

H 610.5
V488Z

B249,908 D

Medical Lib

1^e Jaargang.

Juli 1917.

N^o 3.

:: TIJDSCHRIFT ::

VAN

DE „VEREENIGING VAN HOMOEOPATHISCHE
:: GENEESHEEREN IN NEDERLAND.” ::

VERSCHIJNT OM DE DRIE MAANDEN.

ONDER REDACTIE VAN:

Dr. D. K. MUNTING, AMSTERDAM, Den Texstraat 8, en
Dr. J. N. VOORHOEVE, Homoeop. Ziekenhuis, OUDENRIJN, (Utrecht.)

Adres voor Redactie en Administratie: OUDENRIJN.

Abonnementsprijs f1.50 per jaar; voor de leden der Vereeniging gratis.

INHOUD: DR. D. K. MUNTING. Homoeopathische of allopathische (salicyl-) behandeling der polyarthritis rheumatica acuta? — DR. J. N. VOORHOEVE. Is de salicylas-natricustherapie bij polyarthritis rheumatica specifiek of palliatief? — Discussie. — P. SAMSOM. Enkele opmerkingen naar aanleiding van twee gevallen van tuberculose van den voet. — DR. J. N. VOORHOEVE. Genitaal- en peritoneaaltuberculose bij vrouwen. (Slot.) — Referaten en Recensies: Berl. Hom. Zeitschrift; Allg. Hom. Zeitung; Hahnemannian Monthly. — Vereeniging van Homoeopathische Geneesheeren: Notulen.

Homoeopathische of Allopathische (salicyl-)behandeling der polyarthritis rheumatica acuta?

DOOR DR. D. K. MUNTING *)

M. H.

Wanneer ik in deze vergadering eenige opmerkingen wensch te maken naar aanleiding van het artikel van Coll. de Leeuw over de therapie van polyarthritis rheumatica acuta, in no. 2 van ons Tijdschrift, dan is dit niet omdat ik op dit gebied een ruimere eigen ervaring kan stellen tegenover die, welke Coll. de Leeuw aan zijne beschouwingen ten grondslag legt.

De gevallen, die ik gedurende mijne ruim 25-jarige praktijk behandeld

*) Voordracht, gehouden in de Vergadering van 17 Mei 1917.

heb van de echte acute polyarthritis rheumatica, die plotseling begint met min of meer snel stijgende temperatuur en als locale verschijnselen pijnlijke zwelling van meerdere gewrichten, vaak van het eene gewricht op het andere overspringende, totdat meerdere, soms alle, groote en ook kleine gewrichten een beurt gehad hebben, terwijl als voornaamste complicatie ontsteking van endo- of pericardium in 20 %, of volgens andere statistieken tot 40 en 60 % der gevallen optreedt, met als blijvend gevolg zeer vaak een vitium cordis — het aantal dezer gevallen bepaalt zich tot ongeveer een 10-tal. Hierbij is slechts één geval geweest met een hevige endocarditis, die een blijvende laesie van het hart heeft veroorzaakt. De overige zijn alle in volkomen genezing overgegaan, zonder dat een recidief of chronisch rheuma gevolgd is en ook zonder resterende laesies van het cor. Het aantal is te klein om er statistische gevolgtrekkingen uit te maken.

Ik zal slechts enkele opmerkingen geven ter inleiding van eene eventuele gedachtenwisseling over de conclusie, waartoe Coll. de L. gekomen is, in de hoop, dat de aanwezige collegae daaraan de noodige gegevens zullen kunnen toevoegen, om tot een beslist oordeel te komen omtrent het al of niet juiste van deze conclusie.

Coll. de L. meent uit zijn ervaring, die een 12-tal gevallen omvat, te kunnen besluiten, dat hij beter gedaan had, wanneer hij steeds de behandeling direct met salicylas natricus was begonnen. In 4 gevallen is hij geëindigd met salicyl te geven in groote doses, nadat middelen volgens het homoeopathische beginsel gekozen, geen afdoend succes hadden gehad. In 6 andere gevallen, die niet nader beschreven worden, had hij „schitterend” succes met salicyl. natric.

Wanneer wij de juistheid van een bepaalde therapie uit een praktisch oogpunt willen beoordeelen, dan komen daarbij m.i. de volgende gezichtspunten in aanmerking.

Vooreerst het eindresultaat, n.m. of een volkomen restitutio ad integrum wordt verkregen en of de aangewende therapie daartoe de grootste kans biedt. Dit beschouw ik als de hoofdzaak. Ten tweede in welke mate eene verzachting van het lijden, bijv. vermindering van pijn en andere onaangename verschijnselen, waarmede de ziekte gepaard gaat, bewerkt wordt. Ten derde in hoeverre men in staat is den duur van de ziekte te verkorten, eventueel de ziekte te coupeeren, het verloop te stuiten. Eindelijk of de aangewende therapie onschadelijk is.

Bij een ziekte als de acute gewrichtsrheumatiek, die wel geen groot sterftecijfer heeft, maar waarbij als gevolg in een aanzienlijk percentage der gevallen een blijvende laesie optreedt in den vorm van een vitium cordis, dat den lijder tot invalide maakt, is het eerste punt, de vraag

van de volkomen restitutie ongetwijfeld van het allergrootste belang. Wil men dus de therapie in het onderhavige geval beoordeelen, dan dient allereerst te worden uitgemaakt, welke medicatie de grootste kans biedt van genezing, zonder een blijvend hartgebrek.

Wanneer ik mij niet vergis, is de algemeene opinie, zooals ik aanstonds nader zal toelichten, dat de behandeling met salicylpraeparaten niet in staat is, de kans op een blijvende laesie van het hart te verminderen. De meening van Huchard is dit echter niet, zooals uit de aanhaling van Coll. de L. uit zijne „Thérapeutique Clinique” blijkt; en de mogelijkheid bestaat, dat bij de salicylbehandeling in 't algemeen niet voldoende gehandeld wordt volgens Huchard's aanwijzing, dat het middel onmiddellijk bij het eerste begin der ziekte gegeven en de aanwending lang genoeg voortgezet moet worden. Toch lijkt mij dit niet waarschijnlijk, gezien de groote waarde, die in de allopathische school aan dit middel als specificum gehecht wordt.

Het is intusschen van het grootste belang, dat deze quaestie uitgemaakt wordt, want door de uitspraak van een enkelen, al is deze een ervaren hartclinicus, is zij toch niet beslist.

Bij het raadplegen van de litteratuur omtrent de meening van andere clinici en omtrent statistische gegevens, is mij gebleken, dat Huchard in zijne meening vrijwel alleen staat.

Alvorens ik zal mededeelen, wat ik vond, wil ik eerst nóg eens even de gevallen, door Coll. de L. beschreven nader bezien. In de eerste plaats merk ik dan op, dat daarbij van het eindresultaat absoluut niets blijkt. Op de vraag of endocarditis is opgetreden gedurende het verloop der ziekte en zoo ja, of deze al dan niet een blijvende laesie van het cor heeft tengevolge gehad, geeft de beschrijving der gevallen geen antwoord. Het succes, dat geconstateerd wordt, is niet anders dan een gunstige invloed van de salicylbehandeling op de locale verschijnselen in de gewrichten en daling van de temperatuur.

Dat salicyl deze werking heeft, zal niemand ontkennen, evenmin, dat het ook in dit opzicht wel eens teleurstelt.

Of nog andere homoeopathische middelen geïndiceerd geweest zijn in de gevallen van Coll. de L. dan de door hem aangevoerde, is op grond van de beschrijving niet uit te maken. Het schijnt mij daarom overbodig op de symptomatologie der verschillende homoeopathische middelen, die bij deze ziekte in aanmerking kunnen komen, nader in te gaan, daar een vergelijking met de ziektegevallen van Coll. de L. niet doenlijk is. Maar aangenomen, dat de meest geïndiceerde middelen zijn aangewend, dan blijft toch de quaestie van het eindresultaat de alles beheerschende, en niet die van het onmiddellijk succes. In de mij ter beschikking

staande litteratuur heb ik niet zeer veel gevonden over de resultaten van de homoeopathische behandeling van acute gewrichtsreumatiek. Meestal waren het casuïstische mededeelingen, waaruit geen algemeene conclusie te trekken valt.

Toch vond ik wel iets wat ons dienen kan en wel in de „*Monthly Homoeopathic Review*,” Febr. 1905, waarin een redactioneel artikel over „Homoeopathy in acute Rheumatism” voorkomt, naar aanleiding van een opstel van Dr. Watkins, patholoog van het homoeopathische ziekenhuis in Londen. Vooreerst wordt uit het opstel van Watkins aangehaald een statistiek van 174 gevallen van de ziekte behandeld met salicyl en waarin de gevallen van daarbij waargenomen toxische werking van salicyl worden opgesomd. In 111 van de 174 gevallen werden na-deelige gevolgen waargenomen bestaande in delirium, braken, doofheid, oorsuisen, hoofdpijn, neusbloedingen, irregulaire pols, albuminurie, haematurie, bloeding in de retina, urticaria — een niet onbelangrijke lijst van schadelijke, gedeeltelijk ernstige bijwerkingen van salicyl.

In Prof. Lewin „*Die Nebenwirkungen der Arzneimittel*” vindt men als schadelijke bijwerkingen van salicyl vermeld: stomatitis, pharyngitis, gastro-enteritis, erytheem, exantheem, dermatitis bullosa en gangreen, albuminurie, haematurie, neus- maag- en darmbloeding, polsversnelling, arythmie, collapstoestanden, krampen, respiratiestoornis, gezichtsstoornis, verschillende stoornissen van het centrale zenuwstelsel. Er bestaat, zooals men ziet, overeenkomst tusschen deze lijst en de eerstgenoemde door Watkins vermeld, alleen is die van Lewin nog wat grooter. Het zijn lang niet altijd voorbijgaande stoornissen en er behoeft nog niet eens een bepaalde idiosyncrasie voor te bestaan, waarbij zelfs doodelijke afloop als gevolg van de salicyl is waargenomen. Bij de gebruikelijke groote doses in de salicylbehandeling zijn al deze toxische bijwerkingen mogelijk. Het behoeft geen betoog, dat dit sterk in het nadeel van de salicylbehandeling spreekt. Maar er is meer.

Van groot belang is de vergelijking door Watkins gemaakt van de behandeling met salicyl en die met homoeopathische geneesmiddelen. Het resultaat was als volgt:

Het gemiddelde aantal dagen, dat de patiënten in behandeling waren, was bij homoeopathische en salicylbehandeling ongeveer gelijk; het gemiddelde aantal dagen met acute symptomen bij de salicylbehandeling aanmerkelijk minder dan bij de homoeopathische behandeling; het percentage van gevallen, waarin recidieven optraden, bij de salicylbehandeling 33.6, bij homoeopathische behandeling 23.75, eindelijk het percentage van gevallen, waarin hartcomplicaties optraden, bij salicyl 36—58, bij homoeopathische behandeling slechts 15.36. Er wordt niet bij ver-

meld, in hoeveel gevallen een blijvend hartgebrek het gevolg was, maar waar het aantal gevallen met hartcomplicaties zooveel geringer was, moet ook het aantal met blijvend vitium cordis naar verhouding geringer geweest zijn.

