

werden gemeld en in de provincie Groningen tot heden nog geen enkel geval van kinderverlamming werd aangegeven.

Het is uit de aard der zaak moeilijk te zeggen of wij hier te maken hebben met een ongewoon vroege top van poliomyelitis anterior acuta, dan wel dat dit vroegtijdig in het jaar voorkomen dezer ziekte een voorbode vormt van een epidemie. Andere jaren kwamen nl. de grootste aantallen meestal voor in de maanden Juli, Augustus en September. Opmerkelijk was, dat het vorige jaar, toen wij een ernstige epidemie, met name in den Haag vreesden, het aantal gevallen reeds in Augustus plotseling aanzienlijk verminderde.

Uit het onderstaande overzichtje wordt duidelijk dat de leeftijd der meeste patiëntjes beneden de 6 jaar ligt, een verschijnsel dat zich ook in andere jaren heeft voorgedaan. Zo hadden bv. van de 568 in het jaar 1951 aangegeven patiënten 396 nog niet de leeftijd van 6 jaar bereikt.

Leeftijdverdeling der in 1952 aangegeven gevallen van poliomyelitis anterior acuta

0 tot en met 5 jaar	335
6 „ „ „ 10 „	43
11 „ „ „ 15 „	17
16 jaar en ouder	39

Totaal 434

Dank zij de medewerking van de Redactie van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, is het mogelijk, zolang dit noodzakelijk blijkt te zijn, een overzicht te verstrekken van de in de voorafgaande week aangegeven gevallen. Indien hiervoor redenen zijn, zal dit overzicht worden voorzien van commentaar.

INGEZONDEN

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



TOEPASSING VAN ELECTROSHOCK DOOR MIDDEL VAN ONDERBROKEN GELIJKSTROOM

In aansluiting op het artikel van coll. HUTTER¹ zij het mij vergund het volgende op te merken:

1e. HUTTER wijst het gebruik van de „controlled shock” af. Niettemin geeft hij met het door hem beschreven nieuwe apparaat van COHEN STUART de twee eerste fasen van een „controlled shock”. Het gebruik van een insluipende stroom en de doorstroming van het cerebrum gedurende enige seconden met een laag gedoseerde elektrische stroom zijn evenzeer essentieel bij de „controlled shock”² als de onderdrukking van de clonische fase van het insult. De voordelen, die HUTTER opsomt bij het gebruik van het nieuwe apparaat, zijn dan ook ten dele het resultaat van de toegepaste „controlled shock”, zoals deze zich ook met wisselstroom laat uitvoeren³.

2e. Met de jarenlange ervaring, die in de St. Willibrordusstichting met het nieuwe toestel is opgedaan, durven wij slechts te zeggen dat de patiënten een electroshock opgewekt, met het nieuwe toestel, subjectief aangenamer doorleven. In tegenstelling met de door HUTTER geciteerde Amerikaanse ervaringen, zien wij bij onze patiënten duidelijk minder angst. Rijpe ervaring zal echter moeten uitmaken in hoeverre de praktische resultaten het theoretische uitgangspunt bevestigen dat de amnestische complicaties van de electroshocktherapie niet het gevolg zijn van het therapeutische insult, maar van de gebruikte stroomvorm⁴.

Overigens lijkt het mij niet juist de stroomvorm, zoals deze door het toestel voor de „controlled shock” geleverd wordt, te beschrijven als een onderbroken gelijkstroom. Het zijn rechthoekige stroomstoten van een gelijk gerichte, dat is monophasische stroom. LIBERSON verkrijgt zijn „brief stimulus” door modificatie van een wisselstroom.

Literatuur: ¹HUTTER (1952) *N.T.v.G.* 96, 1514. ²OLSEN en DALE (1946) *Phys. Med.* 27, 488.

³MANCINI en ROSSI (1949) *Rassegna Neuropsichiat.* 3, 363. ⁴ALEXANDER (1950) *Amer. J. Psych.* 107, 241.

De opmerkingen van collega H. BEEK zijn te meer de overweging waard, daar de St. Willebrordus-stichting te Heiloo het ziekenhuis is, waar ingenieur COHEN STUART zijn toestel, in samenwerking met medici, beproefde en uitbalanceerde. Helaas is de technische studie niet of nog niet gepubliceerd en kon zij dus ook niet gerefereerd worden. Onze ervaringen bij de melancholie zijn gunstig in verschillend opzicht.

En thans de opmerkingen in verband met het klinische artikel.

