

worden verklaard, vermag allerminst mij het overbodige van mijn opmerkingen te doen inzien.

Amersfoort,
8 October 1935.

C. HONIG,
Officier van Gezondheid, 2e klasse.

[(Door omstandigheden is de plaatsing van dit stuk aanmerkelijk vertraagd. Red.)

HET MINERALISEEREN EN VITAMINISEEREN VAN MELK.

Naar aanleiding van het literatuurreferaat van dr. ir. P. SCHOORL over het mineraliseeren en vitaminiseeren van melk, wil ik het volgende opmerken.

Dr. BROEK heeft in mijn laboratorium een dissertatie bewerkt over Cu, Mn en Zn in melk (bespreking zie bldz. 4905 van dit *Tijdschrift*). Met zeer vele nauwkeurige analyses heeft hij bewezen, dat vrouwen-, koe- en geitenmelk zeer weinig Cu bevatten; de koemelk wordt meestal tijdens de bewerking zeer belangrijk met Cu verontreinigd. Cu-voeding aan de koe had weinig resultaat. Het Mn-gehalte van koemelk werd eveneens door dr. BROEK in zeer vele monsters bepaald, ook in enkele monsters vrouwen- en geitenmelk. Dr. SCHOORL noemt alleen buitenlandsche onderzoekers van het Mn; hij vergeet bovendien mee te deelen, dat het Mn-gehalte der koemelk door dr. BROEK wel kon verhoogd worden door de dieren Mn bij te voeren (vooral in organische binding). Zink wordt door dr. SCHOORL in het geheel niet genoemd — het is een belangrijk anorganisch bestanddeel der melk; ook hierover heeft dr. BROEK nauwkeurige bepalingen gedaan.

Op bldz. 4849 geeft dr. SCHOORL weer Amerikaansche gegevens over vitamine A in melk. Hij verzuimt mee te deelen, dat ook hierover zeer talrijke Nederlandsche onderzoekingen zijn gedaan, evenals van het vitamine A-gehalte van colostrum en vrouwenmelk (onderzoekingen uit mijn laboratorium van dr. DE HAAS en drs. VAN EEKELLEN; dissertatie van mej. dr. VAN WIJNGAARDEN) (zie dit nummer blz. 568). Uit deze onderzoekingen blijkt eveneens de groote invloed van het gehalte aan vitamine A van het voedsel of dat van de melk.

Eindelijk het gehalte van vitamine D van de melk: hierover zijn ook onderzoekingen in Nederland gedaan, door dr. VAN NIEKERK in het pharmacologisch laboratorium te Leiden. Ook deze zijn in het artikel van dr. SCHOORL niet vermeld.

Utrecht, 21 October 1935.

*Hygiënisch Laboratorium
der Universiteit.*

L. K. WOLFF.

ENKELE INDICATIES VOOR GYNAECOLOGISCHE OPERATIES.

Wanneer een hoogleeraar of een zijner assistenten binnen de muren van zijn kliniek een college geeft, dan spreekt hij slechts tot zijn eigen leerlingen, die hij naar zijn eigen meening moet helpen opleiden tot goede artsen. In een geschreven klinische les treedt hij echter voor het forum der geheele Nederlandsche medische wereld en dan is het, naar ik meen, onze plicht een kort waarschuwend woord te laten hooren, wanneer het geschrevene te zeer afwijkt van wat wij voor goed en billijk achten. De indicaties, welke VAN DER HOEVEN voor operaties geeft, gaan mij toch veel te ver. Volkomen accoord ga ik er natuurlijk mee, dat hij elken tumor met steeldraaiing wil opereeren en bij een abnormale bloeding per vaginam een carcinoom tracht uit te sluiten. Ook zullen alle eierstokgezwellen verwijderd moeten worden, als wij althans de kleinere retenticystes, die niet maligne degenerereen, daarvan uitzonderen; door geregelde contrôle kunnen wij waarnemen, dat de cystes niet groeien en tot deze categorie behooren. Daarentegen meen ik, dat een operatieve behandeling van een mobiele retroflexio uteri een uitzondering moet blijven. Niet alleen blijkt toch telkens weer, dat de klachten, welke zij geeft, gering zijn, aan den anderen kant is haast steeds door een pessarium genezing te brengen. Het is zeker juist na een half jaar te probeeren of de patiënte zonder ring

