

## SUIKERZIEKTE EN ZWANGERSCHAP.

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van den heer R. SCHUURMANS (dit *Tijdschrift* blz. 3111) meen ik het volgende te moeten opmerken:

Ik heb geen ervaring omtrent de werking van insuline bij hyperemesis gravidarum en heb daar dan ook niet over gesproken. Ik noemde alleen „zwangerschapsvergiftiging en kraamstuipen”. Van hyperemesis is dus geen sprake geweest.

Verder wijs ik er telkens op, wanneer ik over het toedienen van insuline in de zwangerschap spreek, dat men dan tevens een zoo groot mogelijke hoeveelheid koolhydraten moet geven.

Over de oorzaak van de veranderingen in de koolhydraat-stofwisseling gedurende de zwangerschap laat ik mij op het oogenblik niet uit, maar mij lijkt ook, dat daarbij andere factoren van beteekenis zijn, dan buiten de zwangerschap. Het ging er hier alleen om de besproken veranderingen te bestrijden of te voorkomen.

Arnhem, 10 Augustus 1940.

E. TONKES.

## EEN GEVAL VAN MECONIUM-PERITONITIS.

Naar aanleiding van de mededeeling van HUESE (dit *Tijdschrift*, blz. 3083) wijs ik op hetgeen WERNER KÖRTE (*Die Chirurgie des Peritoneums*. Stuttgart 1927, blz. 48) schrijft: „Over foetale peritonitis doen MARTENS (1900) en PEISER (Chirurgencongres 1908) mededeeling. De aetiologie is in vele gevallen duister. Atresieën van den darm, stenose, volvulus kunnen de oorzaak zijn. Alle pathologische vormen die wij bij volwassenen kennen, komen bij de foetale peritonitis voor: chronische ontsteking, minder dikwijls acute vormen, zooals serofibrineuse, etterige, meestal aseptische peritonitis. Het meconium is vrij van bacteriën tot 3 uren post partum. Als oorzaak van plooivorming aan het buikvlies in de buurt van het coecum en het colon (galblaasstreek) wordt foetale ontsteking aangenomen”. En bij H. KÜMMEL (*D. med. Wochenschr.* 1921. No. 22, blz. 622) wordt een geval vermeld van foetale peritonitis door appendicitis (aangehaald in *Ned. Tijdschr. v. Gen.* 1925. II, blz. 2188).

Rotterdam, 10 Augustus 1940.

A. G. J. HERMANS.

## PALATOSCHISIS.

In verband met het stuk over palatoschisis van VAN DER HOFF in het voorlaatste nummer van dit *Tijdschrift* (bldz. 2922) en de behandeling van die afwijking volgens AXHAUSEN, zij het volgende opgemerkt.

Sommigen maken onder zorgvuldig ontzien van den vaatsteel het gehemelteslijmvlies van de onderlaag los met behulp van een diepe insnijding langs den geheelen processus alveolaris. Anderen sparen daarentegen achter de snijtanden een slijmvlies-„brug”, doch hebben er geen bezwaar tegen de gehemeltevaten te onderbinden; er wordt van die zijde waarde gehecht aan de voeding van het weefsel door middel van die brug.

Het lijkt niet onwaarschijnlijk, dat de uitkomsten van die behandeling nog verbeterd kunnen worden door zoowel het éene als het andere te doen, dat wil zeggen, door beschadiging der vaten te vermijden en tevens dien slijmvliesbrug te laten voortbestaan. De nadeelen, daaraan verbonden, zooals bemoelijkking der operatie in zeker opzicht en de eventueele noodzakelijkheid van nog een andere behandeling van minder ingrijpenden aard in geval van een ver naar voren reikende spleet, kunnen bezwaarlijk den doorslag geven. Dit denkbeeld is zonder twijfel in toepassing gebracht, maar schijnt na het bewerken van den vooruitgang op dit gebied, bijzonder door VEAU en AXHAUSEN, min of meer buiten de aandacht te zijn gebleven. Die vooruitgang komt bij voorbeeld ook daarin aan het licht, dat palatoschisis in Duitschland doorgaans niet meer opgevat wordt als ernstige afwijking in den zin der sterilisatiewet; aldus oordeelt onder meer AXHAUSEN, mij sedert jaren persoonlijk bekend.

Voor de hechting van het neusslijmvlies zijn korte, rechte naalden (8 mM.) beschreven door HERLYN met erbij passenden naaldvoerder; deze zijn dus wel in den handel.