

Wat de complicaties betreft, heeft coll. BURKENS getracht deze te voorkomen door gelijktijdige toediening van een hoge dosis vitamine C zoals door RICHARDS<sup>3</sup> 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.

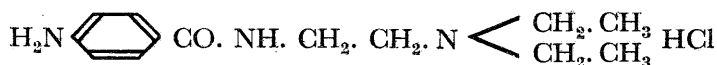
Ten slotte lijken mij de uit deze enkele gevallen getrokken conclusies enigszins voorbarig, al zullen zij vermoedelijk wel kloppen, gezien de analoge werking van procaine en de soortgelijke afbraak in het lichaam door een „esterase”.

*Literatuur:* <sup>1</sup>N. T. v. G. (1951) **95**, 3573. <sup>2</sup>J. Indiana Med. Ass. (1947) **44**, 369. <sup>3</sup>Anesthes. 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 verschenen<sup>1</sup>.

*Literatuur:* <sup>1</sup>L. 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 epicondylalgie<sup>1</sup> 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. CYRIAX<sup>2</sup>) tot een beroepsneurose, die in het antwoord der Redactie als alles — of niets? — verklarende oorzaak wordt genoemd. H. W. MEYERDING rekent de epicondylitis, epicondylalgia 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 Hamburg<sup>3</sup>. 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

ik gaarne toe, dat het een vaak moeizaam en niet altijd met succes bekroond zoeken is. Maar wanneer wij lezen dat HOHMANN<sup>4</sup> met enige locale erytheembestralingen met ultraviolet licht en met drukbestralingen met de KROMAYER-lamp en blauwfilter gedurende 4-5 minuten in 3 zittingen aanzienlijke verbetering en genezing bereikte, dat van vele zijden gunstige werking is gezien van immobilisatie (met inbegrip van de hand), röntgenbestraling, diathermie (korte golven), zalven met jodium, joodkali, ichthyol, antiphlogistine en andere resorberende middelen, dat ook het omspuiten van de pijnlijke plaats, tot op het bot, met een anaestheticum, ja zelfs intraperiostaal inspuiten van  $\frac{1}{2}$  tot  $\frac{1}{4}$  cm<sup>3</sup> absolute alcohol (MANDL) te beproeven ware, dit alles gecombineerd met immobilisatie (soms is een spalkje, dat het polsgewricht immobiliseert al voldoende, anders de gehele onderarm, met inbegrip van het elleboogs- en het polsgewricht) en voorzichtige bewegingsoefeningen, wanneer ik dan nog verder wil wijzen op de operatieve behandelingsmethodes, die zijn aangeraden en gaan van een excisie van de bursa tot de eenvoudige operatie van HOHMANN, dan meen ik toch wel, dat het advies der Redactie nogal nihilistisch is en alleen mag gelden, wanneer er werkelijk een neurose bestaat.

Ik heb in een jarenlange ongevallenpraktijk vele van deze aandoeningen gezien en eigenlijk nooit aanleiding gehad de verklaring in een neurose te zoeken. Wel kan deze zich echter naar aanleiding van een epicondylalgie ontwikkelen, wanneer de aandoening niet wordt herkend en de patiënt wordt afgescheept met „er is niets te vinden, er is niets gebroken, het moet maar slijten”. Dit advies kan, evenzeer als een ondoelmatige behandeling, de patiënt in een afweershouding drijven en uitgangspunt worden voor een op de epicondylus gefixeerde neurose.

*Literatuur:* <sup>1</sup>Vraag no. 48 (1950) *N.T.v.G.* **95**, 3346. <sup>2</sup>J. H. CYRIAX (1936) *Bone Surg.* **18**, 921. <sup>3</sup>*Monatsschr. f. Unfallheilk.* (1933) bl. 151. <sup>4</sup>HOHMANN (1933) *Münch. med. Wschr.* no. 7.

Amsterdam, 15 November 1951

J. M. R. A. KIJZER

Opzettelijk is onzerzijds bij de beantwoording van de vraag eerst het begrip epicondylalgie zoveel mogelijk omschreven. Alle objectief aantoonbare afwijkingen, tuberculose, lues en zo voort — men kan daar enkele door collega KIJZER genoemde afwijkingen bijvoegen — zijn hier dus van den beginne af uitgesloten. De periostitis van de epicondylus behoort niet tot het beeld van de boven omschreven epicondylalgie.

Is deze van luetische aard, dan zal een antiluetische therapie op haar plaats zijn. Men kan dan echter niet meer spreken van een epicondylalgie, omdat de lues hier het ziektebeeld bepaalt. Er zijn in een dergelijk geval röntgenologisch ook afwijkingen.

Wat de therapie betreft zouden wij willen opmerken, dat de waarde van een therapie niet alleen wordt bepaald door wat er wordt gedaan, doch zeer dikwijls des te groter is naarmate er minder wordt gedaan. Het volledige onderzoek en de geruststelling van de patiënt met aanwijzing hoe de pijn bij voorbeeld door bepaalde bewegingen wordt veroorzaakt, is een zeer positieve therapie, die zeer goede resultaten geeft.

Het is zeer goed mogelijk, dat na allerlei behandelingen genezing intreedt, doch dikwijls is het de vraag in hoeverre deze behandelingen inderdaad tot de genezing hebben bijgedragen. Men kan bij de beoordeling daarvan niet kritisch genoeg zijn.

REDACTIE

#### BEHANDELING VAN DE ZIEKTE VAN ADDISON MET SUCCUS LIQUIRITIAE EN GLYCYRRHIZINAS AMMONICUS

Het artikel over bovengenoemd onderwerp<sup>1</sup> roept de gedachte op aan een middel, dat men op de kar van de groenteman kan aantreffen, namelijk ramen<sup>as</sup>, als volksmiddel tegen galstenen bekend (zie ook: *Geneeskundig jaarboekje*: Raphanas sativus, ramen<sup>as</sup>). In mijn practijk heb ik het middel dikwijls als rauwe kost aangeraden. De vraag komt bij mij op: Zou ramen<sup>as</sup> ook geen hormonachtige stof kunnen bevatten, evenals drop?

En laten wij denken aan de glycokinines (in bosbessenbladeren, in de brandnetel, in Galega officinalis) die het vermogen hebben het suikergehalte van bloed en urine te verlagen, hoewel ik de verhouding van deze stoffen tot insuline niet op een lijn zou willen stellen met die van glycyrrhizinezuur tot DOCA.

Er zijn nog wel meer voorbeelden (zie ook J. G. SLEESWIJK in *Herba* (1943): „Over den invloed van menschelijke resp. dierlijke hormonen op planten en omgekeerd”).

Er ligt hier nog een zeer groot terrein van onderzoek: planten als dragers, bezitters van menselijke (en dierlijke) hormonen; wellicht zou de oude volksgeneeskunst dientengevolge in een heel nieuw licht komen te staan.

<sup>1</sup>GROEN e.a. (1951) *N.T.v.G.* **95**, 3648.