

PERNAEMON EN CAMPOLON.

De opmerkingen, door prof. dr. w. a. KUENEN in zijn klinische les: Anaemie in de zwangerschap (dit *Tijdschrift*, bldz. 2041) gemaakt over het verschil in werking van de leverpraeparaten pernaemon en campolon, zijn aanleiding een geval te publiceeren, waarin ook vrij duidelijk verschil tusschen deze praeparaten gezien werd.

Op bldz. 1549 van dezen jaargang vermeldde collega KAMBERG reeds terloops, dat wij in Augustus 1936 een patiënt in het Militaire Hospitaal te behandelen kregen, lijdende aan een uitersten graad van tropische spruw. In Indië, waar patiënt reeds sedert Mei 1935 was behandeld, waren de verschijnselen klaarblijkelijk veel minder duidelijk geweest dan bij zijn aankomst in Nederland; de diagnose werd ten minste pas hier gesteld. Wel schijnt men in Indië een korten tijd leverinjecties gegeven te hebben, doch deze — daar zij geen baat gaven — spoedig te hebben gestaakt; het onbevredigende resultaat bracht de behandelende artsen in Indië misschien mede op een dwaalspoor. Helaas is ons niet bekend, welk praeparaat gebruikt werd, evenmin de dosis per injectie en de duur der aanwending. De man werd in Indië afgekeurd voor den dienst in de tropen als lijdende aan chronische enteritis met stoornis in de vetstofwisseling, en naar Europa gezonden om hier, na zoo goed mogelijk herstel van zijn ziekte, verder over zijn militaire toekomst te hooren beslissen.

Aangezien het niet de bedoeling is hier de symptomatologie van tropische spruw te behandelen, moge worden volstaan met een summiere beschrijving van den toestand bij opneming. De man had typische verschijnselen van tropische spruw, zag er vrijwel stervend uit en braakte alle voedsel uit, melk inbegrepen. Hij kreeg daarom uitsluitend zoeten most, $1\frac{1}{2}$ L. daags (= 750 cal.) en dagelijks 10 cM³ pernaemon. Toen hij zich na 2 dagen beter begon te voelen, werd een vleeschvruchtendieet ingesteld (grootte afkeer van melk door langdurig gebruik) en het pernaemon tot 5 cM³ daags verminderd.

Verder moge de duidelijke taal der cijfers spreken; slechts zij nog vermeld, dat patiënt meedeelde in 1933 een gewicht van 85 KG. te hebben gehad. 5 Augustus (opneming) gewicht 49 KG. Haemoglobinegehalte 85 pCt. Erythrocyten 2.750.000. Kleurindex: 1,55.

Medicatie: 2 dagen 10 cM³ pernaemon, daarna dagelijks 5 cM³.

17 Aug. (na 75 cM³ pernaemon). Gewicht 49 KG. Haemoglobinegehalte 68 pCt. Erythrocyten 2.100.000. Kleurindex 1,62.

Aangezien de toestand achteruitging en de internist van het hospitaal afwezig was, had op 18 Augustus een consult plaats met prof. G. J. W. KOOLEMANS BEIJNEN Jr. Deze bevestigde de diagnose, kon zich met de therapie geheel vereenigen en raadde alleen aan als leverpraeparaat eens campolon te probeeren, daar hij bij ervaring wist, dat dit soms anders werkt dan pernaemon. Ook hiervan kreeg patiënt 5 cM³ daags, bovendien ferrochloride + kopersulfaat in sirup. simpl.

Na 7 dagen van 5 cM³ campolon (25 Augustus): gewicht 52,250 KG. Haemoglobinegehalte 78 pCt. Erythrocyten 2.550.000. Kleurindex 1,53.

Nog 7 dagen van 5 cM³ campolon (2 September): gewicht 57,100 KG. Haemoglobinegehalte 78 pCt. Erythrocyten 3.000.000. Kleurindex 1,30.

Na nog 14 dagen idem (16 September): gewicht 64 KG. Haemoglobinegehalte 80 pCt. Erythrocyten 3.710.000. Kleurindex 1,08.

Bijzonder opmerkelijk is de zeer sterke gewichtstoename: in 28 dagen 15 KG, of wel rond 530 gram daags, terwijl op pernaemon hoegenaamd niet gereageerd werd.

Na 25 September kreeg patiënt per dag nog slechts 2 cM³ campolon; het gewicht bleef even snel stijgen: 1 October werd 70 KG bereikt. Hierna werd de hoeveelheid voedsel beperkt.

Het eerste normale bloedbeeld werd op 20 October gezien: 85 pCt. haemoglobine, 5.000.000 erythrocyten. Het verdere beloop is voor het vraagstuk van het verschil in werking der verschillende leverpraeparaten niet van belang; alleen zij nog vermeld, dat het bloedbeeld goed bleef en dat patiënt bij zijn ontslag, begin Januari 1937, 74 KG. woog.