1e. Onder „controlled shock” verstaan wij de vorm van shock, welke ontstaat door een aangevangen electronarcose niet door te zetten. De klinische resultaten met deze wisselstroomshock waren veelal niet overtuigend en niet blijvend. Bij de „brief stimulus”-behandeling worden cloni niet onderdrukt. Het is een vraag van naamgeving of men deze ook „controlled” noemt.

2e. Ook in het Sanatorium te Zeist wordt de „brief stimulus”-shock meermalen als lichter door de patiënten ervaren; er is minder amnesie (zie het artikel). Angst voor electroshock is zeldzaam; wel is er een zeker opzien-tegen, vooral als het goede resultaat reeds ervaren is! Dit heeft psychologische redenen.

3e. De mnestiche complicaties moeten wel met het quantum electriciteit samenhangen; rijpe ervaring leert ons dit meer en meer. Door het grote aantal opgenomen lijdens aan melancholieën bestond de gelegenheid hierover in het Sanatorium grote ervaring op te doen.

4e. De term, die de fabrikant voor het toestel (de stroomvorm) gebruikt, is weergegeven in zijn prospectus-brief: ons systeem werkt met rechthoekige gelijkstroomprikkel. Het onderbreken van de toevoer van gelijkgerichte stroomstoten, is het essentiële. De term onderbroken gelijkstroom vat dit, inderdaad wat slordig, samen.

Zeist, 25 Juli 1952

A. HUTTER

METING VAN DE ORBITALE WEERSTAND

Het verslag van de voordracht van prof. COLENBRANDER¹ geeft mij aanleiding tot enige opmerkingen, die misschien van nut kunnen zijn voor de gebruikers van de orbitonometer.

Het wijzigen van het kleine steunvlakje op de temporale oogkasranden in een dikker rond staafje heeft naar mijn mening het nadeel dat dit tijdens het indrukken van de bulbus het naar voren komen van septum orbitale en oogleden een weinig tegenhoudt. Soms kan zelfs daardoor de brug ietwat worden opgelicht, hetgeen de meting onbetrouwbaar maakt. Het deel van het steunvlak dat over de oogkasrand heengrijpt, moet zo klein mogelijk zijn.

Door toepassing van een schuine calibratie in de plaats van de gewone mm-calibratie suggereert men zich misschien een nauwkeurigheid, die niet in verhouding staat tot het gemeten object en de voortdurende kleine beweging tijdens het meten. Genoemde wijzigingen zijn dan ook niet overgenomen in de nu sedert enige jaren door de firma's DIXEY te Londen en LAMÉRIS te Utrecht in de handel gebrachte orbitometers. Wel is op de nieuwere orbitometers een schaalverdeling voor de inter-orbitale breedte aangebracht, mede dank zij een voorstel van STANBURY² (Boston) en WELLWOOD FERGUSON³ (Sheffield).

Het rechtmaken der krommen kan ook als volgt gaan: berekening aan het standaardmateriaal leert⁴, dat de verplaatsingen van het oog voor elke volgende 100 g drukverhoging zich bij benadering verhouden als 10 : 6 : 3 : 2. Wanneer men de drukwaarden in deze verhouding langs de abscis afzet, wordt de gemiddelde standaardcurve nagenoeg recht.

Het grotere verschil tussen de curves verkregen bij toenemende druk en bij afnemende druk, dat COLENBRANDER vond bij oedeem, kan evengoed berusten op een wijziging van de weefsel-elasticiteit: trager vormherstel.

Ik betwijfel of de bloedvulling zich wel zo „onmiddellijk” herstelt. Juist het feit dat dit niet altijd het geval is, kan de vorm der curves verklaren. Bij hogere druk vallen beide curves steeds nagenoeg samen. Dit komt naar mijn mening niet doordat de bloedvulling zich zo snel herstelt, maar juist doordat de bloedvulling daarbij minimaal is en blijft, waardoor de wetten van elasticiteit zuiverder gaan gelden.

Literatuur: ¹N.T.v.G. (1952) 96, 1237. ²Amer. J. med. Sci. (1950) 220, 357. ³Persoonlijke meded. ⁴Proefschrift Leiden (1948) bl. 48.

Zutphen, Mei 1952

A. C. COPPER

Hoewel ik meen dat dit soort discussies meer thuis hoort op een oogheeskundige vergadering, dan in dit *Tijdschrift*, voel ik mij toch verplicht te antwoorden.

1e. Het ronde steunvlak rust alleen tegen de voorzijde van de orbitarand en grijpt er niet overheen, zulks in tegenstelling tot het steunvlakje zoals collega COPPER gebruikt.