag op, zonder dat het kind geademd heeft.

- 1 $\times$ bij multipara wegens mislukte hooge tang voor slechte harttonen. Kind leeft, het heeft een Erb'sche verlamming, die niet geheel herstelde.

V.P. 1931/1366.

- 2 $\times$ bij multipara, wegens niet indalen in aangezichtsligging. Levende kinderen.

V.P. 1932/989. V.P. 1934/195.

- 7 $\times$ *bij conjugata diagonalis 10—10.9 cm.*

V.P. 1936/1481. Primipara. C.D. 10.5 cm.

Voorhoofdsligging. Vliezen blijven staan tot volkomen ontsluiting. Hoofd staat bewegelijk in den ingang. V. en E. Levend kind.

- 3 $\times$ bij multipara wegens uitgezakte navelstreng naast het hoofd bij volkomen ontsluiting.

V.P. 1934/1945. V.P. 1936/1096. Levende kinderen.

V.P. 1933/443.

Bij zijn komst vindt de practisant een kloppende uitgezakte navelstreng. De gewaarschuwde assistent vindt volkomen ontsluiting, doch de navelstreng klopt niet meer. Dadelijk V. en E. Het kind is dood.

- 2 $\times$ bij multipara wegens dwarsligging.

V.P. 1927/10. V.P. 1936/887. Levende kinderen.

- 1 $\times$ bij multipara wegens niet indalen van een voorhoofdsligging.

V.P. 1934/879. Levend kind.

- 1 $\times$ bij *Algemeen vernauwd bekken.*

V.P. 1932/55. Primipara.

Uitgezakte navelstreng. V. en E. Levend kind.

In de Kliniek.

- 11 $\times$ *bij conjugata diagonalis 11—11.9 cm.*

5 $\times$ *in groep B.*

Toc 1928/312. VIe para. C.D. 11.8 cm.

Vorige baringen: 5 $\times$ spont. à terme. Levende kinderen.

Vliezen breken bij ± 2 cm ontsluiting. Dwarsligging.

Gedurende $2\frac{1}{2}$ dag zijn er geen weeën. Het kind sterft. Tenslotte komen er weeën, na $4\frac{1}{2}$ uur is versie en extractie mogelijk. Het doode kind woog 3480 gram.

Toc 1930/133. XVIIIe para. C.D. 11 cm.

Placenta praevia. Metreuryse. V. en E. Levend kind. 3320 gr.

Toc 1931/154. XIIe para. C.D. 11.8 cm.

Vorige baringen:

8 × sp. à t. levende kinderen.

2 × verlossing in narcose. Kinderen dood.

1 × stuitextractie. Kind dood.

Bij opname: dwarsligging en uitgezakte arm, er is volkomen ontsluiting. V. en E. Levend kind. 3430 gram.

Toc 1931/424. VIIIe para. C.D. 11 cm.

Vorige baringen:

6 × sp. à t. Levende kinderen.

1 × abortus.

Dwarsligging bij staande vliezen, uitwendige versie gelukt niet. Eenigen tijd later is er volkomen ontsluiting. V. en E.

Levend kind. 2910 gram.

Toc 1934/145. IJe para. C.D. 11.7 cm.

Vorige baring: I Hooge tang $\pm$ 4750 gram. Levend kind. Na $2\frac{1}{4}$ uur volkomen ontsluiting daalt het hoofd niet in. Er wordt een voorhoofdsligging gevonden. V. en E. Het nakomende hoofd geeft moeilijkheden. Kind is dood. 4360 gram. De vervorming bleek voor kruinligging te zijn.

1 × *in groep C.*

toc 1933/461. VIIe para. C.D. 11.8 cm.

Vorige baringen:

I Hooge tang. Levend kind. 4080 gr. (1915/206).

II Hooge tang. Levend kind. 4470 gr. (1918/391).

III Partus arte praematurus.

Levend kind. 3460 gram. (1919/333).

IV Hooge tang. Levend kind. 4040 gr. (1921/450).

V Sp. à t. Levend kind. 4190 gr. (1925/360).

VI Sp. à t. Levend kind. 3140 gr. (1927—183).

Baring duurt 2 dagen. Vliezen breken bij 6 cm ontsluiting,

navelstreng zakt uit. $4\frac{1}{4}$ uur later is er voldoende ontsluiting. V. en E. Extractie levert geen moeilijkheden op. Het kind heeft echter te veel geleden en sterft na 20 minuten. 4040 gram.

5 × in groep D.

toc 1932/138. Primipara. C.D. 11.2 cm.

Bij opname staat het hoofd afgeweken. De navelstreng en een arm zijn uitgezakt. Er is volkomen ontsluiting.

V. en E. Levend kind. 3950 gram.

toc 1930/256. XI para. C.D. 11.4 cm.

Vorige baringen:

I Stuitligging. Sp. à t. Levend kind.

II Stuitligging. Sp. à t. Levend kind.

III Dwarligging. V. en E. Levend kind.

IV Dwarligging. V. en E. Levend kind.

V Dwarligging. Uitwendige keering op de stuit.

Spontaan en levend geboren.

VI Dwarligging. V. en E. Levend kind.

VII Dwarligging. Partus immaturus V. en E. Kind is dood.

VIII Dwarligging. V. en E. Levend kind.

IX Dwarligging. Uitwendige keering op de stuit.

Spontaan en levend geboren.

X Dwarligging V. en E. Levend kind.

Komt voor opname wegens dwarligging met uitgezakte arm. Er is volkomen ontsluiting. V. en E. Levend kind 3770 gr. Voor en na de baring was duidelijk een uterus bicornis te palpeeren. Hierdoor is te verklaren, dat van de elf kinderen twee in stuitligging en negen in dwarligging lagen.

toc 1932/113. IVe para. C.D. 11.7 cm.

Vorige baringen: 3 × sp. à t. Levende kinderen.

Bij opname ligt het kind dwars. Bij 7 cm ontsluiting is het vruchtwater afgeloopen, $6\frac{1}{2}$ uur geleden.

Na 3 uur is versie en extractie mogelijk. Levend kind. 4500 gram.

toc 1935/291. IVe para. C.D. 11.4 cm.

Vorige baringen:

I V. en E. ± 6000 gr.? Kind dood.

II Stuitextractie. Kind dood $\pm$ 4500 gr.
 III Stuitextractie. Kind leeft. 3570 gr. (1934/202).

Bij opname ligt het kind dwars. Er is volkomen ontsluiting.
 Vliezen staan. V. en E. Levend kind. 3140 gram.
 Bloedende cervixscheur, die gehecht wordt.

Toc 1936/556. IVe para. C.D. 11.3 cm.

Vorige baringen: $3 \times$ sp. à t. Levende kinderen.

Het kind ligt in aangezichtsligging; 3 uur na volkomen ontsluiting worden de harttonen onregelmatig. V. en E.

Kind weegt 4170 gram en sterft na 3 dagen tengevolge van een schedelbasisfractuur.

17 $\times$ *conjugata diagonalis* 10—10.9 cm.

7 $\times$ in groep B.

toc 1930/150.

Primipara. C.D. 10.7 cm.

De vrouw komt volgens afspraak in de kliniek bevallen. Bij opname is er een dwarsligging. Inwendig blijkt er volkomen ontsluiting te zijn, vliezen staan, zoodat dadelijk V. en E. wordt gedaan. Kind leeft. 3100 gram.

toc 1930/114.

Ve para. C.D. 10.6 cm.

Vorige baringen: $4 \times$ sp. à t. Levende kinderen 3000—4000 gram. De vrouw zou thuis bevallen. Bij de komst van den practisant is het vruchtwater afgeloopen en ligt het kind dwars. Er is $\pm$ 4 cm ontsluiting. De vrouw wordt opgenomen, 4 uur later is er voldoende ontsluiting voor V. en E. Kind leeft. 3210 gram.

toc 1931/465.

IIIe para. C.D. 10.3 cm.

Vorige baringen:

I Spont. à terme. Levend kind. 3670 gram. (1925/450).

II Spont. à terme. Levend kind $\pm$ 4200 gram? (elders).

Bij het eerste inwendig onderzoek is er volkomen ontsluiting, vliezen worden gebroken. Het hoofd zet zich vast in voorste wandbeensligging met het achterhoofd rechts achter. Na $4\frac{1}{2}$ uur komt het hoofd niet dieper, zoodat een tang wordt aangelegd. Deze mislukt, daarom V. en E. Het kind wordt levend geboren, doch sterft na 3 uur onder verschijnselen van hersenbloeding. 3830 gram.

toc 1932/56.

XIIe para. C.D. 10.8 cm.

Vorige baringen: Alle kinderen zijn spontaan en levend geboren.

De vrouw is twee weken tevoren opgenomen wegens vloeien. De bloeding wordt zoo sterk, dat er wat gedaan moet worden. Er is 3 cm ontsluiting en een placenta praevia lateralis. De vliezen worden gebroken. De bloeding staat niet, er zijn geen weeën, zoodat een metreurnyther wordt ingebracht. Enkele uren later kan V. en E. gedaan worden. Het kind is echter reeds dood. 3650 gram.

toc 1935/523.

VIe para. C.D. 10.7 cm.

Vorige baringen: De kinderen zijn spontaan geboren, het laatste kind werd door onbekende oorzaak doodgeboren.

De vrouw is wegens sociale redenen opgenomen.

Bij inwendig onderzoek wordt een aangezichtsligging gevonden bij staande vliezen en nagenoeg volkomen ontsluiting. Uitwendige correctie mislukt, zoodat korten tijd later besloten wordt tot V. en E. wegens niet ingedaalde aangezichtsligging bij staande vliezen. Het kind leeft. 3200 gram.

toc 1936/555.

Xe para. C.D. 10.8 cm. Uterus bicornis.

Vorige baringen:

I—III. Driemaal praemature stuitligging, waarvan slechts 1 kind leeft.

IV Partus immaturus.

V Sp. à t. Levend kind. 3180 gram. Septum vaginae.

Uterus bicornis. (1929/230).

VI Gemelli, in iedere hoorn een kind.

Beide kinderen leven. 2230 en 2560 gram. (1931/49).

VII Spontaan à terme, levend kind.

VIII Uitgezakte navelstreng. Uitgangstang. Levend kind.

IX Spontaan à terme $\pm$ 3250 gram.

In verband met de vorige baringen wordt de vrouw opgenomen. Zij komt echter als zij in partu is. Er blijkt een bewegelijk hoofd boven den ingang te zijn. Inwendig: volkomen

ontsluiting, staande vliezen, voorliggende navelstreng. V. en E. Levend kind 3110 gram.

toc 1936/594.

IIIe para. C.D. 10.8 cm.

Vorige baringen: $2 \times$ sp. à t. Levende kinderen.

De vrouw wordt opgenomen wegens vloeien.

Bij het eerste inwendig onderzoek is er 3 cm ontsluiting, staande vliezen, een placenta praevia lateralis. De vrouw heeft goede weeën, 3 uur later is er volkomen ontsluiting, het hoofd staat nog hoog, vliezen staan. V. en E. Levend kind, 3260 gram.

$3 \times$ in groep C.

Toc 1931/493.

Primipara. C.D. 10.4 cm.

Bij het eerste inwendig onderzoek is er 6 cm ontsluiting, vliezen staan. $3\frac{1}{2}$ uur later is er volkomen ontsluiting, er blijkt nu een navelstreng voor te liggen. V. en E. Levend kind. 3240 gram.

Toc 1927/306.

VIIe para. C.D. 10.4 cm.

Vorige baringen.

- I. Forceps à terme. Levend kind. 3000 gr. [1918/402].
- II. Spontaan praem. Levend kind. 2550 gr. [1920/310].
- III. Spontaan praem. Levend kind. 2850 gr. [1922/38].
- IV. Spont. à terme. Levend kind. 2890 gr. [1923/294].
- V. Spont. à terme. Levend kind. 2540 gr. [1925/340].

$1 \times$ abortus.

Gedurende de zwangerschap is tweemaal een stuitligging gekeerd tot hoofdligging.

Bij het eerste inwendig onderzoek is er een aangezichtsligging en een voorliggende navelstreng bij volkomen ontsluiting. Vliezen worden gebroken. V. en E. Levend kind. 3110 gram.

Toc 1933/353.

IIIe para. C.D. 10.8 cm.

Vorige baringen:

- I. Spont. à terme. Levend kind. 4800 gr. [1930/181].
- II. Stuitligging. 5300 gr. †. [Elders].

Opgenomen wegens bekkenvernauwing.

Bij het eerste inwendig onderzoek is er volkomen ontsluiting. Vliezen staan, navelstreng ligt voor. V. en E. Levend kind. 4690 gram.

7 × *in groep D.*

Toc 1936/550.

Primipara. C.D. 10.7 cm.

Opgenomen wegens voorhoofdsligging, de vrouw is reeds 2 dagen in partu. Er blijkt 5 cm ontsluiting te zijn, vliezen staan. Aangezichtsligging bijna $\frac{1}{3}$ ingedaald. 3 uur later worden per ongeluk de vliezen gebroken. Er is nog 5 cm ontsluiting. 13 uur later is er volkomen ontsluiting. Het hoofd komt iets dieper en is na $3\frac{1}{2}$ uur ruim half ingedaald, de baring vordert niet. V. en E. De versie gaat uiterst moeilijk. Een levend kind wordt geboren. 3580 gram. De geboorte van de placenta laat op zich wachten. De ontstane uterusruptuur wordt aanvaankelijk miskend. Na $2\frac{1}{2}$ uur wordt de Hoogleeraar gewaarschuwd, daar de vrouw anaemisch wordt. Dadelijk wordt de placenta manueel verwijderd. Er blijkt een groote scheur te zijn in het onderste uterus segment, die zich in het linker parametrium voortzet.

De vrouw succombeert, voordat van eenige therapie sprake kan zijn. Bij obductie is het linker parametrium geheel doorbloed, en tenslotte naar de vrije buikholte doorgescheurd.

Toc 1929/355.

VIIIe para. C.D. 10.3 cm.

Vorige baringen: 7 × spont. à terme. Levende kinderen. Opgenomen wegens dwarsligging met uitgezakte navelstreng. De vrouw is gedurende 7 dagen in partu. De vliezen zijn $6\frac{1}{2}$ uur geleden gebroken bij volkomen ontsluiting. Dadelijk wordt versie en extractie gedaan. Kind leeft. 3550 gram.

Toc 1931/387.

XIVe para. C.D. 10.8 cm.

De vrouw is doofstom, alle gegevens over vorige baringen en over het verloop van deze baring ontbreken. Zij wordt gezonden wegens niet indalen van het hoofd. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken. Het hoofd staat bewegelijk in positio occipitio sacralis. V. en E. Levend kind. 5130 gram. Het heeft een humerusfractuur, die goed geneest.

Toc 1932/119.

VIe para. C.D. 10.5 cm.

Vorige baringen:

I. Forceps à t. 4000 gram.

II. Sp. à t. 3500 gram.

III. Sp. à t. gemacereerd.

IV. Dwarsligging als stuitligging geboren. Kind †. 3500 gram?

V. Sp. à t. 3500 gram?

Opgenomen wegens dwarsligging. De vrouw is reeds 2 dagen in partu met afgeloopen vruchtwater, er is 4 cm ontsluiting, het kind is dood. Ondanks pituitrine duurt het nog 5 dagen voor er voldoende ontsluiting is voor V. en E. Het kind weegt 3640 gram.

Toc 1932/143.

VIIe para. C.D. 10 cm.

Vorige baringen:

3 × forceps à terme. Levende kinderen.

2 × spont. à terme. Levende kinderen.

1 × stuitextractie. Kind is dood.

Opgenomen wegens mislukte poging tot tangextractie thuis. De vliezen zijn bij volkomen ontsluiting gebroken 4¼ uur geleden. Er blijkt een hand te liggen naast het hoofd, dat nog hoog staat. V. en E. Kind wordt succombeerd geboren. 3700 gram.

Toc 1932/336.

Ve para. C.D. 10.5 cm.

Vorige baringen:

I. Uitgangstang. Levend kind. ± 3750 gram.

II. Hooge tang. Levend kind. Gewicht?

III. Sp. à t. Levend kind. 3250 gram.

IV. Sp. à t. Levend kind. 3500 gram.

Opgenomen wegens voorliggende navelstreng.

Er blijkt volkomen ontsluiting te zijn. V. en E. Levend kind. 3550 gram.

Toc 1936/517.

Ve para. C.D. 10.3 cm.

Vorige baringen:

I en II. Sp. à t. Levende kinderen.

III. Abortus. IV. Stuitextractie. Levend kind.

Opgenomen wegens uitgezakte navelstreng.

Er is volkomen ontsluiting. V. en E. Kind leeft. 3330 gram.

4 $\times$ bij *Conjugata diagonalis* 9—9.9 cm.

1 $\times$ in groep B.

Toc 1930/435.

VIIe para. C.D. 9.4 cm.

Vorige baringen:

3 $\times$ sp. à t. Levende kinderen. $\pm$ 3500 gram.

IV. Abortus.

V. Gemelli: 1e kind gemacereerd. 1700 gram; 2e kind levend. 3000 gram.

VI. Uitgezakte navelstreng. V. en E. Levend kind. $\pm$ 3750 gr.

Opgenomen wegens bekkenvernauwing, 2 weken voor de bevalling. Stuitligging is gekeerd. De vrouw heeft een sluitlaken gehad.

Voordat inwendig onderzoek gedaan was, breken de vliezen en zakt de navelstreng uit. Er is volkomen ontsluiting. V. en E. Levend kind. 3950 gram.

1 in groep C.

Toc 1936/290.

Ve para. C.D. 9.5 cm.

Vorige baringen:

I. Thuis hoge tang mislukt, opname, perforatie cranioclasie. 3150 gram. [1924/388].

II. S.C. Kind leeft. 3750 gram. [1925/379].

III. Eclampsie. S.C. Kind leeft. 2980 gr. [1929/308].

IV. Sp. à t. Levend kind. 3700 gr. [1931/306].

Vóór de bevalling opgenomen wegens bekkenvernauwing. Het kind ligt dwars, wordt op het hoofd gekeerd, ligging wordt door bedrust met een sluitlaken gefixeerd.

Na 3 dagen ontstaat meteorisme. De vrouw gaat braken, temperatuur stijgt tot 40°.

Clysmas en herhaalde behandeling met lichtboog brengt geen verbetering. In 2 dagen tijds is de vrouw zwaar ziek geworden. De baring komt in gang. Vliezen breken. Er blijkt volkomen ontsluiting te zijn. Er is een uitgezakte arm naast het beweeglijk hoofd. Keizersnede is uitgesloten, in aanmerking komen

repositie van de arm en hooge tang of V. en E. Tot het laatste wordt besloten.

Het nakomend hoofd ondervindt groote weerstand en gaat met een schok door den ingang. Het kind leeft, is bleek en slap, doch herstelt zich na 3 dagen. De ileus herstelt den volgenden dag, na 13 dagen verlaat de vrouw de kliniek.

Vermoedelijk hebben adhaesies t.g.v. de voorgaande keizersneden door de veranderde statische verhoudingen tijdens de bedrust met een sluitlaken, een tijdelijke afsluiting van de darm veroorzaakt.

2 × *in groep D.*

toc 1931/369.

IIIe para. C.D. 9.5 cm.

Vorige baringen: 2 × sp. à t. Levende kinderen.

Opname wegens voorhoofdsligging.

Er is reeds 4 uur volkomen ontsluiting. Het kind in voorhoofdsligging daalt niet in. V. en E. Levend kind. 3010 gr.

toc 1936/450.

VIIIe para. C.D. 9.6 cm.

Vorige baringen:

3 × sp. à t. Levende kinderen.

1 × spont. 29 weken. Kind dood.

2 × stuitligging. Kinderen dood.

1 × uitgezakte navelstreng. Kind dood.

Opname wegens tweemaal mislukte poging tot V. en E. bij dwarsligging.

Bij opname blijkt het kind nog boven de contractiering te zijn. V. en E. Kind is dood. 3510 gram.

1 × *bij Algemeen vernauwd bekken.*

toc 1936/405. Groep B.

Ile para. Omtrek 82½ cm.

Vorige baring: Spontaan à terme. Levend kind.

Opgenomen wegens vloeien.

Bij 5 cm ontsluiting worden de vliezen wegens de bloeding gebroken. Er is een placenta praevia lateralis.

2¾ uur later zijn de harttonen onregelmatig, de ontsluiting is voldoende voor V. en E. Kind leeft. 3590 gr.

Het heeft een fractura humeri, die goed geneest.

2 × bij *Bijzondere bekkens*.

Beide in groep B.

toc 1932/365.

Ile para. Trechterbekken met nauwe uitgang. Promontorium niet te bereiken. De vrouw heeft een gibbus.

Vorige baring: I Spont. à terme. Levend kind. 2600 gr. (1921/209). Bij opname is het vruchtwater afgeloopen, er is een dwarsligging. Inwendig: volkomen ontsluiting.

Dadelijk V. en E. Levend kind. 2750 gram.

toc 1934/303.

IIle para. Zelfde vrouw als de voorafgaande. (toc 1932/365). Opgenomen wegens vloeien.

Er treedt een ernstige bloeding op, waarom het halskanaal getamponeerd wordt. Pituitrine.

2 dagen later is er 4 cm ontsluiting. De bloeding maakt tamponade met de stuit na keering volgens Braxton Hicks noodig. Spoedig kan het kind geëxtraheerd worden.

Het leeft. 2340 gram.

Decapitatie.

Decapitatie verrichte men bij verwaarloosde dwarsligging, als versie en extractie te groote gevaren voor de moeder met zich brengt. Het kind is dan bijna steeds dood, zoodat keizersnede zelden of nooit geïndiceerd is.

De voorliggende schouder wordt dieper getrokken, op geleide van de hand wordt een sleutelhaak van Smellie om de hals gebracht. Door draaien van de haak wordt de halswervelkom gebroken. Met de lange schaar van Siebold worden de weeke deelen van de hals doorgeknipt. Als hoofd en romp gescheiden zijn, wordt de romp naar buiten getrokken. Het hoofd wordt uitwendig door den ingang gedrukt en met Muzeux gepakt. Bij sterke bekkenvernauwing gelukt dit niet en moet het achtergebleven hoofd geperforeerd worden en met de cranioclast gepakt worden. Soms gelukt het, met forceps of Muzeux het hoofd door den ingang te trekken.

Voorals de vrouw niet in narcose is, doet men goed zich niet te haasten en zoo voorzichtig mogelijk te werk te gaan.

4 maal werd tot decapitatie overgegaan.

Indicaties:

Toc. 1931/199.

Opname wegens uitgezakte arm en navelstreng. De vrouw is 5 × spontaan à terme bevallen in hoofdligging. De kinderen leven. C.D. 11.2 cm. Er is een verwaarloosde dwarsligging. Kind is dood. Decapitatie. Perforatie van het achtergebleven hoofd, dat met de cranioclast geboren wordt.

Toc 1929/342.

Opname 8 dagen voor de bevalling wegens bekkenvernauwing. C.D. 10.2 cm. Secundipara. 1e kind is spontaan praematuur geboren, na 2 uur dood. In het begin van deze graviditeit vloeide de vrouw gedurende 2 dagen. Behandeling bedrust + chorionpoeders. Gedurende de geheele graviditeit bleek het kind geen stabiliteit voor eenige ligging te hebben.

Hoofd-, stuit- en dwarsliggingen wisselden elkaar af. Met een sluitlaken werd getracht de hoofdligging te bevorderen.

Als de vrouw in partu komt, is de ligging uitwendig moeilijk te bepalen. Na 2 uur breken de vliezen. Bij inwendig onderzoek wordt bij ongeveer 6 cm ontsluiting, een voet en onderbeen gevoeld, terwijl de contractiering om de buik van het kind snoert. De aanvankelijk krachtige weeën zakken af en gedurende 24 uur is er weinig voortgang. Tenslotte is er volkomen ontsluiting, de kinderlijke harttonen nemen toe in frequentie, zoodat overgegaan wordt tot het afhalen van de voet, hierbij komt echter een arm in de vulva te voorschijn! Deze wordt gereponeerd, de navelstreng klopt niet meer, het gelukt niet een voet af te halen, zoodat tot decapitatie besloten wordt.

De arm wordt weer afgehaald. Met de haak van Smelie wordt de hals gebroken en met de Sieboldsche schaar doorgeknipt, waarna de romp kan worden geëxtraheerd.

Het hoofd wordt uitwendig in den bekkeningang gedrukt en met een Muzeux gegrepen aan de onderkaak. Deze glijdt af.

Met de inwendige hand wordt nu het hoofd in achterhoofdsligging op den ingang gebracht. Perforatie van de schedel. Met de cranioclast gelukt het niet de schedel te extraheeren, door telkens afglijden. Het hoofd wordt met twee Muzeux gegrepen en naar buiten getrokken.

Gewicht van het kind 2510 gram.
Kraambed gestoord door een endometritis.

Toc 1929/179.

Opname wegens dwarsligging. C.D. 9.5 cm.

Bij deze luetica is de afloop der vorige bevallingen haar zelf niet meer goed bekend. Zij is XIe para en heeft 5 kinderen in leven, die spontaan geboren zijn. Bij het begin van de baring is het vruchtwater afgelopen 93 uur geleden.

Er is volkomen ontsluiting, kind ligt dwars met uitgezakte arm. Het is dood, bevindt zich grootendeels nog boven de contractiering.

Decapitatie, rompextractie. Hoofd door expressie geboren.

Toc 1935/74.

Opname wegens verwaarloosde dwarsligging. Conjugata diagonalis onbekend.

Vorige bevallingen:

I. Spontaan à terme hoofdligging. ,

II. Stuitextractie.

III. Abortus.

Beide kinderen leven.

Na opname wordt onverwijd tot decapitatie overgegaan, welke geen moeilijkheden met zich brengt.

Sectio Caesarea.

In de Utrechtsche kliniek wordt voor elke verloskundige ingreep, die onder anaesthesie geschieden moet, aethernarcose toegepast, zonder inleiding met chlooraethyl.

Zoo ook bij het verrichten van keizersnede. Ongeveer een half uur te voren wordt 10 mgr. morfine gegeven. Een enkele maal bestond er een tegenaanwijzing voor inhalatie narcose, bijvoorbeeld bij bronchitis. In die gevallen werd gebruik gemaakt van lokaal anaesthesie van de buikwand met een mengsel van novocaine-adrenaline oplossing.

Zooveel mogelijk werd de operatie volgens een bepaalde eenvoudige techniek uitgevoerd. Een enkele maal werd hiervan afgeweken, als uitgebreide adhaesies van den uterus met de omgeving hiertoe aanleiding gaven.

Techniek.

Mediane incisie van even onder de navel tot de symphysis, Buikholte wordt geopend in de linea alba. De uterus wordt niet geëventreerd. Met lange gaastampons wordt de vrije buikholte afgesloten, zoodat geen bloed of uterusinhoud erin kan loopen en worden de darmen naar boven uit het operatiegebied weggehouden. Tevens wordt de patiënte in de ligging van *Trendelenburg* gebracht.

Het peritoneum voor den uterus wordt even boven de blaas dwarsgekliefd en samen met de blaas voorzichtig losgemaakt van het onderste uterussegment en naar beneden afgeschoven. Het onderste uterussegment ligt nu vrij, het blaasperitoneum wordt met een groot buispeculum distaalwaarts terug gehouden.

Over het onderste uterussegment verlopen soms groote venen, die onderbonden worden.

In de eerste jaren werd het onderste uterus segment geopend door een mediane incisie, doch menigmaal liep de incisie, bij een kort onderste uterussegment door in het corpus uteri, waardoor sterke bloeding optrad uit de bovenste wondhoek.

Later werd dus steeds het onderste uterus segment in dwarse richting geïncideerd.

Hoe hooger bij overlangsche incisie de contractiering gestegen is, des te gemakkelijker is de techniek. Het is dus van voordeel als de baring reeds eenigen tijd heeft geduurd. Bij dwarse incisie is dit van minder belang. Wanneer de vliezen nog staan, worden zij geperforeerd. Ligt het kind in hoofdligging, dan wordt met den hand ingaande in den wond, het achterhoofd voor de opening gebracht en het kind door expressie op den fundus uteri geboren. Een tang heeft men hier zelden bij noodig.

Ligt het kind niet in hoofdligging dan wordt een voet gepakt en volgt stuitextractie *lege artis*. De navelstreng wordt dubbel onderbonden en doorgeknipt. Het kind wordt ter verdere verzorging aan een ander overgegeven, die het kind bijbrengt uit de narcose door het in een warm badje te houden en zoonoodig slijm uit de keel zuigt.

Wat nu verder gedaan moet worden, hangt af van de ontsluiting van de cervix.

Wil men de placenta langs den natuurlijken weg geboren laten worden, dan moet er voldoende ontsluiting zijn, om, in geval van blijven vastzitten, tot manueele placenta-verwijdering te kunnen overgaan.

Het heeft groote voordeelen, de placenta langs vaginalen weg te laten komen, daar gebleken is, dat het bloedverlies geringer is, dan wanneer men dadelijk de placenta verwijderd. Indien dus de ontsluiting voldoende is, d.i. meer dan 5 cm, wordt de afgebonden navelstreng teruggebracht in den uterus. Zoo niet, dan wordt de losliggende placenta door expressie door de wond geboren. De geheel of gedeeltelijk vastzittende placenta wordt met de handgreep van C r é d é of manueel verwijderd. Haastig moet men dit niet doen. De uterus moet in de gelegenheid gesteld worden de placenta los te maken. In dien tusschentijd kunnen de wondhoeken in het onderste uterussegment alreeds gesloten worden. Na verwijderen van de placenta wordt onderhuids secale ingespoten.

De uterus wond wordt verder gesloten met catgut. Daarna een catgutdeknaad à la L e m b e r t. Het blaasperitoneum wordt over den wond gehecht. Gaastampons worden verwijderd.

Peritoneum parietale wordt met een doorlopende catgutnaad gesloten.

De fascie wordt met catguthechtingen hersteld. Tenslotte wordt de huid gehecht met zijden knoophechtingen of graves Sterielverband.

Is de placenta in den uterus achtergebleven, dan wordt door expressie op den fundus uteri de navelstreng geboren. Ligt de placenta los, dan wordt zij door uitstrijken of stempelen geboren. Blijft de placenta te lang vastzitten of treedt een bloeding op, dan word de handgreep van C r é d é toegepast. Wanneer deze handgreep mislukt, kan zonder bezwaar manueele verwijdering der placenta geschieden.

Nabehandeling.

Evenals alle operatie-patiënten, blijven de vrouwen gedurende drie weken plat te bed liggen. De verpleging geschiedt de eerste dagen door drie zusters, later twee.

Indien geen complicaties optreden en de temperatuur geruimen tijd normaal is, wordt de vrouw gemobiliseerd en uit de kliniek ontslagen.

Indicaties tot de keizersnede.

In het algemeen wordt slechts tot keizersnede bij een bekkenvernauwing overgegaan, wanneer gebleken is, dat de geboorte van een levend kind, langs den natuurlijke weg, onmogelijk of althans hoogst riskant is.

In verband daarmee, wordt primair slechts tot Sectio Caesarea overgegaan,

1° wanneer uit de afloop der vorige baringen de moeilijkheden, die een bepaald bekken oplevert, zijn gebleken.

2° wanneer het baringskanaal zoo klein, resp. de wanverhouding tusschen hoofd en bekken zoo groot is, dat naar menscheijke berekening, de geboorte langs den natuurlijke weg uitgesloten is. In alle andere gevallen wordt aan de baring langs den natuurlijke weg een kans gegeven, en eerst wanneer in het verloop van zoo'n baring blijkt, dat het hoofd niet indaalt of wanneer zich complicaties voordoen, die het leven van moeder of kind in gevaar brengen, wordt Sectio Caesarea gedaan.

Uit de aard der zaak is de beslissing of nog langer gewacht kan worden, dan wel of tot keizersnede zal worden overgegaan, lang niet altijd gemakkelijk. Soms moet men na uren wachten, gedurende welken tijd het kind in levensgevaar kan zijn gekomen, toch nog keizersnede doen, in andere gevallen echter, en die zijn lang geen zeldzaamheid, wordt de expectatieve leiding beloond door de geboorte van een levend, goed kind per vias naturalis, en wordt de vrouw een sectio caesarea bespaard.

Aangezien de beoordeeling van de mogelijkheid van een partus per vias naturalis bij stuit- en dwarsligging veel moeilijker is, dan bij achterhoofdsliggingen, is men geneigd bij deze liggingsafwijkingen veel eerder tot Sectio Caesarea over te gaan, dan bij een normale hoofdligging, zoodat onder deze omstandigheden het aantal primaire Sectio Caesarea veel grooter is dan bij achterhoofdsligging.

Dit moge uit het volgende blijken:

Bij 2297 hoofdliggingen werd $122 \times$ S.C. gedaan = 5.3 %.

Bij 42 gevallen van uitgezakte navelstreng $20 \times \text{S.C.} = 47.5 \%$.

Bij 103 stuitliggingen $7 \times \text{S.C.} = 6.8 \%$.

