

Belangrijk achten wij de constatering van H. van den Bosch en de zijnen waaruit blijkt dat de meeste kraamvrouwen zich erop verheugen het kraambed thuis door te brengen. Dit positieve gevoel wordt door de Apeldoornse gynaecologen en kraamverpleegsters niet duidelijk gedeeld. Zij missen de kraamperiode als logisch sluitstuk van zwangerschap en bevalling. Mag dit gemis de wens van de kraamvrouw in de weg staan? Wij vinden van niet. Wordt vervolgens de kraamzorg thuis niet te somber voorgesteld? Vele vroedvrouwen en kraamverzorgsters blijken wel in staat in de kraambedperiode een behoorlijke relatie met de kraamvrouw op te bouwen. Wanneer de thuiszorg meer het vertrouwen van de gynaecologen geniet dan uit het ingezonden stuk blijkt, zal gemakkelijker een samenwerkingsverband ontstaan waarbij de kraamvrouw de geboden intra- en extramurale zorg als een continue zorg ervaart. Huisartsen worden tot het begeleiden van het kraambed van een onderleiding van een gynaecoloog in het ziekenhuis bevallen vrouw mede gemotiveerd, indien goed overleg daaromtrent reeds in de zwangerschap plaatsvindt.

Met de voorgestelde aanpassing van de kraamzorg zijn wij het eens; aparte honorering van de huisarts voor de controle van het kraambed is door de staatssecretaris afgewezen. Geijverd moet worden voor de door collega Van den Bosch e.a. bedoelde ontsnappingsclausule, waarin wij zouden willen stellen „naar het oordeel van huisarts, vroedvrouw, obstetricus, kinderarts of kraamzorg het ontslag van de moeder niet verantwoord lijkt”. Waarom zou alleen de obstetricus hier moeten oordelen?

Waar de lijst niet geheel compleet wordt geacht (bijv. de totale ruptuur ontbreekt) merken wij op dat bedoeld werd te schrijven over een aanpassing van de lijst van medische indicaties voor specialistische hulp, genoemd op bl. 492 tot 496 van het leerboek *De voortplanting van de mens*. In deze lijst wordt de totale ruptuur reeds vermeld bij de opname-indicaties direct post partum. Overwogen kan worden een afzonderlijke lijst voor medische indicaties voor specialistische hulp in het kraambed te maken.

Wij legden er reeds de nadruk op dat de toenmalige staatssecretaris voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne de maatregelen reeds van kracht deed worden, alvorens „nadere studies” hadden plaatsgevonden. Deze studies blijven noodzakelijk om tot het gewenste samenwerkingsverband te komen.

Amsterdam, februari 1982

G. J. KLOOSTERMAN
D. VAN ALTEN

De praktische eerste aanpak van pseudokroep

Naar aanleiding van het artikel van DE SMET e.m. (1982) zou ik het volgende willen opmerken.

De allereerste aanpak van een pseudokroep-aanval begint reeds bij de meestal telefonische melding. Immers, ongeveer 2 uur nadat het kind is gaan slapen wordt het heftig benauwd wakker. Ouders, die het beeld niet kennen, worden min of meer hevig ongerust en denken aan stikingsgevaar. Als bij (telefonische) informatie blijkt, dat het waarschijnlijk om pseudokroep gaat, adviseer ik om het kind zo snel mogelijk overeind te houden, eventueel water of vruchtensap te laten drinken als het zelf wil (dus niet opdringen). Bovendien probeer ik de ouders gerust te stellen, omdat het vrijwel zeker niet (levens)gevaarlijk is.

Tenslotte zeg ik dat ik direct zal komen kijken. Bij aankomst is de benauwdheid bijna altijd reeds verbeterd. Dikwijls verontschuldigen de ouders zich, dat zij geroepen hebben.

Of medicatie enige invloed heeft, weet ik niet, doch ik geef direct een Baralgin-kinderzetpil, een tweede voor de volgende avond en een derde voor een eventueel later recidief; bovendien een op de leeftijd afgestemd expectorans. Ik kijk het dan 1/2 à 3/4 uur aan. Voordat ik wegga, bespreek ik het beeld met de ouders. Een kind met een echte pseudokroep speelt dan weer. Indien niet, dan is het geen pseudokroep.

In mijn 24-jarige huisartsenpraktijk kwam nooit op korte termijn een recidief.

Literatuur: SMET, P. A. G. M. DE, J. J. GROTE en J. H. G. JONKMAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 63.

Brielle, februari 1982

J. P. M. TROUW

Farmacologisch gezien bestaat er geen rationele grondslag voor het toedienen van een Baralgin-kinderzetpil bij een pseudokroep-aanval.

's-Gravenhage, februari 1982

P. A. G. M. DE SMET
J. J. GROTE
J. H. G. JONKMAN

(Discussie gesloten; redactie)

Een nieuw en eenvoudig toedieningssysteem voor parenterale voeding

De beschrijving van de werking van de Isoflux door ENGELS e.a. (1981) is onvolledig en fout. Er wordt alleen een verklaring gegeven voor de constante druppelsnelheid bij wisselende druk op de regelaar (de „preload”). De constante snelheid bij wisseling in de druk in de vena enz. (de „afterload”) wordt niet verklaard. De beschrijving van de werking van de Isoflux, zoals die hier gegeven wordt, gaat uit van een statische situatie. Hiermee is de werking niet te verklaren. Opmerkingen dat de druk, veroorzaakt door dezelfde vloeistofkolom aan weerszijden van de onderste membraan, verschillend is omdat de toegangsweg via de ene zijde kleiner is dan de andere, is onjuist en direct in tegenspraak met de wet van de communicerende vaten. (Als de bewering waar zou zijn, zou na weglaten van de membraan een continue vloeistofstroom van links naar rechts ontstaan. Dit zou een perpetuum mobile zijn.)

Een goede verklaring is alleen te geven met behulp van vloeistofdynamica. De werking berust op het feit dat er bij een vloeistofstróóm een drukval over een weerstand is. Zo ontstaat een drukverschil tussen de zijde van de membraan waar geen stroom is en de zijde van de membraan waar wel een vloeistofstroom is. Het lijkt mij echter te ver gaan om veel ruimte in uw tijdschrift te gebruiken voor vloeistofstroomdynamische beschrijvingen. Misschien heeft dit laatste argument ook bij de auteurs een rol gespeeld, maar mijns inziens mag ingewikkeldheid geen reden zijn om, zonder vermelding, een vereenvoudigde, onjuiste verklaring te geven.

Het waren niet de onvolledigheid en onjuistheid die aanleiding gaven tot het schrijven van deze regels, maar vooral het feit dat één van de eenvoudigste wetten uit de natuurkunde ter zijde werd geschoven.