

# INGEZONDEN

*De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen*

## DE CONTRÔLE OP OPNEMING EN VERPLEGINGSDUUR VOOR DE ZIEKENFONDSEN

Dr. WILDERVANCK geeft in zijn artikel (dit *Tijdschrift* afl. 15/16, blz. 346) eenige richtlijnen voor verloskundige opnemingen, welke mijns inziens niet overeenkomen met de heden-daagsche verloskundige inzichten.

„Een spontane te vroege bevalling kan thuis geschieden, het kind kan dan in de couveuse naar het ziekenhuis worden gebracht”.

Men ziet hier over het hoofd, dat niet de bevalling de voornaamste aanwijzing moet vormen, doch de zorgen, onmiddellijk bij en na de geboorte aan het praemature kind te besteden. De ervaring toch leert, dat de praemature kinderen, die in de kliniek geboren worden, een aanzienlijk betere levenskans hebben, dan die thuis geboren en daarna naar een couveuse-afdeeling gebracht zijn. Het is van belang en moeder en kind op te nemen.

Voor den te vroeg geborene is het van zeer veel belang, dat hij moedermelk krijgt. Is de moeder met het kind opgenomen, dan slaagt de borstvoeding in den regel. De spontane te vroege bevalling behoort dan ook in den regel *niet* thuis plaats te vinden.

Besmettelijke ziekte thuis, zooals roodvonk en diphtherie, is naar mijn meening een indicatie om de gezonde moeder ter bevalling te doen opnemen, teneinde infectie te voorkomen.

Het zenden van een patiënte met *vernaauwd bekken* pas als de weeën beginnen, brengt meer dan normaal risico met zich, zoowel voor de moeder als voor het kind. Hier denke men aan de complicaties, die zoo veelvuldig juist in die gevallen ontstaan. Door thuis niet al te lang af te wachten en eerder te doen opnemen, zullen zeker minder ingrepen noodig zijn. Het gebeurt nogal eens, dat de medische adviseur dan bij normaal verlopende baring de klinische opneming terwille van een vernaauwd bekken niet goedkeurt. Men onderschat dan den invloed der kliniek, dat wil zeggen: rustiger omgeving, waardoor door beide partijen veel langer geduld kan worden geoefend; geschoold personeel, waardoor technische hulpmiddelen, hoewel onaangenaam voor de patiënte (ligging van WALCHER, en zoo voort) met meer succes kunnen worden toegepast; het klaar staan voor kunstverlossing, waardoor vaak inderdaad het uiterste beproefd kan worden om de baring spontaan te doen verlopen. Wanneer nu, dank zij dit alles, geen tangverlossing en geen keizersnede noodig zijn, heeft mijns inziens de patiënte stellig recht op vergoeding van de kosten van opneming.

In vele ziekenfonds-voorwaarden staat, dat men pas na 9 maanden lidmaatschap recht heeft op opneming die verband houdt met zwangerschap of bevalling. Een patiënte die drie maanden na het sluiten van de verzekering zwanger wordt en drie maanden later een abortus krijgt, welke opneming in een ziekenhuis noodzakelijk maakt, krijgt geen vergoeding. Dit is onjuist. Deze bepaling dient veranderd te worden, eventueel te vervallen.

Uit het bovenstaande blijkt voldoende, dat van verloskundig standpunt bezien, in het belang van een goede verloskundige verzorging der afwijkende gevallen, stellig een soepeler toepassing — eventueel herziening der bepalingen noodig is.

Heerlen, 12 Mei 1944

G. J. LUBBERS

## HYPERINSULINISME EN GLYCOGEENGEHALTE VAN DE LEVER

In het artikel van collega HAEX en mej. SMIT 1), wordt melding gemaakt van een lijder aan spontane hypoglycaemie, ten gevolge van adenoom van de eilandjes van LANGERHANS. Bij dezen patiënt werd bij herhaling een laag glycoegeenhalte der lever vastgesteld, terwijl dit na operatieve verwijdering van het adenoom normaal werd bevonden, hetgeen volgens HAEX diagnostische beteekenis zou hebben bij deze ziekte.

Omtrent den invloed van spontaan en kunstmatig hyperinsulinisme op het lever-

1) N. T. v. G. I, bl. 386, No. 17/18, 1944.