Bij 42 dwarsliggingen $7 \times \text{S.C.} = 16.7 \%$.

Eénmaal werd keizersnede gedaan wegens placenta praevia bij bekkenvernaauwing.

Voor een overzicht van de keizersneden zijn deze in tabelvorm gebracht. De Nos. 1—44 kwamen voor bij primiparae, die één keizersnede ondergingen. De Nos. 45—77 zijn de multiparae, die één keizersnede ondergingen. De Nos. 78—114 zijn de vrouwen met 2 S.C. De Nos. 115—136 zijn de vrouwen met 3 S.C. De Nos. 137—145 zijn de vrouwen met 4 S.C. De Nos. 146—152 zijn de vrouwen met 5 S.C. De Nos. 153—157 kwamen voor bij een vrouw, bij wie zes maal keizersnede werd gedaan.

Zie voor deze tabellen bldz. 262 en volgende.

Wegens bekkenvernaauwing werd bij 59 primiparae keizersnede gedaan, voor enkelvoudige voldragen zwangerschap.

Indicaties.

23 maal bleek de wanverhouding tusschen hoofd en bekken te sterk, reeds voor volkomen ontsluiting.

$2 \times$ bij C.D.: 10—10.9 cm: N° 33, 34.

$9 \times$ bij C.D.: 9—9.9 cm: N° 2, 13, 14, 19, 21, 23, 29, 110, 113.

$9 \times$ bij C.D.: 8—8.9 cm: N° 11, 22, 26, 28, 36, 43, 97, 121, 139.

$2 \times$ bij C.D.: 7—7.9 cm: N° 8, 124.

$1 \times$ bij Coxitis tuberculosa. C.D. 9.4 cm: N° 134.

20 maal wegens sterke bekkenvernaauwing, met vroegtijdig afloopen van het vruchtwater en weinig krachtige weeën.

$6 \times$ bij C.D. 10—10.9 cm: N° 1, 3, 15, 30, 42, 44.

$11 \times$ bij C.D. 9—9.9 cm: N° 4, 5, 6, 24, 31, 35, 37, 88, 92, 98, 146.

$3 \times$ bij C.D. 8—8.9 cm: N° 16, 38, 86.

2 maal wegens bekkenvernaauwing en eclampsie.

$1 \times$ bij C.D. 10—10.9 cm: N° 32.

$1 \times$ bij C.D. 8—8.9 cm: N° 114.

3 maal wegens sterke bekkenvernaauwing en niet te keeren stuitligging.

$1 \times$ bij C.D. 10—10.9 cm: N° 9.

2 × bij C.D. 9—9.9 cm: N° 18, 40.

4 maal wegens bekkenvernaauwing met voorliggende en uitgezakte navelstreng.

2 × bij C.D. 10—10.9 cm: N° 12, 17.

2 × bij C.D. 9—9.9 cm: N° 7, 41.

7 maal werd keizersnede verricht, waarvan de indicatie afzonderlijk vermeld wordt op grond van bijzonderheden in de indicatie.

Toc 1933/487. N° 20.

Conjugata diagonalis 9.1 cm.

Bij volkomen ontsluiting wordt de verhouding tusschen hoofd en bekken nog eens beoordeeld, nadat de vrouw reeds 40 uur in partu is. Er wordt besloten de vliezen niet te breken en sectio caesarea te doen. Levend kind. 3630 gram. Kraambed licht gestoord.

Toc 1936/116. N° 111.

Conjugata diagonalis: 8.5 cm. Het hoofd zet zich vast in achterste wandbeensligging. Bij volkomen ontsluiting worden de vliezen gebroken. Na 2¼ uur is het hoofd niet veel dieper gekomen, secundaire sectio caesarea. Levend kind. 3280 gram. Kraambed gestoord door thrombose.

Toc 1934/173. N° 25.

Conjugata diagonalis 10 cm.

De vrouw zou volgens afspraak in de kliniek bevallen en komt eerst na het afloopen van het vruchtwater, 11¼ uur geleden, voor opname. Er is dan 3 cm ontsluiting, de navelstreng is uitgezakt, meconium loopt af. Hoofd staat voor een klein segment ingedaald, puilt zeer sterk uit.

Sectio Caesarea zal vermoedelijk te laat zijn om het kind te redden, doch deze primipara is 43 jaar oud. Het kind wordt diep asphyctisch geboren, sterft na ½ uur.

Toc 1934/342. N° 27.

Conjugata diagonalis 10.5 cm. Conjugata vera 9¼ cm (obductie). De vrouw is 29 dagen tevoren opgenomen. Tijdens de weeën een lichte eclamptische aanval. Bloeddruk stijgt tot 205. Weeën zijn niet krachtig. Na 28 uur is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn dan reeds 43 uur gebroken. De schedel, die aan-

vankelijk hoog stond, staat met een punt in het bekken en promineert weinig meer.

Er zijn tijdens de uitdrijving krachtige weeën; na 1 uur is het hoofd niet dieper gekomen en blijft promineeren. Secundaire Sectio caesarea. Levend kind. 3 uur post operationem sterft de vrouw door hartzwakte na de narcose.

Toc 1930/524. N° 94.

Conjugata diagonalis 9.3 cm. Uitgangsvernauwing. In partu opgenomen. De vrouw heeft gedurende 5 dagen weeën, en is in dien tijd herhaalde malen inwendig onderzocht. Temp. 37°.9, pols 124.

Er is 4 cm ontsluiting. De vliezen zijn 6 uur te voren gebroken. Kind is dood. Er is geen tympania uteri. Het hoofd puilt zeer sterk uit en staat nog beweegelijk boven den ingang.

Wachten op volkomen ontsluiting en daarna perforatie van de schedel kan slechte gevolgen voor de vrouw met zich brengen. De aanzienlijke uitgangsvernauwing zal groote moeilijkheden opleveren.

Daarom keizersnede voor een dood kind!

Bij de operatie wordt een overlangsche incisie gegeven in het onderste uterussegment. Contractiering omsnoert de hals, zoodat de snede in het corpus uteri verlengd moet worden. Het kind is gemacereerd. 3580 gram.

Kraambed gestoord door thrombose, duurt 55 dagen.

Toc 1934/115. N° 107.

Conjugata diagonalis 8.3 cm.

Opname durante partu. Vruchtwater is bij het begin der weeën afgelopen ongeveer 80 uur geleden.

De vrouw werd herhaaldelijk onderzocht. Temp. 38°.5. pols 100. Er is een tympania uteri. Vruchtwater is breiig, stinkt. Kind ligt in hoofdligging en leeft. Ontsluiting bedraagt 7 cm.

Verschillende mogelijkheden worden overwogen:

1. Afwachten, pituitrine, duurt nog lang. Kind gaat dood. Perforatie is dan nog moeilijk en gevaarlijk.
2. Perforatie van het levende kind. De toestand van de moeder vereischt dit momenteel nog niet.
3. Schaambeensnede bij een primipara komt niet in aanmerking.

4. Keizersnede heeft voordeelen:
uteris is dadelijk ontledigd;
kind maakt een kleine kans;
geen laexis van weeke deelen.

Maar ook nadeelen:

Gevaar voor peritonitis, dit zal echter wel meevallen, want er is vermoedelijk meer sprake van rotting in utero door goed-aardige coccen, dan van een kwaadaardige infectie.

Er wordt tot keizersnede besloten.

Kind is zeer diep asphyctisch en heeft geaspireerd, het sterft na 3 dagen.

De vrouw krijgt twee buikwondabscessen, waardoor het kraambed 47 dagen duurt.

Toc 1931/51. N° 10.

Promontorium niet te bereiken, weinig bewegelijkheid in de symphysis. Op de Röntgenfoto: algemeen vernauwd bekken.

De vrouw is 36 dagen tevoren opgenomen.

De baring begint met het afloopen van het vruchtwater. Na 33 uur is er 8 cm ontsluiting. Het hoofd is de spinaallijn gepasseerd, is boven de bekkeningang nog te voelen, maar promineert niet. Er is een uitgangsvernauwing. Diagnose wordt gesteld op: trechterbekken.

Het hoofd is gemakkelijk op te drukken. Het is zeer twijfelachtig of forcipaal een levend kind geëxtraheerd zal kunnen worden.

Daarom wordt tot keizersnede besloten, ondanks:
langdurige baring;

vroeg afloopen van het vruchtwater;
temperatuur 38°.

Levend kind wordt geboren.

Kraambed is gestoord door een mastitis en duurt 64 dagen.

Resultaat kinderen.

Van de 59 kinderen zijn er 3 gestorven.

Toc 1930/524. N° 94.

Keizersnede voor een dood kind. Baring had reeds 5 dagen geduurd. Tympania uteri. Kind was reeds gemacereerd.

Toc 1934/115. N° 107.

Keizersnede bij tympania uteri.

Kind na 3 dagen dood door aspiratie.

Toc 1934/173. N° 25.

Bij 3 cm ontsluiting zakt navelstreng uit. Meconium. Vrouw is 43 jaar oud. Poging kind nog te redden, faalt. Kind sterft na ½ uur door asphyche.

Multiparae.

Wegens bekkenvernaauwing werd bij 94 multiparae keizersnede gedaan, bij voldragen enkelvoudige zwangerschap.

Indicaties.

47 maal bleek de wanverhouding tusschen hoofd en bekken te sterk reeds vóór volkomen ontsluiting.

10 × bij C.D. 10—10.9 cm: N° 50, 78, 79, 104, 118, 119, 128, 130, 138, 139.

14 × bij C.D. 9—9.9 cm: N° 55, 59, 67, 82, 99, 100, 101, 106, 108, 126, 127, 148, 149, 150.

20 × bij C.D. 8—8.9 cm: N° 56, 60, 61, 87, 97, 103, 110, 121, 122, 141, 142, 143, 144, 151, 152, 153, 154, 155, 156.

2 × bij C.D. 7—7.9 cm: N° 124, 125.

1 × bij coxitis tuberculosa C.D. 9.4 cm: N° 134.

9 maal wegens sterke bekkenvernaauwing, vroegtijdig afloopen van het vruchtwater, weinig krachtige weeën.

2 × bij C.D. 10—10.9 cm: N° 51, 57.

7 × bij C.D. 9—9.9 cm: N° 46, 71, 84, 91, 93, 137, 145.

10 maal wegens voorliggende of uitgezakte navelstreng bij sterke bekkenvernaauwing.

4 × bij C.D. 10—10.9 cm: N° 53, 58, 62, 70.

4 × bij C.D. 9—9.9 cm: N° 45, 54, 132, 147.

2 × bij C.D. 8—8.9 cm: N° 64, 135.

1 maal wegens stuitligging bij sterke bekkenvernaauwing. C.D. 9—9.9 cm: N° 89.

3 maal wegens dwarsligging bij sterke bekkenvernaauwing.

1 × bij C.D. 10—10.9 cm: N° 90.

1 × bij C.D. 9—9.9 cm: N° 83.

1 × bij C.D. 8—8.9 cm: N° 116.

1 maal wegens sterke uitgangsvernaauwing. N° 65.

2 maal wegens bekkenvernauwing en placenta praevia.

1 × bij C.D. 11—11.9 cm: N° 69.

1 × bij C.D. 9—9.9 cm: N° 75.

1 maal wegens sterke bekkenvernauwing en eclampsie.

C.D. 10—10.9 cm: N° 85.

20 maal wegens bijzondere, hieronder te vermelden indicatie.

Niet indalen na volkomen ontsluiting.

Toc 1928/25. N° 48.

IVe para. Conjugata diagonalis 10.2 cm.

Afloop vorige baringen:

I. Stuitligging, doodgeboren (thuis).

II. Toc 1921/324. Versie en extractie voor voorliggende navelsstreng. Kind leeft. 3810 gram.

III. Toc 1926/325. Hooge tang. Kind leeft. 3960 gram.

Thans heeft de vrouw spoedig volkomen ontsluiting. Hoofd staat bewegelijk boven den ingang, puilt matig uit. De vliezen worden gebroken. De weeën zijn niet krachtig en na 4 uur volkomen ontsluiting staat het hoofd nog geheel bewegelijk, zoodat besloten wordt tot Secundaire Sectio Caesarea.

Kind leeft. 3600 gram. Kraambed verloopt gunstig.

Toc 1929/61. N° 52.

VIIIe para. Conjugata diagonalis 10.8 cm.

Afloop der vorige baringen:

I—IV. De eerste vier kinderen worden spontaan en levend geboren.

V. Toc 1919/472. Hoofd daalt niet in. Hooge tang mislukt, schaambeensnede, daarna gelukt de tang. Levend kind. 3970 gram.

VI. Toc 1921/206. Hooge tang. Kind leeft.

VII. Toc 1924/319. Partus arte praematurus. Levend kind. 3030 gram.

Thans wordt de partus à terme afgewacht. Er is na 9 uur volkomen ontsluiting. Hoofd puilt sterk uit. Vliezen worden gebroken. Ondanks krachtige weeën daalt het hoofd niet in en blijft bewegelijk boven den ingang. Na 1½ uur secundaire sectio caesarea. Kind leeft. 4870 gram.

Kraambed verloopt gunstig.

Kind sterft na 22 uur.

Toc 1934/282. N° 68.

Ile para. Conjugata diagonalis 10.2 cm.

Afloop der vorige bevalling:

I. Langdurige baring. Spontaan praematuur.

± 1000 gram. Na 7 maanden is het kind gestorven.

Thans loopt het vruchtwater bij het begin van de baring af; 28¼ uur later loopt er meconium af; er is reeds geruimen tijd 4 cm ontsluiting, zonder vorderen van de baring. Besloten wordt keizersnede te doen. Kind leeft, sterft na 22 uur door aspiratie. Het woog 3110 gram. Kraambed was wat gestoord.

Niet indalen bij volkomen ontsluiting.

Toc 1935/482. N° 72.

VIIe para. Conjugata diagonalis 9.2 cm.

Afloop der vorige baringen:

I—V. Vijfmaal spontaan à terme. Levende kinderen.

VI. Foetus maceratus.

Thans blijven de vliezen staan tot volkomen ontsluiting. Het hoofd puilt sterk uit. Vliezen worden gebroken, doch na 3½ uur daalt het hoofd niet in. Secundaire sectio caesarea. Kind leeft. 2860 gram. Kraambed sterk gestoord door thrombose.

Toc 1935/493. N° 73.

Ve para. Conjugata diagonalis 9.4 cm.

Afloop der vorige baringen:

I—IV. Viermaal werden de kinderen spontaan à terme, levend geboren.

Thuis werd dit maal gewacht tot volkomen ontsluiting en de vliezen door den huismedicus gebroken. Wegens niet indalen van het hoofd wordt de vrouw opgenomen in de kliniek. Het hoofd puilt sterk uit. Secundaire sectio caesarea. Levend kind 4100 gram. Kraambed gestoord door draadettering.

De sectio geschiedde 6¾ uur na het breken van de vliezen.

Niet indalen 22 uur na volkomen ontsluiting.

Toc 1930/131. N° 102.

Ile para. Conjugata diagonalis. 8.8 cm.

Afloop vorige baring:

I. Langdurige baring. Kind dood.

Thans worden thuis door den huismedicus de vliezen bij volkomen ontsluiting gebroken. Het hoofd daalt niet in, daarom wordt de vrouw 22 uur (!) later opgenomen. Er loopt stinkend vruchtwater af. Secundaire sectio caesarea. Levend kind. 3870 gram.

Kraambed gestoord door buikwandabsces.

Keizersnede wegens langzame harttonen.

Toc 1935/433 N° 131.

IIIe para Conjugata diagonalis. 10.5 cm.

Afloop der vorige baringen:

I. Hooge tang à terme. Kind sterft na 4½ week door wondinfectie.

II. S.C. à terme. Kind dood $\pm$ 2500 gram.

Thans loopt het vruchtwater vroeg af. 6 uur later is er 7 cm ontsluiting. Hoofd puilt flink uit. Harttonen worden langzaam. Keizersnede. Levend kind. 3810 gram. Kraambed gestoord door thrombose.

Myoom.

Toc 1928/68. N° 117.

Ve para. Conjugata diagonalis: 10 cm.

Afloop der vorige baringen:

I. Spontaan à terme. Hoofdligging. Langdurige baring. Kind durante partu gestorven.

II. Hooge tang à terme. Kind leeft.

III. Spontaan à terme. Hoofdligging. Kind na 2 dagen dood.

IV. Stuitextractie? à terme, doodgeboren.

Anamnestic zou zich een myoom in het kleine bekken bevonden hebben bij de vorige bevalling, dat echter thans niet gevonden wordt, wel is er een myoom in de rechter tubahoek.

Het hoofd staat afgeweken, het kind is groot, gezien verder de afloop van de vorige bevallingen, wordt er tot keizersnede besloten als het blijkt dat er bij inwendig onderzoek volkomen ontsluiting is met staande vliezen.

De uterus blijkt getordeerd te zijn en met de linkerzijde

voor te liggen. Vrijleggen van het onderste uterussegment gelukt niet. Daarom incisie in het corpus uteri. Het hoofd blijkt echter beneden de contractiering vast zitten, daarom wordt de incisie verlengd tot in het onderste uterussegment. Er ontstaat een flinke bloeding. Kind is goed, 4270 gram. Placenta wordt door de wond verwijderd. Sterke nabloeding. Pols is nauwelijks voelbaar. Durante operatione wordt de vrouw gestimuleerd met coffeïne. Na de operatie onderhuids infuus van 1 L. physiologisch water.

Kraambed gestoord, duurt 33 dagen.

De vrouw wordt nog tweemaal zwanger en wordt beide malen door de keizersnede verlost.

Toc 1929/264 en Toc 1931/123. Beide keeren wegens te groote wanverhouding.

Eén nier. Dodelijke embolie.

Toc 1932/254. N° 63.

Xe para. Conjugata diagonalis. 10.8 cm.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Forceps à terme. Kind is 17 jaar oud geworden.
- II. Forceps à terme. Kind leeft.
- III. Forceps à terme. Kind durante partu gestorven.
- IV. Uitgezakte navelstreng. Versie en extractie.
Levend kind. (Toc 1916/26).
- V. Voorhoofdsligging, manueele correctie. Tang. Kind dood door schedelbreuk. (Toc 1919/225).
- VI. Partus arte praematurus. Hoofdligging, leeft. 3170 gram. (Toc 1920/439).
- VII. Partus arte praematurus. Stuitligging, leeft. 2860 gr. (Toc 1923/196).
- VIII. Partus arte praematurus. Hoofdligging, leeft. 2940 gram. (Toc 1925/228).
- IX. Achterste wandbeensligging à terme. (Toc 1927/332).
Schaambeensnede. Hooge tang. Kind leeft. 4100 gram.
Sterk gestoord kraambed. Ureterfistel. Nephrectomie.
Besloten wordt deze maal keizersnede te doen, gezien de sterke bekkenvernauwing en het feit, dat de vrouw één nier heeft, zoodat schaambeensnede ditmaal te gewaagd is.

Geen inwendig onderzoek. Vliezen staan.

Placenta door de wond verwijderd. De tubahoeken worden doorgeknipt om de vrouw te steriliseeren.

Kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

De 14e dag krijgt de vrouw een glycerine spuitje, even daarna doodelijke embolie. Post mortem blijkt het, dat oedeem van het linkeronderbeen nog niet was opgemerkt.

Vroeg afloopen van het vruchtwater.

Toc 1934/10. N° 66.

IIIe para. Conjugata diagonalis 10.8 cm.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Spontane abortus van 10 weken.
- II. Stuitligging à terme. Vliezen vroeg gebroken, weeënzwakke, tympania uteri, pituitrine. foetus maceratus 3300 gram. De vrouw komt 26 dagen tevoren in de kliniek.

Weer loopt het vruchtwater vroeg af. Na bijna 2 dagen zijn er nog geen weeën. Bij inwendig onderzoek wordt een staande portio gevonden.

Keizersnede wegens de flinke bekkenvernauwing met vrij sterk uitpuilend hoofd. De vrouw is 44 jaar oud en heeft nog geen levend kind.

Operatie zonder complicaties. Levend kind van 3940 gram.

Kraambed heeft gunstig verloop en duurt 24 dagen.

Keizersnede na mislukte poging tot tangextractie.

Toc 1934/144. N° 129.

XIVe para. Conjugata diagonalis. 10 cm.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Forceps à terme. Levend kind.
- II. Spontaan à terme. Hoofdligging. Kind leeft.
- III. Spontaan à terme. Hoofdligging. Langdurige baring. Kind leeft.
- IV. Spontaan à terme. Hoofdligging. Langdurige baring. Kind heeft 2 dagen geleefd.
- V. Forceps à terme. Kind leeft.
- VI—XIII. 8 maal partus arte praematurus door eivliessteek in de 8ste maand van de zwangerschap. 5 kinderen zijn doodgeboren.

De vrouw is thans à terme. Zij heeft spoedig volkomen ontsluiting. Vliezen breken. Gedurende de uitdrijving daalt het hoofd een klein segment in, en zet zich vast in achterste wandbeensligging. De weeën zijn vrij krachtig. De vrouw perst slecht mee.

Hoofd komt na eenigen tijd niet dieper, puilt wel veel minder uit voor de symphysis, zoodat 2 uur na het breken van de vliezen tot forcipale extractie besloten wordt. Buiten narcose worden de lepels ingebracht. De tang ligt echter zoo onrustig, dat van extractie wordt afgezien en tot keizersnede wordt overgegaan. Levend kind van 3980 gram.

Kraambed vrijwel ongestoord, duurt 23 dagen. Deze vrouw werd nog tweemaal zwanger, en werd beide malen door sectio caesarea verlost.

Toc 1935/18. Toc 1937/527.

Het opmerkelijke van deze vrouw is, dat haar bekken geen aanleiding heeft gegeven tot liggingsafwijkingen van het kind, maar dat de vernauwde doorgang met het toenemen van het aantal zwangerschappen een steeds grootere rol is gaan spelen.

Met hulp van vroedvrouw en huisarts zijn de eerste vijf zwangerschappen geëindigd met één slechte afloop voor het kind.

Daarna zijn de kinderen blijkbaar groter geworden of hebben hardere schedels gekregen, zoodat acht maal eivliessteek werd toegepast in de 8ste maand en driemaal keizersnede werd verricht voor een voldragen zwangerschap.

De laatste twee maal zette het hoofd zich niet meer vast tijdens de uitdrijving.

Cyste.

Toc 1936/196. N° 113.

Ile para. Conjugata diagonalis 10.7 cm.

Afloop vorige bevalling.

I. Keizersnede. Kind in stuitligging $\pm$ 3000 gram. Vroedvrouwschool te Heerlen.

Gedurende de zwangerschap was een cyste in het kleine bekken gevonden, zoodat zij 14 dagen te voren werd opgenomen voor sectio caesarea.

Bij 3 cm ontsluiting loopt, zonder dat weeën zijn waarge-

nomen, het vruchtwater af. Bij inwendig onderzoek blijkt de cyste verdwenen te zijn.

Daar er een flinke bekkenvernauwing is en het vruchtwater afgelopen is, zonder dat er weeën zijn waar te nemen, wordt tot keizersnede besloten, waarbij dan tevens de cyste verwijderd kan worden. Levend kind 3440 gram. Dermoidcyste wordt verwijderd. Kraambed verloopt gunstig en duurt 22 dagen.

Toc 1927/241. N° 115.

IXe para. Conjugata diagonalis 9.7 cm.

Afloop der vorige baringen:

I. Forceps. Kind dood.

II. Forceps. Kind leeft.

III. Partus praematurus 7 maanden. Kind dood.

IV. Forceps. Kind leeft.

V. Forceps. Kind leeft.

VI. Uitgezakte navelstreng. Versie en extractie. Kind dood.

VII. Primaire corporeele sectio caesarea. Kind leeft.

2540 gram. (Toc 1922/189).

VIII. Corporeele sectio caesarea. Kind leeft.

Draadettering. (Toc 1924/294).

Vruchtwater loopt af zonder dat er weeën worden waargenomen. Het hoofd staat afgeweken en promineert vrij sterk. Het wordt niet uitgesloten geacht, dat een levend kind langs natuurlijke weg zal kunnen passeeren. Vorige maal is er echter draadettering opgetreden, de uterus voelt dun aan, zoodat er kans op uterus ruptuur moet worden aangenomen.

Tijdens de operatie worden talrijke adhaesies losgemaakt van de darmen. Sterilisatie door doorknippen van de tubae. Uterus en fascie worden met zijde gehecht. Kind leeft, weegt 2200 gram. Tijdens het kraambed, dat 42 dagen duurt, treden weer draadfistels op.

Plastiek in de zwangerschap.

Toc 1927/369. N° 47.

IIIe para. Conjugata diagonalis 9.3 cm.

Afloop der vorige baringen:

I. Uitgangstang. Kind dood. (toc 1924/184).

II. Spontaan à terme. 3340 gram. Levend kind. (toc 1925/244).

In het begin van de zwangerschap is een plastiek verricht voor een prolaps, zonder dat de graviditeit was opgemerkt.

Daar bij een bewegelijk uitpuilend hoofd het vruchtwater vroegtijdig afloopt, wordt mede in verband met de bovengenoemde plastiek, tot keizersnede besloten. Kind leeft. 3290 gr.

Kraambed duurt 25 dagen.

Kind gestorven.

Toc 1928/64. N° 49.

IIIe para. Conjugata diagonalis 9.9 cm.

Afloop der vorige baringen.

I. Spontaan à terme $\pm$ 2500 gram; levend kind.

II. Opname wegens langdurige baring. Koorts. Kind durante partu gestorven. Perforatie en cranioclasie. 4500 gram.

III. Abortus van 3 à 4 maanden.

Hoofd staat beweeglijk, maar promineert niet. Bij ongeveer 3 cm ontsluiting loopt meconiumhoudend vruchtwater af. Harttonen zijn langzaam maar regelmatig. Er zijn kindsbewegingen te voelen als van stuiptrekkend kind, zoodat besloten wordt, te trachten het kind te redden door keizersnede.

Het kind komt asphyctisch ter wereld. Ademt eenige keeren, doch is na 20 minuten dood. Kraambed licht gestoord, duurt 26 dagen.

Eclampsie.

Toc 1930/366. N° 57.

Ile para. Conjugata diagonalis 9.8 cm.

Afloop der vorige bevalling:

I. Praematuur foetus maceratus door partieele loslating van de placenta. De bloedsdruk was in de zwangerschap éénmaal 140, verder steeds normaal, bij ontslag 105.

In deze graviditeit was de bloedsdruk wisselend van 105 tot 115, slechts éénmaal 130.

Er waren nooit afwijkingen in de urine, geen oedeem. In de 8ste maand vloeit de vrouw een weinig, wordt behandeld met bedrust.

Ongeveer à terme krijgt de vrouw eclampsie en wordt na 4

aanvallen opgenomen in coma met bloedsdruk 135. Urine bevat nu veel eiwit. Esbach 24⁰/₀₀. In de kliniek volgt weer een aanval. Bloeddruk 165. Het kind loopt ernstig gevaar.

1° ernstige bekkenvernaauwing.

2° bloeding in de zwangerschap, die in verband met de afloop der vorige zwangerschap, op een partieele loslating zou kunnen wijzen.

3° door de eclamptische aanvallen.

Kind wordt door keizersnede levend geboren. 3730 gram.

Kraambed gestoord door thrombose, duurt 73 dagen. Na deze, bevalt de vrouw nog 4 × van een dood kind door solutio placentae.

Pseudo-spondylololysthesis.

Toc 1928/141. N° 80.

Vie para Conjugata diagonalis 10.5 cm.

I. Spontaan, op 2-jarige leeftijd gestorven.

II—V. 4 levende kinderen spontaan geboren.

Na de laatste bevalling kon de vrouw niet lopen. Het duurde lang, voor zij tenslotte met krukken liep. Haar linker been is wat langer dan rechts. Tijdens de graviditeit wordt zij opgenomen in de Neurologische kliniek, en vandaar opgenomen in de Verloskundige kliniek.

Bij inwendig onderzoek blijkt de schaamboog wijd. Links staat de horizontale schaambeenstak een centimeter hoger dan rechts. Er is een groote bewegelijkheid tusschen beide deelen van de schaamboog. Er is een exostose aan de symphysis. Linea innominata is te volgen. Promontorium staat laag en sterk naar voren. 4e en 5e lumbaalwervel maken een scherpe hoek met elkaar. Afstand van deze hoek tot symphysis bedraagt 10½ cm. Sacrum is sterk hol. Bovenrand van de symphysis tot de kromming van de wervelkolom bedraagt zeker niet meer dan 8½ cm.

Als de vrouw in partu is gekomen, loopt al dadelijk het vruchtwater af en zakt een voet uit, er is vrijwel volkomen ontsluiting.

Geboorte langs natuurlijken weg zal vermoedelijk ongelukken geven. Het nakomend hoofd zal bezwaren geven. Er kan een

trauma optreden aan het bekken, waarvoor de vrouw juist zoolang gelegen heeft.

Het uitgezakte been wordt geïjodeerd en sectio caesarea verricht. Kind weegt 3760 gram.

Kraambed duurt 36 dagen. Bij revisie gaat het lopen nog moeilijk.

De diagnose van de bekkenafwijking werd gesteld op: (pseudo) spondylolisthesis.

Toc 1936/26. N° 81. (Zie N° 80).

Na een abortus van 1½ maand, komt bovenstaande vrouw weer terug. Het kind ligt nu in hoofdligging Sectio Caesarea. Levend kind. 3260 gram.

Kraambed gestoord door buikwandabsces, duurt 50 dagen. Loopt nog moeilijk.

Uitgangsvernauwing.

Toc 1932/216. N° 105.

Ile para. Uitgangsvernauwing.

Afloop vorige baring:

- I. Hoofd staat diep in achterhoofdsligging met verscherpt mechanisme. Forcipale extractie mislukt. Secundaire sectio caesarea. Levend kind. 3090 gram. (Toc 1924/91).

Wederom staat het hoofd geheel ingedaald, vruchtwater loopt af bij staande portio. Schaamboog is zeer nauw. Er is slechts een spoor bewegelijkheid in de symphysis, het maakt den indruk, dat het niet onmogelijk is, dat het kind langs natuurlijke weg geboren kan worden. Het vruchtwater is echter vroeg afgegaan. Verder is er een adhaesie van den uterus met de voorste buikwand, waardoor spoorvorming zou kunnen optreden. Daarom wordt tot keizersnede overgegaan. Kind leeft. 2410 gram. Kraambed verloopt gunstig in 24 dagen.

Oude bekkenfractuur.

Toc 1936/35. N° 76.

Ile para. Oude bekkenfractuur.

Afloop van de vorige bevalling.

- I. Spontaan à terme in achterhoofdsligging. Kind leeft. 4500 gram. (V.P. 1932/1239).

Kraambed is sterk gestoord met hooge temperatuur. De vrouw is psychotisch en springt uit het raam. Met een bekkenfractuur wordt zij opgenomen in de Psychiatrische Kliniek. Er ontwikkelt zich een septische thrombose.

Zij wordt voor deze bevalling opgenomen.

Het hoofd daalt tijdens de uitdrijving voor $\frac{2}{3}$ in, komt dan niet dieper en blijft steken op scherpe uitsteeksels van de linkerbekkenhelft, die geheel naar binnen is gedrongen. Bij forcipale extractie bestaat zeer groote kans, dat het kind gekwetst zal worden door de uitstekende punten. Daarom keizersnede. Kind wordt levend geboren en weegt 3850 gram. Kraambed van 25 dagen.

Resultaat kinderen.

Van de 95 kinderen zijn 2 kinderen gestorven.

Toc 1928/64. N° 50.

Bij 3 cm ontsluiting loopt meconium af. Kind vertoont heftige bewegingen. Stervende? Keizersnede. Kind na 20 minuten door aspiratie gestorven.

Toc 1934/282. N° 68.

Keizersnede voor bekkenvernauwing met reeds lang afgelopen vruchtwater, 22 uur na de geboorte sterft het kind door asphyxie en aspiratie.

Sectio Caesarea bij Tweelingen.

Primipara.

Toc 1935/530. N° 39.

Ie para. Conjugata diagonalis 9.4 cm.

Er is een stuitligging. Kind wordt geschat op 3600 gram. Vruchtwater is afgelopen, zonder dat weeën zijn waargenomen. Daar deze primipara reeds 38 jaar oud is en een sterke bekkenvernauwing heeft, wordt tot keizersnede besloten.

Er blijken echter bij de operatie twee kinderen in utero te zijn. Het eerste kind leeft en weegt 2060 gram, het tweede kind weegt 1610 gram, het wordt diep asphyctisch geboren en sterft na 1 uur.

Kraambed gestoord door buikwand absces, duurt 36 dagen.

Multipara.

Toc 1932/55. N° 95.

Ile para. Conjugata diagonalis 9.3 cm.

Afloop van de vorige bevalling:

- I. Langdurige baring met vroeg afgeloopen vruchtwater. Keizersnede voor dood kind.

Rotting in utero, thrombose (toc 1930/524).

