

INGEZONDEN.

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.

TRAUMA EN DIABETES.

In het artikel van dr. C. G. VERVLOET over bovenstaand onderwerp (*Ned. T. v. G.*) van 27 Augustus staan eenige beschouwingen, welke ik niet onweersproken wil laten. De bloedsuikerkromme, welke bij den patiënt in Maart 1935 werd gevonden, geeft dr. VERVLOET aanleiding te verklaren, „dat deze bewijst, dat patiënt ten tijde van het ongeval (1½ jaar te voren) géén echten diabetes mellitus kan hebben gehad”. Dat deze uitspraak niet juist is, zou ik met verschillende waarnemingen kunnen aantonen, b.v. met de volgende: Een man van 29 jaar wordt in 1923 wegens diabetes door één levensverzekering geweigerd, door een andere maatschappij voor korten tijd aangenomen. Zijn bloedsuikergehalte na proefontbijt was reeds toen iets te hoog. Patiënt hield daarna geen dieet, at ook geregeld suiker, toch was de urine vaak suikervrij. Vijf jaar later, in 1928, vond ik de volgende kromme: nuchter 1.11 per duizend, 30 minuten na 50 G. glyucose 2.40 per duizend, na 60 minuten 2.70 per duizend en na 90 minuten 2.08 per duizend, dus een typische diabeteskromme, welke zelfs nog iets lager is dan die van collega VERVLOET. De suikerziekte van dezen patiënt was langzaam progressief, in 1935 werd insuline noodzakelijk. Volgens de theorie van dr. VERVLOET, zou deze patiënt 1½ jaar vóór 1928 geen diabetes kunnen hebben gehad. Hij werd er echter reeds in 1923 voor afgekeurd! Evenmin kan ik het eens zijn met de meening van collega VERVLOET, dat voorspoedige normale wondgenezing niet mogelijk is bij glycosurie en verhoogd bloedsuikergehalte. Hoe vaak zien wij immers niet bij suikerzieken met suiker in de urine toch zeer vlotte wondgenezing. De slotsom, welke de schrijver uit zijn argumenten trekt, „dat het maken van een suikerkromme, ook nog langen tijd na het ongeval, van zeer groote waarde is voor een beoordeeling” mag dan ook niet worden aanvaard. Integendeel, men kan aari zoo'n kromme nooit zien, hoelang de suikerziekte reeds bestaat.

B. K. BOOM.

Amsterdam, Augustus 1938.

BEHANDELING VAN CRAUROSIS VULVAE... EN DE KAS VOOR BUITENGEWONE GENEESMIDDELEN.

Ook in Nederland bestaat geen twijfel meer over de zeer nuttige uitwerking van de toepassing der hormoontherapie bij craurosis vulvae; immers ten onzent zijn deze onderzoeken reeds terdege gecontrôleerd. Prof. ENGELHARD te Groningen heeft ruime ervaring over deze therapie; den kring Utrecht heeft hij in de Maartvergadering verheugd met een boeiende voordracht over „De praktische beteekenis van de geslachtshormonen”. Hij herinnerde aan de veranderingen in het epitheel der vagina, ontstaan na inspuiting van menformon bij muizen, die *niet* in de bronstperiode zijn welke proeven aanleiding werden tot de toepassing van menformon bij jonge kinderen en vrouwen met colpitis gonorrhoeica en craurosis vulvae. De huid van de aangetaste deelen wordt met menformonzalf (tube van 4 G. = 4000 ME) krachtig ingewreven, of het menformon intramusculair ingespoten.

Aanlokkelijk zou het zijn om uit de heldere uiteenzetting van prof. ENGELHARD meer belangrijke punten te stipuleeren. Mijn bedoeling was slechts er op te wijzen, dat de ervaring van den Leuvenschen hoogleeraar ook de onze is.

Wat nu aangaat de vraag, hoe de ziekenfondsen en kleine particulieren zich moeten instellen tegenover al die kostbare hormoonpraeparaten, schijnt ons het denkbeeld van collega KEESING ernstige overdenking waard.

Tijdens de discussie na de voordracht van ENGELHARD besprak ook collega MULLER de moeilijkheden der toepassing in de fondspraktijk. Hij wilde denken aan een staatssubsidie voor goedkoopere productie.

K. A. ROMBACH.

Utrecht (Oudenrijn), 28 Augustus 1938.