Het verschil is zeer frappant en spreekt met nadruk vóór de homoeopathische behandeling.

Het voordeel van het geringer aantal dagen met acute symptomen aan den kant van de salicylbehandeling weegt geenszins op tegen het groote nadeel van het veel hooger percentage van hartcomplicaties. Tegenover deze conclusie van Watkins is, dunkt mij, niets in te brengen en ook de redactie van de M. H. Review legt hierop bijzonderen nadruk. Zij komt geheel overeen met mijn persoonlijke indruk bij de behandeling mijner eigene gevallen verkregen, waaraan niet alle waarde ontzegd kan worden, temeer wanneer dezelfde indruk zooals, naar ik vertrouw, straks zal blijken, door meerdere collega's is verkregen.

Ten slotte zij het mij vergund, nog op eenige uitspraken van Riess in zijn artikel over de polyarthritis rheumatica acuta in Eulenburg's Real-Encyklopaedie te wijzen.

Hij komt tot de slotsom, dat de hoofdzaak van de werking van salicyl bij deze ziekte is de antipyretische werking.

Uit een aantal onder zijne leiding behandelde gevallen, waarvan 148 met salicyl en 176 met indifferente middelen, blijkt bij vergelijking, dat de salicylbehandeling op het koortsverloop een *duidelijken*, op het pijnverloop een *onbeduidenden*, op den duur der ziekte geen invloed heeft. Verder blijkt daaruit, dat het salicyl op de neiging tot recidieven geen gunstigen, eerder een ongunstigen invloed oefent, zoodat recidieven vaker voorkomen dan bij indifferente behandeling. En eindelijk wat de hartcomplicaties betreft: bij salicylbehandeling kwamen deze voor in 17.6 % der gevallen, bij indifferente behandeling in 16.4 %.

Behalve zijne eigene gevallen vermeldt Riess nog een Engelsche statistiek, die 1748 gevallen omvat, waarbij geen gunstige invloed van de salicylbehandeling met betrekking tot de hartcomplicaties kon worden geconstateerd. Wanneer hij ondanks dit alles besluit, dat de salicylbehandeling voorloopig toch de meest aanbevelenswaardige blijft, dan is er alle reden om te constateeren, dat het met de allopathische behandeling van deze ziekte al zeer treurig gesteld is. Tevens meen ik, dat uit al het aangevoerde duidelijk blijkt, dat er van salicyl als specificum bij het acut gewrichtsrheumatisme geen sprake kan zijn.

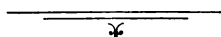
M. H., men behoeft, staande tegenover de aangevoerde feiten, waarlijk geen neiging tot eenzijdigheid of „Prinzipienreiteri" te bezitten om de allopathische salicylbehandeling af te wijzen en aan de behandeling

volgens het „Similia similibus” de voorkeur te geven. Deze conclusie wordt m. i. rijkelijk gemotiveerd door de schadelijke bijwerkingen van het salicyl, de machteloosheid van dit middel tegenover de ernstigste complicaties, die bij deze ziekte voorkomen en het veel betere eindresultaat bij homoeopathische behandeling verkregen. Of aan het salicyl als homoeopathisch middel, dus op grond van het similia similibus, en in de daarbij passende dosis, een plaats toekomt onder de geneesmiddelen van de acute gewrichtsrheumatiek, zooals Schönebeck meent, laat ik in het midden, onmogelijk is dit niet. Zelf heb ik salicyl nooit aangewend, noch op allopathische noch op homoeopathische wijze. Ik twijfel niet, of bij de discussie zal nog nader blijken, dat ook wat positieve resultaten van de homoeopathische behandeling betreft, de ervaring ten gunste dezer laatste spreekt.



Is de Salicylas-natricustherapie bij polyarthritis rheumatica acuta specifiek of palliatief?

DOOR DR. J. N. VOORHOEVE. *)



Naar aanleiding van het artikel van collega De Leeuw in 't vorig nummer over de therapie der polyarthritis heb ik met collega Munting op mij genomen, dit onderwerp ter verdere discussie hier in te leiden.

Ik meen, dat het genoemde artikel hoofdzakelijk op twee punten neerkomt, n.l. de praktische kwestie: „ik zag betere resultaten met salicylas natricus dan met de homoeopathische therapie,” en de theoretische: „de salicylas-natricustherapie is specifiek voor polyarthritis.” De eerste bewering is door collega Munting aan de eigen en de algemeene ervaring getoetst; aan 't einde van mijn beschouwing wil ik ook nog enkele opmerkingen daarover maken, als aanvulling van het reeds door hem gezegde. Allereerst wil ik de tweede bewering aan een wetenschappelijken toets onderwerpen.

Vóór alles dienen we de vraag onder de oogen te zien, wat we onder een specifiek middel hebben te verstaan. Ik meen, dat 't uiterst moeilijk is, hiervoor een allen bevredigende definitie te geven en ik zal dit ook nu niet beproeven; het zou een studie op zichzelf worden. Maar een

*) Voordracht, gehouden in de vergadering der Vereen. v. H. G. i. N. van 17 Mei 1917.

ieder zal 't toch wel met mij eens zijn, dat een specifiek geneesmiddel de ziekte, als organisch geheel gedacht, moet genezen en niet enkele symptomen of een symptomengroep. Om dus van een dergelijk middel te kunnen spreken, moet men niet alleen afgaan op de praktische resultaten, maar wel degelijk ook vragen naar den dieperen oorsprong der uitwendig waarneembare symptomen, d. w. z. naar de pathogenese. De bovengestelde vraag valt dus in tweeën uiteen.

1. Wat is polyarthritis rheumatica acuta?
2. Waar ligt het aangrijpingspunt der salicyl-therapie?

1. Over den eigenlijken aard der polyarthritis bestaat reeds een oude strijd, die nog steeds niet geheel beslecht is. De oudere theorieën kan ik hier gevoegelijk voorbijgaan en beginnen met de specifieke infectie-theorie, die reeds vaak onder verschillende vormen opdook, maar toch pas in den bacteriologischen tijd algemeen is geworden. Daartegenover staan dan een reeks theorieën, die de oorzaak alleen in het lichaam zelf zoeken: de nerveuze theorie van *Canstatt*,¹⁾ e. a.; de melkzuur-theorie, waarvan de Engelschman *Fuller*²⁾ de vader is, en die nog in 1906 in *Shoemaker*³⁾ een verdediger vond; de enterogene theorie van *Bouchard*⁴⁾ en *Bell*⁵⁾ en misschien nog meer.

De typische infectie-theorie moet de polyarthritis natuurlijk beschouwen als een bepaalde vorm van pyaemie, waarbij de gewrichtsaandoeningen, de endo- en pericarditis, enz. metastasen zijn. Reeds het geheele ziektebeeld pleit hiertegen. Bovendien hebben talloze onderzoekers met ontzaglijken vlijt naar het oorzakelijk agens gezocht, velen meenden het gevonden te hebben, maar geen enkele vondst heeft op den duur de toets der critiek kunnen doorstaan. Ik behoef u wel niet alle theorieën en studiën te noemen, die verschenen zijn, om de zuivere infectie-theorie te staven, evenmin de bakteriën op te sommen, die zoo al de de schuld voor deze ziekte op zich moesten nemen.

Zooals ik reeds zeide: het geheele ziektebeeld pleit er reeds tegen. Het betrekkelijk vluchtige der gewrichtsaandoeningen, het plotselinge verspringen ervan, het doorgaans afwezig blijven van verettering zelfs bij de zeer ernstige gevallen. Ook het soms bijna tooverachtig succes der salicyl-paerparaten moet bij eenig doordenken aan een echte lokale infectie doen twijfelen. En ten slotte talrijke niet te loochenen feiten worden er niet door verklaard. Zoo het familiair optreden, het voorkomen vooral bij nerveuze personen en in neuropathisch belaste families; dan het niet

1) *Canstatt*. Citaat naar *Weintraud* in *Kraus und Brugsch*. II, 2. Pag. 171.

2) *Fuller*. *British med. Journal*. April 11. 1868.

3) *Shoemaker*. *New York medical Journal*. Febr. 24. 1906.

4) *Bouchard*. *Maladies par ralentissement de la nutrition*. 1882.

5) *Bell*. *Lancet*. June 5th. 1890.

te miskennen verband met de chorea minor, die toch doorgaans zonder de minste koorts verloopt. Het is dan ook niet te verwonderen, dat velen telkens weer met een nieuwe theorie kwamen, die de ziekte op andere wijze moest verklaren. (Hierboven heb ik de voornaamste dezer theorieën reeds opgenoemd.)

Maar zelfs hij, die nog aan een specifieke infectie-theorie vasthoudt, moet toch tegenwoordig wel erkennen, dat er nog vele andere factoren medewerken, die misschien zelfs van grooter belang zijn, dan de mikrobe zelf. Wel geldt dit min of meer voor alle infectieziekten, maar toch zeker in veel sterkere mate voor de polyarthritis. Vooral de Fransche voorstanders der infectie-theorie leggen in talrijke tijdschriftartikelen en dissertaties den nadruk op een reeds bestaande constitutie-anomalie of op een diathese, terwijl dan een bijkomende oorzaak (b.v. plotselinge afkoeling, trauma, e.d.) langs trofoneurotischen weg het organisme verder voor de infectie geschikt zou maken. Dus zonder een bepaalde, hetzij familiair bestaande, of door diverse factoren verworven diathese geen polyarthritis acuta. Dit is reeds een concessie, die ook voor de therapie wat te zeggen heeft. Maar daarover straks.

In elk geval echter blijven, ook bij deze opvatting van het *ontstaan* der ziekte, de ziektesymptomen, n.l. de arthritis, de endo-, myo-, pericarditis, de pleuritis, enz. enz. nog van infectieuzen aard. In den laatsten tijd nu heeft het onbevredigende zoowel van deze zienswijze, als van de tegenovergestelde, die de oorzaak alléén in het lichaam wil zoeken, een nieuwe theorie doen opkomen, die men het beste met den naam anaphylaktische theorie aanduidt.