Bij opname voor deze bevalling is het vruchtwater afgeloopen. Het hoofd staat nog beweeglijk, promineert weinig. Keizersnede. wegens bekkenvernauwing met vroeg afgeloopen vruchtwater en slechte afloop van de vorige partus. Het blijkt, dat de geheele voorvlakte van den uterus met de buikwand is vergroeid, zoodat de operatie geheel extra peritoneaal kan geschieden. Daarom incisie in de spier, die niet met peritoneum bedekt was, dus corporeele sectio caesarea. De placenta wordt daarbij ingesneden, zoodat een sterke bloeding optreedt.

Er blijkt onverwachts een tweeling te zijn. Beide kinderen leven, het eerste heeft een snede over arm en wang, die gehecht wordt. Gewicht: 1740 en 1900 gram.

Kraambed duurt 37 dagen.

Toc 1935/532. N° 74.

Ile para. Conjugata diagonalis 10 cm.

Afloop van de vorige bevalling.

- I. Langdurige baring, tympania uteri, pituitrine. Hooge tang. Perforatie. Kraambed gestoord door pyaemie. (toc 1930/227).

De vrouw is acht dagen te voren opgenomen. Het hoofd staat even ingedaald in achterhoofdsligging. Wegens bekkenvernauwing: keizersnede. Er blijken twee kinderen te zijn, een-eiige tweeling. Het eerste leeft. 2650 gram. Het tweede is gemacereerd. 2120 gram.

Kraambed gestoord door thrombose, duurt 46 dagen.

*Sectio Caesarea voor praematuur kind.**Voor de 6e maal keizersnede.*

Toc 1936/10. N° 157.

VIIIe para. Conjugata diagonalis 8.6 cm.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Sectio Caesarea. 3520 gram. (A'dam).
 - II. Sectio Caesarea. 3800 gram. Thrombose. (toc 1927/275).
 - III. Sectio Caesarea. 3720 gram. (toc 1928/329).
 - IV. Sectio Caesarea. 3150 gram. (toc 1930/57).
 - V. Sectio Caesarea. 3630 gram. (toc 1931/212).
- VI en VII. Tweemaal abortus provocatus van 2½ maand door den huisarts. De vrouw heeft den huisarts hierom niet gevraagd en liet de indicatie geheel aan hem over. Deze consulteerde de verloskundige kliniek niet. Na de tweede provocatie trad een zoo ernstige bloeding op, dat de vrouw in een zeer slechte toestand geraakte en langen tijd in een ziekenhuis verpleegd moest worden. Na dien bleef zij slap. Toen zij wederom zwanger werd, durfde de huisarts geen abortus meer op te wekken. Zij werd daarom naar de verloskundige kliniek verwezen. Hier ontving zij het advies over 6 maanden terug te komen. Zij kwam echter eerder, daar het vruchtwater na de 36e week afliep. Na 4 dagen nog steeds geen weeën. Bij inwendig onderzoek wordt een staande portio gevonden. Het kind ligt in stuitligging. Tot keizersnede besloten. Het kind leeft, is 44½ cm lang en weegt 2340 gram.

Van de voorgenomen sterilisatie wordt afgezien, daar er zeer veel adhaesies zijn, die deze ingreep bemoeilijken. Kraambed heeft een gunstig verloop en duurt 25 dagen. Bij revisie is er een littekenbreuk, waarvoor een buikband wordt gegeven. Het is deze vrouw wel aan te zien, dat zij zes keizersneden en twee miskramen achter den rug heeft. Klachten heeft zij niet. Geen menstruatiestoornissen. Ook na de thrombose in het kraambed van de tweede keizersnede zijn er geen blijvende circulatiestoornissen van de beenen. Zij doet gewoon haar werk in het huisgezin.

Herhaalde Sectio Caesarea.

77 vrouwen ondergingen	1 ×	keizersnede.
27 vrouwen ondergingen	2 ×	keizersnede.
12 vrouwen ondergingen	3 ×	keizersnede.
5 vrouwen ondergingen	4 ×	keizersnede.
2 vrouwen ondergingen	5 ×	keizersnede.
1 vrouw onderging	6 ×	keizersnede.

Uit deze opgave blijkt, dat de Utrechtsche kliniek geen indicatie kent, bij herhaalde keizersnede als regel te steriliseeren. Het is gebleken, dat herhaalde keizersnede geen grootere gevaren meebrengt, dan de voorafgaande.

Het valt niet te ontkennen, dat snel opeenvolgende keizersneden aanleiding geven tot verval van krachten. Menigmaal wordt de toestand van de buikwand telkens slechter. Ook op het gemoedsleven en het huwelijksgeluk kan de herhaalde keizersnede groote invloed gaan uitoefenen.

3 maal trad een zoo uitgebreide litteekenbreuk op, dat later chirurgisch ingrijpen noodig werd geacht.

Toc 1931/120.

Na 3 $\times$ keizersnede is er een groote litteekenbreuk, die 3 jaar later door een plastiek hersteld wordt. Een jaar later wordt zij opnieuw zwanger. Terwille van de buikwand wordt zij verlost door schaambeensnede van een levend kind. (toc 1935/103).

Toc 1931/123.

De vrouw is eerst viermaal langs vaginalen weg verlost, daarna driemaal door sectio caesarea. Eén jaar na de laatste keizersnede plastiek voor litteekenbreuk, welke fraai geneest.

Toc 1936/237.

Vijfmaal sectio caesarea. Bij de laatste keizersnede was de vrouw in partu binnengekomen. Na de operatie hoestte zij veel, waardoor den derden dag post operationem de wond geheel uiteen is gaan wijken. Secundaire naad genas per primam. 1½ jaar later werd zij opgenomen in de chirurgische kliniek met een ruim handpalm groote litteekenbreuk, slechts door huid bedekt, waardoor op één plaats een slip van het omentum was geëventreerd. Na plastiek genezen.

Indicaties tot steriliseeren van de vrouw.

Uit het bovenstaande blijkt, dat er zich bijzondere omstandigheden kunnen voordoen, die een aanwijzing kunnen zijn om de vrouw te steriliseeren. 4 maal werd hiertoe overgegaan, door de tubahoeken door te knippen en te overhechten.

Toc 1927/200.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Extraperitoneale sectio caesarea. Bij opname is de vrouw reeds 5 dagen in partu en heeft twee eclamptische aanvallen gehad. Tijdens de operatie treedt een derde aanval op. Genezing na buikwandabsces. Kind leeft. (toc 1916/226). Eenige maanden later wordt de gefixeerde uterus van de buikwand losgemaakt. (G.K. 1916/226).
- II. Sectio caesarea. Genezing na draadetteringen. Kind leeft. (toc 1918/284).
- III. Sectio caesarea. Ongestoorde wondgenezing. Kind leeft. (toc 1923/153).

Voor de vierde maal sectio caesarea met levend kind. De tubae worden doorgeknipt. Kraambled had een gunstig verloop.

Toc 1927/241.

Afloop der vorige bevallingen.

- I. Forceps, kind doodgeboren.
- II. Forceps, levend kind.
- III. Praematuur, 7 maanden, doodgeboren.
- IV en V. Forceps, levende kinderen.
- VI. Uitgezakte navelstreng. Versie en extractie. Kind doodgeboren.
- VII. Corporeele Sectio caesarea. Levend kind. (toc 1922/189).
- VIII. Corporeele sectio caesarea. Levend kind. Genezing met draadettering. (toc 1924/294).

Deze vrouw heeft dus reeds vijf levende kinderen. De uteruswand voelt dun aan, zoodat, wegens mogelijk gevaar voor uterusruptuur, weer tot keizersnede wordt overgegaan en daarbij sterilisatie wordt aangesloten. Het kind werd levend geboren.

Kraambled gestoord door draadfistels, duurde 42 dagen.

Toc 1932/254.

Afloop der vorige bevallingen:

- I—III. Forceps à terme. 2 kinderen leven, 1 dood.
- IV. Uitgezakte navelstreng. Versie en extractie. Levend kind. (toc 1916/26).
- V. Voorhoofdsligging. Manueele correctie. Forceps. Kind dood door schedelbreuk. (toc 1919/225).
- VI—VIII. Driemaal partus arte praematurus met levende kinderen. (toc 1920/439, toc 1923/196, toc 1925/228).

IX. Schaambeensnede. Forceps. Levend kind. Ureterfistel. Nephrectomie. (toc 1927/332).

Deze vrouw heeft dus 7 levende kinderen gehad, waarvan de eerste op 17 jarige leeftijd is gestorven. Tengevolge van de laatste verlossing is een nier geëxtirpeerd. Besloten wordt de vrouw tijdens de keizersnede te steriliseeren.

Levend kind wordt geboren. De tubae worden doorgeknipt. De vrouw sterft den 14en dag door een embolie.

Toc 1935/505.

Afloop der vorige bevallingen:

- I. Abortus.
- II. Sectio Caesarea. Levend kind.
- III. Partus arte praematurus. Kind 2000 gram, 9e dag dood.
- IV. Sectio Caesarea. Levend kind.
- V. Sectio Caesarea. Levend kind.
- VI. Abortus.

Deze vrouw heeft 3 levende kinderen. De zwangerschappen volgen elkaar snel op.

Na de keizersnede van het vierde levende kind worden de tuba's geëxideerd. Kraambed duurt 24 dagen.

Uterusruptuur na sectio caesarea.

Bij de besproken keizersneden kwam geen uterusruptuur voor. Bij de meerendeels lage keizersneden werd bij een volgende zwangerschap geen enkele maal waargenomen, dat het onderste uterussegment minder betrouwbaar zou zijn. Wel werd waargenomen, dat de uterus spier dun was na tweemaal doorstane corporeele sectio caesarea, waarvan de laatste keer met draadettering gepaard ging. Mede was dit een indicatie tot tijdige operatie, waarna de vrouw veiligheidshalve gesteriliseerd werd. (toc 1927/241).

Eén uterusruptuur werd waargenomen bij een vrouw, bij wie door Prof. K o u w e r corporeele sectio caesarea was gedaan.

Toc 1928/232.

Ile para. Coxitis tuberculosa.

Vorige bevalling:

Sterk vervormd bekken. Sectio caesarea is aangewezen. Het vruchtwater loopt af, er wordt niet inwendig onderzocht, ter-

stond wordt tot operatie overgegaan. Het blijkt, dat er een aanduiding is van uterus bicornus. De uterus wordt tamelijk hoog ingesneden tot in den fundus. Het kind wordt geëxtraheerd, leeft, en weegt 3180 gram. De placenta zit vast aan de achterwand en wordt met moeite verwijderd. De uterus wordt gesloten met een rij diepe hechtngen, daarna een serosa - serosanaad.

De uterus is slap, vult zich met bloed. Secale-injectie in den arm. Uterus blijft slap. Het bloed is niet uit te drukken. Hechtngen worden weer losgeknijpt. Van binnen uit wordt het ostium met Hegars gedilateerd, waarna het bloed kan afstroomen. (Wegens het infectiegevaar geen dilatatie per vaginam). Opnieuw wordt de uterus gesloten en daarna de buik.

In het kraambed treedt alleen de eerste 2 dagen lichte temperatuursverhooging op, daarna ongestoord verloop.

Voor de volgende graviteit wordt zij 33 dagen van te voren opgenomen.

In den vroegen ochtend krijgt zij slappe weeën en gaat naar Verloskamer. Er is een afgeweken hoofdligging. Harttonen goed. Zij slaapt daarna weer 2½ uur. Na het ontwaken zijn de contracties pijnlijker. De Hoogleeraar besluit niet langer met de S.C. te wachten en die te verrichten na een voorgenomen uterusextirpatie bij een vrouw met uterus myomatosus. Juist voordat zij naar de operatiekamer zal worden vervoerd, krijgt zij plotseling heftige pijn, kermt, is angstig, koud zweet op het gelaat. Zij ziet bleek, voelt koud aan, pols nauwlijks voelbaar. Uterus niet meer palpabel, geen dofheid bij percussie. Het beeld van de uterusruptuur. Onmiddellijk laparotomie, zonder anaesthesie. Het kind wordt met veel bloedstolsels door de wond getrokken, het is dood.

Supravaginale uterusextirpatie. Sluiten van de buik met één rij knoophechtngen. De vrouw heeft op deze ingreep, die hoogstens 10 minuten duurde, niet gereageerd en sterft kort daarna.

Uterus: cervix: laat één vinger toe. *Fundus:* dwarsverloopen-de scheur, waar de placenta voor een deel uitpuilt, voor het overige deel zit de placenta nog zéér vast en wel in de buurt van het oude litteken: placenta accreta.

De uterus is ter plaatse van de wond zéér dun, in het midden

naderen peritoneum en slijmvlies elkaar op enkele millimeters.

Waar de placenta vast aan het litteken zit, is deze dun en sklerotisch.

Er is dus een uterus ruptuur ontstaan vóór de baring. (Er was geen afscheiding, geen ontsluiting). Vermoedelijk is de ruptuur zeer geleidelijk ontstaan op de plaats, waar de placenta op het litteken vastzat.

Deze plaats was zeer dun en kon alleen de inwendige uterusdruk verdragen, dank zij de steun van de placenta, die daar dun, stug en sklerotisch was. Met het sterker worden der uteruscontracties heeft de wand daar tenslotte meegegeven en kreeg de vrouw buikpijn door geringe bloeding. Langzamerhand werd de wond grooter, getamponeerd door de placenta, die meer en meer is gaan loslaten. Deze situatie is niet bemerkt tot bij een krachtigere contractie de placenta losliet en in het gat werd geperst, waarna de uteruswand naar beide kanten scheurde en het kind in de buikholte werd gedreven. Er ontstond een zware chock en een sterke bloeding.

Aanvankelijk werd overwogen af te wachten met ingrijpen tot de collaps voorbij zou zijn, de snel intredende agone noodzaakte echter tot een onmiddellijke en hopelooze reddingspoging. Twee factoren kunnen van invloed zijn geweest, namelijk: 1° bestond er een aanduiding van een uterus bicornus en 2° is bij de eerste keizersnede de wond na het sluiten weer geopend en opnieuw gesloten, hetgeen snel moest geschieden en mogelijk minder nauwkeurig is gedaan.

Adhaesies van den uterus bij herhaalde keizersneden.

38 Maal werden adhaesies waargenomen, tengevolge van een of meerdere voorafgegane keizersneden.

20 Maal werden geen adhaesies waargenomen tengevolge van vroegere keizersneden.

Driemaal was het mogelijk door de adhaesies van den uterus met de buikwand geheel extraperitoneaal te opereeren.

Tweemaal werd daardoor extraperitoneale *corporeele* sectio caesara verricht (toc 1931/101 en toc 1932/55).

Eénmaal geschiedde door de uitgebreide adhaesies de *cervicale* sectio caesarea geheel extraperitoneaal. (toc 1933/58).

Verloop van het kraambed na keizersnede.

Bij de beoordeeling van het verloop post operationem, is wederom de hoofdscheiding in de groepen B, C en D doorgevoerd.

Nagegaan is, welke de gevolgen zijn van het al of niet gebroken zijn van de vliezen en het wel of niet inwendig onderzocht zijn van de vrouwen.

Afzonderlijk zijn genomen, die gevallen, waarbij de omstandigheden, waaronder tot Keizersnede werd overgegaan, zeer ongunstig waren door koorts of reeds duidelijk geïnfecteerde uterusinhoud.

Als criterium voor een ernstige stoornis in de wondgenezing zijn gekozen: draadettering, buikwandabsces, thrombose en embolie.

	Aantal	Draad- ettering	Buikwand- absces	Thrombose en embolie
Staande vliezen	B. 3	1	—	—
Geen inwendig onderzoek.	C. 7	3	—	1
	D. —	—	—	—
Totaal	10	4	—	1
Staande vliezen	B. 11	2	—	3
Inwendig onderzoek.	C. 38	7	5	3
	D. 2	—	—	1
Totaal	51	9	5	7
Gebroken vliezen	B. —	—	—	—
Geen inwendig onderzoek.	C. 4	2	—	—
	D. —	—	—	—
Totaal	4	2	—	—
Gebroken vliezen	B. 20	3	—	3
Inwendig onderzocht.	C. 46	8	1	2
	D. 15	5	2	3
Totaal	81	16	3	8

Bijzondere gevallen:

Voor Groep B.

N^o 75. Placenta praevia. Spoedig na de operatie inwendig verbloed.

Voor Groep C.

- N^o 10. Vliezen gedurende 33 uur gebroken, 8 maal inwendig onderzocht. Temp. 38°. Kraambled slechts gestoord door mastitis.
- N^o 27. Narcose dood 3 uur post operationem.
- N^o 63. Vliezen staan. Geen inwendig onderzoek. Dodelijke embolie op den 14en dag.
- N^o 121. Onbekend of de vliezen gebroken waren. Wel inwendig onderzocht. Kraambled ongestoord.

Voor Groep D:

- N^o 13. Vliezen gedurende 9 uur gebroken. Digitale dilatatie van de cervix door den huisarts. 7 maal inwendig onderzocht. Temp. 38°.3. Kraambled gestoord door septische endometritis.
- N^o 35. Vliezen gedurende 40 uur gebroken. 8 maal inwendig onderzocht. temp. 38°.5. Thrombose en buikwandabsces.
- N^o 39. Vliezen gedurende 38 uur gebroken. 4 maal inwendig onderzocht, temp. 38°.4. Buikwandabsces.
- N^o 94. Vliezen gedurende 6 uur gebroken. Gedurende 5 dagen herhaalde malen inwendig onderzocht. Kind reeds dood. Rotting in utero. Temp. 37°.9. Kraambled gestoord door thrombose.
- N^o 102. Reeds 22¼ uur volkomen ontsluiting met gebroken vliezen. 7 maal inwendig onderzocht. Temp. 37°.7. Stinkend vruchtwater. Kraambled gestoord door buikwandabsces.
- N^o 107. Vliezen gedurende 83½ uur gebroken. Meer dan 6 maal inwendig onderzocht. Temp. 38°.5. Kraambled gestoord door buikwand abscessen.

Totaal van B, C en D. geeft het volgende beeld.

		Draad- ettering	Buikwand- abces	Thrombose en embolie	Septische endome- tritis	Dood	Doodsoorzaak
Groep B.	35	6	0	6	0	1	verbloeding plac. praevia 1) narcose 2) embolie
Groep C.	99	20	6	6	0	2	
Groep D.	23	5	6	6	1	0	
Totaal	157	31	12	18	1	3	

Uit deze tabellen blijkt geen duidelijke slechte invloed van het inwendig onderzoek, ook als de vliezen gebroken zijn, mits er maar niet te lang van te voren inwendig onderzocht is, zooals dit in Groep D, herhaalde malen is voorgekomen. Bij de in partu opgenomen vrouwen zien wij in ruim 25% thrombose in het kraambed en in evenveel gevallen buikwandabscessen. Bij de van te voren opgenomen vrouwen kwam in 9% thrombose in het kraambed voor, en in 4½% buikwandabscessen.

Het nut van tijdige opname in de kliniek wordt hierdoor duidelijk gedemonstreerd.

Bij de vrouwen, die tevoren zijn opgenomen, blijken de gevaren van de sectio bij een expectatieve leiding volstrekt niet groot te zijn.

Drie vrouwen zijn gestorven, één aan verbloeding bij placenta praevia, één door narcose, één door embolie. De mortaliteit bedroeg dus 1,9%.

Nemen wij in aanmerking dat,

5 vrouwen eclampsie hadden met 1 narcosedood;

2 vrouwen een placenta praevia hadden met 1 dood door verbloeding;

2 vrouwen een tumor hadden;

dan werd dus 148 maal keizersnede gedaan *alléén* voor bekkenvernaauwing, zoodat de mortaliteit voor bekkenvernaauwing 0,7 % bedroeg.

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur baring	Bijzonder- heden operatie. Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 1. Toc. 1927/415 C.	33 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 2 uur	C.D. 10.4 cm. Hoofd puilt sterk uit. Afgelopen vruchtw; geen weeën	?	0	37° 2	0	Cervicaal overlangs	Sterk	Manueel door de wond	goed 3330 gr.	Licht gestoord draad- ettering	Voor: 4 Na: 42	Geringe nervueze klachten
No. 2. Toc. 1927/465 C.	20 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.8 cm. Hoofd puilt sterk uit	7 cm.	3	37° 6	14 uur	Cervicaal overlangs	Geen	Spon- taan nat. weg.	Goed 3320 gr.	Gestoord. Parotitis	Voor: 2 Na: 25	Goed
No. 3. Toc. 1928/65 C.	25 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 19½ uur	C.D. 10.2 cm. Hoofd puilt uit. Afgelopen vruchtw.	2 cm.	3	37° 5	11 uur	Door cervix en corpus overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3300 gr.	Vrijwel ongestoord	Voor: 34 Na: 23	Goed
No. 4. Toc. 1928/318 B.	31 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 15 uur	C.D. 9.8 Hoofd puilt uit. Meconium	6 cm.	7	37° 4	20 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 4500 gr.	Licht gestoord draad- ettering	Voor: 8 Na: 40	Goed
No. 5. Toc. 1929/427 C.	23 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont. 1¼ uur	C.D. 9.5 cm. Vruchtw. afge- lopen Geen weeën	2 cm.	1	37° 1	0	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3240 gr.	Ongestoord	Voor: 11 Na: 23	Onbekend
No. 6. Toc. 1930/20 C.	19 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 4¼ uur	C.D. 9.6 cm. Hoofd puilt sterk uit. Afgel. vr.w.	3 cm.	3	36° 3	6½ uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond expressie	Goed 2810 gr.	Ongestoord seroompje	Voor: 17 Na: 30	Onbekend
No. 7. Toc. 1930/95 B.	30 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. Puilt sterk uit. Voor- liggende navelstreng	Vliezen staan	C.D. 9.9 cm. Voorliggende navelstreng. Na versie: harttonen onregelm.	3 cm.	2	37° 1	58 uur	Door cervix en corpus overlangs	Flink	Door de wond	Goed 2640 gr.	Licht gestoord	Voor: 7 Na: 23	Onbekend
No. 8. Toc. 1930/109 C.	21 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. Puilt sterk uit.	Vliezen staan	C.D. 7.7 cm. Sterke bekken- vernauwing	?	0	36° 5	12 uur	Door cervix en corpus overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3270 gr.	Gestoord Thrombose	Voor: 29 Na: 51	Onbekend
No. 9. Toc. 1930/195 D.	43 jr. Ie p.	Geen	Stuitl.	Spon- taan 2 dagen (thuis)	C.D. 10 cm. Stuitligging. 2 dg. afgel. vr.w. Oude I para.	2 cm.	1	37° 4	0	Door cervix en even in corpus overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3760 gr.	Gestoord thrombose	Voor: 0 Na: 41	Goed, climact.
No. 10 Toc. 1931/51 C.	32 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt niet uit	Spont. 33 uur	Trechterbekken. Starre symphysis afgelopen vr.w. Sec. S.C.	8 cm.	8	38°	26¾ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3170 gr.	Gestoord mastitis	Voor: 36 Na: 64	Goed
No. 11. Toc. 1931/112 B.	18 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 82 uur	C.D. 8.6 cm. Meconium Langd. baring	9 cm.	11	37° 6	72 uur	Cervicaal overlangs	Geen	Expres- sie langs nat. weg	Goed 3420 gr.	Gestoord	Voor: 38 Na: 24	Goed

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur baring	Bijzonder- heden operatie. Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 1. Toc. 1927/415 C.	33 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 2 uur	C.D. 10.4 cm. Hoofd puilt sterk uit. Afgelopen vruchtw. geen weeën	?	0	37° 2	0	Cervicaal overlangs	Sterk	Manueel door de wond	goed 3330 gr.	Licht gestoord draad- ettering	Voor: 4 Na: 42	Geringe nervieuze klachten
No. 2. Toc. 1927/465 C.	20 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.8 cm. Hoofd puilt sterk uit	7 cm.	3	37° 6	14 uur	Cervicaal overlangs	Geen	Spon- taan nat. weg.	Goed 3320 gr.	Gestoord. Parotitis	Voor: 2 Na: 25	Goed
No. 3. Toc. 1928/65 C.	25 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 19½ uur	C.D. 10.2 cm. Hoofd puilt uit. Afgelopen vruchtw.	2 cm.	3	37° 5	11 uur	Door cervix en corpus overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3300 gr.	Vrijwel ongestoord	Voor: 34 Na: 23	Goed
No. 4. Toc. 1928/318 B.	31 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 15 uur	C.D. 9.8 Hoofd puilt uit. Meconium	6 cm.	7	37° 4	20 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 4500 gr.	Licht gestoord draad- ettering	Voor: 8 Na: 40	Goed
No. 5. Toc. 1929/427 C.	23 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont. 1¼ uur	C.D. 9.5 cm. Vruchtw. afge- lopen Geen weeën	2 cm.	1	37° 1	0	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3240 gr.	Ongestoord	Voor: 11 Na: 23	Onbekend
No. 6. Toc. 1930/20 C.	19 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 4¼ uur	C.D. 9.6 cm. Hoofd puilt sterk uit. Afgel. vr.w.	3 cm.	3	36° 3	6¼ uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond expressie	Goed 2810 gr.	Ongestoord seroompje	Voor: 17 Na: 30	Onbekend
No. 7. Toc. 1930/95 B.	30 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. Puilt sterk uit. Voor- liggende navelstreng	Vliezen staan	C.D. 9.9 cm. Voorliggende navelstreng. Na versie: harttonen onregelm.	3 cm.	2	37° 1	58 uur	Door cervix en corpus overlangs	Flink	Door de wond	Goed 2640 gr.	Licht gestoord	Voor: 7 Na: 23	Onbekend
No. 8. Toc. 1930/109 C.	21 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. Puilt sterk uit.	Vliezen staan	C.D. 7.7 cm. Sterke bekken- vernauwing	?	0	36° 5	12 uur	Door cervix en corpus overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3270 gr.	Gestoord Thrombose	Voor: 29 Na: 51	Onbekend
No. 9. Toc. 1930/195 D.	43 jr. Ie p.	Geen	Stuitl.	Spon- taan 2 dagen (thuis)	C.D. 10 cm. Stuitligging. 2 dg. afgel. vr.w. Oude I para.	2 cm.	1	37° 4	0	Door cervix en even in corpus overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3760 gr.	Gestoord thrombose	Voor: 0 Na: 41	Goed, climact.
No. 10 Toc. 1931/51 C.	32 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt niet uit	Spont. 33 uur	Trechterbekken. Starre symphysis afgelopen vr.w. Sec. S.C.	8 cm.	8	38°	26¾ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3170 gr.	Gestoord mastitis	Voor: 36 Na: 64	Goed
No. 11. Toc. 1931/112 B.	18 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 82 uur	C.D. 8.6 cm. Meconium Langd. baring	9 cm.	11	37° 6	72 uur	Cervicaal overlangs	Geen	Expres- sie langs nat. weg	Goed 3420 gr.	Gestoord	Voor: 38 Na: 24	Goed

Nummer Toc. jaar/no. B, C of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslu- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie. Incisie.	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 12. Toc. 1931/207 B.	19 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. Voor- liggende navelstreng	Vliezen staan	C.D. 10.8 cm. Voorligg. navelstr.	6 cm.	2	37° 1	12 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 5320 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 0 Na: 23	Toc. 1938/390. Spontaan 37 weken, kind leeft 2320 gram
No. 13. Toc. 1931/257 D.	22 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 9 uur (thuis)	C.D. 9.3 cm. Sterke bekken- vernauwing	5 cm.	7 ¹⁾	38° 3	27 uur	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3600 gr.	Ernstig ge- stoord sep- tische endo- metritis	Voor: 0 Na: 33	Goed
No. 14. Toc. 1932/8 C.	38 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. afgeweken	Vliezen staan	C.D. 9.2 cm. Zeer sterke bek- kenvernauwing	?	1	36° 8	9 uur	Cervicaal overlangs	Geen	Door de wond	Goed 3830 gr.	Gestoord Thrombose Embolie	Voor: 37 Na: 38	Onbekend
No. 15. Toc. 1932/201 D.	25 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 21 uur	C.D. 10.2 c.m. In partu opgeno- men bij 7 cm. ontsluiting pituitrine: hart- tonen onregelm.	7 cm.	11	37° 7	36 uur	Cervicaal overlangs	?	Langs nat. weg	Goed 3380 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 1 Na: 24	Goed
No. 16. Toc. 1932/316 B.	28 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt zéér sterk uit	Spont. 4½ uur	C.D. 8.3 cm. Afgel. vr.w. geen weeën	?	1	36° 9	0	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3640 gr.	Licht gestoord	Voor: 30 Na: 30	Onbekend
No. 17. Toc. 1932/346 D.	30 jr. I ^e p.	Geen	Uitgezakte navelstreng (thuis)	Spont. 18 uur	C.D. 10.1 cm. Uitgezakte navelstreng	4 cm.	4	37° 8	18 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 2900 gr.	Licht gestoord	Voor: 1 Na: 23	Goed
No. 18. Toc. 1932/401 D.	25 jr. I ^e p.	Geen	Onvol- komen stuitligging	Spont. 24 uur	C.D. 9.3 cm. Stuitligging	volko- men	7	36° 9	6 uur	Corporeel overlangs	Sterk	Langs den nat. weg	Goed 3240 gr.	Gestoord endometri- tis. buik- wandabsces	Voor: 0 Na: 37	Goed
No. 19. Toc. 1933/337 B.	22 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 15½ uur	C.D. 9.6 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.	6	37° 4	27 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 4090 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 39 Na: 37	Goed ²⁾
No. 20. Toc. 1933/487 D.	35 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Vliezen staan	C.D. 9.1 cm. Te groote wan- verhouding	volko- men	3	37° 4	40 uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond	Goed 3630 gr.	Licht gestoord	Voor: 0 Na: 23	Goed
No. 21. Toc. 1933/500 C.	35 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 2¼ uur	C.D. 9.3 cm. Sterke bekken- vernauwing	0	1	36° 6	?	Door cervix en corpus overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3960 gr.	Gestoord	Voor: 10 Na: 23	Onbekend

¹⁾ Digitale dilatatie van de cervix door den huisarts.

²⁾ Circulatie zwakte post operat.

Nummer Toc. jaar/no. B, C of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie. Incisie.	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 12. Toc. 1931/207 B.	19 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. Voor- liggende navelstreng	Vliezen staan	C.D. 10.8 cm. Voorligg. navelstr.	6 cm.	2	37° 1	12 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 5320 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 0 Na: 23	Toc. 1938/390. Spontaan 37 weken, kind leeft 2320 gram
No. 13. Toc. 1931/257 D.	22 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 9 uur (thuis)	C.D. 9.3 cm. Sterke bekken- vernaauwing	5 cm.	7 1)	38° 3	27 uur	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3600 gr.	Ernstig ge- stoord sep- tische endo- metritis	Voor: 0 Na: 33	Goed
No. 14. Toc. 1932/8 C.	38 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. afgeweken	Vliezen staan	C.D. 9.2 cm. Zeer sterke bek- kenvernaauwing	?	1	36° 8	9 uur	Cervicaal overlangs	Geen	Door de wond	Goed 3830 gr.	Gestoord Thrombose Embolie	Voor: 37 Na: 38	Onbekend
No. 15. Toc. 1932/201 D.	25 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 21 uur	C.D. 10.2 c.m. In partu opgeno- men bij 7 cm. ontsluiting pituitrine: hart- tonen onregelm.	7 cm.	11	37° 7	36 uur	Cervicaal overlangs	?	Langs nat. weg	Goed 3380 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 1 Na: 24	Goed
No. 16. Toc. 1932/316 B.	28 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt zéér sterk uit	Spont. 4½ uur	C.D. 8.3 cm. Afgel. vr.w. geen weeën	?	1	36° 9	0	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3640 gr.	Licht gestoord	Voor: 30 Na: 30	Onbekend
No. 17. Toc. 1932/346 D.	30 jr. I ^e p.	Geen	Uitgezakte navelstreng (thuis)	Spont. 18 uur	C.D. 10.1 cm. Uitgezakte navelstreng	4 cm.	4	37° 8	18 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 2900 gr.	Licht gestoord	Voor: 1 Na: 23	Goed
No. 18. Toc. 1932/401 D.	25 jr. I ^e p.	Geen	Onvol- komen stuitligging	Spont. 24 uur	C.D. 9.3 cm. Stuitligging	volko- men	7	36° 9	6 uur	Corporeel overlangs	Sterk	Langs den nat. weg	Goed 3240 gr.	Gestoord endometri- tis, buik- wandabsces	Voor: 0 Na: 37	Goed
No. 19. Toc. 1933/337 B.	22 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 15½ uur	C.D. 9.6 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.	6	37° 4	27 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 4090 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 39 Na: 37	Goed ²⁾
No. 20. Toc. 1933/487 D.	35 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Vliezen staan	C.D. 9.1 cm. Te groote wan- verhouding	volko- men	3	37° 4	40 uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond	Goed 3630 gr.	Licht gestoord	Voor: 0 Na: 23	Goed
No. 21. Toc. 1933/500 C.	35 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 2¼ uur	C.D. 9.3 cm. Sterke bekken- vernaauwing	0	1	36° 6	?	Door cervix en corpus overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3960 gr.	Gestoord	Voor: 10 Na: 23	Onbekend

¹⁾ Digitale dilatatie van de cervix door den huisarts.

