

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 gelijkstroomprikkels. 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 orbitonometers. Wel is op de nieuwere orbitonometers 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.

- 2e. Elke methode heeft verscheidene bronnen van fouten; de schuine schaalverdeling vermindert de toevloed uit één bron, maar helpt daardoor toch mee de totale fout te verminderen. Bovendien vindt men aan de andere kant van de staaf een gewone schaalverdeling. Men kan dus kiezen; bij de tonometer van collega COPPER kan men dit niet.
- 3e. Bij het rechtekken van de standaardcurves is uitgegaan van de gemiddelden van collega COPPER zonder de minste benadering toe te passen, zoals reeds in het antwoord op de discussie-opmerking van collega ROELOFS te lezen is. Ik kan niet anders zien, dan dat dit beter is dan het voorstel dat collega COPPER nu doet.
- 4e. Vervorming tegen elastische krachten in, herstelt zich onmiddellijk, tenzij er overrekking ontstaat.
- 5e. Dat in gevallen, waarin de beide curves nagenoeg samenvallen, de bloedvulling minimaal is, is ook mijn mening.

Leiden, 11 Juli 1952

M. C. COLENBRANDER

TWEË GENEESMIDDELEN, ÉÉN NAAM!

Ons bleek, dat onder de synoniemen van di-phenylhydantoinum in het kaartsysteem der K.N.M.P. en in de *Regeling en Klapper* van de Ziekenfondsraad o.a. vermeld staat: Phenantoinum.

De Angelsaksische literatuur vermeldt echter (Zie *The MERCK Index* bl. 416) phenantoinum identiek met *Mesantoinum*, met als formule 5-aethyl 3-methyl 5-phenylhydantoinum.

Wij menen er goed aan te doen op deze gevaarlijke verwarring van namen te wijzen.

Arnhem, 10 Juli 1952.

H. WITTEVEEN, apotheker

E. VAN DER VOORT MAARSCHALK,
zenuwarts

BRIEFWISSELING



De beherende redacteur, prof. dr. w. KOUWENAAR, is gedurende de maand Augustus afwezig.

REDACTIE

BERICHTEN



BUITENLAND

BELGIË. — DRIE ONDERWERPEN DER MEDISCHE ETHIEK. De voorzitter der Journées médicales te Brussel, prof. DE LAET, besprak in zijn openingsrede de euthanasie, de narco-analyse en de kunstmatige inseminatie (*Bruxelles médical*, 1952, bl. 1409).

— UNIVERSITEIT VOOR DE CONGO. In 1953 zal de eerste universiteit voor inboorlingen worden geopend, met 4 faculteiten: rechten, geneeskunde, philologie en natuurwetenschappen; een theologische faculteit staat nog op het programma (*Deutsche med. Woch.*, 1952, bl. 891).

DENEMARKEN. — KUNSTMATIGE INSEMINATIE. Een ontwerp van wet tot regeling van de kunstmatige bevruchting is door de Minister van Justitie ingediend. Het kind wordt gelijkgesteld met een wettig geborene. In tegenstelling tot Noorse en Zweedse opvattingen moeten de ouders bekend zijn met de donator, die intussen generlei rechten op het kind kan laten gelden. Ook de kunstmatige bevruchting van ongehuwde vrouwen valt binnen de bepalingen van het ontwerp (*Münch. med. Woch.*, 1952, Kol. 1445).

ENGELAND. — DREIGENDE PLETHORA EN NUMERUS FIXUS. Een inzender in de *British Medical Journal* van 5 Juli 1952 (Suppl., bl. 8) is van mening, dat er genoeg artsen in Engeland zijn. De „medical schools” zijn geheel bezet en het aantal artsen, dat jaarlijks wordt gediplomeerd, overschrijdt het aantal vacante plaatsen. „The solution is to estimate the number of doctors required in the future. Then the numbers entering the individual schools should be scaled down proportionately to the annual requirement”.

— BESMETTING IN HET ZIEKENHUIS. Een lid van het Parlement vroeg of de Minister zich er wel van bewust is, dat van 5 kinderen, in een ziekenhuis opgenomen, er één tijdens de verpleging wordt besmet. De Minister antwoordde, dat zijn voorganger reeds verleden jaar een circulaire over dit onderwerp aan de ziekenhuisbesturen had toegezonden. Men moet de