Wat anaphylaxie is, zal u allen wel bekend zijn. Het klassieke voorbeeld van het konijntje of Guineesche biggetje, dat door injectie van soortvreemd eiwit overgevoelig gemaakt, aan een volgende injectie van datzelfde eiwit onder typische verschijnselen te gronde gaat, zal u wel voor oogen staan. In den loop der jaren nu zijn de ziektebeelden, ook zonder letaal verloop, die onder anaphylaxiewerking ontstaan, steeds in verscheidenheid toegenomen. Van de anaphylaktische verschijnselen bij den mensch krijgt men wel het beste overzicht door bestudeering van het klassieke werk van von Pirquet over de serumziekte. Bepaalde vormen dezer ziekte nu gelijken verrassend veel op polyarthritis rheumatica, waarbij het geheele ziektebeeld echter als 't ware in een kort tijdsbestek van twee tot vier dagen is samengedrongen en een volkomen goedaardig karakter draagt, wat betreft de restitutio ad integrum. Ik zelf zag in Amsterdam tweemaal dezen vorm der serumziekte: hooge koorts, multiple zeer pijnlijke, roode gewrichtszwellingen, die betrekkelijk vluchtig waren en ook versprongen; bovendien reageerden ze „schitterend” op

salicylpraeparaten, in casu aspirine: de pijn was na 3 à 6 uur, de zwelling na \pm 20 uur, de koorts even zoo snel verdwenen. Bovendien kon ik hetzelfde opmerken, waarop ook bij de polyarthrititis van verschillende zijden de aandacht is gevestigd, dat wel de patiënt in een stijve, gedwongen houding roerloos ligt uit angst voor de hevige pijn, die de geringste beweging hem veroorzaakt, maar dat passieve bewegingen in de aangetaste gewrichten geen of nauwelijks pijn veroorzaken, mits men zorg draagt, 't geheele lid en gewricht goed te steunen, zoodat de patiënt geen spier of pees behoeft aan te spannen. De serumziekte nu wordt vrij algemeen, ik zei dit reeds, als anaphylaxie opgevat. Toen het nu ten overvloede *Friedberger* ¹⁾ gelukte, bij een anaphylaktisch konijntje door injectie van het homologe eiwit in een gewricht een typischen aanval van gewrichtsrheuma op te wekken, lag de gevolgtrekking voor de hand: de symptomen der polyarthrititis zijn anaphylaxie-verschijnselen.

De aanhangers dezer theorie gaan dan uit van de reeds vroeger herhaaldelijk geopperde veronderstelling, dat de *verschijnselen* bij polyarthrititis van toxischen aard zijn, dus een toxische arthritis, een toxische endocarditis, enz. Men denkt zich de pathogenese dan als volgt: gedurende den incubatietijd der ziekte wordt door parenteraal binnendringen van bakterieproteïnen, of van een of ander specifiek produkt van uiteengevallen orgaaneiwit het lichaam gesensibiliseerd; waarschijnlijk heeft tevens een plaatselijke sensibilisatie plaats, resp. in het synovium, het endocard, enz.: een echte anaphylaktische toestand dus. Een nieuwe invasie van hetzelfde, dus doode materiaal, geeft dan aanleiding tot de allergische reakties: de koorts, de gewrichts- en andere aandoeningen; de laatste dus als lokale anaphylaxie gedacht. Elke nieuwe invasie zal opnieuw een analoge reeks symptomen geven, enz. enz. Tenslotte kan daardoor de lichaamsweerstand zoozeer verzwakt worden, dat ook levende bacteriën kunnen binnendringen en aldus een echte sepsis ontstaan. Het af en toe vinden van bacteriën in het bloed bij zware gevallen van polyarthrititis bewijst dus niets tegen deze theorie; integendeel, dat er zoo verschillende soorten werden gevonden, past geheel in het kader.

Zoolang het lichaam nu de noodige verweermiddelen mist, om de antigenen direkt onschadelijk te maken — en dit is nu weer voor de therapie van gewicht — kan er geen echte immuniteit optreden en is er recidief te vreezen. Bovendien komt het bij deze zienswijze noch aan op den aard der bacteriën, noch op de plaats, waar ze zich nestelen en vanwaar uit hun proteïnen geresorbeerd worden; 't eenige postulaat is: ergens in 't lichaam bevindt zich een infectiehaard. Vooral *Weintraud* ²⁾ heeft in

¹⁾ *Friedberger*. Berl. klin. Woch. 1913. Pag. 88.

²⁾ *W. Weintraud* in *Kraus* en *Brugsch*. Spez. Path. und Therapie innerer Krankheiten. Band II. 2. Pag. 177, e. v.

zijn monografie deze theorie uitvoerig behandeld en gepreciseerd. 't Is in elk geval duidelijk, dat op deze wijze het klinisch beeld veel natuurlijker wordt verklaard; het eigenaardig ziektebeeld van het „hyperpyretisch rheuma”, waarvan het toxisch karakter reeds lang door de meesten wordt erkend, past geheel bij deze opvatting. Ook de verwantschap met de chorea minor, waarbij dan meer neurotoxische proteïnen in aanmerking komen en met het erythema nodosum (erytheem is een zeer gewoon anaphylaxie-verschijnsel) vinden er een gereede verklaring.

Toch kan mij bij nauwkeurige beschouwing deze theorie niet geheel bevredigen, althans niet wanneer we de meest gangbare verklaring der anaphylaxie als vergiftiging door de intermediaire eiwit-afbraakprodukten laten gelden. Zooals u misschien bekend is, wordt de anaphylaxie tegenwoordig ter verklaring van verscheidene ziektebeelden gebezigd: asthma, colica mucosa, hooikoorts, epilepsie, enz., enz. Ik wil in verband hiermede even herinneren aan het scherpzinnige artikel van Klinkert Jr. in het Tijdschrift voor Geneeskunde. ¹⁾ Ook hem bevredigt de geldende anaphylaxie-verklaring niet, vooral niet waar ze aangewend wordt als verklaring der bovengenoemde aandoeningen en voor de verschijnselen, die bij de tuberculine-reactie worden waargenomen. Hij wijst er op, dat we hier met neurosen te doen hebben, dus met nerveuze allergieën, die dan ontstaan bij aangeboren of verworven idiosynkrasie voor het in aanmerking komend vergif. Ik kan hier natuurlijk niet verder op zijn uiteenzettingen ingaan. Alleen nog dit eene, wat ook voor ons onderwerp belangrijk is, dat hij het „rhumatisme tuberculeuse” als een neur-arthritis beschouwt en niet zooals tot nog toe algemeen werd aangenomen, als een toxische (tuberculine-) arthritis. Wanneer men ook de symptomen der polyarthritis als allergische reacties langs trofoneurotischen weg opgewekt, beschouwt, dus als neurarthritides, blijven de voordeelen der bovengenoemde anaphylaxiethorie bestaan, die ik reeds opsomde, en worden buitendien de niet te miskennen voorliefde dezer ziekte voor neuropathische personen, het familiair optreden én het feit verklaard, dat de laatste oorzaak zoo vaak een accident (sterke afkoeling, trauma, e. d.) is, dat toch waarschijnlijk ook langs trofoneurotischen weg zijn praedisponerende invloed uitoefent. Ook de verwantschap met chorea minor past hier beter dan ginds.

Ten slotte moet ik nog op een waarneming opmerkzaam maken, die m. i. ook in de geldende anaphylaxie-theorie niet past, n.l. het veelvuldig voorkomen van „Basedoïde” symptomen bij polyarthritis, waarop *Vincent* ²⁾ het eerst opmerkzaam maakte en na hem een geheele reeks Fransche

¹⁾ In no. 4 van 1917.

²⁾ *Vincent. Sem. médicale* 1907, Pag. 215; 1908, Pag. 527.

onderzoekers: min of meer pijnlijke schildklierzwellings, trillen der handen, nevensgeruischen aan het hart, zichtbare vaatpulsaties aan den hals en profuus zweeten. Vincent noemt dit complex het „signe thyroïdien” en zag het bij 86 van 156 gevallen. Zijn verklaring als afweerwerking tegen het vergif, waarom hij de afwezigheid van het syndroom als ongunstig prognosticum beschouwt, laat hij onbewezen en doet hier minder ter zake. Van meer gewicht is, dat zijn waarneming, nu er eenmaal de aandacht op gevestigd werd, allerwege bevestigd wordt en hierdoor dus een verwantschap blijkt van polyarthrititis met een ziekte, waarbij ook toxische en trofoneurotische invloeden om den voorrang strijden. *Kocher* onderscheidt toch een toxische en een neurotische Basedow, naarmate de een of andere invloed meer op den voorgrond treedt.

Wanneer we het gezegde nu nog eens even resumeeren, dan moeten we de polyarthrititis rheumatica beschouwen als een ziekte, die door herhaalde invasie van soortvreemd eiwit uit een of anderen haard, ontstaat en waarbij de noxen op een gepreparaed zenuwstelsel werken, terwijl de symptomen als allergische reactie van trofoneurotischen oorsprong zijn op te vatten, dus als nerveuze allergieën. Alle symptomen staan daarbij dan op gelijke lijn; de oude opvatting, dat de gewrichtsaandoeningen de eigenlijke ziekte vormen en de overige symptomen, zooals de endocarditis, secundaire complicaties zijn, vervalt daarmede. Trouwens *Weintraud* en anderen leggen er reeds den nadruk op, dat de endo-, myo-, pericarditiden, de pleuritiden, enz. eenvoudig ziektesymptomen zijn, zooals de arthritiden. Duidelijk worden daardoor die gevallen, waarbij de endocarditis reeds vóór eenige gewrichtszwelling optreedt en ook het feit, dat zelfs elk gewrichtssymptoom afwezig kan zijn. We krijgen hiermede dus een veel ruimeren kijk op de ziekte en dat kan niet anders dan bevorderlijk voor de therapie zijn.

2. En nu de tweede vraag: wat is de werking der salicylpraeparaten? Allen zijn we het er over eens, dat de koorts er door omlaag gaat en de gewrichtssymptomen spoedig verdwijnen. Maar ook allen, ook de door coll. de Leeuw zoo hooggeroemde *Huchard*, erkennen, dat ze niet den minsten invloed op de eenmaal ontwikkelde endocarditis hebben. ¹⁾ *Huchard* zegt inderdaad in de door de Leeuw geciteerde regels ²⁾ te meenen, dat de endocarditis er door voorkomen wordt, omdat de microben in de gewrichten worden bestreden; maar hij geeft er geen enkel bewijs voor en blijkt uit deze uitspraak tevens nog aan de verouderde pyaëmiëtheorie vast te zitten. De nieuwere schrijvers zijn dan ook

¹⁾ Zoo ook *Strümpell*, *Oettinger* (Tr. de Méd. V. 1893), *Weintraud* (l. c.), *Church* (Syst. of Med. 1909, II), *Jochmann* (Handb. d. inn. Med. 1912) en *Soer* (Aphorismen, 1917).

²⁾ Dit tijdschrift. No. 2. Pag. 47.

allen niet onduidelijk in hun verklaring, dat de salicylpreparaten *alleen* de febris en de arthritis beïnvloeden en dus niet specifiek zijn. Zoo zegt *Weintraud*: „Ein spezifisches Heilmittel für den akuten Gelenkrheumatismus is die Salicylsäure nicht” en verder „(dafür) müsste die Salicylsäure auch alle Manifestationen der Krankheit beseitigen. Das ist aber keineswegs der Fall” en nog verder: „Von einer definitiven Heilung der Krankheit is also trotz des wunderbaren Erfolges der Therapie im Beginn keine Rede”, enz. Uitdrukkelijk vermeld vond ik deze uitspraak verder bij *Rosenberg* ¹⁾, *Vincent* ²⁾, *Bloch* ³⁾; bij anderen meer tusschen de regels.

Verder zien we uit vergiftigingssymptomen, dat 't werkt op 't cerebrum, 't inwendig oor, vooral de halfcirkelvormige kanalen, op maag, darm; op 't warmtereguleerend centrum en op de vaatinnervatie der huid; maar nergens vind ik iets van affiniteit voor de aangedane organen zelf.