²⁾ Circulatie zwakte post operat.

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 22. Toc. 1933/501 C.	24 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.6 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.
No. 23. Toc. 1933/527 C.	26 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.1 cm. Sterke bekken- vernaauwing.	1 à 2 cm.
No. 24. Toc. 1934/134 B.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Spont. 11½ uur	CD. 9.1 cm. Sterke bekken- vernaauwing Afgel. vr.w. Bronchitis: Bij evtl. tang: narcose	6 cm.
No. 25. Toc. 1934/173 B.	43 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit. Uitgezakte navelstreng	Spont. 11½ uur	C.D. 10 cm. Meconium uitgezakte navelstreng Oude I para	3 cm
No. 26. Toc. 1934/255 B.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernaauwing	5 cm.
No. 27. Toc. 1934/342 C.	25 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 43 uur	C.D. 10.5 cm. Geen indalen 1 uur na volk. ontsl. Sec. S.C.	Vol- ko- men
No. 28. Toc. 1934/406 C.	40 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont. 5½ uur	C.D. 8.4 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.
No. 29. Toc. 1934/437 C.	20 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont. 1 uur	C.D. 9.7 cm. Sterke bekken- vernaauwing	1 cm.
No. 30. Toc. 1934/520 B.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl.	Spont. 9¼ uur	C.D. 10.1 cm. Meconium. Geen ontsluiting	0 cm.
No. 31. Toc. 1935/9 B.	28 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Spont. 8¼ uur	C.D. 9 cm. Afgel. vr. w. Geen weeën.	0 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
1	36° 9	11 uur	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3070 gr.	Gestoord Seroompje	Voor: 17 Na: 25	Onbekend
3	37°	29 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3250 gr.	Licht gestoord	Voor: 17 Na: 23	Goed
3	36° 3	11¼ uur	Cervicaal overlangs locaal anaesthesie	Gering	Langs den nat. weg	Goed 3270 gr.	Gestoord Seroom	Voor: 8 Na: 27	Onbekend
3	36° 7	9¼ uur	Door cervix en corpus overlangs	Sterk	Door de wond	Na ½ uur dood 4210 gr.	Ongestoord	Voor: 0 Na: 26	Onbekend
2	37°	13 uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 4000 gr.	Gestoord lochiametra	Voor: 0 Na: 25	Goed
7	37° 2	29 uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond manueel	Goed 3510 gr.	3 uur post opera- tionem narcose- dood	Voor: 29 Na: 0	
3	37°	12 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs de nat. weg na 1 uur	Goed 3040 gr.	Gestoord	Voor: 4 Na: 24	Goed
1	36.8	0	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond	Goed 3100 gr.	Licht gestoord draad- ettering	Voor: 29 Na: 23	Na ½ jaar nog pijn in de buik
4	37.1	8¼ uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 2780 gr.	Ongestoord	Voor: 30 Na: 24	Onbekend
2	36° 7	0	Cervicaal dwars. Plac.praevia cervic. marg	Gering	Door de wond manueel	Goed 3670 gr.	Licht gestoord	Voor: 31 Na: 23	Goed

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 22. Toc. 1933/501 C.	24 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.6 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.
No. 23. Toc. 1933/527 C.	26 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.1 cm. Sterke bekken- vernaauwing.	1 à 2 cm.
No. 24. Toc. 1934/134 B.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Spont. 11½ uur	CD. 9.1 cm. Sterke bekken- vernaauwing Afgel. vr.w. Bronchitis: Bij evtl. tang: narcose	6 cm.
No. 25. Toc. 1934/173 B.	43 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit. Uitgezakte navelstreng	Spont. 11½ uur	C.D. 10 cm. Meconium uitgezakte navelstreng Oude I para	3 cm
No. 26. Toc. 1934/255 B.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernaauwing	5 cm.
No. 27. Toc. 1934/342 C.	25 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 43 uur	C.D. 10.5 cm. Geen indalen 1 uur na volk. ontsl. Sec. S.C.	Vol- ko- men
No. 28. Toc. 1934/406 C.	40 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont. 5½ uur	C.D. 8.4 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.
No. 29. Toc. 1934/437 C.	20 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont. 1 uur	C.D. 9.7 cm. Sterke bekken- vernaauwing	1 cm.
No. 30. Toc. 1934/520 B.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Spont. 9¼ uur	C.D. 10.1 cm. Meconium. Geen ontsluiting	0 cm.
No. 31. Toc. 1935/9 B.	28 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Spont. 8¾ uur	C.D. 9 cm. Afgel. vr. w. Geen weeën.	0 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
1	36° 9	11 uur	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3070 gr.	Gestoord Seroompje	Voor: 17 Na: 25	Onbekend
3	37°	29 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3250 gr.	Licht gestoord	Voor: 17 Na: 23	Goed
3	36° 3	11½ uur	Cervicaal overlangs locaal anaesthesie	Gering	Langs den nat. weg	Goed 3270 gr.	Gestoord Seroom	Voor: 8 Na: 27	Onbekend
3	36° 7	9¾ uur	Door cervix en corpus overlangs	Sterk	Door de wond	Na ½ uur dood 4210 gr.	Ongestoord	Voor: 0 Na: 26	Onbekend
2	37°	13 uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 4000 gr.	Gestoord lochiametra	Voor: 0 Na: 25	Goed
7	37° 2	29 uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond manueel	Goed 3510 gr.	3 uur post opera- tionem narcose- dood	Voor: 29 Na: 0	
3	37°	12 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs de nat. weg na 1 uur	Goed 3040 gr.	Gestoord	Voor: 4 Na: 24	Goed
1	36.8	0	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond	Goed 3100 gr.	Licht gestoord draad- ettering	Voor: 29 Na: 23	Na ½ jaar nog pijn in de buik
4	37.1	8¾ uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 2780 gr.	Ongestoord	Voor: 30 Na: 24	Onbekend
2	36° 7	0	Cervicaal dwars. Plac.praevia cervic. marg	Gering	Door de wond manueel	Goed 3670 gr.	Licht gestoord	Voor: 31 Na: 23	Goed

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslu- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 32. Toc. 1935/57 D.	24 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt fink uit	Spont. 23½ uur	C.D. 10.3 cm. Bekken- vernaauwing Eclampsie	6 cm.	5	37° 6	23½ uur	Op grens van cervix en corpus dwars	Sterk	Door de wond manueel	Goed 3470 gr.	Gestoord. Endo- metritis seroompje	Voor: 0 Na: 25	Onbekend
No. 33. Toc. 1935/69 C.	17 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Tijdens touché 2½ uur	C.D. 10 cm. Hoofd puilt sterk uit	9 cm.	1	37° 2	6½ uur	Cervicaal dwars	Matig	Langs den nat. weg	Goed 4250 gr.	Gestoord	Voor: 8 Na: 24	Onbekend
No. 34. Toc. 1935/107 C.	22 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt fink uit	Vliezen staan	C.D. 10 cm. sterke bekken- vernaauwing	3 cm.	2	37° 3	14½ uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond	Goed 3280 gr.	Gestoord seroompje	Voor: 0 Na: 24	Onbekend
No. 35. Toc. 1935/125 D.	18 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt weinig uit	Spont. 40 uur	C.D. 9.3 cm. bekkenvernaau- wing meconium bij 3 cm. ontsl.	3 cm.	8	38° 5	3 dagen	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond.	Goed 3100 gr.	Sterk ge- stoord. Buik- wandabces. Thrombose	Voor: 1 Na: 48	Onbekend
No. 36. Toc. 1935/157 C.	26 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.5 cm. Sterke bekken- vernaauwing	0 cm.	1	37° 4	9½ uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond. Ex- pressie	Goed 3200 gr.	Gestoord. Seroom	Voor: 0 Na: 43	Onbekend
No. 37. Toc. 1935/423 B.	22 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 3½ uur	C.D. 9.9 cm. Vroeg afgeloopen vruchtwater	0 cm.	2	37°	0 uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond. Crédé.	Goed 3170 gr.	Licht gestoord	Voor: 17 Na: 24	Onbekend
No. 38. Toc. 1935/432 C.	29 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt fink uit	Spont. 14½ uur	C.D. 8.7 cm. meconium bij 3 cm. ontsl.	3 cm.	0	37° 2	24 uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond. Manueel	Goed 3380 gr.	Ongestoord	Voor: 6 Na: 24	Onbekend
No. 39. Toc. 1935/530 D.	38 jr. Ie p.	Geen	Stuitligging	Spont. 38 uur (thuis)	C.D. 9.4 cm. Vroegafgel. vr.w. stuitligging Oude I para	3 cm.	4	38° 4	38 uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond.	Gemelli I goed 2060 gr. II na ½ u.d. 1610 gr.	Gestoord. Buikwand abcesje	Voor: 0 Na: 36	Onbekend
No. 40. Toc. 1935/538 D.	32 jr. Ie p.	Geen	Onvol- komen stuitligging	Spont. 12 uur	C.D. 9.6 cm. Onvolkomen stuitligging	6 cm.	Ve- le ma- len	37° 8	60 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs den nat. weg	Goed 3500 gr.	Sterk gestoord. Thrombose	Voor: 0 Na: 57	Onbekend
No. 41. Toc. 1936/134 D.	25 jr. Ie p.	Geen	Dwarsl. Voor- liggende navelstreng	Staande vliezen	C.D. 9.8 cm. Wanverhouding te groot voor V. en E.	Vol- ko- men	2	37° 4	1½ dag	Cervicaal dwars	Gering	Langs den nat. weg	Goed 2600 gr.	Sterk gestoord. Embolie	Voor: 0 Na: 38	Goed
No. 42. Toc. 1936/529 B.	22 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl.	Spont. 6½ uur	C.D. 10.1 cm. Vroegafgel. vr.w. Geen weeën	0	2	37° 8	12½ uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond expressie	Goed 3330 gr.	Sterk gestoord	Voor: 7 Na: 24	Onbekend

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslu- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 32. Toc. 1935/57 D.	24 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont. 23½ uur	C.D. 10.3 cm. Bekken- vernaauwing Eclampsie	6 cm.	5	37° 6	23½ uur	Op grens van cervix en corpus dwars	Sterk	Door de wond manueel	Goed 3470 gr.	Gestoord. Endo- metritis seroompje	Voor: 0 Na: 25	Onbekend
No. 33. Toc. 1935/69 C.	17 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Tijdens touché 2½ uur	C.D. 10 cm. Hoofd puilt sterk uit	9 cm.	1	37° 2	6½ uur	Cervicaal dwars	Matig	Langs den nat. weg	Goed 4250 gr.	Gestoord	Voor: 8 Na: 24	Onbekend
No. 34. Toc. 1935/107 C.	22 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Vliezen staan	C.D. 10 cm. sterke bekken- vernaauwing	3 cm.	2	37° 3	14½ uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond	Goed 3280 gr.	Gestoord seroompje	Voor: 0 Na: 24	Onbekend
No. 35. Toc. 1935/125 D.	18 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt weinig uit	Spont. 40 uur	C.D. 9.3 cm. bekkenvernaau- wing meconium bij 3 cm. ontsl.	3 cm.	8	38° 5	3 dagen	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond.	Goed 3100 gr.	Sterk ge- stoord. Buik- wandabces. Thrombose	Voor: 1 Na: 48	Onbekend
No. 36. Toc. 1935/157 C.	26 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.5 cm. Sterke bekken- vernaauwing	0 cm.	1	37° 4	9½ uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond. Ex- pressie	Goed 3200 gr.	Gestoord. Seroom	Voor: 0 Na: 43	Onbekend
No. 37. Toc. 1935/423 B.	22 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 3½ uur	C.D. 9.9 cm. Vroeg afgeloopen vruchtwater	0 cm.	2	37°	0 uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond. Crédé.	Goed 3170 gr.	Licht gestoord	Voor: 17 Na: 24	Onbekend
No. 38. Toc. 1935/432 C.	29 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont. 14½ uur	C.D. 8.7 cm. meconium bij 3 cm. ontsl.	3 cm.	0	37° 2	24 uur	Cervicaal dwars	Gering	Door de wond. Manueel	Goed 3380 gr.	Ongestoord	Voor: 6 Na: 24	Onbekend
No. 39. Toc. 1935/530 D.	38 jr. Ie p.	Geen	Stuitligging	Spont. 38 uur (thuis)	C.D. 9.4 cm. Vroegafgel. vr.w. stuitligging Oude I para	3 cm.	4	38° 4	38 uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond.	Gemelli I goed 2060 gr. II na ½ u.d. 1610 gr.	Gestoord. Buikwand abcesje	Voor: 0 Na: 36	Onbekend
No. 40. Toc. 1935/538 D.	32 jr. Ie p.	Geen	Onvol- komen stuitligging	Spont. 12 uur	C.D. 9.6 cm. Onvolkomen stuitligging	6 cm.	Ve- le ma- len	37° 8	60 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs den nat. weg	Goed 3500 gr.	Sterk gestoord. Thrombose	Voor: 0 Na: 57	Onbekend
No. 41. Toc. 1936/134 D.	25 jr. Ie p.	Geen	Dwarsl. Voor- liggende navelstreng	Staande vliezen	C.D. 9.8 cm. Wanverhouding te groot voor V. en E.	Vol- ko- men	2	37° 4	1½ dag	Cervicaal dwars	Gering	Langs den nat. weg	Goed 2600 gr.	Sterk gestoord. Embolie	Voor: 0 Na: 38	Goed
No. 42. Toc. 1936/529 B.	22 jr. Ie p.	Geen	Hoofdl.	Spont. 6½ uur	C.D. 10.1 cm. Vroegafgel. vr.w. Geen weeën	0	2	37° 8	12½ uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond expressie	Goed 3330 gr.	Sterk gestoord	Voor: 7 Na: 24	Onbekend

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontsluiting
No. 43. Toc. 1936/562 C.	22 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernauwing	9 cm.
No. 44. Toc. 1930/28 D.	27 jr. I ^e p.	G K. 1927/154. Extra-uterine graviditeit Laparotomie. Extirpatie v.h. rechter adnexum.	Hoofd	Spon. 13½ uur (thuis)	C.D. 10.2 cm. Afgel. vr.w. Geen weeën	0 cm.
No. 45. Toc. 1930/382 B.	29 jr. III ^e p.	I Toc. 1923/265. Sp. à t. Kind leeft. 2980 gr. partus 61 uur. II toc. 1925/71. Abortus.	Hoofdl. puilt sterk uit. Uitgez. navelstreng	Kunstm. 40 min.	C.D. 9.9 cm. Uitgezakte navelstreng. goede harttonen	volko- men
No. 46. Toc. 1927/171 C.	37 jr. VI ^e p.	I Sp. à t. levend kind. II Sp. à t. levend kind. III Forceps à t. levend kind. IV Partus arte praema- turus forceps. levend kind. V Forceps à t. levend kind.	Dwars versie Hoofdl. puilt sterk uit.	Spont. 2½ uur	C.D. 9.6 cm. Afgelopen vruchtwater. bij 2 à 3 cm. groot kind. Afgew. hoofdl.	2 à 3 cm.
No. 47. Toc. 1927/369 C.	40 jr. III ^e p.	I Toc. 1924/184. Dur. partu 8 toevallen. Uitgangstang kind dood. 3200 gram. II Toc. 1925/244. Sp. à t. Kind leeft 3340 gram. In kraambéd 1 toeval.	Hoofdl. puilt weinig uit	Spont. 13½ uur	C.D. 9.3 cm. Vroegafgelopen vruchtwater. Plastiek voor prolaps in graviditeit is nog versch	0 cm.
No. 48. Toc. 1928/25 C.	31 jr. IV ^e p.	I Stuitligging, doodge- boren (thuis). II Toc. 1921/324. V.enE. voor voorliggende na- velstreng. Kind leeft 3810 gr. III Toc. 1926/325. Hooge tang. Kind leeft. 3960 gram.	Hoofdl. puilt wat uit.	Kunstm. 4 uur	C.D. 10.2 cm. 4 uur volk. ontsl. slappe weeën. Hoofd nog geheel bewegelijk. Sec. S.C.	volko- men
No. 49. Toc. 1928/64 C.	41 jr. IV ^e p.	I Sp. à t. 2500 gr. levend. II Toc. 1915/425. Langd. baring. Kind dood. Perf. + craniocl. III Abortus 3à 4 mnd.	Hoofdl. puilt niet uit.	Spont. 1½ uur	C.D. 9.9 cm. Meconium bij 3 cm. ontsl. Hart- tonen langzaam. Kindsbeweging als stuipen van stervend kind	3 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie. Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambéd	Verpleeg- dagen	Toestand later
2	37°.	?	Cervicaal dwars	Gering	Langs nat. weg expressie	Goed 3340 gr.	Licht gestoord	Voor: 12 Na: 24	Goed
3	37° 5	0	Cervicaal overlangs Lumbaal anaesth. Later aethernarc.	Sterk	Door de wond expressie	Goed 4490 gr.	Gestoord	Voor: 0 Na: 23	Toc. 1933/446 Anencephalus Cluneus extractie
4	37° 7	14½ u.	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den nat. weg	Goed 4780 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 1 Na: 24	Goed
1	37° 6	2½ u?	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 4570 gr.	Gestoord	Voor: 29 Na: 43	Onbekend
2	37° 7	58½ u.	Cervicaal overlangs	Matig	Door de wond manueel	Goed 3290 gr.	Licht gestoord	Voor: 5 Na: 25	Litteeken- breukje
1	36° 9	7 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Langs den nat. weg manueel na 1 uur. Slechts 2 vingers kunnen langs contrac- tiering	Goed 3600 gr.	Ongestoord	Voor: 41 Na: 25	Goed
3	37° 2	10 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Ademt enkele keeren. Na 20 min. dood Aspiratie 4430 gr.	Gestoord	Voor: 33 Na: 26	Navelbreuk verder goed

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 43. Toc. 1936/562 C.	22 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernauwing	9 cm.
No. 44. Toc. 1930/28 D.	27 jr. I ^e p.	G K. 1927/154. Extra-uterinegraviditeit Laparotomie. Extirpatie v.h. rechter adnexum.	Hoofd	Spon. 13½ uur (thuis)	C.D. 10.2 cm. Afgel. vr.w. Geen weeën	0 cm.
No. 45. Toc. 1927/382 B.	29 jr. III ^e p.	I Toc. 1923/265. Sp. à t. Kind leeft. 2980 gr. partus 61 uur. II toc. 1925/71. Abortus.	Hoofdl. puilt sterk uit. Uitgez. navelstreng	Kunstm. 40 min.	C.D. 9.9 cm. Uitgezakte navelstreng. goede harttonen	volko- men
No. 46. Toc. 1927/171 C.	37 jr. VI ^e p.	I Sp. à t. levend kind. II Sp. à t. levend kind. III Forceps à t. levend kind. IV Partus arte praema- turus forceps. levend kind. V Forceps à t. levendkind.	Dwars versie Hoofdl. puilt sterk uit.	Spont. 2½ uur	C.D. 9.6 cm. Afgelopen vruchtwater. bij 2 à 3 cm. groot kind. Afgew. hoofdl.	2 à 3 cm.
No. 47. Toc. 1927/369 C.	40 jr. III ^e p.	I Toc. 1924/184. Dur. partu 8 toevallen. Uitgangstang kind dood. 3200 gram. II Toc. 1925/244. Sp. à t. Kind leeft 3340 gram. In kraambed 1 toeval.	Hoofdl. puilt weinig uit	Spont. 13½ uur	C.D. 9.3 cm. Vroegafgelopen vruchtwater. Plastiek voor prolaps in graviditeit is nog versch	0 cm.
No. 48. Toc. 1928/25 C.	31 jr. IV ^e p.	I Stuitligging, doodge- boren (thuis). II Toc. 1921/324. V.en E. voor voorliggende na- velstreng. Kind leeft 3810 gr. III Toc. 1926/325. Hooge tang. Kind leeft. 3960 gram.	Hoofdl. puilt wat uit.	Kunstm. 4 uur	C.D. 10.2 cm. 4 uur volk. ontsl. slappe weeën. Hoofd nog geheel bewegelijk. Sec. S.C.	volko- men
No. 49. Toc. 1928/64 C.	41 jr. IV ^e p.	I Sp. à t. 2500 gr. levend. II Toc. 1915/425. Langd. baring. Kind dood. Perf. + craniocl. III Abortus 3à 4 mnd.	Hoofdl. puilt niet uit.	Spont. 1½ uur	C.D. 9.9 cm. Meconium bij 3 cm. ontsl. Hart- tonen langzaam. Kindsbeweging als stuipen van stervend kind	3 cm.

Aantal touchées	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie. Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
2	37°.	?	Cervicaal dwars	Gering	Langs nat. weg expressie	Goed 3340 gr.	Licht gestoord	Voor: 12 Na: 24	Goed
3	37° 5	0	Cervicaal overlangs Lumbaal anaesth. Later aethernarc.	Sterk	Door de wond expressie	Goed 4490 gr.	Gestoord	Voor: 0 Na: 23	Toc. 1933/446 Anencephalus Cluneus extractie
4	37° 7	14½ u.	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den nat. weg	Goed 4780 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 1 Na: 24	Goed
1	37° 6	2½ u?	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 4570 gr.	Gestoord	Voor: 29 Na: 43	Onbekend
2	37° 7	58½ u.	Cervicaal overlangs	Matig	Door de wond manueel	Goed 3290 gr.	Licht gestoord	Voor: 5 Na: 25	Litteeken- breukje
1	36° 9	7 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Langs den nat. weg manueel na 1 uur. Slechts 2 vingers kunnen langs contrac- tivering	Goed 3600 gr.	Ongestoord	Voor: 41 Na: 25	Goed
3	37° 2	10 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Ademt enkele keeren. Na 20 min. dood Aspiratie 4430 gr.	Gestoord	Voor: 33 Na: 26	Navelbreuk verder goed

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 50. Toc. 1928/170 C.	35 jr. II ^e p.	I Thuis. Langd. baring. Hooge tang mislukt Versie en extr. Perfo- ratie.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 4½ uur	C.D. 10.2 cm. Sterke bekken vernaauwing	7 cm.
No. 51. Toc. 1928/218 C.	37 jr. VII ^e p.	I Sp. à t. levend ± 2750 gr. II Sp. à t. levend ± 2000 gr. III Cluneus. kind dood IV Forceps à t. levend + 3250 gr. V Hooge tang à t. kind spoedig dood ± 3250 gr. VI Toc. 1926/195. Part. arte praem. levend 2830 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 25 uur	C.D. 10.5 cm. Afgeloopt vruchtwater. Weeënzwakke	3 cm.
No. 52. Toc. 1929/61 C.	38 jr. VIII ^e p.	I Sp. à t. levend ± 4000 gr. II Sp. à t. levend ± 4250 gr. III Toc. 1916/149 sp. à t. levend 3210 gr. IV Toc. 1917/284 sp. à t. levend 4480 gr. V Toc. 1919/472. Pubio- tomie na misl. tang levend 3970 gr. VI Toc. 1921/206 Hoo- ge tang kind leeft. VII Toc. 1924/139 Part. arte praem. levend 3030 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Kunstm. 1½ uur	C.D. 10.8 cm. Na volk. ontsl. blijft hoofd on- danks flinke weeën, bewegelijk boven den ingang. Groot kind. Sec. S.C.	Vol- ko- men
No. 53. Toc. 1929/158 D.	30 jr. II ^e p.	I Hooge tang, thuis, levend kind	Hoofdl. puilt uit. Uitgezakte navelstreng	Kunstm. 4½ uur	C.D. 10 cm. uitgez. navelstr. Geen meconium Groot kind	Vol- ko- men
No. 54. Toc. 1929/194 D.	34 jr. VIII ^e p.	I-IV Sp. à t. levend V Sp. à t. doodgeboren VI Forceps à t. levend VII Sp. à t. levend	Hoofdl. Uitgezakte navelstreng	Spont. ¾ uur	C.D. 9.8 cm. Uitgez. navelstr. bij 4 à 5 cm. ontl.	4 à 5 cm.

Aantal touches	Temp. dur partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
2	37° 7	4½ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den nat. weg	Goed 3820 gr.	Ongestoord	Voor: 29 Na: 25	Onbekend
1	37° 2	25 uur	Door cervix en corpus overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3230 gr.	Licht gestoord	Voor: 10 Na: 35	Pijn bij de navel daar is een breuk
4	37° 1	10¾ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den nat. weg	Goed 4870 gr.	Ongestoord	Voor: 27 Na: 22	Onbekend
7	37° 2	76¾ uur	Cervicaal overlangs	Flink	Langs den nat. weg	Goed 3900 gr.	Gestoord. Draad- ettering	Voor: 0 Na: 26	Onbekend
3	37° 1	8¾ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3870 gr.	Ongestoord	Voor: 0 Na: 23	IX Uitgez. na- velstr. kind dood X Toc. 1930/ 510. Stuitex tr. 3580 gr. levend XI Toc. 1935/ 30. Stuitex tr. 3350 gr. levend

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslu- ting
No. 50. Toc. 1928/170 C.	35 jr. II ^e p.	I Thuis. Langd. baring. Hooge tang mislukt Versie en extr. Perfo- ratie.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 4¼ uur	C.D. 10.2 cm. Sterke bekken vernaauwing	7 cm.
No. 51. Toc. 1928/218 C.	37 jr. VII ^e p.	I Sp. à t. levend ± 2750 gr. II Sp. à t. levend ± 2000 gr. III Cluneus. kind dood IV Forceps à t. levend ± 3250 gr. V Hooge tang à t. kind spoedig dood ± 3250 gr. VI Toc. 1926/195. Part. arte praem. levend 2830 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 25 uur	C.D. 10.5 cm. Afgelopen vruchtwater. Weeënzwakte	3 cm.
No. 52. Toc. 1929/61 C.	38 jr. VIII ^e p.	I Sp. à t. levend ± 4000 gr. II Sp. à t. levend ± 4250 gr. III Toc. 1916/149 sp. à t. levend 3210 gr. IV Toc. 1917/284 sp. à t. levend 4480 gr. V Toc. 1919/472. Pubio- tomie na misl. tang levend 3970 gr. VI Toc. 1921/206 Hoo- ge tang kind leeft. VII Toc. 1924/139 Part. arte praem. levend 3030 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Kunstm. 1½ uur	C.D. 10.8 cm. Na volk. ontsl. blijft hoofd on- danks flinke weeën, bewegelijk boven den ingang. Groot kind. Sec. S.C.	Vol- ko- men
No. 53. Toc. 1929/158 D.	30 jr. II ^e p.	I Hooge tang, thuis, levend kind	Hoofdl. puilt uit. Uitgezakte navelstreng	Kunstm. 4½ uur	C.D. 10 cm. uitgez. navelstr. Geen meconium Groot kind	Vol- ko- men
No. 54. Toc. 1929/194 D.	34 jr. VIII ^e p.	I-IV Sp. à t. levend V Sp. à t. doodgeboren VI Forceps à t. levend VII Sp. à t. levend	Hoofdl. Uitgezakte navelstreng	Spont. ¾ uur	C.D. 9.8 cm. Uitgez. navelstr. bij 4 à 5 cm. ontl.	4 à 5 cm.

Aantal touchés	Temp. dur partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
2	37° 7	4½ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den nat. weg	Goed 3820 gr.	Ongestoord	Voor: 29 Na: 25	Onbekend
1	37° 2	25 uur	Door cervix en corpus overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3230 gr.	Licht gestoord	Voor: 10 Na: 35	Pijn bij de navel daar is een breuk
4	37° 1	10¼ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den nat. weg	Goed 4870 gr.	Ongestoord	Voor: 27 Na: 22	Onbekend
7	37° 2	76¼ uur	Cervicaal overlangs	Flink	Langs den nat. weg	Goed 3900 gr.	Gestoord. Draad- ettering	Voor: 0 Na: 26	Onbekend
3	37° 1	8¼ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3870 gr.	Ongestoord	Voor: 0 Na: 23	IX Uitgez. na- velstr. kind dood X Toc. 1930/ 510. Stuitex tr. 3580 gr. levend XI Toc. 1935/ 30. Stuitex tr. 3350 gr. levend

Nummer Toc. jaar/no. B, C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 55. Toc. 1930/3 C.	30 jr. II ^e p.	I Vroeg afgel. vrucht- w. Langd. baring. Koorts. Forceps. Kind na 1 uur dood.	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.8 cm. Groot kind	Vol- ko- men
No. 56. Toc. 1930/43 C.	31 jr. II ^e p.	I 1925. Vroegafgel. vr. w. Perf. en craniocl. Kind $\pm$ 4500 gr.	Dwars uitgezakte arm	Spont. 1 uur	C.D. 8.7 cm. Ind. te voren gesteld: bekken- vernaauwing	Vol- ko- men
No. 57. Toc. 1930/366 B.	20 jr. II ^e p.	I Toc. 1929/272. Praem. foetus mace- ratus solutio placentae	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.8 cm. Bekken- vernaauwing Vloei: loslating? Eclampsie	3 cm.
No. 58. Toc. 1930/396 C.	37 jr. III ^e p.	I Toc. 1927/452. Forceps foet. mac. 2680 gr. II Part. immat. 4 à 5 mnd.	Hoofdl. puilt niet uit	Spont. 8½ uur	C.D. 10.7 cm. 8 uur te voren meconium. Geen weeën. 1½ u. te voren weeën, uit- gez, navelstreng	5 à 6 cm.
No. 59. Toc. 1931/316 C.	30 jr. II ^e p.	I 1927. Durante partu naar ziekenhuis te Zwolle. Kind dood.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 6 uur	C.D. 9.3 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.
No. 60. Toc. 1932/6 C.	33 jr. III ^e p.	I 1929. Sp. à t. Kind aspyctisch, dood. $\pm$ 2750 gr. II 1930. Hooge tang kind na 4de dag dood $\pm$ 4000 gram	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 4 uur	C.D. 8.9 cm. Anamnese. Bekken- vernaauwing	9 cm.
No. 61. Toc. 1932/10 C.	35 jr. VII ^e p.	I-V Alle partus arte praematurus. 4 kin- deren leven. 1 kind dur. partu dood. VI abortus 3 mnd.	Hoofdl. puilt duidelijk uit.	Vliezen staan	C.D. 8.7 cm. Groot kind. Prim. S.C.	4 cm.

Aantal touchées	Temp. dur partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg dagen	Toestand later
1	37° 4	3¼ uur	Cervicaal overlangs	Zéér gering	Langs den nat weg uit- strijken	Goed 4750 gr.	Gestoord. Buikwand- abces. Mastitis	Voor: 52 Na: 31	Keloid in litteken
2	37°.	7¼ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den nat. weg. Ex- pressie	Goed 3690 gr.	Licht gestoord	Voor: 54 Na: 22	Onbekend
1	?	0	Cervicaal overlangs subserieuze bloeding bij tuba- hoek	Flink	Door de wond manueel	Goed 3730 gr.	Sterk gestoord. Thrombose	Voor: 0 Na: 73	III, IV en V Thuis beval- len, kinde- ren dood door solutio pla- centae VI Sp. 23 we- ken 1000 gr. + Bloedingen in plac VII Sol. plac.
2	37° 2	3¼ uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 2930 gr.	Sterk gestoord. Thrombose	Voor: 3 Na: 73	IV Toc. 1932/ 135. Partus praematurus Spont. 2110 gram na 3 dagen dood. Manueele placenta ver- wijdering.
2	37°.	4½ uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3505 gr.	Ongestoord	Voor: 18 Na: 23	Onbekend
2	36° 9	10 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond manueel wegens bloeding	Goed 3270 gr.	Sterk gestoord. Thrombose Endome- tritis	Voor: 40 Na: 55	Onbekend
2	36° 6	7 uur	Cervicaal overlangs	matig	door de wond	Goed 3700 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 43 Na: 28	Goed

Nummer Toc. jaar/no. B, C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontsluiting
No. 55. Toc. 1930/3 C.	30 jr. II ^e p.	I Vroeg afgel. vruchtsw. Langd. baring. Koorts. Forceps. Kind na 1 uur dood.	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.8 cm. Groot kind	Vol- ko- men
No. 56. Toc. 1930/43 C.	31 jr. II ^e p.	I 1925. Vroegafgel. vr. w. Perf. en craniocl. Kind $\pm$ 4500 gr.	Dwars uitgezakte arm	Spont. 1 uur	C.D. 8.7 cm. Ind. te voren gesteld: bekken- vernauwing	Vol- ko- men
No. 57. Toc. 1930/366 B.	20 jr. II ^e p.	I Toc. 1929/272. Praem. foetus mace- ratus solutio placentae	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.8 cm. Bekken- vernauwing Vloei: loslating? Eclampsie	3 cm.
No. 58. Toc. 1930/396 C.	37 jr. III ^e p.	I Toc. 1927/452. Forceps foet. mac. 2680 gr. II Part. immat. 4 à 5 mnd.	Hoofdl. puilt niet uit	Spont. 8½ uur	C.D. 10.7 cm. 8 uur te voren meconium. Geen weeën. 1½ u. te voren weeën, uit- gez, navelstreng	5 à 6 cm.
No. 59. Toc. 1931/316 C.	30 jr. II ^e p.	I 1927. Durante partu naar ziekenhuis te Zwolle. Kind dood.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 6 uur	C.D. 9.3 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.
No. 60. Toc. 1932/6 C.	33 jr. III ^e p.	I 1929. Sp. à t. Kind aspyctisch, dood. $\pm$ 2750 gr. II 1930. Hooft tang kind na 4de dag dood $\pm$ 4000 gram	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 4 uur	C.D. 8.9 cm. Anamnese. Bekken- vernauwing	9 cm.
No. 61. Toc. 1932/10 C.	35 jr. VII ^e p.	I-V Alle partus arte praematurus. 4 kin- deren leven. 1 kind dur. partu dood. VI abortus 3 mnd.	Hoofdl. puilt duidelijk uit.	Vliezen staan	C.D. 8.7 cm. Groot kind. Prim. S.C.	4 cm.

