

INGEZONDEN.

De redactie behoudt zich voor ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.

VERSCHILLEN IN GENEZING VAN PRIMORDIAAL BEEN EN DEKBEEN.

Repliek op het antwoord van dr. ROEGHOLT.

Ten opzichte van de ontwikkeling van de clavicula, dienen wij ons mijns inziens te houden aan de in de meeste leerboeken (BROMAN, HERTWIG, LANGER, TOLDT, MALL, RUCKENSTEINER, TANDLER en zoo voort) vermelde opvatting van den desmogenen oorsprong van het centrale gedeelte van het sleutelbeen en den chondrogenen oorsprong van de uiteinden. Misschien geeft ons later het voorgenomen onderzoek van dr. ROEGHOLT een beter en zekerder inzicht. Voorloopig echter ontstaat voor mij, evenals voor de voornoemde schrijvers, de clavicula in de 6e embryonale week „auf bindegewebiger Grundlage”. De desmogene oorsprong van het middengedeelte der clavicula is immers, volgens GEGENBAUER, zelfs phylogenetisch gemotiveerd. Bij visschen is dit gedeelte van het skelet nog in toto een zogenoemd „integumentbeen”.

Overigens zijn ook niet alle schedelbeenderen van den mensch voor 100 pCt. desmogeen. Behalve de mandibula (kraakbeen van MECKEL) zijn ook het os occipitale, het os temporale en het os sphenoidale gedeeltelijk chondrogeen (IWAR BROMAN).

Dr. ROEGHOLT meent, dat ik zijn stuk niet geheel heb begrepen. De beperktheid van mijn intellect kennende, moet ik helaas deze mogelijkheid toegeven. Inderdaad heb ik eerst niet begrepen, waarom collega ROEGHOLT met proeven op dieren en Röntgenphoto's heeft meenen te moeten bewijzen, dat gebroken pijpbeenderen in den regel wel callus vormen, schedelbeenderen echter niet of nauwelijks. Dit feit toch was reeds in het steenen tijdperk en in de prae-Inca-periode bekend, getuige de vele uit deze tijden stammende schedels met trepanatiewonden. Wat ik echter wel begreep en meende te moeten bestrijden, was de generalisatie van de bij één patiënt met bovenkaak-osteomyelitis opgedane ervaringen op alle dekbeenderen, de daaruit volgende veronderstelling van een *principieel* verschil tusschen de reactie van alle desmogene en alle chondrogene beenderen en de verklaring van dit verschil door de verschillende osteogenesis.

Zelfs wanneer inderdaad osteomyelitis van de kaak steeds zoo kwaadaardig ware, dan nog leek het mij ongeoorloofd de oorzaak daarvan in de desmogene osteogenesis van dit been te zoeken. Osteomyelitis van het chondrogene sternum heeft immers ook een mortaliteit van 50 pCt. ! (JOSCHKO, BRUNS' *Beiträge*, 1937, 165, bldz. 162.)

Het is algemeen bekend, dat aangezichtsfurunkels veel kwaadaardiger zijn dan soortgelijke aandoeningen elders. Niemand zal de verklaring van dit feit (of van noma), in de ontwikkelingsgeschiedenis van lip- en mondholte zoeken. Mijn onbewezen opmerking over de bijzonder groote verweerkracht van de mandibula tegen infecties, steunt op de duizendvoudige ervaring van alle tandartsen bij kiesextracties, die met fracturen van den processus alveolaris samengaan. Dit zijn toch steeds op de keper beschouwd gecompliceerde fissuren of fracturen in geïnfecteerd terrein, die bijna altijd zonder meer genezen. Infecties van het beenweefsel van de tandwortels uit blijven in den regel eveneens gelocaliseerd; er ontstaan kleine, met etter en granulatiweefsel opgevulde holten in het beenweefsel van de mandibula (en wel meestal in het zeker desmogene gedeelte (processus alveolaris, dat niet van het kraakbeen van MECKEL afkomstig is), die wel fistels vormen, doch buitengewoon goedaardig verlopen. Bewijst dit dan niet de bijzondere verweerkracht van het beenweefsel van de mandibula?

Daar de principieele scheiding van de reactie van chondrogeen en desmogeen *beenweefsel* zal bestreden worden, kan het gedrag van het periost hier buiten beschouwing blijven. Het vraagstuk van de wondgenezing, waarbij blijkbaar eveneens verschil van meening tusschen collega ROEGHOLT en mij bestaat, kan in

deze rubriek niet behandeld worden. Het is slechts de bedoeling van mijn repliek voor den „welwillenden lezer" te doen uitkomen, dat uitsluitend zakelijke redenen mij genoopt hebben mijn bezwaren tegen de conclusies van collega ROEGHOLT te uiten.