En ten slotte wil ik er nog op wijzen, dat de salicylpreparaten eenerzijds, n'en *déplaise coll.* de Leeuw, wel degelijk ook bij andere gewrichtsaandoeningen werken en anderzijds ook vele andere Benzolderivaten bij polyarthritis precies zoo „schitterend” werken (*Antipyrine*, *Atophaan*, *Phenacetine*, e. a.) en al even weinig de andere symptomen beïnvloeden als salicyl. Ook op dit feit maken talrijke schrijvers opmerkzaam.

En dus, mijne heeren, is de algemeene salicyltherapie der polyarthritis een zuiver symptomatische, palliatieve.

Maar wij zijn *primum medicus*, deinde *homoeopathicus*; dus wanneer in de praktijk mocht blijken, zooals de Leeuw meent, dat de symptomatische salicyltherapie betere eindresultaten heeft, dan een goed toegepaste homoeotherapie, dan zijn we toch niet verantwoord, als we het laten staan. Toch blijft 't ook in dat geval plicht, naar een betere behandeling ijverig te zoeken, want een symptomatische therapie is letterlijk en figuurlijk lapwerk.

Collega *Munting* echter heeft zoo even een ontkennend antwoord op deze vraag gegeven, waarmede ik krachtens mijn litteratuurstudie moet instemmen; zelfs tegenover het nihilisme maakt salicyl een vrij pover figuur. Eigen ervaring bezit ik niet, want ik was nog niet in de gelegenheid één enkel polyarthritis-geval homoeopathisch te behandelen.

Thans wil ik nog enkele opmerkingen aan het door collega *Munting* gezegde toevoegen.

1°. Iets over de *casuïstiek van de Leeuw*. Afgezien van de onmoge-

¹⁾ *Rosenberg*. *Therap. Monatsh.* 1887. Pag. 51.

²⁾ *Vincent*. l. c.

³⁾ *Bloch*. *Thèse de Paris*. 1902.

lijkheid om de juistheid van 'tgegeven homoeopathisch middel te beoordeelen, zijn de gevallen ook weinig bewijzend, wat betreft de resultaten der aangewende therapie. Geval 1 en 3 genezen, maar krijgen recidief; slechts het eerste wordt dan nog korten tijd homoeopathisch behandeld. In geval 2 wordt aan verergering door Bryonia D ³ gedacht en na eenige dagen Bryonia D ⁴, zegge D ⁵, gegeven; welk homoeopaat zal dan verbetering verwachten! Tenslotte duurt de homoeopathische behandeling in geval 4 volle vier dagen! De overige zes gevallen van de Leeuw kan ik tot mijn spijt niet kritiseeren.

2°. Met betrekking tot de *resultaten der homoeopathische behandeling* bestaat er behalve de statistiek van Watkin, door collega Munting aangehaald, nog een uit 't Leipziger Ziekenhuis van de hand van Wapler ¹⁾, en loopende over 57 gevallen. De pijn en de koorts duurden langer, dan bij de salicyltherapie gewoonte is, n.l. gemiddeld 7 à 8 dagen tegenover 4 dagen; de ziekteduur tot ontslag is echter korter, n.l. \pm 25 dagen en tot de algeheele „Arbeitsfähigkeit” (bij fondspatiënten gecontroleerd) evenzeer n.l. \pm 30 dagen. Hij zag geen recidieven en had \pm 2 % blijvende hartgebreken (n.l. één geval).

3°. Ook over de *resultaten der salicyltherapie* wil ik nog enkele aanvullingen geven. Alle grootere schrijvers, behalve dan Huchard, erkennen, dat het percentage blijvende hartgebreken eer grooter dan kleiner wordt, evenzeer als het percentage recidieven sedert invoering der salicyltherapie. Zoo geeft Pribram ²⁾ aan, dat hij bij zijn patiënten gemiddeld 44.7 % hartgebreken na salicylbehandeling had en 39.6 % na andere therapie (bicarb. natr., chinin. sulf., e. a. of nihil), maar hij vermoedt, dat dit wel daaraan ligt, dat hij bij de meer ernstige gevallen eer tot salicyl neigt. Smith ³⁾ had 54 % (van 1727 gevallen) vóór en 63.4 % (van 1748 gevallen) hartgebreken ná invoering der salicyltherapie. Voor de patiënten, die een eersten aanval doormaakten, was dit 60.5 %. Rosenberg ⁴⁾ deelt alleen mede, dat bij salicyltherapie de hartcomplicaties toenemen. Oettinger ⁵⁾ ook erkent, dat èn hartcomplicaties èn recidieven vermeerderden na de invoering der salicyltherapie, maar meent, dat dit aan epidemiologische invloeden te wijten is.

De meesten spreken er niet over.

In aansluiting hieraan wil ik iets zeggen over den „Seitenhieb”, dien collega de Leeuw aan collega Wouters meent te moeten geven. Voorop stel ik, dat ik een vijand ben van leekeboekjes, in den vorm zooals ze

¹⁾ Wapler. Zeitschr. Berl. Ver. Hom. Aerzte, 1900. Pag. 247.

²⁾ A. Pribram, in Nothnagel, Band V, 2, 1901.

³⁾ Smith, citaat naar Pribram.

⁴⁾ Rosenberg. l. c.

⁵⁾ Oettinger. l. c.

in de „Homoeopathische Bibliotheek”, waarin ook het werk van Wouters uitkwam, zijn uitgegeven. Maar overigens heeft Wouters aan zijn zijde vrijwel allen, die over het onderwerp schreven, tegenover den éénen Huchard, wanneer hij de geïncrimineerde woorden, op pag. 46 aangehaald, bezigt. Ook is het een misvatting van collega de Leeuw, dat in deze woorden per se opgesloten ligt, dat salicylas natricus een ernstig hartvergift moet zijn. Er zijn heel wat meer mogelijkheden, waardoor het hart bij de salicyltherapie indirect ernstiger of vaker aangedaan kan zijn.

Tevens wil ik collega de Leeuw een artikel van denzelfden Wouters in de „Handelingen” ¹⁾ ter lezing aanbevelen, waarin zeer behartigenswaardige dingen over polyarthritis en haar behandeling worden gezegd, die ook nu nog waarde hebben; hij kan daar ook zijn homoeopathisch arsenaal uitbreiden.

4°. Nog een enkel woord over de homoeopathische indicaties van salicylas natricus, door De Leeuw en Munting terloops genoemd. *Schönebeck* ²⁾, *Goullon* ³⁾ en *Jousset* ⁴⁾ beschouwen het als in sommige scherp omschreven gevallen homoeopathisch geïndiceerd. De eerste beveelt het aan, wanneer bepaalde niersymptomen op den voorgrond treden; de beide laatsten omschrijven de specifieke symptomen niet nader. In het vergiftigingsbeeld komen geen symptomen voor, ik heb dit al opgemerkt, die eenigszins op die van polyarthritis gelijken; wel vond ik scarlatina- en morbilli-achtige ziektebeelden beschreven als gevolg van salicyltoediening. Het heeft dus wel eenigszins een werking analoog met de serumziekte, dus met anaphylaktische toestanden; de werking op de vaatinnervatie kan doen denken aan een invloed op de trofoneurotische geleidingen. Geheel onmogelijk is 't dus m. i. niet, dat salicyl. natr. in een enkel geval homoeopathisch geïndiceerd is, maar heel groot lijkt mij dit gebied toch niet.

5°. Over de eigenlijke homoeotherapie is bij dit alles nog niet veel gezegd; collega Munting achtte het overbodig, hierop nader in te gaan. Dit was mij een teleurstelling; ik had gaarne daarover wat meer gehoord.

Juist wanneer men de ziekte beschouwd, zooals ik hierboven uiteenzette, krijgt men een prachtige gelegenheid de hoogere waarde der homoeopathie te demonstreeren. Zuiver empirisch begonnen, blijkt ze bij het dieper doordringen der wetenschap in de geheimen der pathogenese, meer en meer aan wetenschappelijkheid te winnen. De homoeopaat toch heeft reeds voor meer dan honderd jaar, zonder iets te weten van anaphylaxie, trofoneurose, allergische reactie, enz., enz., alleen op grond

¹⁾ *Wouters. Handel. v. d. Ver. v. H. G. i. N. II, Pag. 112.*

²⁾ *Schönebeck, in Kröner u. Gisevius; Bd. II; pag. 876.*

³⁾ *Goullon. Zeltschr. Berl. Ver. Hom. Aerzte. 1887. Pag. 180.*

⁴⁾ *Jousset. Leçons de clin. Méd. 1886. Pag. 498.*

van de Simile-wet symptomen en eigenaardigheden voor zijn therapie in aanmerking genomen, die met de schijnbaar eigenlijke ziekte, n.l. de multiple gewrichtsaandoening geen direkt verband hielden, maar wel met deze hem nog onbekende, diepere oorzaken. Men zou door de homoeopathische therapie eens aan de theorieën te toetsen waarschijnlijk kunnen aantoonen, dat het Similia similibus reeds lang klinisch werkzaam gebleken middelen deed vinden, die door hun indicatie de bovengenoemde theorieën bevestigen. Voor ons homoeopaten zou dit een nadere bevestiging dezer theorie beteekenen en voor de voorstanders der theorie een aanleiding kunnen zijn, de homoeopathie eens wat minder smalend te behandelen.

Discussie. Collega Samsom meent, dat het salicylzuur hoofdzakelijk eene analgetische werking heeft. Evenwel kan juist daardoor veelal een het publiek sterk imponeerende invloed worden uitgeoefend.

Collega Tuinzing heeft altijd veel belangstelling gehad voor de homoeopathische therapie van polyarthritis, omdat hij zelf voor 20 jaar eene polyarthritis doormaakte, die door den voorzitter behandeld werd met Bryonia en zeer goed genas zonder achterlating van een vitium cordis, waarvoor hij nog steeds dankbaar is. Hij citeert dan eene uittaling van Friedrich Kraus, leider van de II^e Mediz. Klinik der Charité in Berlijn, die ook zelf eene polyarthritis had doorgemaakt en die, na behandeling van deze met salicylas natricus de overtuiging had gekregen, dat de werking hiervan uitsluitend analgeseerend was.

Collega Munting herinnert zich, dat er op gewezen is, dat deze analgesie gevaarlijk is, aangezien patiënt hierdoor te veel beweging maakt, wat het gevaar voor endocarditis verhoogt.

Collega Voorhoeve Sr. herinnert zich uit zijn praktijk slechts één geval, waarbij endocarditis voorkwam. Overigens verwondert hij zich over het groote aantal gevallen, dat collega de Leeuw in korten tijd zag, aangezien hij zelf in jarenlange praxis den indruk kreeg, dat echte acute polyarthritis niet zoo heel veel voorkomt.

Collega Groenendijk merkt op, dat salicylas natricus vaker homoeopathisch geïndiceerd is, dan vermoed wordt. Hij grond deze meening op 't feit, dat zoo vele gevallen blijken refractair tegen salicyl te zijn.