Aantal touchés	Temp. dur partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg dagen	Toestand later
1	37° 4	3¼ uur	Cervicaal overlangs	Zéér gering	Langs den nat weg uit- strijken	Goed 4750 gr.	Gestoord. Buikwand- absces. Mastitis	Voor: 52 Na: 31	Keloid in litteeken
2	37°	7¼ uur	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den nat. weg. Ex- pressie	Goed 3690 gr.	Licht gestoord	Voor: 54 Na: 22	Onbekend
1	?	0	Cervicaal overlangs subsereuze bloeding bij tuba- hoek	Flink	Door de wond manueel	Goed 3730 gr.	Sterk gestoord. Thrombose	Voor: 0 Na: 73	III, IV en V Thuis beval- len, kinde- ren dood door solutio pla- centae VI Sp. 23 we- ken 1000 gr. † Bloedingen in plac VII Sol. plac.
2	37° 2	3¼ uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 2930 gr.	Sterk gestoord. Thrombose	Voor: 3 Na: 73	IV Toc. 1932/ 135. Partus praematurus Spont. 2110 gram na 3 dagen dood. Manuele placenta ver- wijdering.
2	37°	4½ uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3505 gr.	Ongestoord	Voor: 18 Na: 23	Onbekend
2	36° 9	10 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond manueel wegens bloeding	Goed 3270 gr.	Sterk gestoord. Thrombose Endome- tritis	Voor: 40 Na: 55	Onbekend
2	36° 6	7 uur	Cervicaal overlangs	matig	door de wond	Goed 3700 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 43 Na: 28	Goed

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontsluiting	Aantal touchés	Temp. dur partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Aantal Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 62. Toc. 1932/136 C.	36 jr. IV ^e p.	I 1920 forceps levend. ± 4500 gr. II 1923. forceps mis- lukt, perforatie. III toc. 1927/170. Wand- beensl. forceps kind leeft 4160 gr.	Voorste wand beensl. uitgez. navelstreng	Spont 1½ uur	C.D. 10,2 cm. Uitgez. navel- streng bij 5 cm. ontsluiting. V. en E. te riskant	5 cm.	3	37°.	4½ uur	Door cervix en corpus overlangs	Matig	Door de wond	Goed 4190 gr.	Gestoord draad- etting	Voor: 4 Na: 24	Goed
No. 63. Toc. 1932/254 C.	42 jr. X ^e p.	I-III forc. à t. één kind † IV Toc. 1916/26 Uitgez. Navelstr. V. en E. k. leeft 3810 gr. V Toc. 1919/225. Voor- hoofdsl. manueele cor- rectie-forceps. k. †. 3820 gr. Schedelbreuk. VI Part. art. praem. levend 3170 gr. toc. 1920/439. VII Toc. 1923/196. part. arte praem. 2860 gr. levend. VIII Toc. 1925/228 part. arte praem. 2940 gr. levend. IX Toc. 1927/332. Achterste wandbeensl. Pubiotomie-forceps. k. leeft 4100 gr. ure- terfistel nephrectomie.	Hoofdl. afgeweken	Staande vliezen	C.D. 10,8 cm. Anamnese. bekken- vernauwing, terwijl er nephrectomie is gedaan.	?	0	36°.	4½ uur	Cervicaal overlangs Sterilisatie door: door- knippen van de tubae	Sterk	Door de wond	Goed 4200 gr.	Sterk gestoord 14 ^{en} dag. dodelijke embolie. naglycerine- spuitje! Thrombose was niet ontdekt. Er bleek oedeem aan het linkerbeen te zijn.	Voor: 14 Na: 14 †	†
No. 64. Toc. 1932/439 B.	36 jr. II ^e p.	I Toc. 1927/428. partus praem. forceps. kind leeft 1720 gr.	Hoofdl. puilt matig uit. Uitgezakte navelstr.	vliezen staan!	C.D. 8.8 cm. vr. w. afgeloopen! bij 2 cm. uitgezakte navelstr.	2 cm.	1	36°.	0	Cervicaal dwars Vliezen staan!	Gering	Door de wond	Goed 2860 gr.	Sterk gestoord thrombose.	Voor: 16 Na: 48	Onbekend
No. 65. Toc. 1933/35 B.	27 jr. II ^e p.	I Toc. 1931/485. Uitgangvern. tang. Kind leeft 4000 gr.	Hoofdl.	Vliezen staan	Sterke uitgangs vernauwing. 1 ^e partus moeilijke tang.	0 cm.	1	37°.	24 uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond	Goed 4720 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose	Voor: 0 Na: 35	Goed
No. 66. Toc. 1934/10 C.	44 jr. III ^e p.	I Abortus. II Toc. 1929/196. Cluneus, tympania uteri, foetus maceratus 3300 gr. spont. geboren.	Hoofdl. puilt vrij sterk uit	Spont 41½ uur	C.D. 10.8 cm. 1 ^e leeftijd. 2 ^e C.D. = 10.8 cm 3 ^e Hoofd puilt uit 4 ^e vorige baring	0 cm.	1	36°.	0	Corporeel dwars	Zéér sterk	Door de wond	Goed 3940 gr.	Gestoord	Voor: 26 Na: 24	Goed
No. 67. Toc. 1934/201 B.	36 jr. II ^e p.	I Stuitligging. Kind dood.	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.1 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.	10 1)	36°.	11 uur? 5 dg?	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3310 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose	Voor: 0 Na: 85	Onbekend

1) Durante partu opgenomen uit V.P.

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Aantal Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 62. Toc. 1932/136 C.	36 jr. IV ^e p.	I 1920 forceps levend. ± 4500 gr. II 1923. forceps mis- lukt, perforatie. III toc. 1927/170. Wand- beensl. forceps kind leeft 4160 gr.	Voorste wand beensl. uitgez. navelstreng	Spont 1½ uur	C.D. 10,2 cm. Uitgez. navel- streng bij 5 cm. ontsluiting. V. en E. te riskant	5 cm.	3	37°.	4½ uur	Door cervix en corpus overlangs	Matig	Door de wond	Goed 4190 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 4 Na: 24	Goed
No. 63. Toc. 1932/254 C.	42 jr. X ^e p.	I-III forc. à t. één kind † IV Toc. 1916/26 Uitgez. Navelstr. V. en E. k. leeft 3810 gr. V Toc. 1919/225. Voor- hoofdsl. manueele cor- rectie-forceps. k. †. 3820 gr. Schedelbreuk. VI Part. art. praem. levend 3170 gr. toc. 1920/439. VII Toc. 1923/196. part. arte praem. 2860 gr. levend. VIII Toc. 1925/228 part. arte praem. 2940 gr. levend. IX Toc. 1927/332. Achterste wandbeensl. Pubiotomie-forceps. k. leeft 4100 gr. ure- terfistel nephrectomie.	Hoofdl. afgeweken	Staande vliezen	C.D. 10,8 cm. Anamnese. bekken- vernaauwing, terwijl er nephrectomie is gedaan.	?	0	36°.	4½ uur	Cervicaal overlangs Sterilisatie door: door- knippen van de tubae	Sterk	Door de wond	Goed 4200 gr.	Sterk gestoord 14 ^{en} dag. dodelijke embolie. na glycerine- spuitje! Thrombose was niet ontdekt. Er bleek oedeem aan het linkerbeen te zijn.	Voor: 14 Na: 14 †	†
No. 64. Toc. 1932/439 B.	36 jr. II ^e p.	I Toc. 1927/428. partus praem. forceps. kind leeft 1720 gr.	Hoofdl. puilt matig uit. Uitgezakte navelstr.	vliezen staan!	C.D. 8.8 cm. vr. w. afgeloopen! bij 2 cm. uitgezakte navelstr.	2 cm.	1	36°.	0	Cervicaal dwars Vliezen staan!	Gering	Door de wond	Goed 2860 gr.	Sterk gestoord thrombose.	Voor: 16 Na: 48	Onbekend
No. 65. Toc. 1933/35 B.	27 jr. II ^e p.	I Toc. 1931/485. Uitgangvern. tang. Kind leeft 4000 gr.	Hoofdl.	Vliezen staan	Sterke uitgangs vernaauwing. 1 ^e partus moeilijke tang.	0 cm.	1	37°.	24 uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond	Goed 4720 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose	Voor: 0 Na: 35	Goed
No. 66. Toc. 1934/10 C.	44 jr. III ^e p.	I Abortus. II Toc. 1929/196. Cluneus, tympania uteri, foetus maceratus 3300 gr. spont. geboren.	Hoofdl. puilt vrij sterk uit	Spont 4½ uur	C.D. 10.8 cm. 1 ^e leeftijd. 2 ^e C.D. = 10.8 cm 3 ^e Hoofd puilt uit 4 ^e vorige baring	0 cm.	1	36°.	0	Corporeel dwars	Zéér sterk	Door de wond	Goed 3940 gr.	Gestoord	Voor: 26 Na: 24	Goed
No. 67. Toc. 1934/201 B.	36 jr. II ^e p.	I Stuitligging. Kind dood.	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.1 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.	10 ¹⁾	36°.	11 uur? 5 dg?	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3310 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose	Voor: 0 Na: 85	Onbekend

1) Durante partu opgenomen uit V.P.

Nummer Toc. jaar/no. B, C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 68. Toc. 1934/282 B.	24 jr. II ^e p.	I 1927 langd. baring. Spontpraem. $\pm$ 1000 gr. Na 7 maanden dood.	Hoofdl. promineert iets	Spont 28 $\frac{1}{2}$ uur	C.D. 10.2 cm. Meconium Ontsl. neemt niet toe	4 cm.	14	37° 8	35 $\frac{1}{2}$ uur	Cervix dwars	Sterk	Door de wond	Na 22 uur dood Aspiratie 3110 gr.	Gestoord	Voor: 2 Na: 24	Onbekend
No. 69. Toc. 1934/286 B.	28 jr. II ^e p.	I Toc. 1930/434. Herhaalde stuitligging. Versie. sp. à t. hoodl. Kind leeft 3400 gr.	Hoofdl. puilt uit	Vliezen staan	C.D. 11.8 cm. Plac. praevia lateralis	2 cm.	2	36° 5	2 uur?	Cervicaal overlangs	Zéér gering	Door de wond	Goed 4410 gr.	Gestoord	Voor: 4 Na: 23	Onbekend
No. 70. Toc. 1934/378 C.	42 jr. XVII ^e p.	11 $\times$ spat. 1 k. $\dagger$. 1 $\times$ sp. praem k. $\dagger$. 2 $\times$ abortus. XIV Forc? à t k. $\dagger$. XV Toc. 1933/20. Hoogetang k. leeft 3660 gr. Schedelbasis fract.	Hoofdl. afgeweken. Uitgezakte navelstreng.	Kunstm. 20 min.	C.D. 10.2 cm. Uitgezakte navelstreng meconium V. en E. te gewaagd	Vol- ko- men	2	36° 6	4 uur	Cervicaal dwars Sterilisatie Door- knippen van de tubae	Sterk	Langs den na- tuur- lijken weg. Crédé	Goed 4120 gr.	Gestoord	Voor: 34 Na: 27	Onbekend
No. 71. Toc. 1935/83 B.	24 jr. II ^e p.	I V.P. 1933/708 Partus praem. 28 wk. Couveuze k. na eenige uren dood.	Hoofdl. puilt uit	Spont 6 $\frac{1}{2}$ uur	C.D. 9.7 cm. Vliezen gebroken Geen weeën	3 cm.	3	37° 7	0 uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 3570 gr.	Gestoord	Voor: 21 Na: 23	Goed III Toc. 1937/537 Hooge tang Levend kind 3520 gr.
No. 72. Toc. 1935/482 B.	33 jr. VII ^e p.	I-V Spont à terme Levende kinderen VI foetus maceratus.	Hoofdl. promineert sterk	Kunstm. 3 $\frac{1}{2}$ uur bij volk. ontsl.	C.D. 9.2 cm. Geen indalen bij volk. ontsl. Sec. S.C.	Vol- ko- men	2	37° 6	16 uur	Cervicaal dwars	Sterk	Langs den na- tuur- lijken weg Stem- pelen	Goed 2860 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose draad- ettering	Voor: 1 Na: 56	Onbekend
No. 73. Toc. 1935/493 D.	23 jr. V ^e p.	I-IV Spont à terme kinderen leven $\pm$ 2500-3250 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Kunstm. 6 $\frac{1}{2}$ uur bij volk. ontsl.	C.D. 9.4 cm. Groot kind Sec. S.C.	Vol- ko- men	6	37° 2	22 uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 4100 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 0 Na: 24	Onbekend
No. 74. Toc. 1935/532 B.	28 jr. II ^e p.	I Toc. 1930/227 Tymp. uteri. Hooge- tang Perf. 3000 gr. Pyæmie thrombose longabcessen.	Hoofdl.	Spont 3 $\frac{1}{2}$ uur	C.D. 10 cm. Gebroken vliezen bekken- vernauwing	3 cm.	2	36° 8	9 $\frac{1}{2}$ uur	Cervicaal dwars locaal anaesthesie	Flink	Door de wond	Gemelli I goed 2650 gr. II mace- ratie 2120 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose	Voor: 8 Na: 46 Naar Int. Kliniek voor hoesten	Onbekend

Nummer Toc. jaar/no. B, C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 68. Toc. 1934/282 B.	24 jr. IIe p.	I 1927 langd. baring. Spontpraem. $\pm$ 1000 gr. Na 7 maanden dood.	Hoofdl. promineert iets	Spont 28 $\frac{1}{2}$ uur	C.D. 10.2 cm. Meconium Ontsl. neemt niet toe	4 cm.	14	37° 8	35 $\frac{1}{2}$ uur	Cervix dwars	Sterk	Door de wond	Na 22 uur dood Aspiratie 3110 gr.	Gestoord	Voor: 2 Na: 24	Onbekend
No. 69. Toc. 1934/286 B.	28 jr. IIe p.	I Toc. 1930/434. Herhaalde stuitligging. Versie. sp. à t. hoodl. Kind leeft 3400 gr.	Hoofdl. puilt uit	Vliezen staan	C.D. 11.8 cm. Plac. praevia lateralis	2 cm.	2	36° 5	2 uur?	Cervicaal overlangs	Zéér gering	Door de wond	Goed 4410 gr.	Gestoord	Voor: 4 Na: 23	Onbekend
No. 70. Toc. 1934/378 C.	42 jr. XVIIe p.	11 $\times$ spat. 1 k. $\dagger$. 1 $\times$ sp. praem k. $\dagger$. 2 $\times$ abortus. XIV Forc? à t k. $\dagger$. XV Toc. 1933/20. Hoogetang k. leeft 3660 gr. Schedelbasis fract.	Hoofdl. afgeweken. Uitgezakte navelstreng.	Kunstm. 20 min.	C.D. 10.2 cm. Uitgezakte navelstreng meconium V. en E. te gewaagd	Vol- ko- men	2	36° 6	4 uur	Cervicaal dwars Sterilisatie Door- knippen van de tubae	Sterk	Langs den na- tuur- lijken weg. Crédé	Goed 4120 gr.	Gestoord	Voor: 34 Na: 27	Onbekend
No. 71. Toc. 1935/83 B.	24 jr. IIe p.	I V.P. 1933/708 Partus praem. 28 wk. Couveuze k. na eenige uren dood.	Hoofdl. puilt uit	Spont 6 $\frac{1}{2}$ uur	C.D. 9.7 cm. Vliezen gebroken Geen weeën	3 cm.	3	37° 7	0 uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 3570 gr.	Gestoord	Voor: 21 Na: 23	Goed III Toc. 1937/537 Hooge tang Levend kind 3520 gr.
No. 72. Toc. 1935/482 B.	33 jr. VIIe p.	I-V Spont à terme Levende kinderen VI foetus maceratus.	Hoofdl. promineert sterk	Kunstm. 3 $\frac{1}{2}$ uur bij volk. ontsl.	C.D. 9.2 cm. Geen indalen bij volk. ontsl. Sec. S.C.	Vol- ko- men	2	37° 6	16 uur	Cervicaal dwars	Sterk	Langs den na- tuur- lijken weg Stem- pelen	Goed 2860 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose draad- ettering	Voor: 1 Na: 56	Onbekend
No. 73. Toc. 1935/493 D.	23 jr. Ve p.	I-IV Spont à terme kinderen leven $\pm$ 2500-3250 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Kunstm. 6 $\frac{1}{2}$ uur bij volk ontsl.	C.D. 9.4 cm. Groot kind Sec. S.C.	Vol- ko- men	6	37° 2	22 uur	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 4100 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 0 Na: 24	Onbekend
No. 74. Toc. 1935/532 B.	28 jr. IIe p.	I Toc. 1930/227 Tymp. uteri. Hooge- tang Perf. 3000 gr. Pyæmie thrombose longabcessen.	Hoofdl.	Spont 3 $\frac{1}{2}$ uur	C.D. 10 cm. Gebroken vliezen bekken- vernauwing	3 cm.	2	36° 8	9 $\frac{1}{2}$ uur	Cervicaal dwars locaal anaesthesie	Flink	Door de wond	Gemelli I goed 2650 gr. II mace- ratie 2120 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose	Voor: 8 Na: 46 Naar Int. Kliniek voor hoesten	Onbekend

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Aantal Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 75 Toc. 1936/7 B.	35 jr. IV ^e p.	I Toc. 1929/25 Spät. 3360 gr. leeft. II Forceps kind dood. III Toc. 1932/416. Spät 3840 gr. leeft.	Dwarsl. Placenta praevia centralis cervicalis	Vliezen staan	C.D. 9.9 cm. Placenta praevia	? cm.	2	37° 6	?	Cervicaal dwars Insertie plaats op cervix omstoken	Zéér sterk	Door de wond	Goed 3450 gr.	Spoedig in- wendig ver- bloed, on- danks bloed- transfusie	Voor: 46 Na: 0	Bij obductie is een der wond- hoeken in de cevis niet ge- heel gesloten. Veel bloed in de buik.
No. 76. Toc. 1936/35 B.	27 jr. II ^e p.	I V.P. 1932/1239 Spät. 4500 gr. levend Kraambdpsychose uit raam gesprongen bekkenfractuur.	Hoofdl. 3/4 inged.	Vliezen gebroken spont?	Oude bekken- fractuur Linker- kant heeft scherpe uitsteeksels Sec. S.C.	Vol- ko- men	7	37° 2	36 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs den na- tuur- lijken weg	Goed 3850 gr.	Matig ge- stoord	Voor: 1 Na: 25	Goed
No. 77. Toc. 1928/290 C.	27 jr. II ^e p.	I Toc. 1927/230 Opn. dur. partu Dwarsl. + uitgezakte arm Koorts metreuryse V. en E. Hoofd scheurt- af Perf + Craniocl 1720 gr.	Hoofdl.	Spont 1/2 dag?	C.D. 10.6 cm. Vroeg aflopen van vruchtwater	0 cm.	1	37° 1	0 uur	Door cervix en corpus overlangs	Sterk	Door de wond Crédé	Goed 3430 gr.	Gestoord	Voor: 4 Na: 25	III Toc. 1930/377 Spät. levend 3680 gr. IV Toc. 1934/222 Spät levend 3420 gr.
No. 78. Toc. 1927/269 B.	27 jr. II ^e p.	I Toc. 1923/173. Corporeele sectio caesarea.	Hoofdl. puilt sterk uit.	Vliezen staan.	C.D. 10,1 cm. Sterke bekken- vernaauwing	3	0	37° 3	8 1/2 uur	Corporeel overlangs. adhaesies loggemaakt	?	Door de wond.	Goed 3870 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 40 Na: 35	Onbekend
No. 79. Toc. 1928/253 C.	39 jr. IV ^e p.	I forceps kind dood. II Spont. kind dood. III Toc. 1921/451. Prim. S.C. kind leeft 3180 gr.	Hoofdl. puilt vrij sterk uit.	Vliezen staan.	C.D. 10,3 cm. Bekken- vernaauwing	?	0	37°	?	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond.	Goed 3520 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 36 Na: 33	Onbekend
No. 80. Toc. 1928/141 C.	37 jr. VI ^e p.	I—V spontaan à terme levende kinderen. Na kraambd van Ve grav. kan de vrouw niet lopen, na langen tijd met krukken.	Stuitl. uitgezakte voet.	Spont. 3 1/2 uur.	C.D. 10,5 cm. Exostose a/d symphysis Pseudo spondylo lysthesis	bijna vol- ko- men	3	37° 3	3 uur ?	Door cervix en corpus overlangs	Gering	Langs den na- tuur- lijken weg.	Goed 3760 gr.	Gestoord fisteltje naast de operatie- wond	Voor: 22 Na: 36	Nº. 81
No. 81. Toc. 1936/26 C.	45 jr. VIII ^e p.	Zie Nº. 80. VII abortus.	Hoofdl.	Spont. 19 uur.	C.D. 10,5 cm. Pseudo spondylo lysthesis	3 cm	2	37°	?	Cervicaal dwars. Adhaesies	Gering	Door de wond.	Goed 3260 gr.	Gestoord. Buikwand abces	Voor: 0 Na: 50	Onbekend
No. 82. Toc. 1929/221 C.	27 jr. II ^e p.	I 1921. Vroedvr.-school te R'dam. S.C. Levend kind.	Hoofdl. puilt sterk uit.	Vliezen staan.	C.D. 9,8 cm. Bekken- vernaauwing	0 cm	1	36° 8	2 1/4 uur	Corporeel overlangs. Blaas niet van o.u.s. af te schuiven.	Sterk	Door de wond.	Goed 3440 gr.	Ongestoord	Voor: 8 Na: 23	Onbekend
No. 83. Toc. 1929/260 C.	26 jr. III ^e p.	I Spät. dood kind. II Hoogetang. Levend kind.	Dwarsl. vliezen gebroken.	Spont. 7 1/2 uur.	C.D. 9,2 cm. Bekken- vernaauwing. Dwarsl.	2 cm	1	37° 2	4 3/4 uur	Door cervix en corpus overlangs.	Sterk	Door de wond.	Goed 3770 gr.	Gestoord endome- tritis	Voor: 19 Na: 30	Nº. 84

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Aantal Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 75 Toc. 1936/7 B.	35 jr. IV ^e p.	I Toc. 1929/25 Spät. 3360 gr. leeft. II Forceps kind dood. III Toc. 1932/416. Spät 3840 gr. leeft.	Dwarsl. Placenta prævia centralis cervicalis	Vliezen staan	C.D. 9,9 cm. Placenta prævia	? cm.	2	37° 6	?	Cervicaal dwars Insertie plaats op cervix omstoken	Zéér sterk	Door de wond	Goed 3450 gr.	Spoedig in- wendig ver- bloed, on- danks bloed- transfusie	Voor: 46 Na: 0	Bij obductie is een der wond- hoeken in de cervix niet ge- heel gesloten. Veel bloed in de buik.
No. 76 Toc. 1936/35 B.	27 jr. II ^e p.	I V.P. 1932/1239 Spät. 4500 gr. levend Kraambedpsychose uit raam gesprongen bekkenfractuur.	Hoofdl. 3/4 inged.	Vliezen gebroken spont?	Oude bekken- fractuur Linker- kant heeft scherpe uitsteeksels Sec. S.C.	Vol- ko- men	7	37° 2	36 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs den na- tuur- lijken weg	Goed 3850 gr.	Matig ge- stoord	Voor: 1 Na: 25	Goed
No. 77 Toc. 1928/290 C.	27 jr. II ^e p.	I Toc. 1927/230 Opn. dur. partu Dwarsl. + uitgezakte arm Koorts metreuryse V. en E. Hoofd scheurt- af Perf + Craniocl 1720 gr.	Hoofdl.	Spont 1/2 dag?	C.D. 10,6 cm. Vroeg afloopen van vruchtwater	0 cm.	1	37° 1	0 uur	Door cervix en corpus overlangs	Sterk	Door de wond Crédé	Goed 3430 gr.	Gestoord	Voor: 4 Na: 25	III Toc. 1930/377 Spät. levend 3680 gr. IV Toc. 1934/222 Spät levend 3420 gr.
No. 78 Toc. 1927/269 B.	27 jr. II ^e p.	I Toc. 1923/173. Corporeele sectio caesarea.	Hoofdl. puilt sterk uit.	Vliezen staan.	C.D. 10,1 cm. Sterke bekken- vernaauwing	3	0	37° 3	8 1/2 uur	Corporeel overlangs. adhaesies loggemaakt	?	Door de wond.	Goed 3870 gr.	Gestoord draad- etting	Voor: 40 Na: 35	Onbekend
No. 79 Toc. 1928/253 C.	39 jr. IV ^e p.	I forceps kind dood. II Spont. kind dood. III Toc. 1921/451. Prim. S.C. kind leeft 3180 gr.	Hoofdl. puilt vrij sterk uit.	Vliezen staan.	C.D. 10,3 cm. Bekken- vernaauwing	?	0	37°	?	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond.	Goed 3520 gr.	Gestoord draad- etting	Voor: 36 Na: 33	Onbekend
No. 80 Toc. 1928/141 C.	37 jr. VI ^e p.	I—V spontaan à terme levende kinderen. Na kraambed van Ve grav. kan de vrouw niet lopen, na langen tijd met krukken.	Stuitl. uitgezakte voet.	Spont. 3 1/2 uur.	C.D. 10,5 cm. Exostose a/d symphysis Pseudo spondylo lysthesis	bijna vol- ko- men	3	37° 3	3 uur ?	Door cervix en corpus overlangs	Gering	Langs den na- tuur- lijken weg.	Goed 3760 gr.	Gestoord fisteltje naast de operatie- wond	Voor: 22 Na: 36	Nº. 81
No. 81 Toc. 1936/26 C.	45 jr. VIII ^e p.	Zie Nº. 80. VII abortus.	Hoofdl.	Spont. 19 uur.	C.D. 10,5 cm. Pseudo spondylo lysthesis	3 cm	2	37°	?	Cervicaal dwars. Adhaesies	Gering	Door de wond.	Goed 3260 gr.	Gestoord. Buikwand abces	Voor: 0 Na: 50	Onbekend
No. 82 Toc. 1929/221 C.	27 jr. II ^e p.	I 1921. Vroedvr.-school te R'dam. S.C. Levend kind.	Hoofdl. puilt sterk uit.	Vliezen staan.	C.D. 9,8 cm. Bekken- vernaauwing	0 cm	1	36° 8	2 1/4 uur	Corporeel overlangs. Blaas niet van o. u. s. af te schuiven.	Sterk	Door de wond.	Goed 3440 gr.	Ongestoord	Voor: 8 Na: 23	Onbekend
No. 83 Toc. 1929/260 C.	26 jr. III ^e p.	I Spät. dood kind. II Hooge tang. Levend kind.	Dwarsl. vliezen gebroken.	Spont. 7 1/2 uur.	C.D. 9,2 cm. Bekken- vernaauwing. Dwarsl.	2 cm	1	37° 2	4 3/8 uur	Door cervix en corpus overlangs.	Sterk	Door de wond.	Goed 3770 gr.	Gestoord endome- tritis	Voor: 19 Na: 30	Nº. 84

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambled	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 84. Toc. 1933/206 C.	30 jr. IV ^e p.	Zie N ^o . 83.	Hoofdl. puilt matig uit	Vliezen staan.	C.D. 9.3 cm. Afgel. vr. w. Hoofd puilt uit.	2 cm	0	36° 6	0 uur	Cervicaal dwars vliezen staan. Geen adhaesies.	Gering	Door de wond.	Goed 3470 gr.	Gestoord endome- tritis	Voor: 28 Na: 35	Onbekend
No. 85. Toc. 1929/308 C.	29 jr. III ^e p.	I Toc. 1924/388 Opn. wegens mislukte tang, koorts. Perf. + craniocl. 3150 gr. II Toc. 1925/379 Prim. S.C. kind leeft 3730 gr.	Hoofdl. puilt weinig uit	Vliezen staan	C.D. 10.4 cm. Eclampsie bij 2 cm. ontsluiting	2 cm.	1	37° 1	21½ uur	Cervicaal overlangs Adhaesies	Sterk	Door de wond	Goed 2890 gr.	Gestoord	Voor: 3 Na: 22	IV Toc. 1933/306 Spät. Levend kind 3700 gr. V Toc. 1936/290 Ileus V. en E. voor uitgez. hand naast hoofd kind leeft 3250 gr.
No. 86. Toc. 1929/440 D.	25 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont 9 uur (thuis)	C.D. 8.9 cm. Afgel. vr. w. geen weeën	0 cm.	2	37° 2	0 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3820 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose embolie	Voor: 0 Na: 70	II Abortus III No. 87
No. 87. Toc. 1935/222 C.	31 jr. III ^e p.	I Zie no. 86 II Abortus	Hoofdl. puilt uit	Vliezen staan	C.D. 8.9 cm. Bekken- vernauwing	1 cm.	1	37° 2	6½ uur	Cervicaal dwars Geen adhaesies	Gering	Door de wond expressie	Goed 4050 gr.	Gestoord endo- metritis	Voor: 5 Na: 26	Onbekend
No. 88. Toc. 1929/475 C.	18 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 4 uur	C.D. 9 cm. Meconium bij 2 cm. ontsl.	2 cm.	1	36° 5	2½ uur	Door cervix en corpus overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3100 gr.	Licht ge- stoord	Voor: 2 Na: 23	II Abortus III No. 89
No. 89. Toc. 1932/248 C.	20 jr. III ^e p.	I Zie no. 88 II Abortus	Stuitl.	Spont 2 uur	C.D. 9 cm. Cluneus	0 cm.	1	36° 6	2½ uur	Cervicaal overlangs	Geen	Door de wond	Goed 3420 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 2 Na: 23	Goed
No. 90. Toc. 1929/205 C.	40 jr. IV ^e p.	I Forceps kind dood II Stuitligging kind na ½ uur dood III Toc. 1925/334 S.C. kind leeft 3010 gr.	Dwarsl. licht hydramnion	Vliezen staan	C.D. 10.2 cm. Bekkenvern. en dwarsl.	?	3	37° 1	4½ uur	Corporeel overlangs Adhaesies uterus getordeerd	Gering	Door de wond	Goed 4590 gr.	Gestoord seroom.	Voor: 17 Na: 29	Onbekend
No. 91. Toc. 1930/115 C.	24 jr. II ^e p.	I Sectio caesarea dood kind	Hoofdl.	Spont ¾ uur	C.D. 9.9 cm. Vliezen bij 2 cm. gebroken	2 cm.	1	37° 3	5½ uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3870 gr.	Ongestoord	Voor: 9 Na: 22	Onbekend
No. 92. Toc. 1930/465 D.	24 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 6½ uur (thuis)	C.D. 9.6 cm. Vliezen gebroken Geen weeën	0 cm.	2	38° 3	0 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3830 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 0 Na: 34	II No. 93

