

INGEZONDEN.

SCHIJBARE OF REËELE CONTROVERSEN ?

Het antwoord van dr. HERMANS 1) noodzaakt mij, nog even daarop terug te komen betreffende de volgende punten:

1°. LONDON 2) en zijn medewerkers deden hun proeven op honden, die gevoed werden met vleesch, fijn wittebrood, eieren (gekookt en rauw), caseïne, lijm, histon uit thymus, dextrose, stijfsel, maar in geen geval met moeilijk resorbeerbaar plantaardig eiwit (roggebrood, aardappelen, peulvruchten).

2°. JAFFÉ 3) deed zijn proeven op honden, die uitsluitend met vleesch werden gevoed.

Hieruit blijkt reeds, dat er in werkelijkheid niet de minste tegenstrijdigheid bestaat tusschen de uitkomsten dezer onderzoekers eenerzijds en die van RUBNER, STRÜMPPELL, PRAUSNITZ, HOFMANN 4), e. a. anderzijds, welke laatste de percentages niet-geresorbeerd voedingseiwit in de faeces bij *menschen* bepaalden na voeding met verschillenden kost.

Het door dr. HERMANS aangehaalde citaat uit het boek van LUGER kan slechts bewijzen, dat deze boekenschrijver zichzelf hiermede een allesbehalve vleiend testimonium heeft uitgereikt! Zelfs bij het *konijn*, waar het voedingseiwit allerni minst volledig in den dunnen darm verteerd en geresorbeerd wordt, is van verhoogde ammoniakuitscheiding in de faeces geen sprake, om de zeer eenvoudige reden, dat in het onderste gedeelte van den dikken darm de vorming en resorptie van ammoniak reeds zoo goed als geheel geëindigd is. Dit wordt n.l. bewezen door de volgende cijfers van PARNAS en KLISIECKI 5): Het ammoniakgehalte van het bloed uit de V. mesent. *coeci* bedraagt (gemiddeld) 1.06 mgr. pCt., daarentegen van het bloed uit de V. mes. *coli* 0.16 mgr. pCt. en van het bloed uit de V. mes. *recti* 0.08 mgr. pCt.

Hoe dr. HERMANS er voorts toe komt, om uit het door hem aangehaalde citaat van prof. GORTER af te leiden, dat deze laatste het geheel met hem eens zou zijn, is inderdaad een raadsel! In dit citaat toch is er slechts sprake van: stikstofhoudend voedsel, en dan nog alleen maar met betrekking tot het verschil tusschen gezonden en zieken, zoodat er zeer zeker niet de minste aanleiding bestaat, om zich op grond hiervan op den genoemden Leidschen hoogleeraar als *medestander* te gaan beroepen.

Summa summarum zijn de motieven, waarop dr. HERMANS meent, dat bij den mensch *alle* voedingseiwit reeds in den dunnen darm wordt geresorbeerd, niet steekhoudend.

Oegstgeest, 3 April 1930.

O. L. E. DE RAADT.

Er is niet veel wat sneller verveelt dan rotting. Daarom kort en voor de laatste maal. Ik geloof, dat noch DE RAADT, noch BELINFANTE, noch HERMANS precies weten, hoe het met de darmrotting gesteld is. Maar wij hebben ook niet beweerd, dat wij het wisten.

Dr. DE RAADT repliceert naar aanleiding van een artikel, dat *eiwitrotting* en huidziekten als titel had, hierboven als volgt:

„Dat de motieven, waarop dr. HERMANS meent, dat bij den mensch *alle* voedingseiwit reeds in den dunnen darm wordt geresorbeerd, niet steekhoudend zijn”. Hier behoeven wij slechts tegenover te stellen, dat wij dit nimmer beweerd hebben.