Collega Munting zou het ook zeer wenschelijk vinden, wanneer wij de resultaten van onze behandeling der polyarthritis eens gezamenlijk bestudeerden, maar hij vreest, op grond van vroegere ervaring, dat algemeene medewerking wel niet te verkrijgen zal zijn.

ENKELE OPMERKINGEN NAAR AANLEIDING VAN TWEE GEVALLEN VAN TUBERCULOSE VAN DEN VOET.

DOOR P. SAMSOM. *)

Het zij mij vergund, uwe aandacht eenige oogenblikken in beslag te nemen voor de mededeeling van een tweetal gevallen van tuberculose van den voet. Mijn doel is, meer bepaald het licht te doen vallen op de therapie en naar aanleiding van mijne ervaringen eenige opmerkingen te maken.

In Februari 1916 kreeg ik onder behandeling patiënt O. Hij had altijd een zwakke borst gehad, volgens verhaal waren voor jaren de longen verdacht geweest. Vóór eenige jaren heeft hij een tuberculeuze laryngitis met groote en exquisiete afwijkingen gehad (volgens den geneesheer, die hem toen behandelde, Dr. v. d. Hoeven Leonhard), die goed genezen was. Patiënt was een lange, zeer magere, smal gebouwde man. In November 1915 had hij een trauma van den linkervoet gehad door omzwikken bij het stappen op een balk. De eerste bezwaren waren spoedig overwonnen, doch hij had een zekere pijnlijkheid in het voetgewricht behouden.

Daarvoor had hij zich begin Januari in de Rijksklinieken alhier onder behandeling gesteld en had een loop-gipsverband gekregen, waarmee de bezwaren steeds grooter werden, totdat het hem niet meer mogelijk was te loopen. Na verwijdering van het gipsverband kwam het volgende te voorschijn. Aan den voet vond ik een halfei-groote tumor naast den buitenenkel, die duidelijk fluctueerde. Er was circulair oedeem, de beweeglijkheid van den voet was zeer beperkt, zeker mede onder invloed van groote pijnlijkheid, die *in* den voet werd geaccuseerd.

Ik besloot, voorloopig af te wachten onder conservatieve behandeling en schreef hem absolute rust voor met hoogligging en gedeeltelijke immobilisatie in een draadspalk en gaf inwendig Hep. Sulf. D¹².

De spontane pijn was zeer spoedig verdwenen. Het absces werd grooter en grooter en ontlastte zich ten slotte na ongeveer 6 weken. In dezen tijd schreef ik hem naast Hep. Sulf. ook voor Tuberculinum, en wel Neu-tub. Koch D¹² 3 × p. week 10 dr. Waar het mogelijk was, liet ik hem zonnebaden nemen en gaf later in plaats van Hep. Sulf. Silicea D¹². De algemeene toestand bleef goed. Alleen moet vermeld

*) Voordracht, gehouden in de vergadering der Ver. v. H. G. i. N. van 17 Mei 1917.

worden, dat er af en toe eenige heeschheid optrad; nieuwe abscessen vormden zich niet, de beweeglijkheid van den voet keerde terug.

Patiënt genoot uitkeering van de R. V. B. De adviseerende geneesheer wenschte wegens den langen duur van het proces een consult met een chirurg. Deze sloeg onverwijld amputatie van den voet voor. Na eenig gedelibereer werd er toe besloten. Dit geschiedde einde Juli. De operatie verliep vlot en het genezingsproces eveneens, doch toen de stomp was genezen en patiënt met een prothese naar huis ging, begon hij te hoesten. Er kwam een duidelijk tuberculeus proces in beide longen en na wat schommelingen succombeerde patiënt in Maart van het volgende jaar aan een uitgebreide longtuberculose.

De 2^e patiënte, van wie ik u wil vertellen, is het meisje L., oud 12 jaar, toen ik bij haar kwam in den zomer van 1915. Het kind was in deplorablen toestand.

Broodmager, klein, schitterende oogen, in hals aan beide zijden klierzwellingen, evenals in den buik. De rechervoet was een misvormde klomp, onbeweeglijk, aan alle kanten abscessen, fistels en weke zwellingen. In de longen waren geen afwijkingen. In de rijksklinieken was amputatie geadviseerd, wat de ouders niet wilden. Zonder dezen factor zou ik waarschijnlijk ook amputatie geadviseerd hebben, doch nu kon ik zeggen: „als u beslist geen amputatie wilt, dan zal ik mijn best doen, doch reken op een zeer langen duur!” — De voet werd in een draadspalk gelegd en door de wijkzuster werd voor een voortreffelijke uitwendige behandeling gezorgd (droge gaascompressen). Inwendig werd Hep. Sulf. D¹² en Tuberculinum gegeven. Voeding en ligging werden geregeld. Van het begin af trad beterschap in. De abscessen ledigden zich, terwijl zich nog enkele nieuwe vormden in den loop der maanden, totdat ten slotte nog enkele fistels overbleven. De algemeene toestand was snel en sterk verbeterd. De klierzwellingen verminderden, het kind groeide zichtbaar. De pijnlijkheid van den voet verminderde sterk en de beweeglijkheid kwam terug. In den loop van 1916 sloten zich de fistels en we begonnen de eerste loopoefeningen. Zonder eenige stoornis bleef alles goed gaan. Het meisje bezoekt nu de naaischool. Zij loopt met beperkte beweeglijkheid zonder steun.

De beschouwing en overweging dezer beide gevallen heeft mij doen nadenken en lezen over het algemeene resultaat van de behandeling van dergelijke aandoeningen.

We zien hier twee patiënten met tuberculeuzen aanleg (het meisje bovendien hereditair-scrophuleus), die beiden onder conservatieve behandeling goed vooruitgaan. De eerste gaat in aansluiting aan een

operatie te gronde en de tweede geneest. Ik weet wel, dat hier overal en bijna achter ieder woord vraagteekens kunnen geplaatst worden, maar ik noem slechts den totaalindruk. Het zal daarom goed zijn, na te gaan, welke de ervaringen zijn van vooraanstaande mannen, die over veel materiaal te beschikken hebben. Mijn zeer beperkte tijd dwong mij er toe, een enkele greep hier en daar te doen.

Syring bespreekt in „Brunns' Beiträge zur Klin. Chirurgie 1913", 215 gevallen van Tbc. van het voetgewricht. Van deze werden 32 = 14.8 %, conservatief behandeld en 183 of 85.2 %, operatief of conservatief en operatief. Van de conservatief behandelde leverden 75 %, een goeden of zeer goeden uitslag, 25 %, een matigen of slechten. Deze getallen spreken eigenlijk des te sterker vóór conservatieve behandeling, daar bij de conservatief behandelde steeds een aantal patiënten is, dat weigert zich te laten opereeren en dus slecht materiaal is. Aan den anderen kant zijn deze cijfers geflatteerd, want bij velen, die eerst conservatief behandeld werden, moest deze methode opgegeven worden, omdat resultaat uitbleef en tòch tot operatie worden overgegaan. Syring meent, dat beginnende gevallen zich goed leenen voor conservatieve behandeling, dat deze therapie dus goed is in uitgezochte gevallen.

Van de operaties acht S. de resectie naar König de beste. In 80 gevallen bereikt hij in 62 % goede en beste resultaten, van de overigen stierven 4 binnen 2 jaren aan longtuberculose, terwijl bij 3 een recidief bestaat en bij 6 anderen alsnog geamputeerd moest worden. De goed verlopen gevallen beschouwend naar den leeftijd der patiënten, zien we, dat van personen onder 20 jaar 75 % geneest en bij ouderen slechts 53 %. Syring's besluit is, dat resectie moet worden toegepast, wanneer conservatieve behandeling in den steek laat of door uitwendige omstandigheden niet mogelijk is.

Van amputaties vermeldt hij 45 gevallen, van deze geven 30 een goeden uitslag, 3 een slechten, terwijl 12 patiënten stierven, niet in directe aansluiting aan de operatie, n.l. aan long- of algemeene tuberculose 1—2 jaar na de operatie.

Als tweede bron, waaruit ik putte, noem ik een verhandeling van Leuba, assistent van Rollier in Leysin, vermeld in het Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1913. Deze bespreekt uitvoerig de behandeling van 94 patiënten met tuberculose van den voet, 35 zonder absces, 17 met absces en 42 met fistels, waarvan er resp. 33, 15 en 39 genazen, 2 en 2 verbeterden, 1 en 1 stationnair bleven en 1 stierf. Van de 94 hebben 82 hun beroep weer kunnen ter hand nemen.

Hij bereikte deze resultaten met *heliotherapie*, natuurlijk gepaard met algemeene maatregelen voor voeding, ligging etc.

De behandelingsduur was gewoonlijk niet langer dan 1 jaar. Het meest had hij moeite met patiënten boven 50 jaar en hij stelt in ieder geval als eisch dat er geen amyloïd is.

Wanneer men in aanmerking neemt, dat onder degenen, die zich voor deze behandeling aanmelden, een groot aantal is, dat bij chirurgische behandeling geen resultaat bereikte, dan springt het zeer hoge percentage van genezenen te meer in het oog.

In het Zentralblatt für die Gesamte Medizin vinden we tal van referaten o.a. van Wittek, Rollier, Fraser e. a. die bijna eenstemmig zijn in hun aanbeveling van conservatieve behandeling. Toch vinden we op een enkele plaats de opmerking, dat de conservatieve behandeling zoo lang duurt en dus zoo duur is en daarom chirurgisch ingrijpen aanbeveling verdient. Deze redeneering zou juist zijn, als het resultaat van chirurgische behandeling in het algemeen minstens gelijk stond met dat van conservatieve behandeling. De statistieken, beter gezegd de ervaringen van degenen, die in beide richtingen veel ervaring hebben, zijn echter zooals uit het bovenstaande blijkt, gansch anders. Het is duidelijk, dat de conservatieve behandeling de beste kansen geeft. Bijzonder duidelijk spreekt dit uit de kleine statistiek van amputaties! Van 45 amputaties komen er 30, d. i. 66 $\frac{2}{3}$, % goed terecht, 3 of $\pm 6\frac{2}{3}$, % slecht en 12 of 26 $\frac{2}{3}$, % sterft 1—2 jaar na de operatie „niet in aansluiting aan de operatie”, d. w. z. niet tengevolge daarvan. Doch dit zeer hoge sterftecijfer, dat na conservatieve behandeling absoluut niet voorkomt, moet toch verontrusten. Vanwaar komt het? Wanneer wij ons den gang van zaken bij mijn eersten patiënt voor den geest roepen, krijgt men toch zeer sterk den indruk, dat er verband is tusschen de operatie en de longtuberculose, zij het dan ook niet een direct verband.

Patiënt heeft geleden aan een exquisiete tuberculeuze laryngitis, waarschijnlijk ook een tuberculeuze longaandoening gehad in vroeger tijd. In aansluiting aan zijn trauma krijgt hij een tuberculose van den voet. Hij was dus een tuberculeus individu, maar een, dat blijkens deze historie een sterke neiging tot genezing, een groot weerstandsvermogen had; zich had verworven een zekere mate van immuniteit tegen zijn eigen infectie. Nu komt de operatie. De stomp geneest, doch natuurlijk is hij nog hetzelfde tuberculeuze individu, *nu* echter met sterk verminderd weerstandsvermogen. De infectie localiseert zich in de longen en patiënt bezwijkt in korten tijd.