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambled	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 84. Toc. 1933/206 C.	30 jr. IV ^e p.	Zie N ^o . 83.	Hoofdl. puilt matig uit	Vliezen staan.	C.D. 9.3 cm. Afgel. vr. w. Hoofd puilt uit.	2 cm	0	36° 6	0 uur	Cervicaal dwars vliezen staan. Geen adhaesies.	Gering	Door de wond.	Goed 3470 gr.	Gestoord endome- tritis	Voor: 28 Na: 35	Onbekend
No. 85. Toc. 1929/308 C.	29 jr. III ^e p.	I Toc. 1924/388 Opn. wegens mislukte tang, koorts. Perf. + craniocl. 3150 gr. II Toc. 1925/379 Prim. S.C. kind leeft 3730 gr.	Hoofdl. puilt weinig uit	Vliezen staan	C.D. 10.4 cm. Eclampsie bij 2 cm. ontsluiting	2 cm.	1	37° 1	21½ uur	Cervicaal overlangs Adhaesies	Sterk	Door de wond	Goed 2890 gr.	Gestoord	Voor: 3 Na: 22	IV Toc. 1933/306 Spät. Levend kind 3700 gr. V Toc. 1936/290 Ileus V. en E. voor uitgez. hand naast hoofd kind leeft 3250 gr.
No. 86. Toc. 1929/440 D.	25 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt flink uit	Spont 9 uur (thuis)	C.D. 8.9 cm. Afgel. vr. w. geen weeën	0 cm.	2	37° 2	0 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3820 gr.	Sterk ge- stoord Thrombose embolie	Voor: 0 Na: 70	II Abortus III No. 87
No. 87. Toc. 1923/222 C.	31 jr. III ^e p.	I Zie no. 86 II Abortus	Hoofdl. puilt uit	Vliezen staan	C.D. 8.9 cm. Bekken- vernauwing	1 cm.	1	37° 2	6½ uur	Cervicaal dwars Geen adhaesies	Gering	Door de wond expressie	Goed 4050 gr.	Gestoord endo- metritis	Voor: 5 Na: 26	Onbekend
No. 88. Toc. 1929/475 C.	18 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 4 uur	C.D. 9 cm. Meconium bij 2 cm. ontsl.	2 cm.	1	36° 5	2½ uur	Door cervix en corpus overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3100 gr.	Licht ge- stoord	Voor: 2 Na: 23	II Abortus III No. 89
No. 89. Toc. 1932/248 C.	20 jr. III ^e p.	I Zie no. 88 II Abortus	Stuitl.	Spont 2 uur	C.D. 9 cm. Cluneus	0 cm.	1	36° 6	2½ uur	Cervicaal overlangs	Geen	Door de wond	Goed 3420 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 2 Na: 23	Goed
No. 90. Toc. 1929/205 C.	40 jr. IV ^e p.	I Forceps kind dood II Stuitligging kind na ¼ uur dood III Toc. 1925/334 S.C. kind leeft 3010 gr.	Dwarsl. licht hydramnion	Vliezen staan	C.D. 10.2 cm. Bekkenvern. en dwarsl.	?	3	37° 1	4½ uur	Corporeel overlangs Adhaesies uterus getordeerd	Gering	Door de wond	Goed 4590 gr.	Gestoord seroom.	Voor: 17 Na: 29	Onbekend
No. 91. Toc. 1930/115 C.	24 jr. II ^e p.	I Sectio caesarea dood kind	Hoofdl.	Spont ¾ uur	C.D. 9.9 cm. Vliezen bij 2 cm. gebroken	2 cm.	1	37° 3	5½ uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3870 gr.	Ongestoord	Voor: 9 Na: 22	Onbekend
No. 92. Toc. 1930/465 D.	24 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 6½ uur (thuis)	C.D. 9.6 cm. Vliezen gebroken Geen weeën	0 cm.	2	38° 3	0 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3830 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 0 Na: 34	II No. 93

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 93. Toc. 1934/161 B.	28 jr. II ^e p.	I Zie no. 92	Hoofdl. puilt zeer sterk uit	Spont 2½ uur	C.D. 9.6 cm. Meconium bij 2 cm. ontsl.	2 cm.	1	36° 9	1½ uur	Cervicaal dwars geen adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 4000 gr.	Sterk ge- stoord seroom embolie	Voor: 38 Na: 36	Goed
No. 94. Toc. 1930/524 D.	32 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt zeer sterk uit Kind dood	Spont 6 uur (thuis)	C.D. 9.3 cm. Uitgangsvern. S.C. minst gevaarlijk	4 cm.	Ve- le ma- len	37° 9	5 dagen	Door cervix en corpus overlangs	Gering	Door de wond expressie	Dood Mace- ratie 3580 gr.	Sterk ge- stoord thrombose rotting in utero	Voor: 0 Na: 55	II No. 95 III Toc. 1935/407 Spont 36 wk ge- melli beide gemacereerd
No. 95. Toc. 1932/55 C.	33 jr. II ^e p.	I Zie no. 94	Hoofdl. puilt weinig uit	Spont 5 uur	C.D. 9.3 cm. Afgelopen vruchtwater bij géén weeën	?	0	35° 8	0 uur	Corporeel overlangs geheel extra peritoneaal door adhaesies	Sterk	Door de wond	Gemelli Beide goed I 1740 gr. II 1900 gr.	Gestoord	Voor: 0 Na: 37	Klein litteeken breukje III Toc. 1935/407 Spont gemac. gemelli
No. 96. Toc. 1930/587 D.	26 jr. I ^e p.	Geen	Voorste wandb. l. puilt sterk uit	Spont 1½ dag (thuis)	C.D. 8.5 cm. Groot kind	5 cm.	6	37° 6	3½ dag	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3550 gr.	Gestoord buikwand abcesje	Voor: 0 Na: 23	II No. 97
No. 97. Toc. 1934/368 B.	30 jr. II ^e p.	I Zie no. 96	Hoofdl. puilt uit	Vliezen staan	C.D. 8.5 cm. Bekkenvern.	0 cm.	1	37° 4	6½ uur	Cervix en corpus over- langs geen adhaesies	Matig	Door de wond	Goed 3870 gr.	Ongestoord	Voor: 7 Na: 22	Goed
No. 98. Toc. 1931/77 C.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 6½ uur	C.D. 9.8 cm. Na 17 uur daalt hoofd niet in	2 cm.	2	37° 2	17 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3030 gr.	Gestoord	Voor: 35 Na: 25	II No. 99
No. 99. Toc. 1932/485 C.	25 jr. II ^e p.	I Zie no. 98	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.8 cm. Hoofd puilt zeer sterk uit	1 cm.	2	37° 4	11½ uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond	Goed 2630 gr.	Gestoord	Voor: 7 Na: 22	Buikklachten naar Int. Polikl.
No. 100. Toc. 1931/193 C.	40 jr. II ^e p.	I S.C. ± 3250 gr.	Dwars na keering uitpuilend hoofd	Vliezen staan	C.D. 9.5 cm. Hoofd puilt sterk uit	0 cm.	1	37° 3	21 uur	Door cervix en corpus overlangs weinig adhaesies	Geen	Door de wond	Goed 3400 gr.	Gestoord draad ettering	Voor: 30 Na: 24	Onbekend
No. 101. Toc. 1931/362 C.	34 jr. III ^e p.	I Toc. 1921/288 Opn. dur partu, dood kind. Spont 3220 gr. II Toc. 1922/425 Sec. S.C. kind leeft 3320 gr.	Dwars sluitlaken hoofd puilt weinig uit	Vliezen staan	C.D. 9.4 cm. Prim. S.C. in ver- band met anamnese	Vol- ko- men	2	37° 6	8 uur	Cervicaal overlangs veel adhaesies	Sterk	Langs den na- tuur- lijken weg	Goed 3150 gr.	Sterk gestoord Embolie	Voor: 19 Na: 44	Onbekend

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 93. Toc. 1934/161 B.	28 jr. II ^e p.	I Zie no. 92	Hoofdl. puilt zeer sterk uit	Spont 2½ uur	C.D. 9.6 cm. Meconium bij 2 cm. ontsl.	2 cm.	1	36° 9	1½ uur	Cervicaal dwars geen adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 4000 gr.	Sterk ge- stoord seroom embolie	Voor: 38 Na: 36	Goed
No. 94. Toc. 1930/524 D.	32 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt zeer sterk uit Kind dood	Spont 6 uur (thuis)	C.D. 9.3 cm. Uitgangsvern. S.C. minst gevaarlijk	4 cm.	Ve- le ma- len	37° 9	5 dagen	Door cervix en corpus overlangs	Gering	Door de wond expressie	Dood Mace- ratie 3580 gr.	Sterk ge- stoord thrombose rotting in utero	Voor: 0 Na: 55	II No. 95 III Toc. 1935/407 Spont 36 wk ge- melli beide gemacereerd
No. 95. Toc. 1932/55 C.	33 jr. II ^e p.	I Zie no. 94	Hoofdl. puilt weinig uit	Spont 5 uur	C.D. 9.3 cm. Afgelopen vruchtwater bij géén weeën	?	0	35° 8	0 uur	Corporeel overlangs geheel extra peritoneaal door adhaesies	Sterk	Door de wond	Gemelli Beide goed I 1740 gr. II 1900 gr.	Gestoord	Voor: 0 Na: 37	Klein litteken breukje III Toc. 1935/407 Spont gemac. gemelli
No. 96. Toc. 1930/587 D.	26 jr. I ^e p.	Geen	Voorste wandb. l. puilt sterk uit	Spont 1½ dag (thuis)	C.D. 8.5 cm. Groot kind	5 cm.	6	37° 6	3½ dag	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3550 gr.	Gestoord buikwand abcesje	Voor: 0 Na: 23	II No. 97
No. 97. Toc. 1934/368 B.	30 jr. II ^e p.	I Zie no. 96	Hoofdl. puilt uit	Vliezen staan	C.D. 8.5 cm. Bekkenvern.	0 cm.	1	37° 4	6½ uur	Cervix en corpus over- langs geen adhaesies	Matig	Door de wond	Goed 3870 gr.	Ongestoord	Voor: 7 Na: 22	Goed
No. 98. Toc. 1931/77 C.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 6½ uur	C.D. 9.8 cm. Na 17 uur daalt hoofd niet in	2 cm.	2	37° 2	17 uur	Cervicaal overlangs	Sterk	Door de wond	Goed 3030 gr.	Gestoord	Voor: 35 Na: 25	II No. 99
No. 99. Toc. 1932/485 C.	25 jr. II ^e p.	I Zie no. 98	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.8 cm. Hoofd puilt zeer sterk uit	1 cm.	2	37° 4	11½ uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond	Goed 2630 gr.	Gestoord	Voor: 7 Na: 22	Buikklasten naar Int. Polikl.
No. 100. Toc. 1931/193 C.	40 jr. II ^e p.	I S.C. ± 3250 gr.	Dwars na keering uitpuilend hoofd	Vliezen staan	C.D. 9.5 cm. Hoofd puilt sterk uit	0 cm.	1	37° 3	21 uur	Door cervix en corpus overlangs weinig adhaesies	Geen	Door de wond	Goed 3400 gr.	Gestoord draad ettering	Voor: 30 Na: 24	Onbekend
No. 101. Toc. 1931/362 C.	34 jr. III ^e p.	I Toc. 1921/288 Opn. dur partu, dood kind. Spont 3220 gr. II Toc. 1922/425 Sec. S.C. kind leeft 3320 gr.	Dwars sluitlaken hoofd puilt weinig uit	Vliezen staan	C.D. 9.4 cm. Prim. S.C. in ver- band met anamnese	Vol- ko- men	2	37° 6	8 uur	Cervicaal overlangs veel adhaesies	Sterk	Langs den na- tuur- lijken weg	Goed 3150 gr.	Sterk gestoord Embolie	Voor: 19 Na: 44	Onbekend

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 102. Toc. 1930/131 D.	26 jr. II ^e p.	I 1929. Langd. baring. Kind dood.	Achterste wandb. l. puilt sterk uit	Kunstm. 22½ uur bij volk. ontsl. ¹⁾	C.D. 8.8 cm. Hoofdl. pnilt sterk uit Stinkend vr. w.	Vol- ko- men
No. 103. Toc. 1932/29 C.	28 jr III ^e p.	I en II. Zie no. 102.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 1½ uur	C.D. 8.8 cm. In verband met vorige partus S.C.	2 cm.
No. 104. Toc. 1932/209 C.	45 jr. VII ^e p.	I Abortus II Toc. 1922/33 Uitg. tang. Kind leeft 2640 gr. III Toc. 1923 201 Per abuis part. art praem. Kind na 5 dg. dood 2110 gr. IV Toc. 1924/432 Part. art. praem. Sec. S.C. Kind leeft 2990 gr. 7 ^e dg p.p. strumecto- mie wegens ver- stikking.	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 10.7 cm. Afloop vorige baringen	0 cm.
No. 105. Toc. 1932/216 B.	34 jr II ^e p.	I Toc. 1924/91 Secund S.C. na mis- lukte tang bij uitgangs vernaauwing. Kind leeft 3090 gr.	Hoofdl. geheel ingedaald	Spont 13 uur	Sterke uitgangs- vernaauwing. Vroegafgelopen vruchtwater	0 cm.
No. 106. Toc. 1933/114 C.	27 jr. III ^e p.	I Forceps ± 2500 gr. levend. II S.C. ± 2500 gr. levend.	Hoofdl. puilt zeer sterk uit	Spont 7 uur	C.D. 9.5 cm. Wanverhouding te groot	6 cm.
No. 107. Toc. 1934/115 D.	28 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. sterke tympania uteri	Spont 83½ uur (thuis)	C.D. 8.3 cm. Tymp. uteri 7 cm. ontsl. weeënzwakte. Gevaren bij afwachting grooter	7 cm.
No. 108. Toc. 1934/377 C.	37 jr. II ^e p.	I Sec. S.C. na 3 dagen in partu te zijn geweest. Kind leeft ± 3250 gr.	Hoofdl. puilt niet uit	Vliezen staan	C.D. 9.7 cm. 12 uur in partu geen indalen	1 cm.

¹⁾ Opname zeer lang na volk. ontsl.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
7	37° 7	27 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den na- tuur- lijken weg	Goed 3870 gr.	Gestoord Buikwand- abces Geen peritonitis	Voor: 0 Na: 22	II No. 103
1	36° 6	0 uur	Cervicaal overlangs adhaesies	?	Door de wond	Goed 3610 gr.	Licht gestoord draad ettering	Voor: 9 Na: 24	Goed
1	37° 1	4½ uur	Door cervix en corpus uitgebreide adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3220 gr.	Gestoord draad ettering	Voor: 56 Na: 53	Goed
1	37° 1	2 uur	Door cervix en corpus overlangs adhaesies	Geen	Door de wond	Goed 2410 gr.	Gestoord	Voor: 0 Na: 24	Goed
2	37° 4	12½ uur	Cervicaal dwars weinig adhaesies	Zéér gering	Langs natuurl. weg	Goed 3160 gr.	Licht gestoord draad ettering	Voor: 1 Na: 25	Onbekend
meer dan 6	38° 5	84 uur	Cervicaal richting?	Geen	Door de wond	Zéér diep asphy- tisch 2990 gr. Na 3 dg. dood: aspiratie	Gestoord buikwand- abcessen	Voor: 0 Na: 47	II Toc. 1937/422 Sectio Caesarea Levend kind 3610 gr.
3	37° 3	12 uur	Cervicaal overlangs veel adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3300 gr.	Gestoord	Voor: 2 Na: 22	Goed

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 102. Toc. 1930/131 D.	26 jr. II ^e p.	I 1929. Langd. baring. Kind dood.	Achterste wandb. l. puilt sterk uit	Kunstm. 22½ uur bij volk. ontsl. ¹⁾ .	C.D. 8.8 cm. Hoofdl. puilt sterk uit Stinkend vr. w.	Vol- ko- men
No. 103. Toc. 1932/29 C.	28 jr III ^e p.	I en II. Zie no. 102.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 1½ uur	C.D. 8.8 cm. In verband met vorige partus S.C.	2 cm.
No. 104. Toc. 1932/209 C.	45 jr. VII ^e p.	I Abortus II Toc. 1922/33 Uitg. tang. Kind leeft 2640 gr. III Toc. 1923 201 Per abuis part. art praem. Kind na 5 dg. dood 2110 gr. IV Toc. 1924/432 Part. art. praem. Sec. S.C. Kind leeft 2990 gr. 7 ^e dg p.p. strumecto- mie wegens ver- stikking.	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 10.7 cm. Afloop vorige baringen	0 cm.
No. 105. Toc. 1932/216 B.	34 jr II ^e p.	I Toc. 1924/91 Secund S.C. na mis- lukte tang bij uitgangs vernaauwing. Kind leeft 3090 gr.	Hoofdl. geheel ingedaald	Spont 13 uur	Sterke uitgangs- vernaauwing. Vroegafgelopen vruchtwater	0 cm.
No. 106. Toc. 1933/114 C.	27 jr. III ^e p.	I Forceps ± 2500 gr. levend. II S.C. ± 2500 gr. levend.	Hoofdl. puilt zeer sterk uit	Spont 7 uur	C.D. 9.5 cm. Wanverhouding te groot	6 cm.
No. 107. Toc. 1934/115 D.	28 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. sterke tympania uteri	Spont 83½ uur (thuis)	C.D. 8.3 cm. Tymp. uteri 7 cm. ontsl. weeënzwakte. Gevaren bij afwachting grooter	7 cm.
No. 108. Toc. 1934/377 C.	37 jr. II ^e p.	I Sec. S.C. na 3 dagen in partu te zijn geweest. Kind leeft ± 3250 gr.	Hoofdl. puilt niet uit	Vliezen staan	C.D. 9.7 cm. 12 uur in partu geen indalen	1 cm.

¹⁾ Opname zeer lang na volk. ontsl.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
7	37° 7	27 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Langs den na- tuur- lijken weg	Goed 3870 gr.	Gestoord Buikwand- abces Géén peritonitis	Voor: 0 Na: 22	II No. 103
1	36° 6	0 uur	Cervicaal overlangs adhaesies	?	Door de wond	Goed 3610 gr.	Licht gestoord draad ettering	Voor: 9 Na: 24	Goed
1	37° 1	4½ uur	Door cervix en corpus uitgebreide adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3220 gr.	Gestoord draad ettering	Voor: 56 Na: 53	Goed
1	37° 1	2 uur	Door cervix en corpus overlangs adhaesies	Geen	Door de wond	Goed 2410 gr.	Gestoord	Voor: 0 Na: 24	Goed
2	37° 4	12½ uur	Cervicaal dwars weinig adhaesies	Zéér gering	Langs natuurl. weg	Goed 3160 gr.	Licht gestoord draad ettering	Voor: 1 Na: 25	Onbekend
meer dan 6	38° 5	84 uur	Cervicaal richting?	Geen	Door de wond	Zéér diep asphy- cisch 2990 gr. Na 3 dg. dood: aspiratie	Gestoord buikwand- abcessen	Voor: 0 Na: 47	II Toc. 1937/422 Sectio Caesarea Levend kind 3610 gr.
3	37° 3	12 uur	Cervicaal overlangs veel adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3300 gr.	Gestoord	Voor: 2 Na: 22	Goed

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 109. Toc. 1930/113 C.	24 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt wat uit	Vliezen staan	C.D. 9 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.
No. 110. Toc. 1935/150 C.	28 jr. II ^e p.	I Zie no. 109	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernaauwing	6 cm.
No. 111. Toc. 1936/116 C.	20 jr. I ^e p.	Geen	Achterste wandb.l.	Kunstm. bij volk. ontsl. 2½ uur	C.D. 8.5 cm. Niet indalen Sec. S.C.	Vol- ko- men
No. 112. Toc. 1936/150 C.	20 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 3½ uur	C.D. 9.3 cm. Sterke bekken- vernaauwing	1 cm.
No. 113. Toc. 1936/196 B.	26 jr. II ^e p.	I S.C. cluneus	Hoofdl. cyste in het bekken	Spont 1½ uur	C.D. 10.7 cm. Vroeg afgel. vr. w. Cyste is verdwenen. Zal later toch verwijderd moeten worden	3 cm.
No. 114. Toc. 1935/577 D.	22 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl.	Spont. 29 uur (thuis)	C.D. 8.6 cm. Bekkenvern. en eclampsie	4 cm.
No. 115. Toc. 1927/241 C.	39 jr. IX ^e p.	I Forceps dood kind. II Forceps levend kind. III Praem 7 mnd. dood. kind. IV en V Forceps leven- de kinderen. VI Uitgez. navelstr. V en E kind dood. VII Toc. 1922/189. <i>Prim.</i> <i>Corp.</i> S.C. Kind leeft 2540 gr. VIII Toc. 1924/294. <i>Corp.</i> S.C. levend kind draad- ettering	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 6 uur	C.D. 9.7 cm. Baring langs na- tuurlijken weg niet uitgesloten. Vorige maal draad- ettering uterus voelt dun aan. Kans op Uterus ruptuur	?

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambled	Verpleeg- dagen	Toestand later
4	36° 7	12 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3210 gr.	Gestoord buikwand- abces	Voor: 35 Na: 25	II No. 110
2	36° 3	8½ uur	Door cervix en corpus overlangs geen adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3290 gr.	Gestoord buikwand- abcesje mastitis	Voor: 13 Na: 27	Onbekend
2	37° 8	12 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs den na- tuur- lijken weg	Goed 3280 gr.	Gestoord thrombose	Voor: 11 Na: 38	II Toc. 1937/664 Sectio Caesarea Levend kind
2	37° 2	5½ uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond Crédé.	Goed 3500 gr.	Sterk gestoord thrombose	Voor: 3 Na: 44	II Toc. 1937/244 Levend kind 3200 gr.
2	37° 4	0 uur	Cervicaal dwars dermoid- cyste is geëxtirpeerd adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3440 gr.	Ongestoord	Voor: 14 Na: 22	Onbekend
5	376°	12 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs den natuurl. weg	Goed 2319 gr.	Gestoord eclampsie venasectie draadfistels	Voor: 0 Na: 27	II Toc. 1937/ 73 S.C. 36 wk. Kind leeft 2240 gram Vrouw sterft aan peritonitis
0	37° 1	0 uur	Corporeel overlangs. Adhaesies met de darm, los- gemaakt. Tubae zijn doorgeknijpt Sterilisatie	?	Door de wond	Goed 2200 gr.	Gestoord buikwand- abces	Voor: 0 Na: 42	Onbekend

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontsluiting
No. 109. Toc. 1930/113 C.	24 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt wat uit	Vliezen staan	C.D. 9 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.
No. 110. Toc. 1935/150 C.	28 jr. II ^e p.	I Zie no. 109	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernauwing	6 cm.
No. 111. Toc. 1936/116 C.	20 jr. I ^e p.	Geen	Achterste wandb.l.	Kunstm. bij volk. ontsl. 2½ uur	C.D. 8.5 cm. Niet indalen Sec. S.C.	Vol- ko- men
No. 112. Toc. 1936/150 C.	20 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 3½ uur	C.D. 9.3 cm. Sterke bekken- vernauwing	1 cm.
No. 113. Toc. 1936/196 B.	26 jr. II ^e p.	I S.C. cluneus	Hoofdl. cyste in het bekken	Spont 1½ uur	C.D. 10.7 cm. Vroeg afgel. vr. w. Cyste is verdwenen. Zal later toch verwijderd moeten worden	3 cm.
No. 114. Toc. 1935/577 D.	22 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl.	Spont. 29 uur (thuis)	C.D. 8.6 cm. Bekkenvern. en eclampsie	4 cm.
No. 115. Toc. 1927/241 C.	39 jr. IX ^e p.	I Forceps dood kind. II Forceps levend kind. III Praem 7 mnd. dood. kind. IV en V Forceps leven- de kinderen. VI Uitgez. navelstr. V en E kind dood. VII Toc. 1922/189. <i>Prim.</i> <i>Corp.</i> S.C. Kind leeft 2540 gr. VIII Toc. 1924/294. <i>Corp.</i> S.C. levend kind draad- ettering	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 6 uur	C.D. 9.7 cm. Baring langs na- tuurlijken weg niet uitgesloten. Vorige maal draad- ettering uterus voelt dun aan. Kans op Uterus ruptuur	?

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
4	36° 7	12 uur	Cervicaal overlangs	Gering	Door de wond	Goed 3210 gr.	Gestoord buikwand- abces	Voor: 35 Na: 25	II No. 110
2	36° 3	8½ uur	Door cervix en corpus overlangs geen adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3290 gr.	Gestoord buikwand- abcesje mastitis	Voor: 13 Na: 27	Onbekend
2	37° 8	12 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs den na- tuur- lijken weg	Goed 3280 gr.	Gestoord thrombose	Voor: 11 Na: 38	II Toc. 1937/664 Sectio Caesarea Levend kind
2	37° 2	5½ uur	Cervicaal dwars	Sterk	Door de wond Crédé.	Goed 3500 gr.	Sterk gestoord thrombose	Voor: 3 Na: 44	II Toc. 1937/244 Levend kind 3200 gr.
2	37° 4	0 uur	Cervicaal dwars dermoid- cyste is geëxtirpeerd adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 3440 gr.	Ongestoord	Voor: 14 Na: 22	Onbekend
5	376°	12 uur	Cervicaal dwars	Gering	Langs den natuurl. weg	Goed 2319 gr.	Gestoord eclampsie venasectie draadfistels	Voor: 0 Na: 27	II Toc. 1937/ 73 S.C. 36 wk. Kind leeft 2240 gram Vrouw sterft aan peritonitis
0	37° 1	0 uur	Corporeel overlangs. Adhaesies met de darm. los- gemaakt. Tubae zijn doorgeknijpt Sterilisatie	?	Door de wond	Goed 2200 gr.	Gestoord buikwand- abces	Voor: 0 Na: 42	Onbekend

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No. 116. Toc. 1927/255 C.	32 jr. III ^e p.	I Toc. 1921/337. Corp. S.C. Kind leeft 3000 gr. II Toc. 1924/269. Corp. S.C. Kind leeft 3380 gr.	Dwarsl.	Spont. 1 uur	C.D. 8.3 cm. Dwarsligging	?
No. 117. Toc. 1928/68 C.	26 jr. Ve p.	I Sp. à t. dood geboren. II Forceps à t. Levend kind. III Sp. à t. Na 2 dg. dood. IV Cluneus(?) à t. dood geboren.	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 10 cm. Sterke bekken- vernauwing. Groot Kind	Vol- ko- men
No. 118. Toc. 1929/264 C.	27 jr. VI ^e p.	Zie No. 117.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 1½ uur	C.D. 10 cm. Sterke bekken- vernauwing	3 cm.
No. 119. Toc. 1931/123 C.	29 jr. VII ^e p.	Zie No. 118.	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 10 cm. Sterke bekken- vernauwing	2 cm.
No. 120. Toc. 1929/241 C.	31 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt matig uit	Vliezen staan	C.D. 8 cm. Sterke bekken- vernauwing	3 cm.
No. 121. Toc. 1931/219 C.	33 jr. II ^e p.	I Zie No. 120	Hoofdl. puilt niet sterk uit	?	C.D. 8 cm. Sterke bekken- vernauwing	2 cm.
No. 122. Toc. 1932/349 C.	34 jr. III ^e p.	Zie No. 121	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 1½ uur	C.D. 8 cm. Sterke bekken- vernauwing	8 cm.
No. 123. Toc. 1930/87 D.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 7½ uur (thuis)	C.D. 7.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.
No. 124. Toc. 1933/58 C.	27 jr. II ^e p.	I Zie No. 123	Hoofdl. puilt flink uit	Vliezen staan	C.D. 7.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	0 cm.

Aantal touchées	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
0	37° 1	3½ uur	Overlang- sche incisie door ?? extraperito- neaal adhae- sies losge- maakt	Flink	Door de wond	Goed 3000 gr.	Gestoord	Voor: 14 Na: 27	Onbekend
1	37° 3	6 uur	Door corpus en cervix overlangs uterus getordeerd	Sterk	Door de wond	Goed 4270 gr.	Gestoord durante operat sti- muleeren endome- tritis	Voor: 21 Na: 33	II No. 118 III No. 119
1	37° 3	0 uur	Door corpus en cervix overl. geen adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 4110 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 13 Na: 23	III No. 119
1	37° 3	5 uur	Door corpus en cervix overlangs adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 4540 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 25 Na: 23	Goed
1	36.7	5½ uur	Door corpus en cervix overlangs	Flink	Door de wond	Goed 2380 gr.	Gestoord mastitis	Voor: 22 Na: 23	II No. 121 III No. 122
2	37° 1	?	Door cervix en corpus overlangs geen adhaesies	Geen	Door de wond	Goed 2520 gr.	Ongestoord	Voor: 0 Na: 22	III No. 122
4	36° 7	7 dagen?	Cervicaal dwars adhaesies	Flink	Placenta blijft achter in utero. Manueele verwijdering mislukt doordat voor en achterwand van de uterus aan elkaar zijn gehecht. Uterus extirpatie na relaparotomie.	Goed 3240 gr.	Vrijwel ongestoord draad- ettering	Voor: 7 Na: 27	Lichte climact. klachten
2	38°	52½ uur	Cervicaal overlangs	?	Door de wond	Goed 3110 gr.	Gestoord Thrombose	Voor: 0 Na: 49	II No. 124 III No. 125
1	37° 2	12 uur	Cervicaal overlangs extraperito- neaal door adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 3380 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 0 Na: 32	III No. 125

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslu- ting
No. 116. Toc. 1927/255 C.	32 jr. III ^e p.	I Toc. 1921/337. <i>Corp.</i> S.C. Kind leeft 3000 gr. II Toc. 1924/269. <i>Corp.</i> S.C. Kind leeft 3380 gr.	Dwarsl.	Spont. 1 uur	C.D. 8.3 cm. Dwarsligging	?
No. 117. Toc. 1928/68 C.	26 jr. V ^e p.	I Sp. à t. dood geboren. II Forceps à t. Levend kind. III Sp. à t. Na 2 dg. dood. IV Cluneus(?) à t. dood geboren.	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 10 cm. Sterke bekken- vern. Groot Kind	Vol- ko- men
No. 118. Toc. 1929/264 C.	27 jr. VI ^e p.	Zie No. 117.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 1½ uur	C.D. 10 cm. Sterke bekken- vernauwing	3 cm.
No. 119. Toc. 1931/123 C.	29 jr. VII ^e p.	Zie No. 118.	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 10 cm. Sterke bekken- vernauwing	2 cm.
No. 120. Toc. 1929/241 C.	31 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt matig uit	Vliezen staan	C.D. 8 cm. Sterke bekken- vernauwing	3 cm.
No. 121. Toc. 1921/219 C.	33 jr. II ^e p.	I Zie No. 120	Hoofdl. puilt niet sterk uit	?	C.D. 8 cm. Sterke bekken- vernauwing	2 cm.
No. 122. Toc. 1932/349 C.	34 jr. III ^e p.	Zie No. 121	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 1½ uur	C.D. 8 cm. Sterke bekken- vernauwing	8 cm.
No. 123. Toc. 1930/87 D.	23 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 7¼ uur (thuis)	C.D. 7.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.
No. 124. Toc. 1933/58 C.	27 jr. II ^e p.	I Zie No. 123	Hoofdl. puilt flink uit	Vliezen staan	C.D. 7.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	0 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
0	37° 1	3¼ uur	Overlang- sche incisie door?? extraperito- neaal adhae- sies losge- maakt	Flink	Door de wond	Goed 3000 gr.	Gestoord	Voor: 14 Na: 27	Onbekend
1	37° 3	6 uur	Door corpus en cervix overlangs uterus getordeerd	Sterk	Door de wond	Goed 4270 gr.	Gestoord durante operat sti- muleeren endome- tritis	Voor: 21 Na: 33	II No. 118 III No. 119
1	37° 3	0 uur	Door corpus en cervix overl. geen adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 4110 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 13 Na: 23	III No. 119
1	37° 3	5 uur	Door corpus en cervix overlangs adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 4540 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 25 Na: 23	Goed
1	36.7	5½ uur	Door corpus en cervix overlangs	Flink	Door de wond	Goed 2380 gr.	Gestoord mastitis	Voor: 22 Na: 23	II No. 121 III No. 122
2	37° 1	?	Door cervix en corpus overlangs geen adhaesies	Geen	Door de wond	Goed 2520 gr.	Ongestoord	Voor: 0 Na: 22	III No. 122
4	36° 7	7 dagen?	Cervicaal dwars adhaesies	Flink	Placenta blijft achter in utero. Manueele verwijdering mislukt doordat voor en achterwand van de uterus aan elkaar zijn gehecht. Uterus extirpatie na relaparotomie.	Goed 3240 gr.	Vrijwel ongestoord draad- ettering	Voor: 7 Na: 27	Lichte climact. klachten
2	38°	52¼ uur	Cervicaal overlangs	?	Door de wond	Goed 3110 gr.	Gestoord Thrombose	Voor: 0 Na: 49	II No. 124 III No. 125
1	37° 2	12 uur	Cervicaal overlangs extraperito- neaal door adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 3380 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 0 Na: 32	III No. 125

