

bewaren in het licht ging er in drie maanden ongeveer 60 pCt verloren, daarna niet meer. Vitamine C verdween reeds bij pasteurisatie voor het grootste gedeelte. Bij sterilisatie werd het bijna geheel vernietigd. Na twee maanden bewaren was er geen spoor vitamine C meer over.

Literatuur: <sup>1</sup>L. P. VAN DER MIJLL en CHR. ENGEL (1952) *Voeding* **13**, 152.

M. M. HILFMAN

## INGEZONDEN

*Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.*



### FRACTUREN VAN DE JUKBOOG

Naar aanleiding van hun mededeling over de behandeling van fracturen van de jukboog<sup>1</sup> willen wij collega TEN KATE en collega GROENENDIJK nog opmerkzaam maken op een publicatie van VAN OMMEN<sup>2</sup>. Deze beschrijft hierin reeds de door TEN KATE en GROENENDIJK genoemde, maar door hen nog niet toegepaste endo-orale methode van behandeling. Op de in de rhinologie gebruikelijke wijze wordt hierbij de kaakholte van de mond uit geopend, waarna men van binnenuit onder contrôle van de uitwendige hand een goede greep heeft op het gedислоceerde botstuk. De methode biedt als voordeel, dat men tevens de toestand van de kaakholten en de bodem van de oogkas, welke vaak mede gefractureerd en ontzet zijn, kan overzien en zo nodig kan corrigeren. Wij konden deze wijze van repositie enige tijd geleden met succes toepassen bij een 6-jarig meisje, dat een klap van een schommel tegen het hoofd had gekregen, en waarbij de fractuur, van de jukboog uit door de kaakholte doorliep tot in de fossa pterygo-mandibularis.

Een ander punt is, op welk tijdstip men de fractuur zal opereren — of beter gezegd pas kan opereren — wanneer bij voorbeeld een door het trauma ontstane, ernstige hersenschudding, al of niet met schedelbasisfractuur, een „vroegere repositie” onmogelijk maakt. Ook bij verouderde fracturen zijn, zoals VAN OMMEN mededeelt, goede resultaten te bereiken, omdat men geconsolideerde botgedeelten à vue met beitel en hamer weer kan mobiliseren en reponeren. Wij willen daarom naast de door TEN KATE en GROENENDIJK gevolgde „uitwendige” wijze van behandeling, waarbij men het botstuk van lateraal ophevelt, ook nog eens de „endo-orale” methode naar voren brengen; uit den aard der zaak zal van geval tot geval beoordeeld moeten worden welke weg de meeste kans tot succes biedt.

Literatuur: <sup>1</sup>J. TEN KATE en H. J. GROENENDIJK (1952) *N.T.v.G.* **96**, 995. <sup>2</sup>B. VAN OMMEN (1949) *N.T.v.G.* **93**, 96.

Dordrecht, 10 Mei 1952

H. FERMIN

R. DIJKHUIZEN

## BERICHTEN



### BUITENLAND

FRANKRIJK. — HET DRINKWATER VAN PARIJS. De *Revue du Praticien* (1952, bl. 780) geeft deskundige toelichting tot de toenemende klachten over het Parijse drinkwater. Ongeveer de helft van het drinkwater is afkomstig uit bronnen; de Seine en de Marne, aan welke het overige quantum wordt onttrokken, zijn in hoge mate verontreinigd, zowel door het rioolwater van een aantal gemeenten als door een zestigtal fabrieken, die tussen Montereau en het filterstation van Ivry hun residuen lozen. De chlorering is betrouwbaar, maar de verbindingen van het chloor met de industriële phenolen zijn oorzaak van de slechte smaak. Het reeds oude plan, water uit het Loire-gebied te betrekken, vindt onredelijke tegenstand; het betreft een grondwater, dat thans ongebruikt blijft.

ITALIË. — HET NIEUWE MIDDEL TER BEHANDELING VAN TUBERCULOSE. De Directeur van het Istituto sanatoriale „Principi di Piemonte” te Napels, prof. MONALDI, hield 7 April voor de Geneeskundige Vereniging aldaar over het isonicotinezuur-hydrazide een voordracht, waarvan de text door *La Riforma Medica* (1952, bl. 393) is gepubliceerd. Zijn ervaringen bij 350 patiënten dateerden niet van vroeger dan 1 Maart. Hij kan bevestigen, dat bij een aantal zeer ernstige patiënten de algemene toestand — temperatuur, eetlust, algemeen wel-