

INGEZONDEN.

STOORNISSEN NA TOEDIENING VAN ACETYLARSAAN.

In het *Tijdschrift* van 21 Juli refereerde collega RINSEMA bovengenoemd artikel. Het is jammer, dat de ingespoten hoeveelheden niet vermeld zijn. Bij meer dan twee duizend injecties zag ik nooit een enkel blijvend nadeelig gevolg. Veiligheidshalve bleef ik onder de door den fabrikant opgegeven dosering. Ik begon meestal met $1\frac{1}{2}$ cM³ en vermeerderde de dosis wekelijks met $\frac{1}{2}$ cM³ tot maximum 3 cM³. Meer dan 6 injecties gaf ik nooit achter elkaar. Een enkele maal kan bij lues een heftige koortsreactie noodzaken de dosis te verlagen. Een voorkeur met „bismuth” is dan gewenscht.

Bij framboesia zijn één à twee inspuitingen voldoende, terwijl bij lues de klinische verschijnselen ook spoedig verdwijnen. Kinderen verdragen het middel uitstekend. De dosering berekende ik naar het lichaamsgewicht, dat van den volwassen inlander op 50 K.G. stellend.

Per slot is voor een ondernemings-hospitaal, waar de injectiespuit den geheelen dag paraat moet zijn, de subcutane aanwending een groot gemak. De inspuiting is niet pijnlijker dan die van morphine of emetine. Bovendien zag ik nooit zware dermatitiden, die bij neosalvarsaan in therapeutische hoeveelheden niet zoo buitengewoon zelden zijn.

Batang Taro, 3 September 1928.

D. VROLIJK.

Het weglaten der dosering achtte ik, bij de behoefte om plaatsruimte te sparen, geoorloofd, omdat slecht bij één der tien bedoelde patiënten giften waren toegediend, welke de door den fabrikant opgegevene (bijv. 2 keer per week 3 cM³; in totaal 16 inspuitingen) overschreden. Bij de meeste lijdens ontwikkelden zich de beschreven nadeelige invloeden reeds na de 3de—5de inspuiting van ten hoogste 3 cM. Juist het feit, dat hier voor het eerst over een dergelijke reeks van stoornissen wordt bericht, ontstaan na toediening van een middel dat, bij juist gebruik, tot nu toe eigenlijk alle eigenschappen scheen te bezitten, welke het de gunst van arts en patiënt moesten verzekeren, gaf natuurlijk aanleiding het artikel te refereren.

Een enkel woord nog over de wijze van gebruik, welke collega VROLIJK volgde: Mijn ervaring met de toediening van antiluëtische middelen bij inlanders is te gering om hierover een oordeel uit te spreken. De meeste venereologen zullen, evenwel, evenals ondergeteekende, voor Europeesche patiënten antiluëtische kuren van 6 inspuitingen van 3 cM³ acetylarsaan toch wel wat heel „sober” vinden.

P. G. RINSEMA.

DE BEZINKINGSSNELHEID DER ROODE BLOEDLICHAAMPJES.

(In het vorige nummer sta t h t i gezonden artikel over bovenst and onderwerp op naam van J. M. PLANTENGA, dit moet zijn: PLANTEYDT. Ook moet in genoemd artikel i. p. v. normale „maximale bezinkingssnelheid volgens ONDENDAL” gelezen worden. *Red.*)

Collega PLANTEYDT maakt terecht opmerkzaam op een drukfout in mijn opstel over de micromethode van LANGER: volgens LINZENMEIER wordt de tijd bepaald noodig om een bezinking van 18 en niet van 10 mM. te bereiken.

Ook heeft hij gelijk, dat wij feitelijk de WESTERGREN-aflezing op het LINZENMEIER-buisje toepassen. Wij bepalen ons daarbij tot wat er in het eerste uur gebeurt; het is ons nooit overkomen, dat daarna nog verrassende veranderingen in de bezinkingssnelheid optraden.