Ik zeg niet, dat mijn beschouwing onaanvechtbaar is, maar zij komt mij toch voor, redelijk gedacht te zijn.

Mijn resultaat is geen absolute uitspraak. Doch *dit* kan ik zeggen, dat, waar ik vóór dezen wellicht op het enkele advies van den chirurg

mede tot operatief ingrijpen zou geraden hebben, mij nu voortaan deze beide gevallen voor den geest zullen komen. De amputatie mag niet anders worden toegepast dan als ultimum refugium, maar dan ook *werkelijk* ultimum. De chirurg troost ons gewoonlijk voor de operatie met de gedachte, dat er een sterke infectiehaard wordt weggenomen, maar hij verliest erbij soms uit het oog, dat het een infectie is, waartegen weerstand kan bestaan, terwijl de operatie dezen weerstand vermindert resp. wegneemt, doch de infectie *blijft*, al wordt de haard weggenomen, die slechts secundair aan de infectie is.

Het groote gevaar, dat hier dreigt, is de sociale indicatie.

De chirurgische behandeling belooft spoedig herstel, wat beteekent een spoedig hervatten van den arbeid en dus opheffing van moreele depressie, winst aan tijd en geld. De conservatieve behandeling verzekert u slechts van den langen duur, doch geeft zonder twijfel beter kansen. Kan het soms al moeilijk zijn den booze d. w. hier zeggen: het mes, te weerstaan, het standvastig doorzettingsvermogen van den geduldigen en volhardenden medicus en patiënt bereiken hier schoone uitkomsten.

ENKELE OPMERKINGEN OVER GENITAAL- EN PERITONEAALTUBERCULOSE BIJ VROUWEN.

(SLOT.)

DOOR DR. J. N. VOORHOEVE. *)

2°. Thans komen we aan het tweede punt, n.l. de groote moeilijkheid der diagnose. Ook uit de litteratuur kom ik tot dezelfde conclusie, als bij mijn gevallen. Wel worden zeer vele symptomen genoemd, maar deze zijn geen van alle pathognomonisch gebleken. Langen tijd heeft het symptoom van Hegar (kleine knobbeltjes in cav. Douglasii, 't best van uit het rektum te voelen) bij genitaaltuberculose als zoodanig gegolden. Later is echter gebleken, dat 't bij enkele andere aandoeningen, vooral bij peritoneaalcarcinose, evenzeer voorkomt, maar, wat gewichtiger is, lang niet altijd bij tuberculose der adnexa voorkomt. Ik heb bij mijn gevallen het symptoom slechts éénmaal en dan nog onduidelijk waargenomen; n.l. bij geval 5.

Verder heeft gedurende eenigen tijd de bewering in de litteratuur de

*) Naar een voordracht, gehouden in de vergadering van Nov. 1916.

ronde gedaan, dat er bij genitaaltuberculose steeds uterushypoplasie zou voorkomen, wat overigens vrij zelden wordt waargenomen op den leeftijd, waarop de tuberculose gewoonlijk haar slachtoffers maakt. Wie deze theorie 't eerst heeft verkondigd, heb ik niet kunnen ontdekken. In de latere litteratuur vind ik er niets van terug. Voorzover ik bij mijn patiënten de uterus gevoeld heb (gevallen 1, 2, 3, 4, 5 en 7) was deze steeds min of meer duidelijk vergroot.

Een gewichtig hulpmiddel bij de beoordeeling, of een proces van tuberculeuzen aard is, blijft steeds de tuberculine-reaktie, het veiligst volgens von Pirquet uitgevoerd. Maar ten slotte zegt een positief resultaat niet meer, zooals bekend is, dan dat er ergens in het lichaam een tuberculosehaard bestaat, of althans eenigen tijd actief aanwezig is geweest. Een negatief resultaat, althans wanneer de reactie bij herhaling negatief is, heeft grootere, zij 't negatieve waarde. Bij oudere patiënten (ik pleeg hier 6 jaar als grens te nemen) meen ik, dat er alleen waarde aan een positief resultaat mag gehecht worden, wanneer een nauwkeurige anamnese geen enkel vermoeden doet ontstaan, dat vroeger reeds ergens in het lichaam een tuberculose werd doorgemaakt. In zulke gevallen krijgt vooral een sterke reaktie wel degelijk waarde. Bovendien wijst een gedurende het ziekteverloop sterker wordende reaktie, eveneens op een actief, want immuniseerend, tuberculeus proces. *Lindig*¹⁾ beveelt voor dit doel Rosenbachs tuberculine zeer sterk aan, dat alleen een positieve reaktie zou geven, als er nog een aktief proces aanwezig is. Zelf heb ik dit nog nooit toegepast; ik vond ook nergens een bevestiging van deze bewering door anderen.

En zoo blijft ons voor een zekere diagnose niets anders over, dan het aantoonen van tuberkelbacillen in de excreta of van tuberculeuze veranderingen, resp. bacillen in de slijmvliesstukjes, door een eventueel curettement verkregen. Maar het gaat hier al evenzoo als bij de longtuberculose: gewoonlijk verschijnen deze excreta (hier de fluor, daar 't sputum) pas in een later stadium en juist in het beginstadium willen we de ziekte herkennen. En dan nog brengen ze lang niet altijd de authentieke bewijzen van hun herkomst mede.

Zonder operatie en zonder een positief resultaat van de bacillenjacht, komen we blijkbaar niet verder dan tot een waarschijnlijkheidsdiagnose. In 't algemeen kan men de diagnose der abdominaalaandoeningen wel onder de moeilijkste rangschikken; de meeste vergissingen geschieden op dit terrein. Zoo is het dan dikwijls reeds een puzzle op zichzelf, om uit te maken of jaren bestaande buikklasten van nerveuzen aard zijn, of toegeschreven moeten worden aan werkelijk bestaande chronische

¹⁾ *Lindig*. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 78. Pag. 224.

afwijkingen: chron. appendicitis, colitis, peritonitis, oöphoritis, enz., enz. Zijn er objectieve verschijnselen, zooals vocht in de buikholte, tumoren, dempingen enz., dan wordt de zaak eenvoudiger, maar als men die niet vinden kan, dan blijft men vaak jaren in 't duister tasten, zooals ik bij verscheidene patiënten heb waargenomen. 't Is daarom m. i. goed te weten, dat hardnekkige, door geen rationeele therapie en diëet te bestrijden maagklachten van allerlei aard zeer vaak tijden lang de eenige symptomen van peritoneaal- en genitaallijden kunnen zijn.

Meent men tot een werkelijk bestaande aandoening te moeten besluiten, dan blijft de vraag naar den aard ervan nog te beantwoorden, en hier komt de tuberculose wel in de eerste plaats in aanmerking. En hierbij leggen dan erfelijke belasting, positieve tuberculinereactie, ev. 't symptoom van Hegar hun gewicht in de schaal.

3^o. Wat de aetiologie der *primaire* genitaaltuberculose betreft, heb ik inderdaad gevonden, dat deze in de meeste gevallen wordt toegeschreven aan eene besmetting bij cohabitatie, ev. door masturbatie, een infectie bij gynaekologisch onderzoek en ten slotte ook kan optreden bij een vrouw met open tuberculose in een ander orgaan, door slordig omspringen met sputa, faeces, enz.

Bovendien blijken er enkele gevallen voor te komen, die niet onder een dezer mogelijkheden kunnen gerangschikt worden en daaronder behoort ook mijn geval. Toch zijn er nog zeer velen, die het voorkomen hiervan niet willen erkennen; zij meenen dat men dan steeds een secundaire aandoening in aansluiting aan peritoneaal-tuberculose voor zich heeft. In de eerste plaats nu is 't niet in te zien, waarom niet evengoed eens de eerste tuberculeuze haard in 't lichaam in de ovaria of een ander deel van het genitaalapparaat kan voorkomen, als in een ander van de buitenwereld afgesloten orgaan, zooals een pijpbeen, nier, peritoneum, enz., waaraan veel minder wordt getwijfeld, maar bovendien zou ieder met onbevangen oordeel zeker door mijn patiënt tot het aannemen eener *primaire* aandoening zijn gebracht, wanneer hij althans de patiënte en de operatie had meegemaakt; een eenvoudige mededeeling van zulk een geval pleegt die kracht niet te bezitten.

Over de wijze, waarop deze toch altijd zeldzame gevallen ontstaan, is nog niets met zekerheid bekend. Natuurlijk moeten we òf aan den haematogenen òf aan den lymphogenen weg denken, naar analogie van vele andere tuberculeuze aandoeningen. De haematogene weg is hier de meest waarschijnlijke en wordt ook algemeen aanvaard; op de motieven daarvoor behoef ik hier niet verder in te gaan. In elk geval moeten de ovaria dan, misschien slechts tijdelijk, een *locus minoris resistentiae* gevormd hebben. Verklaarbaar is bij deze opvatting, dat de meeste

dezer gevallen, zoo niet alle, in de puberteit beginnen. In den tijd, dat de genitalia uit hun latenten toestand overgaan in de activiteit van het geslachtsleven, in den tijd dus van aanpassen aan een nieuwen toestand, is een verminderde weerstand alleszins begrijpelijk.

4°. Ten slotte wil ik dan nog iets over de prognose in verband met de therapie zeggen, natuurlijk hoofdzakelijk voorzoover 't geldt mijne ervaring bij mijn patiënten. 't Ligt misschien aan mijn geringe ervaring, maar toen ik den operateur den buik zag dichtmaken en daar overal op 't peritoneum grootere en kleinere tuberkels en in het kleine bekken groote stukken verhard, geïnfiltréerd weefsel met tal van tuberkels doorregen, zag achterlaten, terwijl ook de overblijvende vaginaalstomp lang niet vrij van deze fatale haardjes was, maakte ik de prognose voor het zwakke, tengere schepseltje absoluut infaust, zoo al niet direkt quoad vitam, dan toch wat mogelijkheid op herstel betreft. Ze kwam na eenige weken thuis met vele sterk secernerende fistels in het operatielitteken, om naar ik vast verwachtte, langzaam weg te teren. Maar in plaats daarvan sloten de fistels zich geleidelijk, werd de temperatuur normaal, begon de eetlust goed te worden, nam ze flink in gewicht toe, totdat ze na talrijke rechutes eindelijk zoover is, dat ze rondloopt, lichte bezigheden verricht, terwijl de eenig overgebleven klachten zijn: gauw moe, veel hoofdpijn en pijn in den buik na lang loopen. Wanneer we bedenken, dat dit meisje altijd zwak en moe was, hoofdpijn had, enz., dan mogen we haar toch wel als betrekkelijk genezen beschouwen.

Misschien zullen toch wel velen uwer begrijpen, dat dit me heeft verrast, en dat ik geneigd ben, dit verloop mede aan de ingestelde therapie toe te schrijven.