Om objectief te blijven moet nog de vraag gesteld worden: in hoeverre heeft de klimaatverandering hier een gunstigen invloed gehad? Deze vraag is uiteraard niet te beantwoorden, doch de opmerkelijke verbetering na het gebruik van campon in plaats van pernaemon is wel zeer treffend.

J. H. BUZAGLO, *arts,*

*Officier van Gezondheid 2e klasse aan het Militaire Hospitaal
te 's-Gravenhage.*

14 Mei 1937.

VERSCHILLEN IN GENEZING VAN PRIMORDIAAL BEEN EN DEKBEEN.

Antwoord aan dr. H. FERIZ.

Op de vergadering van het Genootschap voor Natuur-, Genees- en Heelkunde, waarvan het verslag staat in het *N. T. v. G.* 18 Maart 1933, heb ik gezegd, dat de herkomst van de clavicula volgens anatomen en embryologen van naam onzeker is. Met evenveel overtuiging wordt verdedigd 1. dat zij geheel van primordialen oorsprong is; 2. dat zij dat gedeeltelijk is; 3. dat zij wel van desmalen aanleg is, maar zóó nauw met het steeds kraakbeenige prae-coracoid (reptielen, amphibieën) in verbinding treedt, dat zij toch als primordiaal mag worden beschouwd. Nergens vond ik nauwkeurig aangegeven, een hoe groot stuk eventueel desmaal zou zijn.

Dit alles is blijkbaar FERIZ ontgaan. Ik heb mij aan de vaststaande feiten gehouden en liet dus de clavicula buiten beschouwing, maar kan nu wel zeggen, dat onder de clinische waarnemingen, waarmee ik mijn onderzoek wil voortzetten, volgens punt 4 van de samenvatting van mijn stuk (bldz. 2895) o.a. de claviculafracturen behooren. Het is namelijk mogelijk, dat hier wederom de clinische chirurgie den anatoom van dienst kan zijn. 1. Hij zou kunnen aantoonen, dat in den callus van claviculafracturen steeds kraakbeen voorkomt. 2. Of, dat *die* fracturen der clavicula, die niet of slecht genezen, steeds op een anatomisch-vaste plaats liggen, en dat *dáár* in den callus geen kraakbeen voorkomt. 3. Of, dat ook bij goede genezing van claviculafracturen in den callus *geen* kraakbeen voorkomt. In dit laatste geval zou de clavicula in het door mij ontworpen schema niet passen. Misschien zal ik in staat zijn de vraag naar den oorsprong der clavicula op te lossen, maar daar zullen zeker vele jaren overheen gaan.

Ik vind in het stukje van FERIZ opmerkingen, die wel schoon schijnen, maar waarvoor het bewijs geenszins geleverd is. Bij voorbeeld een zeer speculatieve, door niets gesteunde gedachtengang over de wondgenezing. Maar *mijn* gedachtengang wordt niet volledig weergegeven. Het maakt den indruk, dat dr. FERIZ mijn stuk niet nauwkeurig gelezen heeft of wellicht, gevangen in zijn „idées préconçues”, het niet geheel heeft begrepen. Zoo zegt hij, dat het niets verwonderlijk is, dat het duraperiost weinig callus maakt, maar hij gaat niet in op het „point saillant”, dat het buitenste periost *nog minder* callus maakt.

Nergens zeg ik, dat osteomyelitis van een onderkaak zooveel ernstiger verloopt dan die van een primordiaal been. Slechts zeide ik, dat een sequester van de onderkaak niet van het periost uit wordt vervangen, waardoor dus, als de sequester de geheele continuïteit inneemt, een gebroken kaak overblijft.

Van de slechte genezing van het handwortelbeentje gaf ik een verklaring. De opmerking van FERIZ, dat de mandibula bijzonder veel „verweerkracht” tegen infecties zou hebben, is volkomen onbewezen, en als hij schrijft over „de vaak wonderbaarlijke regeneratiekracht van het periost van de mandibula”, dan zal hij met deugdelijke voorbeelden moeten komen en niet eenvoudig zich beroepen op wat in de literatuur staat (o.a. JONAS, *Zahnärztliche Rundschau*: „Nur wer nicht die ganz erstaunliche Regenerationskraft der Kieferknochen, enz.”). Maar buitendien: ik wees erop, dat *wellicht* juist deelen van de mandibula een *eenigszins* afwijkende plaats innemen door de verbinding van deze laatste met MECKEL'S kraakbeen.

In geen der mij bekende leerboeken over pathologische anatomie vind ik de scheiding primordiaal been tegenover dekbeen, als de fractuurgenezing wordt