Door literatuurstudie (jammer, dat DE RAADT niet meer over zijn eigen citaat van HAMMERSTEN (zie bldz. 1661 en 1662 spreekt, waarin hij zelf aanhaalt, dat

- 1) Dit *Tijdschrift*, Jg. 74, 1930, I, no. 13, bldz. 1662.
- 2) *Zeitschr. f. physiolog. Chemie*, Dl. 46 t/m 57 en 60.
- 3) VIRCHOW'S *Archiv*, Dl. 70, bldz. 72.
- 4) VON BUNGE, *Physiolog. Chemie*, 1898.
- 5) *Biochem. Zeitschr.*, Dl. 173, bldz. 224.

ongeveer 80 pCt. van het eiwit al in meerdere of mindere mate verteerd *zelfs de maag* verlaat) en dus niet ingevolge eigen onderzoek en daarbij bovendien in de inleiding tot ons eigenlijk onderzoek, schreven wij letterlijk:

„Vraagt men zich nu af, welken invloed het voedingseiwit op de indoxylurie heeft, dan moet men tot de conclusie komen, dat de rotting van het eiwit in ons voedsel *in normale omstandigheden* geen *grootte* beteekenis kan hebben voor de vorming van indol. En verder: „Het eiwit van ons voedsel wordt voor het *overgrootste gedeelte* afgebroken en geresorbeerd, voordat het aan rotting ten prooi kan vallen”.

Daar DE RAADT ons dus aanvalt op iets, wat wij zeker niet zoo absoluut uitgesproken hebben, als hij ons in den mond legt; meen ik het hierbij te mogen laten.

E. H. HERMANS.

De redactie is van meening, dat de zaak thans voldoende is toegelicht en sluit de discussie.

MAAGZWEER EN MAAGKANKER.

In zijn klinische les over het „ulcus ventriculi” heeft prof. HIJMANS VAN DEN BERGH in verband met het vraagstuk der degeneratieve verandering van een maagzweer en een maagkanker gewezen op de zoogenaamde zuiver-clinische wijze om te onderzoeken of deze verandering vaak voorkomt. In 1922 heb ik (zie dit *Tijdschrift*) van deze methode gebruik gemaakt en gemeend daarmee wel eenig resultaat te kunnen verkrijgen. Toch bevat deze methode één groote fout en wel deze: indien iemand na een langdurige maagaandoening, die men met recht mag beschouwen als door een zweer te zijn veroorzaakt, tenslotte aan een maagkanker bezwijkt, dan is men nooit zeker, dat deze maagkanker op den bodem van die zweer is ontstaan. Het kan zeer goed mogelijk zijn, dat zich in de maag op een *andere* plaats een kanker heeft ontwikkeld, die met de zweer dus niets heeft uit te staan. Dit is geen schrijftafeloverweging: reeds tweemaal heb ik deze ervaring opgedaan. Het eerste geval (reeds in dit *Tijdschrift* medegedeeld) betrof een jonge vrouw, die een operatie ondergaan had, omdat een zweer bij den maaguitgang in de vrije buikholte was doorgebroken. Eenige jaren later bleek bij operatie, dat behalve een kanker van den eierstok ook een maagkanker aanwezig was, ongeveer op handbreedte afstand van het oude operatielitteken en wel in de kleine bocht van de maag 2).

Een tweede geval nam ik kort geleden waar.

Een man van ongeveer 55-jarigen leeftijd is *tien* jaar geleden geopereerd. Hij had een ulcus duodeni. Een gastro-enterostomie werd aangelegd en de man was van zijn langdurig maaglijden bevrijd.

Kort geleden kwam hij weder ter waarneming. Om kort te zijn kan ik mededeelen, dat klinisch en Röntgenologisch de diagnose werd gesteld op kanker van de kleine curvatuur, welke diagnose door de proeflaparotomie werd bevestigd.

Indien deze man vroeger niet was geopereerd, maar was blijven klagen en lijden aan de maag en tenslotte aan zijn maagkanker was te gronde gegaan, dan had men hem ook geteld onder degenen, wier zweer in een kanker was overgegaan.

Nog een andere mogelijkheid bestaat, welke uit dit geval blijkt. Een man heeft 30 jaar lang aan zijn maag geleden. De anamnese zou het recht geven aan een oude zweer te denken. Bij klinische waarneming vond ik, dat de man, die hevige pijnen had, geen eetlust had; in den maaginhoud ontbrak zoutzuur en patiënt verminderde snel in gewicht, hij had geen bloed in de ontlasting. De X-photo toonde een volkomen normale maag aan. Een juiste diagnose was niet te maken. De mogelijkheid werd geopperd, dat zich misschien een zweer aan de achterzijde van de maag bevond, die in het pancreas invrat. Een proeflaparotomie werd verricht. Het bleek,

1) *Ned. Tijdschr. v. Gen.* 1922, 2de helft, No. 16,

2) *Ned. Tijdschr. v. Gen.* 1922, 1ste helft, No. 13.