't Is natuurlijk altijd uiterst moeilijk, met eenige kans de waarheid te benaderen, verband te leggen tusschen therapie en genezing, tenminste in een op zichzelf staand geval; heel veel moeilijker is dit nog, wanneer we met de prognostisch zoo uiterst grillige tuberculose te maken hebben, daar kunnen we feitelijk alleen statistisch iets zeggen, en dan nog moeten we uiterst voorzichtig zijn. Voor een tiental jaren gold de laparotomie als zoodanig als een therapeutisch zeer gunstig werkende ingreep, vooral bij de „vochtige” tuberculeuze peritonitis; zelfs talrijke statistieken waren er, om dit „afdoende” te bewijzen. Maar hoe uitgebreider de statistieken werden, des te geringer werd het gunstige cijfer der gelaparotomiseerden, en thans wordt vrij algemeen het standpunt ingenomen, dat de laparotomie lokaal wel gunstiger resultaten geeft dan de conservatieve behandeling, maar ongunstiger, wat betreft het algemeen welzijn der patiënten. Nog steeds blijkt, al naar den vorm der aandoening (exsudatief, adhaesief of ulcereus) met of zonder operatie de sterfte binnen eenige jaren van 35 tot

65 % te bedragen. Naast gevallen van frappant snelle genezing na laparotomie, staan zoo vele gevallen van overgang in algemeene tuberculose, dat men zeer scherp moet individualiseeren om met goed geweten in elk afzonderlijk geval operatie aan, resp. af te raden. In elk geval zijn de exsudatieve (vochtige) gevallen voor operatie het meest gunstig en juist het bovenbeschrevene was een „droog” geval. Voor verdere uiteenzetting wil ik o. a. naar het artikel van van Roojen in het Tijdschrift voor Geneeskunde ¹⁾ verwijzen. Ook hij neemt als chirurg ongeveer hetzelfde standpunt in en opereert alleen op strenge indicatie: sterk toenevende ascites, ileus, doorbraak, warme abscessen, enz. Voor 't overige staat algemeene behandeling bovenaan: rust, goede voeding en vooral heliotherapie. Bij mijn patiënte is dit natuurlijk ook toegepast, ze had gelukkig een zonnige woning en trof een zonnig voorjaar, zoodat dit zeker veel heeft bijgedragen tot haar herstel. Of ook de homoeotherapie, die bovendien werd toegepast, nog het hare tot den gunstigen afloop heeft bijgedragen, waag ik niet te beslissen.

Het voornaamste homoeopathische middel is bij de tuberculeuze peritonitis wel het *Tuberculinum*, dat onder zijn symptomen zeer vele bezit, die gelijken op de verschijnselen der peritonitis. Dit is ook in de meeste mijner gevallen het hoofdmiddel geweest, dat gedurende korter of langer tijd werd gegeven; daarnaast werden dan bij sterke verandering van het ziektebeeld af en toe andere middelen gegeven. Voornamelijk zijn het **Apis**, **Arsenicum**, **Bryonia**, *Carbo veget.*, *Colocynth*, *Hepar sulf*, **Jodium**, *Lachesis*, *Lycopodium*, *Mercur*, **Scilla**, *Silicea* en **Sulfur**, die hier in aanmerking komen. Het meeste resultaat meen ik nog van de vet gedrukte middelen gezien te hebben; ook geven deze in hun symptomenbeeld nog de meeste aanknoopingspunten, 't zij met aandoeningen van het peritoneum, hetzij met die van het vrouwelijk geslachts-apparaat.

¹⁾ 1916. I. Pag. 1939.



REFERATEN EN RECENSIES.

Berliner Homoeopathische Zeitschrift, 1916.

October.

H. MENG. *Ueber Tuberkulin* door Prof. Kent, vertaald en van een inleiding voorzien.

In de deutsche homoeopathische werken over geneesmiddelleer komt weinig voor over Tuberculine, daar in Europa weinig proefnemingen met deze stof op den *gezonden* mensch gedaan en homoeopathisch bruikbaar zijn.

Swan heeft het in de homoeopathische geneesmiddelleer ingevoerd, vervolgens kwam *Burnett* (bacilline), proeven van *Koch* met tuberculine, *Lux* en *Hering* reeds vroeger.

Nebel: „Tuberculine is de isopathische sulfur”. In *Clarke's* „Dictionary of Materia medica” vindt men een opsomming van tuberculine-symptomen, gedeeltelijk afkomstig van proeven op tuberculeuse menschen, gedeeltelijk op gezonden met de 30^e verd.

Proeven van *Nebel* (Band 19 van dit tijdschrift) met tuberculine 30 op tuberculose-lijders. Proeven op zieken hebben slechts betrekkelijke waarde.

In de deutsche homoeopathische tijdschriften verschillende klinische mededeelingen over tuberculine (*Sick*, Stuttgarter Diaconessenhuis), meestal per os, soms ook subcutaan aangewend. De meeste homoeopathische artsen geven tuberculine in zeldzame giften en hooge verdunning, vooral *Nebel*.

Allopathische aanwending: cutane enting, meestal alleen voor diagnostische doeleinden. De oudere methoden, steunende op de resultaten van *Koch* door *Deyke-Much* gewijzigd: intracutaan, met uiterst minimale hoeveelheden (0.1 c.c.m. van een verdunning van 1 op 100 000 miljoen bij sterk reagerende personen).

Vervolgens komt de vertaling van *Kent's* voordracht over *Tuberculinum bovinum*. Het praeparat door *Kent* gebruikt is afkomstig van tuberculeuze klieren van geslacht vee; eerst door *Boericke* en *Tafel* tot de 6^e verdunning verwerkt en vervolgens met de *Skinner-machine* tot de 30^e, 200^e, 1000^e!

Kent gebruikt tuberculine niet als isopathisch, maar zuiver als homoeopathisch middel, op grond dus van de symptomen, die het veroorzaakt.

Wat nu volgt, is daarmee niet geheel in overeenstemming. Het wordt n.m.l. als een middel voor malaria, als een „antipsorisch” middel, als middel tegen tuberculose, „waar andere middelen in den steek laten,” aanbevolen. (Ref.)

De verzekering, dat tuberculine in de 10^e, 50^e, 100^e en 1000^e verdunning 2 maal gegeven alle kinderen en jonge lieden, „die tuberculose geërfd hebben”, immuun maakt, zal wel door weinigen zonder nader bewijs aanvaard worden.

De waarnemingen, die *K.* tot de aanwending van tuberculine gebracht hebben, zijn 1^o psychische symptomen, die verdwenen terwijl de patiënt in behandeling was, 2^o zulke, die zich gedurende de proefneming ontwikkelden en 3^o zulke, die hij vaak geassocieerd heeft aangetroffen, wanneer de patiënt van tuberculeuze vergiften doortrokken was, en die door tuberculine genazen.

Deze psychische symptomen worden dan genoemd; of zij echter door tuberculine bij *gezonde* personen worden veroorzaakt, blijkt uit niets. In hetgeen verder volgt, over de toepassing van tuberculine, vinden wij telkens verschijnselen genoemd, die niet gevonden zijn door proefnemingen met het middel op gezonden. Wanneer alle verschijnselen, die bij tuberculose-lijders

worden waargenomen, tezamen het symptomenbeeld van tuberculine moeten leveren, dan zal men wel tot een zeer uitgebreid werkingsgebied van dit middel komen, maar of de indicaties betrouwbaar zijn, valt te betwijfelen. Dan schijnt het ons beter tuberculine eenvoudig als een *isopathisch* middel te beschouwen en er niet een *homoeopathisch* middel van te willen maken. In elk geval zouden betrouwbare proefnemingen op gezonden moeten voorafgaan, volgens de fundamenteele beginselen der homoeopathische methode, daarna eerst zou kunnen beslist worden, of tuberculine op grond van het Similia Similibus aangewend worden kan.

H. MENG. *Verhärtungen und Krebs*, van J. E. Gilman, vertaald uit „*Medical Advance*”.

G. behandelde vóór 25 jaar een patiënt met dubbelzijdig sarcoma der mamillae, die beide reusachtig vergroot waren. Hevige pijnen. Verschillende collegae waren van opinie, dat patiënt met of zonder operatie nog slechts één jaar leven kon.

G. behandelde hem uitwendig met Phytolacca-ceraat, inwendig met Arsen. Jodat., Baryt. Jodat., en Ferr. Jodat. Bovendien van tijd tot tijd nog Phytolacca en Makrotin. inwendig. Volkomen genezing na eenige maanden en tot heden (na 25 jaar) geen recidief.

De drie genoemde Jodiumverbindingen werken volgens G. specifiek bij alle klierinduraties, ook bij „carcinoma en dergelijken,” waarop zij gunstig werken en soms zelfs genezend. Vooral bij scrophuleuze, resp. tuberculeuze kliertumoren. (Dit laatste is wel van algemeene bekendheid. Ref.)

Bij tuberculeuze kliertumoren komt dan nog de uitwendige behandeling met „Mulyptol”. Mulyptol is een Eucalyptuspraeparaat door Dr. Cooke Adams bereid en zoo genoemd naar Müller, den grooten deutschen chemicus en *Eucalyptus*. (De reden, waarom dit gunstig zou werken, door „oxydeerende kracht”, lijkt ons weinig aannemelijk. Ref.)

Ook Röntgenstralen worden door G. bij tuberculeuze induraties aangewend, in den tijd, dat Mulyptol hem nog niet bekend was.

Een dame met een vergevorderden scirrhus, die de geheele rechterzijde van den thorax innam van het sleutelbeen tot den ribbeboog, beenhard, ulcereerend. Conium 30 + X-stralen. Het gezwel „smolt weg.” Volkomen genezing. Bij 50 gevallen van carcinoma, op deze wijze behandeld, X-stralen + inwendig middel, verbetering of volkomen genezing. In een volgende reeks gevallen bleef echter het succes uit. De oorzaak van dezen tegenslag zoekt G. in de verbetering van de Röntgenbuizen, waardoor de stralen hunne volle kracht ontwikkelden en nu te sterk werkten. Daarom heeft hij deze methode verlaten. Operatie is volgens G. steeds het slechtste, wat men kan doen. De verweerkraft der natuur wordt er door vernietigd, het nog gezonde weefsel wordt geïnfecteerd, het blijvende litteken vormt een beletsel voor den ongestoorden lymfestrroom en bovendien is de indirecte oorzaak van het ontstaan van c.c. niet lokaal, maar algemeen.

Volgt eene eigenaardige beschouwing over het ontstaan van c.c.

Nadat G. de behandeling met X-stralen verlaten heeft, gebruikt hij uitwendig steeds Mulyptol (met oleum olivarum) in compressen op het gezwel, 3 of meer malen daags geapliceerd. Daarbij inwendig de genoemde middelen.

G. is van meening, dat elk carcinomageval, dat tijdig in behandeling komt, op deze wijze te genezen is.

December.

H. MENG. *An der Schwelle des Zweiten Jahrhunderts der Homöopathie als wissenschaftliche Heilkunde*.

Naar aanleiding van het feit, dat de Homoeopathie als wetenschappelijke

geneesmethode de tweede eeuw van haar bestaan is ingegaan, geeft M. in dit artikel een overzicht van hare ontwikkeling en de uitbreiding, waartoe zij gekomen is.