Wat de mengverhoudingen betreft, verklaard moest worden, waarom PLANTEYDT wel en ik geen belangrijken invloed daarvan vond. Als reden heb ik opgegeven, dat ik veel geringer concentratieverschillen heb genomen en mij bepaald heb tot den invloed daarvan in het eerste bezinkingsuur. Dat binnen deze grenzen de onver-

mijdelijke onnauwkeurigheden, die men bij de practische toepassing begaat geen stornis geven, heb ik dunkt mij voldoende aangetoond; doch wat is dat voor bezwaar, dat een ander onder andere verhoudingen wat anders vindt?

Wat zijn tweede opmerking betreft, wij hebben vooraf te Hoog-Blaricum de bezinkingssnelheid bij eenzelfden patiënt in WESTERGREN- en LINZENMEIER-buis vergeleken en voor elk dezer buizen weer de oorspronkelijke aflezing met die volgens OUDENDAL en VAN DER ZEE. Wij hebben daarbij nooit verschillen gevonden, die er zouden toe kunnen leiden om de eene methode boven de andere te verkiezen.

Ons onderzoek werd bij kinderen gedaan. Over volwassenen hebben wij geen ervaring.

G. J. HUËT.

BROCX'S „ONDERZOEK NAAR DE GEVOLGEN VAN BEHANDELINGS-METHODES BIJ ONGEVALLENLETSELS”.

Op het onder dit opschrift in het vorige nummer verschenen ingezonden stuk zal ik niet ingaan, nu het blijkt, dat de schrijver meent mij „ter verantwoording” te kunnen roepen, welk recht ik hem niet toeken.

Hen, die belang stellen in een onderzoek als door mij bedoeld, kan ik mededeelen, dat ter plaatse, waar ik *wel* voor sommige gevallen het recht om mij ter verantwoording te roepen aanwezig acht, mijn denkbeelden in zoodanige overweging zijn genomen, dat er groote kans bestaat, dat mijn plan in verwezelijking gaat.

den Haag, 14 October 1928.

D. BROCX.

CRYPTORCHISMUS.

De heldere wijze, waarop HARRENSTEIN van de proeven van MOORE en anderen vertelt, zou in staat zijn den indruk te vestigen, dat het verband tusschen abnormale zitplaats van den testikel en de gebrekkige ontwikkeling van het orgaan — zij het na belangrijke en moeitevolle proefnemingen — nu begrijpelijk en zelfs eenvoudig is. Ik geloof, dat het zóó eenvoudig niet is. Vooreerst zou men graag weten hoe nu de temperatuur binnen in den testikel is. Voorts is naar mijn meening op de conclusies van MOORE en van de anderen nog wel iets af te dingen. Maar, afgezien hiervan, de zaak moet nog van een geheel anderen kant bekeken worden. De geslachtsklieren van het vrouwelijke embryo dalen tot in het kleine bekken, die van den manlijken foetus dalen nog verder. Dit verder dalen is een typisch manlijke eigenschap, het is een geslachtskenmerk. Het niet indalen van de testis tot in het scrotum moet, afgezien van mechanische belemmeringen, opgevat worden als een fout in den eersten aanleg van het individu. Deze fout kan tevens tot gevolg hebben, dat de testikel zich niet goed ontwikkelt. De gebrekkige ontwikkeling van den testikel behoeft nog niet een gevolg van de abnormale zitplaats te zijn, maar beide afwijkingen kunnen gecoördineerde verschijnselen zijn, beide afhankelijk van den onvoldoenden aanleg. Hieraan kan een operatie niets veranderen. Ik betwijfel het, of een in het scrotum gebrachte liestestikels ooit een normale testikel wordt. Dat hij in de puberteitsjaren groter wordt, bewijst nog niet veel; ook liestestikels kunnen — als zij niet geheel fibreus zijn — op dezen leeftijd groter worden.

Dit maakt het besluit tot opereeren nog moeilijker.

Rotterdam, 15 October.

D. G. WESSELINK.