

van een abnormale afloop van de intermediaire stofwisseling, waardoor acidose zou ontstaan. Hij acht het niet onmogelijk dat deze acidose een physiologische voorloper is van de diabetes.

## LITERATUUR

1) *N. T. v. G.*, 95, 2473, 1951. 2) WHITE en JOSLIN, *Treatment of Diabetes Mellitus*, 1946. 3) HOLZBACH, *Zbl. f. Gyn.*, 30, 1907, 1929. 4) BOWEN en HEILBRON, *Am. J. Med. Sc.*, 183, 803, 1932. 5) BARNES, *J. Obst. & Gyn. Brit. Emp.*, 58, 707, 1941. 6) HURWITZ en IRVING, *Am. J. Med. Sc.*, 194, 85, 1937. 7) NEVINNY en SCHRETTNER, *Arch. f. Gyn.*, 140, 397, 1930. 8) SMITH en OLNEY, *J. of Pediatr.*, 13, 772, 1938. 9) STACEY, *The Practitioner*, 165, 345, 1950. 10) ARON, *Arch. Int. Physiol.*, 22, 273, 1923-1924. 11) HUGGETT, *Physiol. Review*, 21, 438, 1941. 12) RUPP, *Arch. f. Gyn.*, 143, 80, 1930. 13) SCHLOSSMANN, *Arch. f. Path. und Pharmokol.*, 159, 213, 1931. 14) OKKELS en BRANDSTRUP, *Acta Path. et Microbiol. Scand.*, 15, 268, 1938. 15) KRISSE en FUTCHER, *J. Clin. Endocrin.*, 8, 380, 1948. 16) MILLER en WILSON, *J. Pediatr.*, 32, 251, 1941. 17) SCHRETTNER en NEVINNY, *Arch. f. Gyn.*, 143, 465, 1930. 18) AMBARD, MERKLEN, SCHMID, WOLF en ARNOLVJEVITSCH, *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 49, 547, 1925. 19) WOERNER, *Anat. Record.*, 71, 33, 1938. 20) *Id.*, *ibid.*, 75, 91, 1939. 21) POTTER, SECKEL en STRYKER, *Arch. Path.*, 31, 467, 1941. 22) JOACHIMSSON, *Acta Paediatrica*, 32, 454, 1944. 23) WERTHEIMER, PFLÜGER's *Archiv f. die ges. Physiol.*, 213, 298, 1926.

Groningen, 26 Augustus 1951

B. H. WORMGOOR

## EEN GEVAL VAN HYPOGLYCAEMIE BIJ EEN PASGEBORENE MET ERYTHROBLASTAEMIE

De pasgeborene van een diabetische moeder, die collega DE VREE<sup>1)</sup> beschrijft, had een bloedsuikergehalte van 36 mg pCt. Dit wordt door de schrijver als hypoglycaemisch beschouwd. In de toelichting citeert collega DE VREE een mededeling van GONCE, waarin staat dat hypoglycaemie bij dergelijke kinderen een te verwaarlozen factor is. De grote kindersterfte is hoofdzakelijk te wijten aan verstoring van het hormonale evenwicht bij de moeder. Deze opvatting is echter niet van GONCE afkomstig, maar van PRISCILLA WHITE, die reeds 15 jaar over dit onderwerp heeft gewerkt. Deze opvatting is later onder andere door GONCE en WACHTER bevestigd. Tevoren hadden reeds SMITH en VAN CREVELD er op gewezen, dat de normale pasgeborene een laag bloedsuikergehalte heeft, dat dadelijk na de geboorte vaak tot hypoglycaemisch peil daalt. VAN CREVELD vond bij normale praematuren zelfs gehalten van 32 en 33 mg pCt. Ook collega DE VREE schrijft, dat zijn patiëntje er als een praematuur uitzag.

Door mij werden twee patiëntjes van diabetische moeders waargenomen met een syndroom zoals door collega DE VREE beschreven: ernstige icterus, erythroblastaemie, oedemen en cyanose. Er was geen bloedgroepantagonisme aantoonbaar. Beide kinderen herstelden met behulp van intraveneus infuus en zuurstofent, doch zonder toediening van koolhydraten.

De sterfte van diabetische moeders is zeer hoog. Volgens PRISCILLA WHITE kan echter door herstel van het hormonale evenwicht bij de moeder, deze sterfte worden teruggebracht van 50 pCt tot 10 pCt. Volgens GONCE zijn daarnaast strenge controle van de diabetes, zoutbeperking bij de moeder en „postural drainage”, dehydratie en zuurstoftoediening bij het kind noodzakelijk.

Nauwe samenwerking tussen internist, gynaecoloog en kinderarts zijn dus nodig om betere resultaten te bereiken.

Amersfoort, 14 September 1951

J. DRUKKER

1) *N. T. v. G.*, 95, 2473, 1951.