

erfelijkheid van diabetes¹. Zijn terrein was het canton Glarus, dat in hoofdzaak bestaat uit een lengtedal en een zijdal en 35000 inwoners telt, voornamelijk gezinnen van kleine boeren en ambachtslieden. Betreffende deze geïsoleerde bevolkingsgroep zijn de genealogische gegevens zeer uitgebreid. Van vele burgers van het isolaat zijn de familieverbanden tot het jaar 1600 na te gaan.

Een centrale organisatie heeft zeker grote voordelen. Wanneer men in de literatuur nagaat, zo schrijven de rapporteurs, wat het meest tot de kennis der erfelijke ziekten heeft bijgedragen, dan is het, begrijpelijkerwijze, vooral de studie van families die reeds tientallen van jaren bekend zijn en telkens weer worden onderzocht. Zonder registratie kunnen de kostbaarste gegevens te loor gaan. Classieke stambomen van HORNER over daltonisme en over aangeboren ptosis zijn nimmer voortgezet en kunnen bij gebrek aan persoonlijke data niet meer worden gereconstrueerd. Zelfs de naam van een zieke, lijdend aan een zeer zeldzame erfelijke ziekte der spieren, aan wiens afwijking 25 jaar geleden een proefschrift werd gewijd, kan niet meer worden teruggevonden.

De genetische dienst, die thans aan de oogheelkundige kliniek te Genève is verbonden, wordt gefinancierd door de Zwitserse Academie voor Geneeskunde en ontving bij zijn inrichting steun van de ROCKEFELLER Foundation. Het naaste doel is het op kaart brengen van oogheelkundige gevallen. De verschillende hoedanigheden van elk geval — ziekten van andere organen, bloedverwantschap, tweelingen en zo voort — worden met een systeem van gekleurde „ruitertjes” op elke kaart kenbaar gemaakt. Voor het onderzoek van tweelingen werkt men samen met de verloskundige kliniek. Ook met andere klinieken, met de gemeentelijke geneeskundige dienst, het instituut voor anthropologie en het laboratorium voor statistiek der polytechnische school heeft men banden.

Ten slotte beraamt men een consultatiebureau voor erfelijke ziekten en een onderzoek van het vaderschap in samenwerking met het centrum voor bloedtransfusie.

Literatuur: ¹N. T. v. G. (1947) 91, 2692.

J. J. VAN LOGHEM

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten



WAARNEMINGEN BIJ ORAAL GEBRUIK VAN PRONESTYL

Naar aanleiding van het artikel van dr. BURKENS¹ zou ik gaarne enkele opmerkingen willen maken. De additieformule in de 5e regel van het artikel is onjuist afgedrukt, de structuurformule van procaine op de volgende bladzijde heeft een CH₂-groep te weinig, de formule van pronestyl heeft in de CH₂-groep in het midden een H te veel.

Dat procaine bij niet verdoofde patiënten moeilijker kan worden gegeven is een mening, die ik op grond van een ruime toepassing bij allerlei toestanden, niet kan bevestigen. Integendeel, mits op de juiste wijze toegediend en onder handhaving van de klinisch vastgestelde maximale dosis van 4 mg per kilogram lichaamsgewicht per 20 minuten, is het geheel zonder gevaar. Over de indicaties tot toepassing bestaat reeds een ruime literatuur; hieronder vallen ook hartafwijkingen zoals in het bovenvermelde artikel is beschreven. De veranderingen in het electrocardiogram zijn vrijwel van dezelfde aard als van pronestyl worden beschreven (CARTER en EISAMAN²).

Lees ik nu de, weliswaar voorbijgaande, complicaties die collega BURKENS heeft gehad, dan zie ik geen voordeel boven het gemakkelijk verkrijgbare en toedienbare procaine of zelfs in de beschreven gevallen boven chinidine. Het interesseert mij of subcutaan of intraveneus toegediend pronestyl ook analgetische eigenschappen heeft.

Wat de complicaties betreft, heeft coll. BURKENS getracht deze te voorkomen door gelijktijdige toediening van een hoge dosis vitamine C zoals door RICHARDS³ wordt aangegeven of door gelijktijdige toediening van een weinig slaapverwekkend barbituurzuur-praeparaat? De bloeddrukdaling bij deze verbindingen komt laat en vlak voor de algemene intoxicatie. De verwardheid van de oude patiënt uit het artikel zou ik eer willen toeschrijven aan rechtstreekse werking van het pronestyl op het cerebrum dan aan anoxaemie.

