

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-kinderzetspil, 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-kinderzetspil 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.

Literatuur: ENGELS, L. G. J., J. H. BAKKER, W. G. KAPTEYNS en J. H. M. VAN TONGEREN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2056.

Rotterdam, januari 1982

F. J. M. HUIKESHOVEN

Tijdens infusie via een toedieningssysteem zijn er twee tegengestelde krachten werkzaam. Tegen de door de hydrostatische druk van de vloeistofkolom in zak of fles bepaalde kracht (de „preload”) wordt weerstand geboden door de druppelregelaar en de druk in de vene (de „afterload”). De druk in de vene blijkt in de praktijk slechts van gering belang (CLARKE e.a. 1979). Bovendien wordt bij parenterale voeding meestal gebruik gemaakt van een catheter in de vena cava superior alwaar doorgaans een vrij constante druk heerst van ca. 0 mmHg. Om die reden werd de druk in de vene (de „afterload”) bij de bespreking van de werking van de Isoflux-druppelregelaar buiten beschouwing gelaten.

De werking van de druppelregelaar kan zeker niet benaderd worden vanuit een statische situatie. De mening van collega Huikeshoven, dat de door ons gepresenteerde verklaring onjuist is omdat deze verklaring in strijd zou zijn met de wet van de communicerende vaten, geldt niet, omdat deze wet uitsluitend van toepassing is op een vloeistof in rust, dus voor een statisch systeem. Het zal een ieder duidelijk zijn, dat hiervan geen sprake is, maar dat er beduidende stroomsnelheden zijn, waarvoor andere wetten gelden.

Zonder te durven beweren dat door ons geen vloeistof-dynamische wetten werden overtreden bij de verklaring van het werkingsmechanisme van deze druppelregelaar, lijkt ons een bekeuring wegens het overtreden van de wet van de communicerende vaten een verkeerde greep.

Literatuur: CLARKE, E. W., J. P. JAMISON en J. B. QUARTEY-PAPAFIO (1979) *Clin. Sci.* 57, 515.

Nijmegen, februari 1982

L. G. J. ENGELS

J. H. BAKKER

W. G. KAPTEYNS

J. H. M. VAN TONGEREN

Brittle diabetes

Met belangstelling heb ik het artikel van mw. TERPSTRA (1981) gelezen, maar er is één zinsnede, waar ik op in wil gaan.

Dat onkunde over voedingswaarde en samenstelling van voedingsmiddelen een oorzaak kan zijn van instabiliteit van diabetes, daar ben ik het helemaal mee eens. Dat hier uitsluitend op de patiënt gedoeld wordt, vind ik niet terecht, gezien het juist door de auteur genoemde voorbeeld op bl. 1926 over het dieet. Fruit heeft inderdaad een vrij hoge energetische waarde (gemiddeld ca. 275 KJoules of 65 Kcal per portie), maar dat een (zoete) sinaasappel ongeveer evenveel energie zou leveren als een zure citroen is pertinent onjuist. Sinaasappel bevat per 100 gram 179 KJoules (42 Kcal), citroen daarentegen 60 KJoules (14 Kcal) per 100 gram. Aangezien een gemiddelde sinaasappel ongeveer 150

gram weegt, zal dit betekenen, dat deze ca. 270 KJoules (65 Kcal) levert. Een citroen die gemiddeld 120 gram weegt, levert slechts 72 KJoules (17 Kcal), zijnde een verschil van 198 KJoules of 48 Kcal.

En waar het eigenlijk om gaat bij de voeding voor diabetici, de koolhydraten, het volgende: genoemde sinaasappel zal 15 gram koolhydraten bevatten en de hele citroen 4 gram, een hoeveelheid die te verwaarlozen is (zie analyse Nederlandse Voedingsmiddelentabel van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding).

Dit verschil in energie en koolhydraten betekent nu nét, dat een sinaasappel moet worden „berekend” in het dagmenu en citroen niet, mede omdat men zelden een citroen als zodanig nuttigt, maar meestal (gedeeltelijk) verwerkt in een drank, gerecht of salade. Een plezierig verschil voor de diabetespatiënt dus!

Dit mag een „zure” opmerking lijken over een futiliteit, maar voor mij is dit weer een voorbeeld van de helaas geringe kennis van voeding en diëtetiek bij anderen dan diëtisten/voedingsdeskundigen, kennis die zo belangrijk is, juist bij de behandeling van diabetespatiënten. Diëtisten zullen met kennis en genoegen artsen blijven bijstaan in de behandeling van hun (dieet-)patiënten. Dit betekent inderdaad inspelen op activiteit, wensen, gewoontes en sociale omstandigheden van elk individu; „standaarddiëten” en lijstjes met „toegestaan” en „verboden” zijn uit den boze! Ik blijf pleiten voor meer aandacht hiervoor tijdens de opleiding tot arts, om arts en diëtist één voedingstaal te laten spreken ten opzichte van de patiënt. Dit zal de samenwerking over en de behandeling van de patiënten zeker ten goede komen.

Literatuur: TERPSTRA, J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1924.

Amstelveen, januari 1982

W. S. GEERTSEMA

In haar reactie gaat mevrouw Geertsema ervan uit dat de energetische waarde van citrusvruchten hoofdzakelijk bepaald wordt door koolhydraten. Dit is echter niet juist, deze vruchten bevatten ook andere energierijke produkten, met name organische zuren. Een citroen bevat minder koolhydraten dan een sinaasappel, doch wél meer citroenzuur (gemiddeld 3,2 g per 100 g citroen, 1 g citroenzuur is 2,5 Kcal) (SOUCI 1979). De energetische waarde van een citroen per 100 g bedraagt daardoor uiteindelijk ca. 32 Kcal, die van een sinaasappel ca. 45 Kcal (Nutritional data 1962).

Hoewel er dus wel een verschil in energetische waarde is tussen beide soorten vruchten, is dit minder groot dan mevrouw Geertsema veronderstelt. Bij de voeding van diabetici gaat het niet alleen om koolhydraten, doch ook om calorieën. Het lijkt mij onjuist, dat voedingstabellen uitsluitend het gehalte aan koolhydraten, eiwitten en vetten vermelden en niet ook het gehalte aan andere voor het lichaam bruikbare energiebevattende stoffen.

Literatuur: *Nutritional data* (1962) 5e druk. Heinz Company, Pittsburgh. – SOUCI-FACHMANN-KRAUT (1979) *Die Zusammensetzung der Lebensmittel, Mehrwerttabellen*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

Leiden, februari 1982

J. TERPSTRA