

INGEZONDEN.

HEETE LUCHT EN DIATHERMIE.

In het stuk van collega REYS getiteld „Arthritis deformans” in het *Tijdschrift* van 1 Februari 1930, lees ik op bldz. 504, dat er volgens hem „weinig verschil bestaat tusschen heete lucht en diathermie” en dat „de theorie, dat diathermie wel in de diepte warmte ontwikkelt, voldoende weerlegd wordt door te bedenken, dat het vet een grooten specifiëken weerstand heeft, zoodat zich daar juist veel warmte zal ontwikkelen, die een beletsel vormt voor het verhoogen van de stroomsterkte en door het bloed, dat veel warmte zal wegvoeren”.

Dat diathermie in de *diepte* warmte ontwikkelt is geen *theorie*, maar een *vaststaand feit*. Wanneer men bijv. bij een proefpersoon één electrode op den buik legt, en een tweede op den rug, zoodat de maag zich tusschen de beide electrodes bevindt en men verbindt die electrodes met de aansluitklemmen van een werkend diathermietoestel, dan stijgt de temperatuur in de maag, ondanks het onderhuidsche vet, tot 3 graden Celsius. MENARD en NEMOURS hebben dit bewezen met behulp van bepaalde meetinstrumentjes.

Van Amerikaansche en Fransche zijde heeft men het verschil nagegaan, dat bestond tusschen de applicatie van heete lucht en diathermie bij doorwarming van gewrichten. Men bracht thermonaalden in de gewrichten van proefdieren en stelde vast bij doorwarming met diathermie, temperatuurstijging in het gewricht tot $1\frac{1}{4}$ graad Celcius, terwijl met heete lucht geen verhooging van temperatuur was waar te nemen.

Wat nu de factor van het bloed aangaat, wil ik de aandacht vestigen op het feit, dat juist die organen, welke een rijk bloedvatenstelsel hebben, hooge temperaturen kunnen verdragen. Een temperatuurstijging bij diathermeeren van de vagina tot $7\frac{1}{2}$ graad Celsius werd door KYAW reeds in 1912 vastgesteld, terwijl een temperatuur van 43 graden Celsius in het rectum, bij diathermeeren van dit orgaan, niets bijzonders is.

Trouwens de physiologische werking van de diathermie is geheel anders, dan die van heete lucht, een feit, dat in ieder werk over diathermie, voldende wordt uitgesponnen. Het is hier dan ook niet de plaats om dit in extenso uit te werken, maar ik vond, dat de hierboven aangehaalde passage in het overigens zoo belangrijke artikel van REYS, een commentaar behoefde.

Maastricht, 3 Februari 1930.

D. M. LEVY.

OVER ZEEZIEKTE.

De overigens met de noodige reserves gegeven waarneming van prof. VAN LOGHEM over de werking van een der talloze Anglosaksische middelen, een geheimmiddel, tegen de zeeziekte (bldz. 505) is voor verschillenden uitleg vatbaar, kan m.i. indien eenigszins opgevat als aanbeveling van dat middel, zeker niet de proef van een ietwat scherpere critiek doorstaan. Zonder in bijzonderheden te willen treden, heb ik persoonlijk gedurende 8 jaren — van mijn 24ste tot 31ste jaar — vrij veel zee-reizen gemaakt, beginnende met een reis naar W. Indië, 14 weken in diverse kort- en langgolvlige zeeën, in een ongunstig seizoen. Eerst nadat ik herhaaldelijk dagen lang ziek was geweest, leerde ik zeebeenen krijgen door de hofmeesters na te doen, die kans zagen bij een schuinen stand van 35° een blad met boordevolle borrels over dek en trappen te bezorgen. Deze „zeebeenen” verhinderden niet bij latere reizen telkens, steeds korter, last te hebben, tot dat ik een zekere immuniteit had erlangd. De latere ervaring leerde, dat de aanpassing van mijn supravestibulaire centra telkens weer verloren ging, als zij een te lange periode buiten oefening bleven. Uit een en ander volgt, dat bij mij evenals bij den patiënt van VAN LOGHEM na een paar reizen een zekere gewenning verkregen werd, en aannemelijk is, dat de laatste het broomcampher bevattende middel, bij toenemende gewenning, juist nam, toen de zee kalmer werd. Dat overigens psychische indrukken en verwachtingen in alle stadia der zeeziekte een groote beteekenis hebben, is nergens meer bekend dan onder ons

zeevarend volk; dat dit de voornaamste beteekenis kan hebben, zelfs bij het „tamelijk gevoelige individu” van prof. VAN LOGHEM is niet juist. De supravestibulaire compensatiecentra moeten geheel ontwikkeld zijn, wil de ziekte zich vertoonen. Niets is leerzamer in dit opzicht dan de doodzieke moeder te zien met slechten pols, terwijl haar 1 à 2-jarig kind, vroolijker dan ooit, in de kajuit rondscharrelt.