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslu- ting
No. 125. Toc. 1936/419 C.	30 jr. III ^e p.	I Zie No. 123 II Zie No. 124	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 7.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	0 cm.
No. 126. Toc. 1928/286 C.	24 jr. II ^e p.	I Toc. 1926/416 Scheef bekken S.C. Le- vend kind. 4220 gr.	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 9.6 cm. Scheef bekken	5 cm.
No. 127. Toc. 1930/309 C.	26 jr. III ^e p.	Zie No. 127.	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.6 cm. Sterke bekken- vernauwing	Vol- ko- men
No. 128. Toc. 1931/120 C.	33 jr. IV ^e p.	I Toc. 1922/224. Voorl. navelstr. S.C. kind leeft 3190 gr. II Toc. 1924/112 S.C. Levend kind 3450 gr. III Toc. 1928/211. Vroegafgel. vruchtwa- ter. Kind dood. Spontaan.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 6 uur.	C.D. 10 cm. Sterke bekken- vernauwing.	0 cm.
No. 129. Toc. 1934/144 C.	38 jr. XIV ^e p.	I Forc. à t. Levend kind II + III Sp. à t. Leven- de kinderen. IV Sp. à t. Na 2 d. dood. V Forc. à t. Levend kind. VI—VIII 8 X part arte praem. door eivliessteek in de 8 ^{ste} maand. 5 kinderen leven. 3 dood geboren.	Achterste wandb.l. puilt matig uit	Kunstm. bij volk. ontsl. 2 uur.	C.D. 10 cm. Krachtige weeën Na 2 uur volk. ontsl. indaling klein segment. Hooge tang. Lepels liggen ongunstig. Sec. S.C.	Vol- ko- men.
No. 130 Toc. 1936/18 C.	40 jr. XV ^e p.	Zie No. 129.	Hoofdl.	Kunstm. bij volk. ontsl. 3 uur.	C.D. 10 cm. Na 2½ uur. geen indaling bij volk. ontsl.	Vol- ko- men.
No. 131. Toc. 1935/433 C.	29 jr. III ^e p.	I Hooge tang à terme Kind na 4½ week dood door wondinfectie. II S.C. à t. Kind dood ± 2500 gram.	Hoofdl. puilt sterk uit.	Spont. 6 uur.	C.D. 10.5 cm. Bij 7 cm. ontsl. flink uitpuilen van het hoofd. Harttonen langzaam.	7 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambd	Verpleeg- dagen	later Toestand
1	37°.	?	Door cervix en corpus overlangs adhaesies	Flink	Door de wond expressie	Goed 3560 gr.	Sterk gestoord Embolie	Voor: 2 Na: 75	Onbekend
1	36°.	1 uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Flink	Langs den nat. weg	Goed 3830 gr.	Gestoord hoesten	Voor: 43 Na: 26	III No. 127
1	37°.	9¼ uur	Door corpus en cervix overlangs	Sterk	Langs den nat. weg Crédé	Goed 3820 gr.	Ongestoord	Voor: 0 Na: 22	Onbekend
1	36°.	0?	Door corpus en cervix overlangs enkele adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 4070 gr.	Sterk gestoord thrombose	Voor: 24 Na: 52	G.K. 1934/10. Plastiek voor litteken her- nia V Toc. 1935/ 103 Schaam- beensnede voor toestand buikwand Tang Levend kind 3960 gr.
4	37°	3¼ uur	Cervicaal dwars	Sterk	Langs natuurl. weg	Goed 3980 gr.	Ongestoord	Voor: 8 Na: 23	XV No. 130
5	37°	16 uur	Cervicaal dwars fascie- breuken hersteld	Gering	Langs natuurl. weg	Goed 3650 gr.	Licht gestoord	Voor: 1 Na: 24	XVI Toc. 1937/ 527 Sec. Sectio Caesarea Le- vend kind Kraambd goed
13	37°.	27 uur	Cervicaal dwars geen adhaesies	Flink	Langs natuurl. weg Crédé	Goed 3810 gr.	Sterk gestoord Thrombose	Voor: 10 Na: 58	IV Toc. 1937/ 597 Sectio Caesarea Le- vend kind 4030 gr. Kraambd heeft gunstig verloop

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontsluiting
No. 125. Toc. 1936/419 C.	30 jr. III ^e p.	I Zie No. 123 II Zie No. 124	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 7.2 cm. Sterke bekken- vernaauwing	0 cm.
No. 126. Toc. 1928/286 C.	24 jr. II ^e p.	I Toc. 1926/416 Scheef bekken S.C. Le- vend kind. 4220 gr.	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 9.6 cm. Scheef bekken	5 cm.
No. 127. Toc. 1930/309 C.	26 jr. III ^e p.	Zie No. 127.	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 9.6 cm. Sterke bekken- vernaauwing	Vol- ko- men
No. 128. Toc. 1931/120 C.	33 jr. IV ^e p.	I Toc. 1922/224. Voorl. navelstr. S.C. kind leeft 3190 gr. II Toc. 1924/112 S.C. Levend kind 3450 gr. III Toc. 1928/211. Vroegafgel. vruchtwa- ter. Kind dood. Spontaan.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 6 uur.	C.D. 10 cm. Sterke bekken- vernaauwing.	0 cm.
No. 129. Toc. 1934/144 C.	38 jr. XIV ^e p.	I Forc. à t. Levend kind II + III Sp. à t. Leven- de kinderen. IV Sp. à t. Na 2 d. dood. V Forc. à t. Levend kind. VI—VIII 8 × part arte praem. door eivliessteek in de 8 ^{ste} maand. 5 kinderen leven. 3 dood geboren.	Achterste wandb.l. puilt matig uit	Kunstm. bij volk. ontsl. 2 uur.	C.D. 10 cm. Krachtige weeën Na 2 uur volk. ontsl. indaling klein segment. Hooge tang. Lepels liggen ongunstig. Sec. S.C.	Vol- ko- men.
No. 130 Toc. 1936/18 C.	40 jr. XV ^e p.	Zie No. 129.	Hoofdl.	Kunstm. bij volk. ontsl. 3 uur.	C.D. 10 cm. Na 2½ uur. geen indaling bij volk. ontsl.	Vol- ko- men.
No. 131. Toc. 1935/433 C.	29 jr. III ^e p.	I Hooge tang à terme Kind na 4½ week dood door wondinfectie. II S.C. à t. Kind dood ± 2500 gram.	Hoofdl. puilt sterk uit.	Spont. 6 uur.	C.D. 10.5 cm. Bij 7 cm. ontsl. flink uitpuilen van het hoofd. Harttonen langzaam.	7 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	later Toestand
1	37°.	?	Door cervix en corpus overlangs adhaesies	Flink	Door de wond expressie	Goed 3560 gr.	Sterk gestoord Embolie	Voor: 2 Na: 75	Onbekend
1	36°.	1 uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Flink	Langs den nat. weg	Goed 3830 gr.	Gestoord hoesten	Voor: 43 Na: 26	III No. 127
1	37°.	9½ uur	Door corpus en cervix overlangs	Sterk	Langs den nat. weg Crédé	Goed 3820 gr.	Ongestoord	Voor: 0 Na: 22	Onbekend
1	36°.	0?	Door corpus en cervix overlangs enkele adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 4070 gr.	Sterk gestoord thrombose	Voor: 24 Na: 52	G.K. 1934/10. Plastiek voor litteken her- nia V Toc. 1935/ 103 Schaam- beensnede voor toestand buikwand Tang Levend kind 3960 gr.
4	37°	3½ uur	Cervicaal dwars	Sterk	Langs natuurl. weg	Goed 3980 gr.	Ongestoord	Voor: 8 Na: 23	XV No. 130
5	37°	16 uur	Cervicaal dwars fascie- breuken hersteld	Gering	Langs natuurl. weg	Goed 3650 gr.	Licht gestoord	Voor: 1 Na: 24	XVI Toc. 1937/ 527 Sec. Sectio Caesarea Le- vend kind Kraambed goed
13	37°.	27 uur	Cervicaal dwars geen adhaesies	Flink	Langs natuurl. weg Crédé	Goed 3810 gr.	Sterk gestoord Thrombose	Voor: 10 Na: 58	IV Toc. 1937/ 597 Sectio Caesarea Le- vend kind 4030 gr. Kraambed heeft gunstig verloop

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslu- ting
No. 132 Toc. 1936/374 C.	32 jr. IV ^e p.	I S.C. Levend kind. II S.C. Kind dood na 3 dagen. III Toc. 1935/231. Sp. à t. Levend kind. 3090 gram.	Hoofdl. met uitgez. navelstr.	Spont. 2½ uur.	C.D. 9.8 cm. Uitgezakte navel- streng bij volk. ontsl.	Vol- ko- men.
No. 133. Toc. 1934/295 C.	25 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 2 uur	C.D. 9.4 cm. Scheefbekken coxitis tuberc.	?
No. 134. Toc. 1936/409 C.	28 jr. II ^e p.	I Zie No. 133	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 9.4 cm. Scheefbekken	?
No. 135. Toc. 1930/312 C.	27 jr. III ^e p.	I Hoogetang 36 wk. k † II Toc. 1923/512 S.C. Kind leeft 3580 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit Voorl. navelstr.	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Voorliggende navelstreng	3 cm.
No. 136. Toc. 1938/463 C.	30 jr. IV ^e p.	Zie No. 135	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 2½ uur	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernaauwing	1 cm.
No. 137. Toc. 1927/200 C.	29 jr. IV ^e p.	I Toc. 1916/138 Extra peritoneale S.C. Levend kind 2910 gr. II Toc. 1918/284 Prim. S.C. Levend kind 2310 gr. III Toc. 1923/153 Prim. S.C. Levend kind 3300 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 25½ uur	C.D. 9.5 cm. 1 anamnese 2 vliezen gebroken geen weeën	0 cm.
No. 138. Toc. 1929/51 C.	29 jr. IV ^e p.	I Forceps à terme kind dood. II Forceps à terme kind leeft. III Toc. 1924/310 S.C. Levend kind 3550 gr.	Hoofdl. puilt matig uit	Vliezen staan	C.D. 10.3 cm. Vroegtijdig touché Vermoedelijk S.C. noodzakelijk	5 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
1	36° 8	26½ uur	Cervicaal dwars	Flink	Langs natuurl. weg expressie	Goed 4000 gr.	Licht gestoord	Voor: 0 Na: 29	Onbekend
0	37° 2	0?	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 3780 gr.	Gestoord draad ettering	Voor: 35 Na: 26	II No. 134
0	36° 9	3 uur	Cervicaal dwars	Matig	Door de wond manueel	Goed 3380 gr.	Gestoord	Voor: 0 Na: 25	III Toc. 1938/ 281 S.C. Le- vend kind 3000 gram
1	37° 6	6½ uur	Door cervix en corpus adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 4050 gr.	Gestoord seroom	Voor: 21 Na: 24	Slappe buik- wand IV No. 136
1	37°	0?	Cervicaal dwars extra- peritoneaal door adhaesies	Sterk	Door de wond	Goed 3590 gr.	Gestoord	Voor: 4 Na: 23	Onbekend
1	37° 1	0 uur	Cervicaal overlangs adhaesies met de darmen los- gemaakt tubae door- geknipt sterilisatie	Geen	Door de wond	Goed 2900 gr.	Licht gestoord	Voor: 7 Na: 23	Onbekend
4	37° 0	17½ uur	Cervicaal overlangs Crédé, in- versio uteri, placenta vast op oude litteken, losgemaakt repositie	Sterk	Door de wond Crédé inversio uteri. Manueele plac. verw.	Goed 3190 gr.	Licht gestoord	Voor: 5 Na: 23	VI No. 139

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslu- ting
No. 132 Toc. 1936/374 C.	32 jr. IV ^e p.	I S.C. Levend kind. II S.C. Kind dood na 3 dagen. III Toc. 1935/231. Sp. à t. Levend kind. 3090 gram.	Hoofdl. met uitgez. navelstr.	Spont. 2½ uur.	C.D. 9.8 cm. Uitgezakte navel- streng bij volk. ontsl.	Vol- ko- men.
No. 133. Toc. 1934/295 C.	25 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 2 uur	C.D. 9.4 cm. Scheefbekken coxitis tuberc.	?
No. 134. Toc. 1936/409 C.	28 jr. II ^e p.	I Zie No. 133	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 9.4 cm. Scheefbekken	?
No. 135. Toc. 1930/312 C.	27 jr. III ^e p.	I Hoogetang 36 wk. k † II Toc. 1923/512 S.C. Kind leeft 3580 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit Voorl. navelstr.	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Voorliggende navelstreng	3 cm.
No. 136. Toc. 1938/463 C.	30 jr. IV ^e p.	Zie No. 135	Hoofdl. puilt matig uit	Spont. 2½ uur	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernauwing	1 cm.
No. 137. Toc. 1927/200 C.	29 jr. IV ^e p.	I Toc. 1916/138 Extra peritoneale S.C. Levend kind 2910 gr. II Toc. 1918/284 Prim. S.C. Levend kind 2310 gr. III Toc. 1923/153 Prim. S.C. Levend kind 3300 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 25½ uur	C.D. 9.5 cm. 1 anamnese 2 vliezen gebroken geen weeën	0 cm.
No. 138. Toc. 1929/51 C.	29 jr. IV ^e p.	I Forceps à terme kind dood. II Forceps à terme kind leeft. III Toc. 1924/310 S.C. Levend kind 3550 gr.	Hoofdl. puilt matig uit	Vliezen staan	C.D. 10.3 cm. Vroegtijdig touché Vermoedelijk S.C. noodzakelijk	5 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
1	36° 8	26½ uur	Cervicaal dwars	Flink	Langs natuurl. weg expressie	Goed 4000 gr.	Licht gestoord	Voor: 0 Na: 29	Onbekend
0	37° 2	0?	Cervicaal dwars	Flink	Door de wond	Goed 3780 gr.	Gestoord draad ettering	Voor: 35 Na: 26	II No. 134
0	36° 9	3 uur	Cervicaal dwars	Matig	Door de wond manueel	Goed 3380 gr.	Gestoord	Voor: 0 Na: 25	III Toc. 1938/ 281 S.C. Le- vend kind 3000 gram
1	37° 6	6½ uur	Door cervix en corpus adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 4050 gr.	Gestoord seroom	Voor: 21 Na: 24	Slappe buik- wand IV No. 136
1	37°	0?	Cervicaal dwars extra- peritoneaal door adhaesies	Sterk	Door de wond	Goed 3590 gr.	Gestoord	Voor: 4 Na: 23	Onbekend
1	37° 1	0 uur	Cervicaal overlangs adhaesies met de darmen los- gemaakt tubae door- geknipt sterilisatie	Geen	Door de wond	Goed 2900 gr.	Licht gestoord	Voor: 7 Na: 23	Onbekend
4	37° 0	17½ uur	Cervicaal overlangs Crédé, in- versio uteri, placenta vast op oude litteken, losgemaakt repositie	Sterk	Door de wond Crédé inversio uteri. Manueele plac. verw.	Goed 3190 gr.	Licht gestoord	Voor: 5 Na: 23	VI No. 139

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	pariteit Leeftijd	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 139. Toc. 1932/377 C.	32 jr. VI ^e p.	Zie no. 138 V S.C. Levend kind ± 1500 gr.	Hoofdl. puilt weinig uit	Vliezen staan	C.D. 10.3 cm. In verband met vorige baringen	0 cm.	2	37°2	11 uur	Cervicaal dwars adhaesies	Flink	Door de wond plac. praevia margi- nalis	Goed 3140 gr.	Ongestoord	Voor: 8 Na: 23	Onbekend
No. 140. Toc. 1930/100 B.	24 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernaauwing	?	1	37°4	41½ uur	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3280 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 6 Na: 22	II No. 141 III No. 142 IV No. 143
No. 141. Toc. 1932/79 B.	26 jr. II ^e p.	I Zie no. 140	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernaauwing	0 cm.	1	37°4	2½ uur	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 4090 gr.	Gestoord	Voor: 9 Na: 23	III No. 142 IV No. 143
No. 142. Toc. 1933/325 B.	27 jr. III ^e p.	I Zie no. 140 II Zie no. 141	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernaauwing	?	0	37°1	?	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Matig	Door de wond	Goed 3770 gr.	Gestoord	Voor: 5 Na: 23	IV No. 143
No. 143. Toc. 1935/414 B.	29 jr. IV ^e p.	I Zie no. 140 II Zie no. 141 III Zie no. 142	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernaauwing	1 cm.	0	37°4	?	Cervicaal overlangs adhaesies	Geen	Door de wond	Goed 3960 gr.	Ongestoord	Voor: 61 Na: 24	Onbekend
No. 144. Toc. 1935/505 C.	42 jr. VII ^e p.	I Abortus II S.C. levend iknd ± 2750 gr. III Part arte praem. kind na 9 dg. dood ± 2000 gr. IV S.C. levend kind ± 3000 gr. V S.C. levend kind ± 3000 gr. VI Abortus.	Dwars?	Vliezen staan	C.D. 8.9 cm. Sterke bekken- vernaauwing	4 cm.	1	37°3	5 uur	Corporeel zeer veel adhaesies tubae hoeken doorsneden sterilisatie	Gering	Door de wond	Goed 3290 gr.	Licht gestoord	Voor: 0 Na: 24	Onbekend
No. 145. Toc. 1935/558 B.	33 jr. IV ^e p.	I S.C. levend kind 4200 gr. II S.C. levend kind 3900 gr. III S.C. levend kind 4400 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont. 2 uur	C.D. 9.7 cm. weinig ontsl. Meconium	1 cm.	1	37°2	?	Cervicaal overlangs adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 3490 gr.	Gestoord oppervl. thrombophl.	Voor: 7 Na: 39	Onbekend
No. 146. 1929/250 C.	18 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Spont. 11½ uur	C.D. 9.2 cm. Bij 8 cm. geen indalen. Hart onregelm. Sec. S.C.	8 cm.	7	37°2	18½ u.	Cervicaal overlangs	Geen	Langs natuurl. weg	Goed 3770 gr.	Gestoord lochia- retentie	Voor: 1 Na: 24	II No. 147 III No. 148 IV No. 149 V No. 150

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	pariteit Leeftijd	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 139. Toc. 1932/377 C.	32 jr. VI ^e p.	Zie no. 138 V S.C. Levend kind ± 1500 gr.	Hoofdl. puilt weinig uit	Vliezen staan	C.D. 10.3 cm. In verband met vorige baringen	0 cm.	2	37° 2	11 uur	Cervicaal dwars adhaesies	Flink	Door de wond plac. praevia margi- nalis	Goed 3140 gr.	Ongestoord	Voor: 8 Na: 23	Onbekend
No. 140. Toc. 1930/100 B.	24 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernauwing	?	1	37° 4	41½ uur	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 3280 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 6 Na: 22	II No. 141 III No. 142 IV No. 143
No. 141. Toc. 1932/79 B.	26 jr. II ^e p.	I Zie no. 140	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken vernauwing	0 cm.	1	37° 4	2½ uur	Cervicaal overlangs	Flink	Door de wond	Goed 4090 gr.	Gestoord	Voor: 9 Na: 23	III No. 142 IV No. 143
No. 142. Toc. 1933/325 B.	27 jr. III ^e p.	I Zie no. 140 II Zie no. 141	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernauwing	?	0	37° 1	?	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Matig	Door de wond	Goed 3770 gr.	Gestoord	Voor: 5 Na: 23	IV No. 143
No. 143. Toc. 1935/414 B.	29 jr. IV ^e p.	I Zie no. 140 II Zie no. 141 III Zie no. 142	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8.8 cm. Sterke bekken- vernauwing	1 cm.	0	37° 4	?	Cervicaal overlangs adhaesies	Geen	Door de wond	Goed 3960 gr.	Ongestoord	Voor: 61 Na: 24	Onbekend
No. 144. Toc. 1935/505 C.	42 jr. VII ^e p.	I Abortus II S.C. levend iknd ± 2750 gr. III Part arte praem. kind na 9 dg. dood ± 2000 gr. IV S.C. levend kind ± 3000 gr. V S.C. levend kind ± 3000 gr. VI Abortus.	Dwars?	Vliezen staan	C.D. 8.9 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.	1	37° 3	5 uur	Corporeel zeer veel adhaesies tubae hoeken doorsneden sterilisatie	Gering	Door de wond	Goed 3290 gr.	Licht gestoord	Voor: 0 Na: 24	Onbekend
No. 145. Toc. 1935/558 B.	33 jr. IV ^e p.	I S.C. levend kind 4200 gr. II S.C. levend kind 3900 gr. III S.C. levend kind 4400 gr.	Hoofdl. puilt sterk uit	Spont 2 uur	C.D. 9.7 cm. weinig ontsl. Meconium	1 cm.	1	37° 2	?	Cervicaal overlangs adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 3490 gr.	Gestoord oppervl. thrombophl.	Voor: 7 Na: 39	Onbekend
No. 146. 1929/250 C.	18 jr. I ^e p.	Geen	Hoofdl. puilt uit	Spont. 11¼ uur	C.D. 9.2 cm. Bij 8 cm. geen indalen. Hart onregelm. Sec. S.C.	8 cm.	7	37° 2	18¼ u.	Cervicaal overlangs	Geen	Langs natuurl. weg	Goed 3770 gr.	Gestoord lochia- retentie	Voor: 1 Na: 24	II No. 147 III No. 148 IV No. 149 V No. 150

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 147. 1930/550 C.	20 jr. II ^e p.	I Zie No. 146	Hoofdl. puilt sterk uit Uitgez. navelstr.	Spont. 1½ uur	C.D. 9.2 cm. Uitgezakte navelstreng	6 cm.	1	37°.	9¼ uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Gering	Langs natuurl. weg	Goed 4050 gr.	Gestoord	Voor: 1 Na: 27	III No. 148 IV No. 149 V No. 150
No. 148. Toc. 1932/331 C.	22 jr. II ^e p.	I Zie No. 146 II Zie No. 147	Hoofdl. puilt flink uit	Vliezen staan	C.D. 9.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	5 cm?	0	37°.	18 uur	Cervicaal dwars adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 4200 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 17 Na: 29	IV No. 149 V No. 150
No. 149. Toc. 1914/13 C.	23 jr. IV ^e p.	I Zie No. 146 II Zie No. 147 III Zie No. 148	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 9.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.	1	37°.	8½ uur	Cervicaal dwars adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 4720 gr.	Gestoord Seroom	Voor: 0 Na: 23	V No. 150
No. 150. Toc. 1936/237 C.	25 jr. V ^e p.	I Zie No. 146 II Zie No. 147 III Zie No. 148 IV Zie No. 149	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 9.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.	1	36°.	7¼ uur	Cervicaal dwars anhaesies	Gering	Langs den natuurl. expressie	Goed 4040 gr.	Gestoord 3 ^{en} dag wijken van de wond. Sec. naad	Voor: 0 Na: 27	14 Oct. 1937 Groote lit- tekenbreuk met eventratie van omentum Plastiek in chir. kliniek Goed genezen
No. 151. Toc. 1931/101 C.	39 jr. IV ^e p.	I Toc. 1917/516 <i>Prim.</i> S.C. Levend kind 3900 gr. II Toc 1923/255 <i>Prim.</i> S.C. Levend kind 2740 gr. III Toc. 1926/251. <i>Prim.</i> S.C. Levend kind 3150 gr. Thrombose	Hoofdl.	Spont. 3 uur	C.D. 8.1 cm. Sterke bekken- vernauwing	1 cm.	1	36°.	4¼ uur	Corporeel overlangs o. u. s. niet te vinden adhaesies Uterus getordeerd	Flink	Door de wond	Goed 3000 gr.	Gestoord Thrombose	Voor: 18 Na: 49	V No. 152
No. 152. Toc. 1933/225 C.	41 jr. V ^e p.	Zie No. 151	Dwarsl.	Vliezen staan	C.D. 8.1 cm. Sterke bekken- vernauwing. Locaal anaesth. wegens bronchitis	?	0	38°.	12 uur	Corporeel dwars. Veel adhae- sies ovarium L. uit ad- haesies ge- ëxtirpeerd. Sterilisatie	Matig	Door de wond	Goed 3690 gr.	Gestoord	Voor: 19 Na: 24	Onbekend
No 153. Toc 1927/275 C.	25 jr. II ^e p.	I S.C. Levend kind	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernauwing	6 cm.	1	36°.	10 uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Flink	Door de wond	goed 3800 gr.	Sterk gestoord thrombose draad- ettering	Voor: 49 Na: 48	Zie No. 154

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting	Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambled	Verpleeg- dagen	Toestand later
No. 147. 1930/550 C.	20 jr. II ^e p.	I Zie No. 146	Hoofdl. puilt sterk uit Uitgez. navelstr.	Spont. 1½ uur	C.D. 9.2 cm. Uitgezakte navelstreng	6 cm.	1	37°.	9½ uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Gering	Langs natuurl. weg	Goed 4050 gr.	Gestoord	Voor: 1 Na: 27	III No. 148 IV No. 149 V No. 150
No. 148. Toc. 1932/331 C.	22 jr. II ^e p.	I Zie No. 146 II Zie No. 147	Hoofdl. puilt flink uit	Vliezen staan	C.D. 9.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	5 cm?	0	37°.	18 uur	Cervicaal dwars adhaesies	Gering	Door de wond	Goed 4200 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 17 Na: 29	IV No. 149 V No. 150
No. 149. Toc. 1914/13 C.	23 jr. IV ^e p.	I Zie No. 146 II Zie No. 147 III Zie No. 148	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 9.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.	1	37°.	8½ uur	Cervicaal dwars adhaesies	Flink	Door de wond	Goed 4720 gr.	Gestoord Seroom	Voor: 0 Na: 23	V No. 150
No. 150. Toc. 1936/237 C.	25 jr. V ^e p.	I Zie No. 146 II Zie No. 147 III Zie No. 148 IV Zie No. 149	Hoofdl.	Vliezen staan	C.D. 9.2 cm. Sterke bekken- vernauwing	4 cm.	1	36°.	7½ uur	Cervicaal dwars anhaesies	Gering	Langs den natuurl. expressie	Goed 4040 gr.	Gestoord 3 ^{en} dag wijken van de wond. Sec. naad	Voor: 0 Na: 27	14 Oct. 1937 Groote lit- tekenbreuk met eventratie van omentum Plastiek in chir. kliniek Goed genezen
No. 151. Toc. 1931/101 C.	39 jr. IV ^e p.	I Toc. 1917/516 <i>Prim.</i> S.C. Levend kind 3900 gr. II Toc 1923/255 <i>Prim.</i> S.C. Levend kind 2740 gr. III Toc. 1926/251. <i>Prim.</i> S.C. Levend kind 3150 gr. Thrombose	Hoofdl.	Spont. 3 uur	C.D. 8.1 cm. Sterke bekken- vernauwing	1 cm.	1	36°.	4½ uur	Corporeel overlangs o. u. s. niet te vinden adhaesies Uterus getordeerd	Flink	Door de wond	Goed 3000 gr.	Gestoord Thrombose	Voor: 18 Na: 49	V No. 152
No. 152. Toc. 1933/225 C.	41 jr. V ^e p.	Zie No. 151	Dwarsl.	Vliezen staan	C.D. 8.1 cm. Sterke bekken- vernauwing. Locaal anaesth. wegens bronchitis	?	0	38°.	12 uur	Corporeel dwars. Veel adhae- sies ovarium L. uit ad- haesies ge- ëxtirpeerd. Sterilisatie	Matig	Door de wond	Goed 3690 gr.	Gestoord	Voor: 19 Na: 24	Onbekend
No. 153. Toc 1927/275 C.	25 jr. II ^e p.	I S.C. Levend kind	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernauwing	6 cm.	1	36°.	10 uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Flink	Door de wond	goed 3800 gr.	Sterk gestoord thrombose draad- ettering	Voor: 49 Na: 48	Zie No. 154

Nummer Toc. jaar/no. B.. C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No 154. Toc 1928/329 C.	26 jr. III ^e p.	I en II Zie No 153	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernaauwing	0 cm.
No 155. Toc 1930/57 C.	28 jr. IV ^e p.	I en II Zie No 153 III Zie No 154	Dwarsl. voor- liggende navelstr.	Vliezen staan	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernaauwing	1 cm.
No 156. Toc 1931/212 C.	29 jr. Ve p.	I en II Zie No 153 III Zie No 154 IV Zie No 155	Dwarsl.	Vliezen staan	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernaauwing	?
No 157. Toc 1936/10 C.	34 jr. VIII ^e p.	I en II Zie No 153 III Zie No 154 IV Zie No 155 V Zie No 156. 2 × abortus provocatus door huismedicus	Stuitl.	Spont. 4 dagen	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernaauwing stuitligging	0 cm.

Aantal touchés	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
1	37° 3	2 ³ / ₄ uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Sterk	Door de wond	goed 3730 gr.	Ongestoord draad- ettering	Voor: 18 Na: 29	Zie No. 155
1	37° 4	5 ¹ / ₄ uur	Door corpus en cervix overlangs veel adhaesies	Flink	Door de wond	goed 3150 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 20 Na: 25	Zie No. 156
0	37° 2	?	Door corpus en cervix overlangs	Flink	Door de wond	goed 3630 gr.	Vrijwel ongestoord draad- ettering	Voor: 34 Na: 24	Zie No. 157
1	37° 2	0 uur	Cervicaal dwars. Veel adhaesies	Matig	Door de wond	goed 2340 gr.	Licht gestoord seroompje	Voor: 4 Na: 25	Litteeken breuk

Nummer Toc. jaar/no. B., C. of D.	Leeftijd pariteit	Afloop van de vorige bevallingen	Ligging	Vliezen breken tot S.C.	Indicatie	Ontslui- ting
No 154. Toc 1928/329 C.	26 jr. III ^e p.	I en II Zie No 153	Hoofdl. puilt sterk uit	Vliezen staan	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernauwing	0 cm.
No 155. Toc 1930/57 C.	28 jr. IV ^e p.	I en II Zie No 153 III Zie No 154	Dwarsl. voor- liggende navelstr.	Vliezen staan	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernauwing	1 cm.
No 156. Toc 1931/212 C.	29 jr. V ^e p.	I en II Zie No 153 III Zie No 154 IV Zie No 155	Dwarsl.	Vliezen staan	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernauwing	?
No 157. Toc 1936/10 C.	34 jr. VIII ^e p.	I en II Zie No 153 III Zie No 154 IV Zie No 155 V Zie No 156. 2 × abortus provocatus door huismedicus	Stuitl.	Spont. 4 dagen	C.D. 8,6 cm. Sterke bekken- vernauwing stuitligging	0 cm.

Aantal touches	Temp. dur. partu	Duur Baring	Bijzonder- heden operatie Incisie	Bloe- ding	Geboorte placenta	Kind	Kraambed	Verpleeg- dagen	Toestand later
1	37° 3	2 ³ / ₄ uur	Cervicaal overlangs geen adhaesies	Sterk	Door de wond	goed 3730 gr.	Ongestoord draad- ettering	Voor: 18 Na: 29	Zie No. 155
1	37° 4	5 ¹ / ₄ uur	Door corpus en cervix overlangs veel adhaesies	Flink	Door de wond	goed 3150 gr.	Gestoord draad- ettering	Voor: 20 Na: 25	Zie No. 156
0	37° 2	?	Door corpus en cervix overlangs	Flink	Door de wond	goed 3630 gr.	Vrijwel ongestoord draad- ettering	Voor: 34 Na: 24	Zie No. 157
1	37° 2	0 uur	Cervicaal dwars. Veel adhaesies	Matig	Door de wond	goed 2340 gr.	Licht gestoord seroompje	Voor: 4 Na: 25	Litteken breuk

SAMENVATTING EN CONCLUSIE.

De bedoeling van deze studie was, zooals in de inleiding gezegd, na te gaan in hoeverre het standpunt, dat tegenover de bekkenvernaauwing in het algemeen in de Utrechtsche Kliniek wordt ingenomen, kan worden gehandhaafd, dan wel wijziging behoeft.

Onze kennis der physiologie der baring is in den laatsten tijd niet onbelangrijk toegenomen, de techniek is in sommige opzichten verbeterd, zoowel waar het de wijze van behandeling als de diagnostiek betreft. Daarbij komt, dat het publiek minder onwetend is en de vrouwen zich gemakkelijker, in vele gevallen zelfs bij voorkeur, in een ziekenhuis laten opnemen dan vroeger. Dit zijn omstandigheden, die niet kunnen nalaten op de wijze van behandeling invloed uit te oefenen en die dus de normen, die eenige decenniën geleden golden, kunnen hebben veranderd.

Verloskunde is een bij uitstek practisch onderdeel der geneeskunde, dat niet mag verstarren in dogma's en zich aan de eischen en mogelijkheden, aan iedere tijd eigen, moet aanpassen.

Gedurende de jaren 1927—1936 was in de Utrechtsche Verloskundige Kliniek in de houding, die tegenover het nauwe bekken werd ingenomen, weinig of geen verandering gekomen, in het bijzonder niet ten opzichte van de indicatie voor de Sectio Caesarea en die der hooge tang-extractie. Het was dus zeer wel mogelijk, dat die houding, wanneer zij niet onbewust was veranderd, eenige, hetzij een meer hetzij een minder principieele wijziging behoefde, temeer daar het ingenomen standpunt de voortzetting was van de richtlijnen, die de hoogleeraar tijdens zijn werkzaamheid aan de Rijkskweekschool voor Vroedvrouwen had gevolgd. In 1922 had K e t e l het materiaal der Rotterdamsche Vroedvrouwenschool uitvoerig bestudeerd, in het bijzonder met betrekking tot de vraag in hoeverre de indicatie der kei-

zersnede ruimer of minder ruim behoorde te worden gesteld. Die studie had niet tot wijziging in de behandeling der bekkenvernaauwing aanleiding gegeven, doch een herhaald onderzoek, 15 jaar later, leek op grond van bovengenoemde overwegingen van voldoende belang, om het groote materiaal der Utrechtsche Kliniek aan een nauwkeurig onderzoek te onderwerpen. Bovendien zijn de omstandigheden daar van andere aard dan in de Vroedvrouwenschool en was ik in staat niet alleen de klinische behandeling te vergelijken met de poliklinische, maar bovendien de loop der baring, het optreden van liggingsafwijkingen en de gevaren voor moeder en kind te vergelijken met die bij normale vrouwen uit dezelfde bevolkingsgroep.

