

DE DOSEERING VAN SCHEELZIENOPERATIES.

Daar er ook — en mijns inziens terecht — voorstanders zijn van vroege operatieve behandeling van het scheelzien, meen ik, dat de aanhef van het artikel van collega FLIERINGA in dit *Tijdschrift* (no. 42, 1942) een korte verdediging van dit standpunt gewenscht maakt.

De normale mensch ziet binoculair, de twee oogen zijn functioneel een eenheid. Bij onze scheele kinderen wordt, meestal op zeer jeugdigen leeftijd, die eenheid verbroken. Dan dreigt ten eerste het gezichtsvermogen van het strabeerende oog (amblyopie), ten tweede het vermogen tot binoculair zien verloren te gaan. Het eerste kan veelal door atropinisatie of doorlopend occlusief verband van het fixeerende oog behouden of hersteld worden. Het vermogen binoculair te zien kan slechts worden ontwikkeld, indien de oogen recht staan of misschien indien overeenkomstige of stereoscopische beelden op overeenkomstige plaatsen van het netvlies vallen, zooals geschiedt in daartoe geconstrueerde toestellen (b.v. den orthoscoop van PUGH: orthoptic training).

Daar bijna alle strabeerende kinderen vrij sterk hypermetrop zijn en dus voortdurend zullen accommodeeren, anderzijds een accommodatie-impuls gepaard gaat met een convergentie-impuls, is de volledige correctie van deze hypermetropie (atropine!) meestal zeer gunstig voor den oogstand en het niet voorschrijven van een juisten bril wordt dan ook algemeen als een kunstfout beschouwd. Gelukt het echter niet op deze wijze het scheelzien op te heffen, dan kan men dit trachten te bereiken door snel wisselende verbanden, prismabridlen, orthoscopische oefeningen. Gedachtig aan de ervaringen met de scheelzien-amblyopiebehandeling (hoe jonger en vroeger hoe beter!), mag men echter ook hiermede niet al te veel tijd verloren laten gaan. Dan is het beter, desnoods zelfs twee- of driemaal operatief in te grijpen, waarbij niet dadelijk gestreefd wordt naar een volledige correctie, doch naar een gewelddadige verbreking van den min of meer gefixeerden onjuisten oogstand, opdat de natuurlijke krachten (fusieneiging) te zamen met de optische correctie (bril) de oogen in normalen stand kunnen brengen. Dit standpunt komt overeen met dat van CHAVASSE, die de moderne uitgave verzorgde van WORTH's classieke monographie over het scheelzien en het te lang uitstellen van de operatie noemt: „fiddling while Rome burns”!

Amsterdam, 18 October 1942

A. HAGEDOORN

QUANTITATIEVE ONDERZOEKINGEN OVER DE VORMING VAN UROBILINOGEEN UIT BILIRUBINE

Naar aanleiding van het artikel van dr. BUNGENBERG DE JONG, (*N. T. v. G.*, 26 September 1942), wil ik gaarne het volgende opmerken: In dit artikel tracht de schrijver de stelling, dat urobilinogeen alleen van anhepatisch bilirubine afkomstig is, te weerleggen. Mijns inziens tast BUNGENBERG DE JONG de kern van het vraagstuk niet aan. De kern is gelegen in het feit, dat, wanneer in het lichaam een bloedextravasaat geresorbeerd wordt, er zooveel meer urobilinogeen met de faeces wordt uitgescheiden, dat blijkt, dat alle haemoglobine als urobilinogeen teruggevonden wordt. Al het anhepatisch gevormde bilirubine (dus van het indirecte type) wordt quantitatief in het darmkanaal in urobilinogeen omgezet. Hierop berust de stelling, dat urobilinogeen alleen van indirect bilirubine afkomstig is. Hierover wordt door BUNGENBERG DE JONG niet gerept. Dat het hem niet, zooals mij, gelukt het bewijs in vitro te leveren, tast deze kern geenszins aan. Om in vitro het bewijs te leveren is moeilijk, daar veel factoren, die men niet in de hand heeft beteekenis kunnen hebben.

Een quantitatief resultaat te bereiken bij patiënten met een totale choledochusafsluiting, is ook mij niet gelukt en dit is ook niet te verwonderen, daar een groot gedeelte van de galkleurstof, die men per os geeft, geresorbeerd wordt en niet in den darm kan terugkeeren. BUNGENBERG DE JONG geeft ook zelf aan, dat de icterus na de proefneming was toegenomen. De opmerking aan het eind van zijn artikel, dat de urobilinurie bij haematomen niet het gevolg hiervan zou zijn, is mij niet recht duidelijk. Dit is toch een algemeen bekend verschijnsel. Dat bij één geval geen urobilinurie tijdens de resorptie werd waargenomen maakt dit niet onwaarschijnlijk, daar dit onder andere afhankelijk is van de grootte van het haematoom en de functiebreedte van de lever om het urobilinogeen tegen te houden. Dat deze patiënt na de resorptie van het haematoom gedurende

2 dagen een lichte urobilinurie had is evenmin een „tegenstrijdigheid”, daar een intercurrente infectie bij voorbeeld urobilinurie kan veroorzaken.