kan blijven. Gaat de baarmoeder weer achterover liggen, zonder dat de vrouw opnieuw klachten krijgt, dan kunnen wij tevreden zijn. Komen de klachten terug, dan zie ik er hoegenaamd geen bezwaar in, de pessariumtherapie voort te zetten, tenzij de vrouw zelf aan een operatie de voorkeur geeft. Kantelt de baarmoeder over den ring heen, terwijl de vrouw haar klachten houdt, dan is een operatie zeker op haar plaats, al zou ik dan de laparotomie verkiezen om het betere overzicht, dat deze geeft en de grootere kans anders tegelijk bestaande, maar niet herkende afwijkingen te kunnen genezen.

Ook voor de prolaps is de ringbehandeling aangewezen. En wanneer hierdoor de klachten zijn opgeheven, dan is er, dunkt mij, ook geen reden in het climacterium te gaan opereeren. Wij zien integendeel dan vaak, dat door schrompeling telkens met een kleineren ring kan worden volstaan en dat men dan deze zelfs tenslotte kan weglaten. Een plastische operatie kan trouwens altijd nog worden uitgevoerd; voor oude vrouwen beschikken wij over de eenvoudige, zeer weinig ingrijpende methode van LEFORT.

En eindelijk de behandeling van het fibromyoom. Dat deze weggenomen moet worden, ook al bestaat er geen enkele klacht, is zeker een meening, die niet door velen gedeeld zal worden. Pas wanneer het myoom het navelniveau bereikt of er overheen komt, wordt de grootte gewoonlijk als een indicatie tot opereeren beschouwd. Komt men tot operatie, dan is bij een vrouw, die niet ver boven de 40 jaar is, enucleatie nog wel de beste methode. Is dit om de een of andere reden niet wenschelijk, dan lijkt mij de supravaginale uterusamputatie met behoud der adnexa op haar plaats. Een later ontstaand carcinoom in de cervixstomp zagen wij in de Amsterdamsche Vrouwencliniek practisch nooit, een cyste in een achtergebleven ovarium is zeldzaam. Wel blijven de eierstokken zonder baarmoeder waarschijnlijk niet zoo lang meer functionneeren als wij vroeger hoopten (al wijzen proeven op dieren op een blijvende functie), toch zijn de uitvalverschijnselen minder.

Het meeste echter spijt het mij, dat VAN DER HOEVEN zich met een schouder-ophalen van de Röntgenbestraling van het myoom afmaakt en in de weinige zinnen, die hij er aan wijdt enkele pertinente onjuistheden vertelt. Want met beslistheid kan ik VAN DER HOEVEN verzekeren, dat bij de honderden myoompatiënten, die ik na de bestraling controleerde, vele myomen belangrijk kleiner werden en ten slotte niet meer of ternauwernood te voelen waren. Later ontstaande complicaties zagen wij nooit na de bestraling. Wel kan de menstruatie nog 1 of zelfs 2 keer terugkomen en dan zeer sterk zijn; mislukkingen door aanhoudende of weer zich voordoende vloeingen werden echter alleen veroorzaakt door niet-herkende submuqueuse myomen. Maar deze zijn thans bij een zorgvuldig onderzoek altijd te herkennen door sondeeren of hysterographie.

Verder hierop ingaan lijkt mij op deze plaats niet juist. In dit *Tijdschrift* kan men uitvoerig lezen de indicaties, welke voor opereeren en voor bestralen bestaan in de opstellen van prof. VAN ROOY 1) en van prof. REMMELTS 2), waaruit blijkt, dat ongeveer de helft onzer myoompatiënten met een ongevaarlijke Röntgenbestraling volkomen is te genezen!

21 October 1935.

F. C. VAN TONGEREN.

BERICHTEN.

BUITENLAND.

LONDEN. — De afwijzing van de osteopathenwet. Men herinnert zich, dat een voorstel van een der Lords om aan de osteopathen een bevoegdheid toe te kennen na een uitvoerig onderzoek door een commissie is afgewezen. Het zou jammer zijn van den tijd en de moeite, die zoowel door de commissie uit het

1) *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, Jrg. 74, no. 29, bldz. 3614, 1930.

2) *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, Jrg. 76, no. 6, bldz. 551, 1932.