Amsterdam, 26 Juli 1937.

H. FERIZ.

AARDSTRALEN?

Als men mij zou vragen wat aardstralen zijn, dan zou ik zeggen: dat weet ik niet, er zijn vele theorieën over, te veel om er hier over uit te weiden; vraagt men een eerlijk roedelooper, dan zal hij eenzelfde antwoord geven, misschien gaat hij dan nog een beetje boomen over potentiaalverschillen en over golven en vrij zeker zal hij vertellen van meer of minder zware ziektegevallen op, wat hij noemt, zware bestralingen of kruisingen van stralen.

Wat ik er zelf van zeg? Materiaal en gegevens zijn nog niet alle bewerkt; maar opmerkelijk en belangwekkend is het toch wel, dat ik in een huis, dat door den roedelooper als zwaar bestraald was aangegeven, 6 kankergevallen genoteerd had; merkwaardig is het zeker ook, dat ik in en bij mijn huis vroeger, jaar op jaar, veel last van mieren had en dat ik sinds het plaatsnemen van een zoogenaamd ontstralingstoestel in den vorigen herfst in noch om huis ooit meer een mier heb gezien. Over de bewering, dat afschermt toestellen zijn gevuld met beton! olie! honig! en zand! zal ik maar zwijgen. Wie belang stelt in de resultaten van een *wetenschappelijk* onderzoek in deze zaak leze ROUX, *Archiv*, blz. 389 of het laatste hoofdstuk van *der Occultismus* van dr. F. MOSER. Uit de onderzoekingen van de drs. WIMMER en WÜST blijkt, dat de wichelroede door de zoogenaamde W-straling (ook een werkhypothese, een soort magnetoïde straling) uitslaat; deze uitslag kan door verschillende magneet- of metaalcombinaties worden afgeschermd. De Reizstreifen, door WIMMER (zelf roedelooper) gevonden, kwamen precies overeen met die, welke later door een paar andere roedeloopers werden gevonden. Ik hoop na de bewerking van alle materiaal, ook wat vee betreft (betrouwbaarder materiaal dan menschen!) op deze zaak terug te komen.

Rauwerd, 26 Juli 1937.

J. VAN DAM.

EEN GEVAL VAN HYPERMENORRHOEA.

„Die verstärkte Regelblutung is eine rein uterine Sache"; bewijst het door dr. PADTBERG meegedeelde geval iets tegen de geldigheid van dezen regel?

Vast staat, dat zijn geval behoort tot de cyclische bloedingen; het interval was en is nog steeds 28 dagen; de bloeding is verlengd in duur en versterkt.

R. SCHRÖDER heeft door het microscopische onderzoek van honderden curettementen bewezen, dat, wat er ook hapert, bij cyclische bloedingen de ovarieele cyclus (rijping-bersting-corpora-luteumvorming) regelmatig zijn gang gaat; de oorzaak der bloeding zit in den uterus: de spier bezit verminderd contractievermogen zooals bij aanwezigheid van een myoomknobbel, hypoplasie, retroflexie, metritis, of er bestaat endometritis.

Is collega PADTBERG nu gerechtigd te veronderstellen, dat zijn geval van cyclische bloeding op een stoornis in de follikelrijping en corpora-luteumvorming berust, zonder ons het bewijs in het microscopische praeparaat van het endometrium te toonen, dat deze stoornis zeker zou hebben geregistreerd? Wij kunnen op grond van het werk van R. SCHRÖDER wel aannemen, dat dit bewijs niet zou zijn geleverd; toch is het te betreuren, dat dit onderzoek niet heeft plaats gehad; een endometritis, een „rein uterine Sache" had bewezen of uitgesloten kunnen worden.

Zooals collega PADTBERG opmerkt, wordt de beiderzijdsche, partieele ovarium-resectie uitgevoerd bij bloedingen, die op rijpingsstoornissen van den follikel berusten, meestal follikelpersistentie; echter hebben deze bloedingen een acyclisch karakter; meestal komen zij in de puberteit voor.

De meeningen over de resultaten zijn zeer verdeeld; STOECKEL is een voorstander. L. ADLER, die de operatie het eerst uitvoerde, zegt in het boek van HALBAN-SEITZ IV, 156, dat de uitkomsten zeer onzeker zijn en er dikwijls nog heroperaties noodig zijn.

Tot eenzelfde conclusie komt KAHT in zijn *Conservative Therapie der Frauen-*