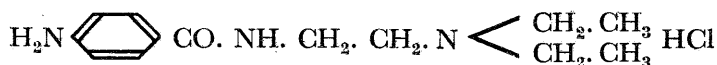
Ten slotte lijken mij de uit deze enkele gevallen getrokken conclusies enigszins voorbarig, al zullen zij vermoedelijk wel kloppen, gezien de analoge werking van procaine en de soortgelijke afbraak in het lichaam door een „esterase”.

Literatuur: ¹N. T. v. G. (1951) **95**, 3573. ²J. Indiana Med. Ass. (1947) **44**, 369. ³Anesthes. and Analg. (1947) **26**, 22.

Nijmegen, 3 December 1951

J. E. SWART

Inderdaad blijkt een drukfout te zijn ontstaan in de formules van procaine-HCl en pronestyl-HCl. Voor de goede orde is het daarom heter de formule van pronestyl-hydrochloride nog eens af te drukken:



Bij procaine-HCl is de amide-groep CO.NH vervangen door de estergroep CO.O.

Mijn indruk is, dat intraveneus gegeven pronestyl bij niet genarcotiseerde patiënten toch nog minder prikkelend werkt dan procaine, doch mijn ervaring met het intraveneus geven van pronestyl is gering, zodat ik hier liever op de literatuur zou afgaan dan op eigen ervaring. Om dezelfde reden kan slechts beperkte waarde worden toegekend aan mijn indruk dat de analgetische werking van intraveneus gegeven pronestyl weinig duidelijk is.

Vitamine C in hoge doses heb ik bij pronestyl niet gegeven, evenmin barbituurzuurderivaten.

De ervaring bij een achttal andere patiënten, oraal met pronestyl behandeld, bevestigt de in mijn artikel genoemde conclusies. Inmiddels is ook meer literatuur over pronestyl verschenen¹.

Literatuur: ¹L. C. MARK e.a. (1950) *J. pharmacol.* **98**, 21; id. (1951) *J. pharmacol.* **102**, 5. GOLDBERG, COTIEN (1951) *Proc. soc. exp. biol. N.Y.* **77**, 741. MILLER e.a. (1951) *J.A.M.A.* **146**, 1004. IRVIN, CUTTS (1951) *J.A.M.A.* **146**, 1282. KAYDEN e.a. (1951) *Circulation* **4**, 13. MC.CORD en TAGUCHI (1951) *Circulation* **4**, 387. BERRY e.a. (1951) *Am. J. med.* **11**, 431. MC.CLANDON e.a. (1951) *Am. J. med. sci.* **222**, 375.

Delft, 15 December 1951

J. C. J. BURKENS

EPICONDYLALGIE

Naar aanleiding van het antwoord der Redactie op de vraag over epicondylalgie¹ moge ik het volgende opmerken.

De aandoening, bekend onder den naam van epicondylalgie, epicondylitis humeri of ook wel „tennisarm”, is het gevolg van een overmatige functie van de aan de epicondylus hun oorsprong nemende radiale extensoren. Het is inderdaad zeer moeilijk het anatomische substraat van de aandoening met zekerheid te bepalen en er bestaan op dit punt dan ook talrijke opvattingen, variërend van een afscheuring van de oorsprong van de M. extensor carpi radialis brevis (J. H. CYRIAX²) tot een beroepsneurose, die in het antwoord der Redactie als alles — of niets? — verklarende oorzaak wordt genoemd. H. W. MEYERDING rekent de epicondylitis, epicondylalgie of „tennis-elbow”, tot de aandoeningen van de bursae, een radio-humerale bursitis (1946), anderen spreken van een periostale prikkeling, ook wel eens een prikkeling van de oorsprong van de spier, wat mijns inziens niet zo heel veel van het vorige verschilt. Het is belangwekkend, kennis te nemen van het röntgenologische onderzoek, dat verricht werd aan het Instituut voor lichamelijke oefening van de Universiteit van Hamburg³. Men vond daar een chronische distorsie van het radiohumerale gewricht, maar constateerde ook röntgenologisch in enkele gevallen afwijkingen, waaronder een duidelijke periostitis van de epicondylus.

Men kan ook elders in de literatuur over deze aandoening gegevens vinden, die er allerm minst op wijzen, dat wij hier steeds met een neurose te maken zouden hebben. In 1933 heb ik trouwens zelf over dit onderwerp een voordracht in het Genootschap gehouden. Wat de therapie betreft, ben ik minder sceptisch dan de Redactie van het *Tijdschrift*, al geef