Mijns inziens is BUNGENBERG DE JONG er dan ook allerminst in geslaagd het ontstaan van urobilinoëen alleen uit indirect bilirubine te weerleggen.

Tiel, 18 October 1942

J. W. G. TEN BOKKEL HUININK

CEPHALOHAEMATOMA

Met belangstelling las ik in dit *Tijdschrift* van 10 October de zoewel van theoretisch als van practisch standpunt zoo juiste en wel overwogen clinische les van prof. ROEGHOLT. Kort en krachtig en overtuigend, zoodat zij steun geeft aan den huisarts voor zijn handelen. Immers juist bij deze eenvoudige gevallen uit de practijk wil nogal eens twijfel bestaan over al of niet ingrijpen en het is goed, dat van „hoogerhand” dan de besliste wijze van handelen en het waarom wordt aangegeven.

Ik herinner mij, dat zich, na verdwijning van het caput succedaneum, bij mijn zoon een flinke zwelling op het linker wandbeen vertoonde, die ik twaalf dagen na de geboorte puncteerde, waarbij 8 cm³ donker bloed verwijderd werd. In een reageerbuis bewaard, was dit vier weken later nog volkomen vloeibaar. Vier dagen na de punctie was de bloedholte weder, hoewel slapper, gevuld, doch tien dagen later was de vloeistof — zonder tweede punctie — spontaan geresorbeerd. Een verschijnsel, dat evenmin ongewoon is na een eenmalige vochtverwijdering uit de borst- of buikholte.

Een juiste opmerking omtrent de vitamine K-behandeling van bloedingen, die samenhangen met hypochrombinaemia neonatorum, maakte collega VAN OPPEN in verband met het cephalohaematoma. Dat het bloed meestal in den loop van 3 tot 12 maanden geresorbeerd wordt, acht ik allerminst een argument om de punctie te verzuimen, vooral in aanmerking genomen het feit van mogelijke verbeening.

Utrecht, 14 October 1942

K. A. ROMBACH

BERICHTEN

BUITENLAND

CANADA. — DE PROSTITUTIE TE VANCOUVER. In 1931 zijn in de havenstad Vancouver de bordeelen gesloten. Gaat men de ziekenhuiscijfers der geslachtszieken na, dan vindt men na de sluiting de veelvuldigheid van bijna 300 tot 175 behandelde mannen per maand gedaald (*Zentralblatt für die gesamte Hygiene*, deel 50, blz. 35).

DUITSCHLAND. — VACCINATIE TEGEN POKKEN. De twaalf koepokinrichtingen verkregen in 1940 van 146 kalveren gemiddeld 79 g koepokstof per kalf. Het aantal geleverde doses koepokstof steeg van 9953137 in 1939 tot 10397524 (*Reichsgesundheitsblatt* 1942, blz. 247).

— BOUWPLANNEN. SCHÖNBEIN geeft zich in *Der soziale Wohnungsbau in Deutschland* rekenschap van de eischen, die het nationale woningplan — na den oorlog zullen 600000 woningen per jaar worden gebouwd — ten aanzien van bouwmetaal en arbeidskracht zal stellen. Het zal noodig zijn holle steenen en muurplaten uit lichte grondstoffen te vervaardigen, waardoor de arbeidspraestaties van den metselaar zullen toenemen. Bij zuinige toepassing zullen ijzer en hout toereikend blijken. Productie van woningen in het groot zal worden bevorderd door montage van gestandaardiseerde deelen. De afkeer tegen gestandaardiseerde producten zal men in Europa moeten overwinnen (*Tijdschrift voor Volkshuisvesting en Stedenbouw* 1942, blz. 133).

GEHEIME RAAD BUMM OVERLEDEN. — Dr. FRANZ BUMM, oud-president van het „Reichsgesundheitsamt”, is op 81-jarigen leeftijd overleden (*Wiener klinische Wochenschrift* 1942, blz. 716).

EGYPTE. — EEN DUIZENDJARIGE UNIVERSITEIT. De Universiteit El Azar te Caïro herdacht 18 September haar stichting vóór 1000 jaren (*Schweizerische medizinische Wochenschrift* 1942, blz. 1088).