

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. Mischien 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

behandeld. Ik trachtte juist aan te toonen, dat de scheiding pijpbeenderen tegenover korte, platte beenderen, zooals die in boeken wordt gemaakt, onjuist is. Men beschouwe die boeken niet, zelfs dat van KAUFMANN niet, als autoriteiten, als het gaat over de fractuurgenezing.

Ik laat het hierbij. Het is natuurlijk onmogelijk in een artikel van 7 bladzijden *alle* gedachten over een zoo uitgebreid onderwerp, als ik behandelde, te uiten. Ik meende den welwillenden lezer een inzicht in de stof te hebben gegeven.

Amsterdam, 17 Juli 1937.

M. N. ROEGHOLT.

MAAGKANKER EN ALCOHOL.

In mijn critiek 1) op het artikel van collega F. A. SCHALY: Maagkanker, alcohol en tabak, heb ik bijna uitsluitend de aandacht gevestigd op het gedeelte, dat op Nederland betrekking heeft. Nu echter SCHALY in zijn antwoord hierop 2) weder andere landen op het tapijt brengt, moet ik bij mijn wederwoord beginnen met uiteen te zetten, waarom ik die statistische gegevens van andere landen niet voor vergelijking met de Nederlandsche vatbaar acht. Immers die gebieden hebben bevolkingen van onder elkaar verschillende afstamming, die onder verschillende omstandigheden leven, verschillende voedingswijzen hebben, verschillende soorten van alcoholische dranken en prikkelende middelen gebruiken, verschillende gewoonten hebben, en zoo voort. Dit alles zou toch invloed kunnen hebben in bevorderenden en *belemmerenden* zin op het ontstaan van maagkanker. Hoe kan men nu uit een klein aantal vergelijkingen met een veel grooter aantal onbekenden, die ééne onbekende, namelijk het mogelijke verband tusschen het gebruik van alcoholische dranken en maagkanker oplossen? Verder weten wij niet op welke wijze die buitenlandsche statistieken verkregen zijn, hoe het in die verschillende landen staat met de belastingheffing op die dranken, en met de frauduleuse bereiding en het clandestiene gebruik hiervan. Om dit door mij gebezigde argument voor ons land te beantwoorden, haalt SCHALY een statistiek van vóór veertig jaar aan, waardoor hij den indruk kon wekken, dat het mij onbekend zou zijn, dat in de laatste *tientallen* jaren het drankmisbruik hier te lande zeer belangrijk verminderd is. Neen, mijn opmerking over de frauduleuse vervaardiging van alcoholische dranken heeft alleen betrekking, zooals ik ook schreef, op de *laatste jaren* in verband met de wijzigingen in de hoogte van den accijns, naar aanleiding van hetgeen SCHALY schrijft over de toeneming der sterfte aan maagkanker, waarvoor hij de statistieken over 1934 en 1935 aanhaalt. Ten slotte merk ik nog op, dat SCHALY in zijn antwoord op mijn critiek, aanhaalt, dat Denemarken, *dat in vele opzichten met Nederland overeenkomt*, een lager verbruik van alcohol heeft dan Engeland, en toch een hooger sterftecijfer aan maagkanker. Maar hij laat na, de aandacht erop te vestigen, dat de sterfte aan deze ziekte in Denemarken *hooger* is dan in Nederland, terwijl tevens de statistiek aantoonde, dat de hoeveelheid alcohol, door de Denen genuttigd, *ook hooger* is. Glissez mortels, n'appuyez pas!

Heelsum, 18 Juli 1937.

A. CIJFER.

BERICHTEN.

BUITENLAND.

NEW YORK. — **Pijnlooze baring en kraambensterfte.** In *The Journ. of the Am. med. Ass.* van 15 Mei waarschuwt T. L. MONTGOMERY tegen het veelvuldig gebruik van lendenmergverdooving en barbituraten om de baringspijn tegen te gaan. Dit is in Amerika zeer gebruikelijk, en MONTGOMERY acht dit de oorzaak van een belangrijk deel der sterfte in het kraambed.

1) Zie dit *Tijdschrift* van 10 Juli 1937, blz. 3381.

2) Zie dit *Tijdschrift* van 17 Juli 1937, blz. 3480.