Nu de broomcampher! Deze verbinding is zeker een der beste epileptogene middelen, die wij kennen en is als zoodanig uitvoerig onderzocht. Toen ik mij hiermede onledig hield, onderzocht ik ook, hoe deze epileptogene stof ooit als sedatief voor het zenuwstelsel kon worden aanbevolen en burgerrecht erlangen, en ik herinner mij, dat een misverstand van een Belgisch apotheker (broombestanddeel!) de oorspronkelijke aanleiding was. Nog in 1900 (*Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, II, bldz. 506) beschreef WERTHEIM SALOMONSON hoe een patiënt, dien hij broomcampher had voorgeschreven, een zwaren toeval op kantoor kreeg. Hij, die zijn nieuwsgierigheid wil uitbreiden, tot het onderzoek naar het ontstaan van het in de heele wereld bestaande gebruik van campher-inspuitingen bij stervenden, zou misschien op verrassingen stooten, die evenmin onzen eerbied voor onze pharmacologische pioniers kunnen verhoogen. En toch behoeve de Hemel ons voor nihilisme in therapeutie!

Amsterdam.

L. J. J. MUSKENS.

Ik vrees geen „aanbeveling” van een middel; doch gaf het verslag van ervaringen.

Indien iemand meent hier nog een speld tusschen te kunnen steken, ben ik in woorden te kort geschoten. Overgens be, roeve collega MUSKENS bij zijn eerstvolgende zeeziekte het Anglosaksische geheimmiddel aan den lijve.

J. J. VAN LOGHEM.

ELEPHANTIASIS ULCEROSA GENITALIS ET ANORECTALIS.

Naar aanleiding van de belangwekkende beschrijving van bovenstaand ziektebeeld door collega HERMANS en zijn opvatting omtrent den samenhang met climatische bubonen, zij het mij vergund over mijn ervaring, wat de behandeling van climatische bubonen in Indië betreft, een korte mededeeling te doen, vooral omdat deze in strijd is met de opvattingen van collega HERMANS. Tijdens mijn werkzaamheid te Soerabaja in een bijna uitsluitend Europeesche practijk zag ik vele gevallen van climatische bubonen. De eerste paar jaren gaf de behandeling van deze patiënten mij veel zorgen. Vrij wel geen enkele therapie had eenig succes, met name hadden proteïne-inspuitingen in welken vorm ook, niet het minste resultaat. Het was voor de patiënten steeds een hoogst onaangename aandoening, die hen door de voortdurende koorts meestal dwong het bed te houden en hen langen tijd aan hun werkkring onttrok. Het was altijd een wanhopig gevoel, machteloos te staan tegenover het steeds grooter wordende klierpakket en geduldig weken af te wachten, totdat zich verweeking vormde en een incisie mogelijk was om den etter te ontlasten. Was dit geschied dan kwam meestal een groote kliermassa in de wond te voorschijn, die men gemakkelijk met den vinger verwijderen kon, wat noodig was, wilde de wond zich sluiten. Huiverig was ik dan geweest onmiddellijk tot klierexstirpatie over te gaan, wegens de gevaren, die volgens de literatuur aan een dergelijk ingrijpen verbonden zijn, waarbij dan steeds voor het ontstaan van lymphestuwing gewaarschuwd wordt. Daar ik zag, dat de natuur zich zelf hielp door deze necrotische kliermassa's uit te stooten, besloot ik in het vervolg dit proces te bespoedigen. Ik ben daarom overgegaan in elk geval van climatische bubonen de zieke klieren zoo snel mogelijk weg te nemen en ik verheug er mij nu nog over, mijn aanvankelijken schroom te hebben overwonnen. Het wekenlange ziekbed, werd nu tot enkele dagen verminderd. De behandeling bestond in incisie en daarna stomp wegnemen van de zieke klieren en verder open wondbehandeling. Eerst werd met gaas getamponneerd, na twee dagen de tampon verwijderd en de holte met boorzalf gevuld. Het beloop na den ingreep was steeds hetzelfde. Patiënt kreeg 's avonds hooge koorts, altijd tot boven 40°, welke temperatuur allengs in de volgende 2 dagen daalde, en den derden dag de norm bereikte. Aanvankelijk stonden