In de bewerkte 10 jaren bedroeg het aantal bevallingen in die representatieve groep 18777, het aantal bekkenvernaauwingen in deze representatieve groep bedroeg 1581 of 8,4 %, wat dus een indruk geeft van de frequentie der bekkenvernaauwing onder de arbeidende klasse in Utrecht. Na eliminatie van de gevallen van bekkenvernaauwing, placenta praevia, loslating der placenta, ernstige intoxicatie, eclampsie, gemelli, pyelitis, lues, diabetes, anencephalus, hydrocephalus en habitueele vruchtdood, bleef een restgroep over, die wij als normaal hebben beschouwd ten getale van 15208.

Daarbij is ervan uitgegaan, dat een bekken als vernauwd wordt beschouwd, indien de C.D. kleiner dan 12 cm is, of de uitwendig gemeten bekkenomtrek kleiner dan 85 cm is. De werkelijke frequentie is echter grooter, daar als regel slechts bekkenonderzoek werd verricht, wanneer in de anamnese, in het vinden van liggingsafwijkingen van het kind, in een wanverhouding van schedel en bekken of in bijzondere afwijkingen als heupluxatie, coxitis, kyphose, enz. aanleiding werd gevonden tot bekkenonderzoek. Uit de aard der zaak zijn de lichtere vernauwingen het talrijkst en neemt het aantal met de graad van vernauwing af, zooals uit onderstaand staatje blijkt, dat dus een tamelijk nauwkeurig overzicht geeft van de opbouw der Utrechtsche bevolking met betrekking tot het kleine bekken. In onderstaand staatje hebben wij ons beperkt tot de voldragen en enkelvoudige zwangerschappen bij de restgroep: normale vrouwen, en bij de bekkenvernaauwingen:

<i>Bekken normaal</i>	:	15208	=	91	%
<i>C.D. 11—11,9 cm</i>	:	691	=	4,1	%
<i>C.D. 10—10,9 cm</i>	:	501	=	3	%
<i>C.D. 9—9,9 cm</i>	:	75	=	0,4	%
<i>C.D. 8—8,9 cm</i>	:	9	=	0,1	%
<i>Alg. vernauwde bekkens</i>	:	178	=	1,1	%
<i>Bijzondere bekkens</i>	:	52	=	0,3	%
<i>C.D.? Omtrek?</i>	:	1	=	0	%

Wij hebben uitvoerig stilgestaan bij de invloed, die het bekken heeft gehad op de afloop der bevallingen en daarbij een scherp onderscheid gemaakt tusschen 2 afzonderlijke punten, die wij in verband met het baringsproces aan het bekken hebben onderscheiden, namelijk:

1. het verleenen van doorgang aan het kind,
2. het bevorderen van de normale hoofdligging.

Daarbij is gebleken, dat weliswaar in een groot aantal gevallen zich moeilijkheden bij de passage hebben voorgedaan, getuige het groot aantal tangverlossingen in verhouding tot de gevallen met normaal bekken, doch dat die moeilijkheden slechts bij 36 vrouwen of in 0,2 % van de geheele bevolking onoverkomelijk bleken, zoodat, of operatieve hulp moest worden verleend (S.C. of pubiotomie), of het kind moest worden verkleind, of het kind dood door schedelbreuk na een moeilijke kunstverlossing werd geboren.

Behalve in deze gevallen zijn wij erin geslaagd de passage-moeilijkheden te overwinnen, in de allereerste plaats door de natuurlijke krachten, de weeën, in de gelegenheid te stellen te doen wat in hun vermogen was en derhalve onder nauwkeurig toezicht geduld te oefenen, in de tweede plaats door de omstandigheden van de indaling zoo gunstig mogelijk te maken onder anderen door bepaalde ligging der vrouw, in de derde plaats daar, waar de weeën niet alleen relatief, maar ook absoluut zwak waren, met behulp van weeëndrijvende middelen (pituitrine) de weeën te versterken en tenslotte, waar de weeën niet in staat bleken tijdig de abnormale weerstanden te overwinnen, tang-extractie te verrichten.

Quantitatief konden wij de beteekenis der doorgangsbezwaren

nagaan door vergelijking met de groep normale vrouwen, waarbij bleek, dat bij normale hoofdligging het aantal spontane bevallingen bedroeg bij:

14898 normale vrouwen	: 14653 = 98,3 %
630 vrouwen met C.D. 11—11,9 cm	: 595 = 94,4 %
452 vrouwen met C.D. 10—10,9 cm	: 411 = 90,9 %
63 vrouwen met C.D. 9—9,9 cm	: 46 = 73 %
9 vrouwen met C.D. 8—8,9 cm	: 0 = 0 %
170 vrouwen met Alg. vern. bekken	: 165 = 97,1 %
46 vrouwen met Bijzonder bekken	: 35 = 76,1 %
0 vrouwen met C.D. en omtrek onbekend:	= 0 %

De doorgangsbezwaren zijn dus bij de vrouwen met een C.D. van 11—11,9 cm gering, iets grooter bij een C.D. van 10—10,9 cm en nemen bij vrouwen met bekkens met een C.D. kleiner dan 10 cm sterk toe. Daarentegen zijn de bezwaren bij het algemeen vernauwde bekken gering, waarbij evenwel niet vergeten mag worden, dat uit die groep, alle bekkens waar inwendig bekkenonderzoek kon en is verricht en het prom. kon worden bereikt, zijn uitgevallen.

De toenemende moeilijkheden bij de doorgang bij toenemende vernauwing blijkt ook uit het aantal kinderen, dat dood geboren is, of spoedig na de geboorte is gestorven.

Het aantal doodgeboren en vroeggestorven kinderen, (d.w.z. binnen 10 dagen na de geboorte) bedroeg bij normale achterhoofdsligging van het kind bij:

14898 normale vrouwen	: 136 = 0,9 %
630 vrouwen met C.D. 11—11,9 cm	: 18 = 2,9 %
452 vrouwen met C.D. 10—10,9 cm	: 12 = 2,7 %
63 vrouwen met C.D. 9—9,9 cm	: 6 = 9,5 %
9 vrouwen met C.D. 8—8,9 cm	: 0 = 0 %
170 vrouwen met Alg. vern. bekken	: 0 = 0 %
46 vrouwen met Bijz. bekken	: 2 = 4,3 %

De beteekenis van het baringstrauma voor het kind neemt dus met de graad der vernauwing toe, en zou zeker nog veel duidelijker spreken, wanneer niet bij toenemende vernauwing

relatief meer S.C. waren gedaan. In verband hiermede zij hier reeds opgemerkt, dat het geringe verschil tusschen de ernst van het baringstrauma bij de verschillende groepen erop wijst, dat een ruimere aanwijzing der S.C. vermoedelijk op de kinderlijke mortaliteit van weinig invloed ware geweest. Toch is de mortaliteit bij normale hoofdligging belangrijker grooter dan bij normale vrouwen, wat wij echter niet alleen als gevolg van de vernauwde doorgang meenen te moeten beschouwen, doch ook van andere oorzaken, o.a. van het feit, dat de vliezen, zoowel bij de M-Parae als bij de I-Parae vroeger breken dan bij vrouwen met normale bekkens. Een bevredigende verklaring daarvoor hebben wij niet kunnen geven.

Behalve op moeilijkheden door de vernauwde doorgang bestaat bij het pathologische bekken een groote kans op liggingsafwijkingen, met de daaraan verbonden gevaren voor moeder en kind. Die grootere kans op stuit- en dwarsliggingen, kruin-, voorhoofds- en aangezichtsliggingen, zoowel als het uitzakken van de navelstreng en kleine deelen, is naar onze meening het gevolg van de minder goede steun, die het kind met zijn rond achterhoofd in de bekkeningang vindt, wanneer die onregelmatig of, zooals bij het platte bekken, sterker hartvormig is. De stabiliteit van het kind in hoofdligging is dan geringer, met het gevolg, dat de kans op liggingsafwijkingen of uitzakken van de navelstreng toeneemt.

Wij waren niet in staat dit gevaar van liggingsafwijkingen nauwkeurig na te gaan, omdat stuit- en dwarsliggingen, zoowel bij normale, als pathologische bekkens, als regel op het hoofd worden gekeerd of althans getracht worden te keeren. Dientengevolge is de frequentie, zooals die bij de bewerking van ons materiaal is gebleken, kleiner dan de werkelijke frequentie. Ten bewijze daarvoor moge allereerst dienen, dat het aantal stuitliggingen, dat bij de normale vrouwen durante partu is waargenomen, bij de M-parae kleiner is dan bij de I-parae (resp. 1 % en 1,7 %), niettegenstaande alle statistieken aantoonen, dat zonder prophylactische correctie het aantal dwars- en stuitliggingen bij de M-parae grooter is dan bij de I-parae.

In de tweede plaats bleek het aantal overgebleven liggingsafwijkingen bij de ernstige graden niet grooter dan bij de lichtere, ofschoon, wanneer geen correcties werden verricht, het

aantal liggingsafwijkingen met de ernst der vernauwing toeneemt En in de derde plaats hebben wij gevonden, — uitgaande van de overweging, dat de kans op het uitzakken resp. voorliggen van de navelstreng des te grooter is naarmate de stabiliteit van de hoofdligging kleiner is en dus evenredig kan worden gesteld met het aantal stuit- en dwarsliggingen — dat het aantal uitgezakte navelstrengen naar verhouding tot het aantal stuitliggingen ruim 2 maal zoo groot is bij de vrouwen met bekkenvernauwing als bij de normale vrouwen, niettegenstaande ook bij deze laatste regelmatig, wanneer mogelijk, tijdens de zwangerschap uitwendige keering is gedaan.

Wij hebben daarbij overwogen, dat het meer voorkomen der stuitligging bij de normale I-parae, dan bij de M-parae, het gevolg is van het verschil van stevigheid van de buikwand, waardoor het bij I-parae minder vaak gelukt een stuitligging te keeren; en zijn tot de conclusie gekomen, dat het aantal stuitliggingen en dwarsliggingen zonder onze regelmatige keeringen in de zwangerschap 4 of 5 maal grooter zou zijn geweest. Aangezien de frequentie der dwars- en stuitliggingen tezamen op ons heele materiaal 5,3% bedraagt, zouden wij, wanneer onze kleine getallen ons geen parten zouden spelen, die frequentie op 4 maal 5,3 % mogen stellen.

Zooals bekend, is ook bij normale vrouwen de prognose van het kind bij dwars- en stuitligging veel minder goed dan van de achterhoofdsligging. Uit de bewerking van het geheele representatieve materiaal is zelfs gebleken, dat de mortaliteit der voldragen kinderen bij normale vrouwen bij de stuitligging niet minder bedraagt dan 10,7 (tegen 0,9 % bij de normale achterhoofdsligging) en bij de dwarsligging 20 %.

Voor zoover bekkenvernauwing dus aanleiding geeft tot een grooter aantal stuitliggingen, verhoogt zij alleen reeds daardoor dus de kinderlijke sterfte. Opvallenderwijze is gebleken, dat de mortaliteit bij stuitligging bij bekkenvernauwingen lager was (7 %) dan bij normale bekkens, waaruit wij zien, dat de vernauwde doorgang de gevaren, die het kind in stuitligging toch reeds loopt, slechts in geringe mate verhoogt. Hierbij dient opgemerkt, dat bij stuitligging relatief meer S.C. is gedaan. In de groote meerderheid der gevallen, waar bij stuit- en dwarsligging de kinderen dood ter wereld komen, of later aan

het geleden baringsletsel sterven, is dus niet de vernauwing als zoodanig, maar de liggingsafwijking de oorzaak van de dood.

Het aantal overgebleven stuitliggingen bedroeg op 1500 gevallen van bekkenvernauwing 57 met 3 doode en 1 later gestorven kinderen, of tezamen 7 %.

De kinderlijke sterfte bij achterhoofdsligging, de gevallen van S.C. meegerekend, is bij bekkenvernauwing weliswaar veel hooger dan bij normale bekkens n.l. 2,2% tegen 0,9%, doch nog belangrijk lager dan bij liggingsafwijkingen (alles tezamen 11,5 %), zoodat naast de vernauwde doorgang de meerdere kans op liggingsafwijkingen de oorzaak is van het meerdere gevaar, dat de kinderen bij bekkenvernauwing loopen.

In de baringsverslagen der Verlosk. polikliniek was niet steeds aanteekening gehouden van de verrichte uitwendige keering. Ik was dus niet in staat na te gaan hoeveel keeren en met welk resultaat over het geheele representatieve materiaal keering was gedaan. Wel was ik daartoe in staat voor zoover het de klinisch behandelde gevallen betreft.

Bij de 820 primiparae met enkelvoudige voldragen zwangerschap uit groep B en C, die dus vóór de bevalling in de kliniek zijn opgenomen, werd bij 51 vrouwen het kind gekeerd = 6,2%, bovendien werd bij 22 van deze 51 vrouwen een sluitlaken aangelegd; 47 keeringen leverden het gewenschte resultaat op, zoodat er een hoofdligging bleef; 4 maal trad ondanks alle zorg een liggingsafwijking op: 1 stuitligging, 1 dwarsligging en 2 maal voorliggende navelstreng.

Bij de 738 multiparae met enkelvoudige voldragen zwangerschap uit groep B en C werd bij 118 vrouwen het kind op het hoofd gekeerd = 16%, bovendien werd bij 58 van deze 118 vrouwen een sluitlaken aangelegd; 107 maal bleef hierdoor het kind in hoofdligging; 11 maal had de keering niet het gewenschte succes en trad toch een liggingsafwijking op: 4 stuitliggingen, 2 dwarsliggingen, 4 maal een uitgezakte navelstreng en 1 maal zakte een arm uit naast het hoofd.

Uit bovenstaande gegevens blijkt de keering bij de multiparae bijna 2½ maal vaker gedaan te zijn dan bij de primiparae. Hierdoor wordt verklaard, dat in ons materiaal meer stuitliggingen voorkomen bij de primiparae dan bij de multi-

parae, in tegenstelling met hetgeen door anderen aangegeven wordt.

De straffe buikwand der primiparae is oorzaak, dat de uitwendige keering vaak mislukt.

Bij 1558 vrouwen is de uitwendige keering dus 154 maal gelukt met het gewenschte resultaat = 9,9%. Bij deze 1558 vrouwen kwamen 55 stuitliggingen en 15 dwarsliggingen voor, samen = 4,5%. Het is niet geoorloofd aan te nemen, dat zonder onze prophylaxe dit percentage 14,4% zou bedragen hebben, doch dat een groot aantal kinderen door onze keering gered zijn, staat vast, als men in aanmerking neemt, dat bij de bekkenvernaauwingen in groep B + C de mortaliteit voor de stuitligging 10,9 % bedraagt en die voor de dwarsligging 13,3 %.

Van groot belang is gebleken, dat de bekkenvernaauwingen tijdens de zwangerschap gevonden worden, zoodat de vrouwen tijdig opgenomen kunnen worden. Gezien de resultaten bij de vrouwen uit groep D, kunnen daardoor vele moeilijkheden en veel ellende voorkomen worden. Het standpunt „voorkomen is beter dan genezen” blijkt echter voor velen nog een phrase te zijn. Een prophylactische opname in een kliniek, niet om keizersnede te kunnen doen, maar om de omstandigheden voor een natuurlijke baring zoo gunstig mogelijk te maken, wordt meestal bekroond met een spontane bevalling. Het is kortzichtig zich daarna af te vragen of de baring niet thuis had kunnen geschieden. Toch zijn er maatschappelijke instellingen, zooals sommige gemeenten en ziekenhuisverplegingsfondsen, die deze inzichten niet deelen, en opname alleen geïndiceerd achten, *als moeilijkheden zijn ontstaan*. Commercieel moge hun politiek te verdedigen zijn, in het belang van moeder en kind is zij niet.

Het spreekt intusschen vanzelf, dat de prophylactische behandeling, als onderdeel van de praenatale zorg, alleen betekenis heeft bij expectatieve leiding der baring.

Wanneer men op het standpunt staat, dat bij iedere ietwat ernstige graad van bekkenvernaauwing of bij de geringste wanverhouding tusschen hoofd en bekken de keizersnede is aangegeven, is het om het even of het kind overlangs of dwars ligt. Zooals tegenwoordig zoo vaak geschiedt, doet men dan primaire S.C., niet zelden zelfs nog vóór de baring begonnen is; doch

het behoeft geen beoog, dat er dan veel en veel meer keizersneden worden gedaan dan strikt noodig is en de vrouwen dus aan onnoodige gevaren worden blootgesteld. En al zijn nu die gevaren ook in de loop der jaren, dank zij de verbeterde techniek, in het bijzonder door de vervanging van de corporeele door de cervicale keizersnede ook steeds geringer geworden, dan blijft toch nog altijd een bevalling langs de natuurlijke weg verreweg de veiligste; het feit, dat er van onze 1958 spontaan bevallen vrouwen met een bekkenvernaauwing (uit groep A. B, C en D) géén enkel overleden is, geeft daarvoor het bewijs.

In 1928 berekende Winter in zijn groote verzamelstatistiek over 4450 gevallen van S.C. de sterfte door de operatie op 4,2%. Kleinere statistieken geven soms veel betere resultaten, ook wij verloren op 148 keizersneden slechts 1 vrouw en dan nog aan embolie. Sommige gewagen van lage reeksen zonder sterfgevallen, en Prof. de Snoo deelde mij mede, dat hij in een ononderbroken reeks van 120 gevallen geen enkele verloor, maar dat wil zeggen, dat hij er op 122 2 verloor, wat dus een mortaliteit van bijna 2% beteekent.

Behalve onmiddellijk levensgevaar zijn er evenwel nog andere bezwaren aan de S.C. verbonden. Ik noem slechts de vrij groote kans op adhaesies met de bezwaren vandien; zelfs het optreden van ileus, nog jaren later, menstruatiestoornissen, buikbreuken, enz.; terwijl een doorgestane S.C. niet zelden aanleiding geeft tot facultatieve steriliteit met alle gevolgen daarvan voor het gezin. Om al deze redenen meenen wij, dat de keizersnede alleen dan geoorloofd is, wanneer zij werkelijk noodig is, d.w.z. wanneer gebleken is, dat het kind het vernauwde bekken niet kan passeeren of men zoodanige moeilijkheden bij de passage van de vernauwde doorgang vreest, dat men het leven van het kind niet meent te mogen riskeeren. In het bijzonder kan zich dat voordoen bij dwars- en stuitliggingen, waarbij men zich geen behoorlijk oordeel kan vormen over een bestaande wanverhouding tusschen hoofd en bekken, of bij weeënzwakte en vroeg afgeloopen vruchtwater, waarbij soms dagen kunnen voorbijgaan, vóór er volkomen ontsluiting is en zich de invloed der vernauwing eerst doet gelden. Ook de anamnese met betrekking tot de afloop van vorige bevallingen kan tot het verrichten van een S. C. doen besluiten, doch men

hoede zich speciaal op deze indicatie te spoedig tot een S.C. over te gaan, omdat voorgedane moeilijkheden zich bij een volgende baring volstrekt niet behoeven te herhalen.

Bij het doorzien der casuïstiek zal men dan ook meerdere gevallen tegenkomen, waar na één of meerdere keizersneden, spontaan of forcipaal een levend voldragen kind à terme geboren werd, en niet alleen bij vrouwen, die elders zijn geopereerd, doch ook bij vrouwen, die in onze kliniek zijn behandeld. Wanneer het bekken in zijn functie éénmaal gefaald heeft, behoeft dat geen reden te zijn zonder meer aan te nemen, dat het ook in den vervolge zal falen. Iedere baring is een proces opzichzelf, waarvan het resultaat zoozeer afhankelijk is van alderhande niet van te voren te beoordeelen factoren, als de kracht der weeën, de vervormbaarheid en de grootte van de schedel, de toevallige stand, vooral bij onregelmatige bekkens, dat de te nemen maatregelen telkenmale weer opnieuw moeten worden overwogen. Wij meenen dan ook, dat de tegenwoordig vaak gebezigde uitdrukking „proefbaring” een miskennis inhoudt van deze wisselende verhouding en het dus onjuist is na een mislukte, zelfs ernstige poging, een bekken als functioneel impotent te verklaren.

Het spreekt natuurlijk vanzelf, dat de gevaren voor het kind des te geringer zijn naarmate men eerder keizersnede doet. Ook bij een normaal bekken loopt het kind gevaren: er kunnen circulatiestoornissen optreden, vooral wanneer het vruchtwater vroeg is afgeloopen, de navelstreng kan dun zijn of geen voldoende windingen hebben, er kan een tympania uteri optreden, of zelfs bij de physiologische vervorming van de schedel een doodelijke hersenbloeding optreden, maar al die gevaren wetigen toch zeker geen keizersnede. Al deze gevaren der spontane baring zijn bij bekkenvernauwing wat grooter, ten eerste, omdat de vliezen niet zelden wat vroeger breken, ten tweede, omdat de uitdrijving wat langer duurt en ten derde, omdat de vervorming van de schedel sterker is en dus het gevaar op hersenbloeding grooter; wanneer ten slotte kunsthulp noodig is, d.w.z. een tangextractie, neemt vooral dit laatste gevaar nog toe. Wij hebben gezien, dat het aantal tangextracties bij bekkenvernauwingen 3 maal grooter is dan bij normale bekkens,

zoodat stellig de expectatieve behandeling der baring voor het kind gevaarlijker is dan een S.C.

Wij hebben getracht bij de bespreking van ons materiaal in ieder geval zoo nauwkeurig mogelijk na te gaan in hoeverre de dood van het kind het gevolg was van de vernauwde doorgang. Daarbij zijn wij tot de conclusie gekomen, dat van de 1366 kinderen in achterhoofdsligging er 8 tengevolge van de vernauwde doorgang overleden zijn. Bovendien hebben wij gezien, dat bij stuit- en dwarsligging de mortaliteit niet hooger is dan bij normaal bekken, zoodat het belang der kinderen zeker niet een zóó ruim gebruik der S.C. rechtvaardigt, dat practisch ieder gevaar voor het kind zou zijn vermeden. Men zou dan iedere vrouw met de keizersnede moeten verlossen en zeker wanneer er een stuitligging of dwarsligging bestaat. De verloskunde ware dan wel zeer eenvoudig, doch de moeders zouden het gelag moeten betalen. De expectatieve leiding daarentegen eischt veel meer zorg, tijd en doorzicht. Hoever men daarbij zal gaan, hangt voor een groot deel af van de houding tegenover een hooge tangextractie, d.w.z. van een ingangstang; degeen, die daar afwijzend tegenover staat, doet natuurlijk veel eerder keizersnede, dan degene, die het op een hooge tang durft te laten aankomen, desnoods met een schaambeensnede achter de hand. In de literatuur leest men van die hooge tang niet veel goeds, de meeste verloskundigen verwerpen haar zelfs geheel, doch wanneer men onze tabellen raadpleegt, blijkt, dat zij volstrekt niet de kwade roep verdient, waarin zij staat. In de groepen A, B en C zijn 87 kinderen door de ingang getrokken, van wie er 5 gestorven zijn, niet meer dan na uitgangstangen.

En al zijn er onder die kinderen ook 3, die inderdaad als het directe gevolg der tangextractie door ontstane schedelfracturen zijn gestorven, dan moeten wij ons maar troosten met de gedachte, dat geen enkel systeem feilloos is. Zouden wij toch al die kinderen hebben willen redden, dan zouden wij niet alleen de 87 vrouwen, bij wie een hooge tang is aangelegd, hebben moeten opereeren, maar bovendien wellicht een nog veel grooter aantal, dat nu spontaan levende kinderen gekregen heeft.

De accoucheur bij een vrouw met bekkenvernauwing is als een stuurman in de branding, hij moet trachten met de minste

averij de veilige haven te bereiken. Daar is stuurmanskunst voor noodig, de tijdgeest en de verbeterde techniek der keizersnede zijn schuld daaraan, dat die kunst onder de verloskundigen dreigt verloren te gaan. Ik wil hiermede geenszins zeggen, dat de expectatieve behandeling, zooals die in de Utrechtsche kliniek gedurende de 10 bewerkte jaren stelselmatig is doorgevoerd, niet hier en daar tot kritiek en zelfs tot ernstige kritiek zou aanleiding geven. Er zijn ongetwijfeld af en toe fouten gemaakt, zoowel technisch, prognostisch als diagnostisch, doch de lezer die aandachtig de baringsgeschiedenissen doorleest, zal naar ik vertrouw, veel meer getroffen worden door de voordeelen, dan door de nadeelen van de expectatieve methode.

Het zoo sterk agressieve standpunt, dat zooveel bij de bekkenvernauwing innemen, is echter niet alleen het gevolg van de angst resp. afschuw van de hooge tang, doch hangt ook samen met de vrees voor infectie. Volgens velen is een S.C. bij een vrouw, die inwendig is onderzocht, uitgesloten, eveneens wanneer het vruchtwater gedurende lange tijd is afgeloopen, met het natuurlijke gevolg, dat, wanneer men een baring expectatief zou willen leiden, men daardoor de mogelijkheid zoo noodig een S.C. te doen, zou buitensluiten. Die vrees heeft nagenoeg de geheele verloskundige wereld aangetast, en toch is zij grootendeels overdreven. Wanneer uit ons materiaal blijkt, dat, ofschoon op een enkele uitzondering na, alle vrouwen van te voren — en dan nog zonder handschoenen — zijn onderzocht, sommigen dagenlang in partu waren met afgeloopen vruchtwater, enkele temperatuursverhooging hadden en 2 zelfs tympania uteri, terwijl van de 148 vrouwen er slechts één is overleden en dan nog wel na een nagenoeg ongestoord verloop aan longembolie, dan is of die vrees schromelijk overdreven, of wij zijn ongeloofelijk gelukkig geweest. Ik wil daar niet verder op ingaan.

In het systeem der expectatieve behandeling neemt de schaambeensnede een belangrijke plaats in. Toch is die slechts 5 × geschied, telkenmale met goed resultaat, maar als regel staat bij iedere hooge tang het instrumentarium, voor het geval die mocht mislukken, voor onmiddellijk gebruik gereed.

Zij is lang niet zoo eenvoudig als de Sectio Caesarea en ver-

eischt een zekere routine, om de gevaarlijke klippen, — in het bijzonder met betrekking tot blaasverwondingen —, te omgaan. Daarom is het te betreuren, dat bij de tegenwoordige voorkeur voor de keizersnede, zoo weinigen gelegenheid hebben, die routine te verwerven, om later met des te meer vertrouwen een baring bij bekkenvernaauwing expectatief te kunnen leiden en met des te meer overtuiging voor een normale hoofdligging zorg te dragen.

Waar bij de expectatieve leiding der baring de gevaren hoofdzakelijk neerkomen op het kind, gaat daarom de moeder nog geenszins vrij uit. Een langdurige baring kan aanleiding geven tot rotting in utero, tympania uteri, en de vrouwen in ernstig gevaar brengen. Die complicatie is echter geenszins afhankelijk van de bekkenvernaauwing, doch uitsluitend van weeënzwakte, die met de vernauwing van het bekken als zoodanig niets te maken heeft, en zich voordoet in het ontsluitingstijdperk.

De uitdrijving bij bekkenvernaauwing moge wat langer duren dan bij een normaal bekken, doch bij een behoorlijke leiding, toch zeker nooit meer dan 2 à 3 uur. Wanneer er, vóórdat de ontsluiting 2 à 4 uur volkomen is, geen vooruitgang van de baring is, of het hoofd geen neiging vertoont in te dalen, moeten er maatregelen genomen worden, hetzij doordat men een tang aanlegt of S.C. doet. Alleen wanneer de bekkenvernaauwing miskend wordt en men uren en uren afwacht, neemt het gevaar voor tympania uteri en in het algemeen voor infectie toe.

Dat gevaar wordt dan nog vergroot, doordat er druknecrose op kan treden, waardoor niet alleen een ernstige puerperaalkoorts kan ontstaan, maar bovendien ureter- en blaasfistels.

Blaasfistels zijn in het geheel niet gezien, ureterfistels 2 maal, beide malen na een tangextractie, éénmaal kostte dat de vrouw haar nier, éénmaal sloot de fistel zich spontaan.

Eindelijk wijs ik op het gevaar voor uterusruptuur, echter alleen maar om het te noemen, omdat er als gevolg van de gevolgde methode geen enkele uterusruptuur is ontstaan. De eene ruptuur, die is waargenomen, was een violente bij een versie en extractie voor aangezichtsligging.

Om de bezwaren van bekkenvernaauwing te omgaan werd vroeger veelvuldig vroeggeboorte opgewekt. Het zal den lezer getroffen hebben, dat deze prophylactische behandeling geen

enkele maal is toegepast. De reden daarvan is daarin gelegen, dat gebleken is, dat de toekomst dier vroeggeboren kinderen volstrekt niet rooskleurig is. D u y z i n g s vond, dat in de Rotterdamsche Vroedvrouwenschool op die wijze te vroeg geboren kinderen slechts in 60% het eerste levensjaar voltooiden. Bovendien is gebleken, dat het hoofd van het kind in de laatste 4 à 6 weken weinig meer groeit, in tegenstelling tot het lichaam, zoodat de bezwaren van de vernauwde doorgang van het hoofd, en daar komt het op aan, in de laatste weken niet of nauwelijks toenemen.

Evenals de oude verloskundigen dat deden, moet men vroeggeboorte doen vóór het hoofd zoo groot is, in de 8ste of liever nog in de 7e maand, en dan zijn de resultaten van dien aard, dat men het veel beter op een Sectio Caesarea à terme kan laten aankomen. Alleen onder bijzondere omstandigheden, die een S.C. verbieden, gaan wij dan ook tot vroeggeboorte over, en die deden zich gedurende die 10 jaar niet voor.

Geheel anders dan tegenover de hoofdligging, staan wij tegenover de liggingsafwijkingen. Daar is een streng expectatieve behandeling niet wel mogelijk. Zooals gebleken is, is onder die omstandigheden dan ook veel meer Sectio Caesarea gedaan, vooral wanneer tevens de vliezen vroeg gebroken waren, of een navelstreng was uitgezakt. Meerdere malen hebben wij bij op dergelijke indicaties geopereerde vrouwen, later één of meer levende kinderen langs de natuurlijke weg zien geboren worden. Overigens is gebleken, dat de sterfte niet noemenswaard hooger is, dan bij overeenkomstige liggingsafwijkingen bij normale bekkens, zoodat blijkbaar de gevaren der liggingsafwijking als zoodanig belangrijk grooter zijn, dan van den vernauwden doorgang.

Op de behandelingsmethoden bij die verschillende liggingsafwijkingen onder diverse omstandigheden zal ik niet ingaan. Ik wil alleen in herinnering brengen, dat als gevolg dier liggingsafwijking meer kinderen zijn te gronde gegaan dan door de bekkenvernauwing als zoodanig, en dat dus, voor alles, welk standpunt men ook tegenover de leiding der baring bij bekkenvernauwing in het algemeen inneemt, het zaak is, die liggingsafwijkingen te corrigeeren en alles te doen om een hoofdligging te verzekeren.

STELLINGEN.

I

De bekkenvernauwing levert bij de baring — afgezien van de vernauwde doorgang — voor moeder en kind groote gevaren op door de vermeerderde kans op liggingsafwijkingen.

II

De gevaren van liggingsafwijkingen zijn aanzienlijk te verminderen door een regelmatige prophylactische behandeling in de zwangerschap.

III

Ondanks de verbeterde techniek van de Keizersnede blijft de tangextractie een belangrijk hulpmiddel bij de behandeling van een baring bij bekkenvernauwing.

IV

De haemopoetische werking van groote hoeveelheden ijzer kan vervangen worden door kleine hoeveelheden, mits daaraan koper wordt toegevoegd.

V

Als leider van zuigelingen- en kleuterpoliklinieken ligt er voor de huisartsen een ruim arbeidsterrein open.

VI

Acetonaemie bij vrouwen met eclampsie en hyperemesis gravidarum is geen maatstaf voor de ernst van de leverbeschadiging.

VII

Bij recidiveerende intestinale bloedingen bij kinderen denken men aan de mogelijkheid van een ulcereerend diverticulum Meckeli.

VIII

Directe of indirecte dwangmaatregelen bij de behandeling van Favus zijn niet gewenscht.

IX

De bepaling van de donkeradaptatie kan de directe bepaling van het vitamine-A gehalte in het bloed niet vervangen.

X

Bij een subduraal-haematoom is de ontleding door een boorgat in vele gevallen voldoende.

XI

De Neanderdaler liep rechtop.