Van 1812—1819 hield Hahnemann aan de universiteit te Leipzig tweemaal per week voordrachten over zijn „Organon” en vormde daardoor de eerste homoeopathische artsen in Duitschland.

Thans telt Duitschland er 4 à 500 en millioenen aanhangers in alle volksklassen, één homoeopathisch ziekenhuis met 80 bedden te Gross-Lichterfelde bij Berlijn; in verschillende grote steden openlijke en private poliklinieken en kleine ziekeninrichtingen; in Berlijn en Stuttgart twee militaire lazaretten, waar de homoeopathische behandeling toegelaten is. Verder is in Stuttgart een ziekenhuis in aanbouw, dat 120 à 140 zieken kan opnemen. Duitschland telt verder twee wetenschappelijke homoeopathische tijdschriften en drie populaire (Berliner Hom. Zeitschrift, Allg. Hom. Ztg. — Leipziger popul. Zeitschr. für Hom., Hom. Monatsblätter, Hom. Rundschau.) Eenige wetenschappelijke bladen laten ook nu en dan Hom. artsen aan 't woord komen. Deze getallen bewijzen, dat de Homoeopathie trots alle tegenwerking zich staande gehouden heeft.

M. bespreekt verder *de verhouding der Homoeopathie tot de officiële geneeskunde*, de beteekenis voor de Homoeopathie van de wetten van Arndt, Schulz en Hueppe, de onderzoekingen van Oswald, Schade, von Dühring over fermenten en katalysatoren, die licht verspreiden over de verklaring van de werking der homoeopathische geneesmiddelen. Verder de onderzoekingen over Ionen, Radium en Mesothorium, enz. Hij komt tot het besluit, dat de Homoeopathie als wetenschap in Duitschland in den laatsten tijd tot stilstand gekomen is, daar de verhoudingen voor een steeds toenemen van het aantal hom. artsen te ongunstig zijn en de praktische hom. artsen niet in de gelegenheid zijn, naast hunne praktische werkzaamheid, systematisch te werken aan de ontwikkeling der Homoeopathie. Een en ander wordt nader toegelicht. Een school voor de vorming van hom. artsen bestaat niet. De Homoeopathie heeft behoefte aan wetenschappelijke mannen, die met al hun krachten aan de in- en uitwendige ontwikkeling dezer methode werken. Verder zijn dringend noodig ziekenhuizen en instituten, waarin onderwezen en onderzocht wordt. Dat aan enkele universiteiten homoeopathische leerstoelen opgericht zouden worden, heeft op zichzelf geen waarde voor de ontwikkeling der Homoeopathie.

Het voorbeeld van Noord-Amerika kan ons veel leeren. Daar deed de Staat aanvankelijk niets. Zelfstandige leerscholen voor artsen, klinieken, ziekenhuizen kwamen door de opofferende werkzaamheid van artsen en genezen patiënten.

Thans bezitten de Ver. Staten van N.-Amerika 56 hom. algemeene ziekenhuizen met 35—1400 bedden, 13 hom. krankzinnigengestichten met 150—2000 bedden, 7 hom. kinderziekenhuizen met 38—195 bedden, 9 hom. ziekenhuizen voor vrouwen met 30—100 bedden, 21 hom. sanatoriën met 30—250 bedden, terwijl nog een groot aantal ziekenhuizen bestaan, waarin de patiënten naar keuze allopathisch of homoeopathisch behandeld kunnen worden.

Eindelijk bestaan er 17 homoeopathisch-medische faculteiten voor de wetenschappelijke vorming van hom. artsen.

Het lezenswaardige artikel van M., waaruit wij slechts wat konden aanstippen, eindigt met het volgende resumé:

De homoeopathische school in Duitschland onderscheidt zich principiëel van de officiële, door de erkenning van het Similia Similibus en door de daarop steunende methode der geneesmiddelaanwending.

De Homoeopathie in Duitschland, gewaardeerd naar haar wetenschappelijk optreden, is in de laatste decennien niet merkbaar vooruitgegaan.

De leekenbeweging heeft goede resultaten gehad, maar moet hare krachten niet verspillen aan pogingen, die praktisch geen waarde hebben, maar zich toeleegen op de oprichting van ziekenhuizen en leerscholen voor artsen.

Een dringende noodzakelijkheid is de organisatie der hom. artsen in eene maatschappelijk en wetenschappelijk zelfstandige vereeniging, die er met alle krachten naar streeft, in samenwerking met de algemeene artsenvereeningen, het aanzien der geneeskundigen te verheffen.

D. K. M.

Allgemeine Homöopathische Zeitung, 1916.

Juli.

BOURZUTSCHKY. *Aus der Praxis!*

Ataxie und Abasie.

Patiënt van 56 jaar kwam in behandeling met de klacht sedert 5 jaar niet meer goed te kunnen loopen. Bovendien geslachtsziekte met uitslag en mondontsteking doorgemaakt. Zware vorm van tabes. Patiënt was op verschillende wijzen behandeld, doch nimmer met een Jodiumpraeparaat, hoewel lues in de anamnese. Therapie: Jodkalium D¹ 3 × daags 10 druppels en Fraenkelsche oefenings-therapie. Belangrijke verbetering. Later kon de behandeling niet voortgezet worden.

Een dergelijke stoornis bij 't loopen vertoonde een vrouwelijke patiënte. Het was echter geen tabetische ataxie, maar de bekende dronkenmansgang: cerebellaire ataxie. Daarbij langzame en moeilijke spraak, zooals bij multipole sclerose. Toch was, naar uit de ziektegeschiedenis bleek, geen organische aandoening aanwezig. Alles wees op den hysterischen aard der ziekte. Patiënte was vroeger met Jodkalium behandeld, zonder resultaat.

Therapie: Loopoefeningen, aanvankelijk zeer kort, 2 × daags een kwartier. Medicamenteus: Gelsemium, wegens de symptomen: algemeene depressie, onverschilligheid en dofheid, krachteloosheid van de extremiteiten. Bij voortgezet gebruik van dit middel kon patiënte langzamerhand grootere wandelingen ondernemen en trad genezing in.

Spigelia bij Morbus Basedowi. Een geval van deze ziekte, waarbij reeds 3 maal geopereerd was door Prof. Kocher. Het resultaat dezer operaties was gering.

De verschijnselen waren: sterke protrusio bulbi, hevige hartkloppingen, tremor der handen en zeer hinderlijke slapeloosheid, vermagering.

Na de operaties was de toestand onveranderd gebleven, behalve dat alleen de vermagering opgehouden had.

Behalve diätetische voorschriften werd *Spigelia D⁴* gegeven, 3 × daags.

De slapeloosheid verdween daarop zeer snel, de andere bezwaren langzamerhand. Het duidelijkst was de invloed van het middel op de slapeloosheid, die een paar maal, terwijl het gedurende eenigen tijd niet genomen werd, weder toenam.

In een ander geval van dezelfde ziekte met dezelfde verschijnselen werkte *Spigelia* even gunstig vooral op de slapeloosheid.

Bekkenabsces. Zeer kachektische patiënte, die door zwakte en pijnen nauwelijks loopen kan, 9 maanden ziek: hevige pijnen in den buik links, in het linkerbeen uitstralend, koortsaanvallen; tweemaal van de vagina uit geopereerd, waarbij veel pus ontlast was. Hypermenorrhoe. Grote harde tumor in den onderbuik links.

Therapie: volkomen rust, heete compressen, vaginaalirrigaties met heet water, *Lilium D³* drie maal daags.

Na drie weken patiënte nog meer verzwakt, maar tumor verdwenen. Grote hoeveelheid etter was per vaginam afgegaan.

Sulfur in lage verdunning. Na een maand: ettering uit de vagina minder, algemeene toestand iets beter, maar na sterke menstruatie, 12 dagen aanhoudend, weder zeer groote zwakte. Nu werd *Crocus D²* gegeven en na eenige weken volkomen genezing geconstateerd.

D. K. M.

The Hahnemannian Monthly.

December 1916.

J. L. PECK. *Surgery of the gall-bladder and bile ducts.*

Geeft de indicaties voor cholecystostomie en cholecystectomie.

J. A. BROOKE. *The results in treatment of fractures of the neck of the femur.*

Een nieuwe methode, alleen met pleisterverband na repositie.

G. H. BOYER. *Radiography by the general practitioner.*

Elke medicus practicus moest zijn eigen Röntgenonderzoek doen, liefst met eigen instrumentarium. B. heeft daarvoor aan jaarlijksche onkosten 180 dollar, afschrijving en rente inbegrepen.

J. G. WURTZ. *Cirrhosis of the liver.*

De onderscheiding atrofische en hypertrofische cirrhose is verouderd; men onderscheidt nu een portale en een bilieuze vorm, de een met ascites, de ander met icterus; bij beide kunnen zoowel lever als milt vergroot en verkleind zijn. Alleen in 't eerste begiu is langs medicamenteuzen weg kans op genezing, maar bijna steeds komen de patiënten veel later, omdat 't beginstadium zoo zeer weinig verschijnselen geeft.

P. A. TINDALL. *Compulsory refraction.*

Een pleidooi voor nauwkeurig oogonderzoek bij 't jonge kind en waar noodig vroeg voorschrijven van een bril; T. acht dit een prophylacticum tegen veel latere ellende, zelfs meent hij, dat de longtuberculose er door verminderen zal, omdat de kinderen minder gedwongen zijn krom te loopen of te zitten.

D. ROMAN. *Surgery of the gall-bladder.*

R. is voorstander van vroegoperatie bij cholecystitides. Hij raadt aan bij hardnekkige „maag”-stoornissen, waarbij weinig physische afwijkingen worden gevonden, geen diagnose maagneurose te stellen, zonder dat er absolute zekerheid bestaat, dat de galblaas gezond is. Hij acht 't gevaar voor secundair carcinoom bij verwaarloosde galblaasaandoeningen veel grooter, dan algemeen wordt aangenomen.

January 1917; niet ontvangen.

February 1917.

CL. BARTLETT. *The principal causes of death from typhoid fever; their recognition and treatment.*

De voornaamste doodsoorzaken bij typhus zijn: 1. algemeene toxaemie; 2. perforatie; 3. darmbloeding. De eerste is 't meest frequent; daartegen is 't beste rust, zeer veel drinken en medicamenteus: *Baptisia*, *Rhus tox.*, *Acid. phosphoric.*, *Hyoscyamus* en *Arnica*. B. geeft geen uitsluitend melkdiët, maar

behalve 1½ L. melk, 6 rauwe eieren en 150 gram suiker minstens; verder puree, soep, gortwater, room en zelfs wat malsch vleesch.

Bij perforatie is 't eenige redmiddel operatie, zoo gauw mogelijk en tegen de darmbloedingen opium in groote doses.

H. S. WEAVER. *Acute Sinusitis.*

Uitvoerige beschrijving der symptomatologie der ontsteking van alle sinussen. Hoofdzaak is, dat pus in de middelste meatus steeds op een sinusaandoening wijst. W. wil bij elke ernstige neusontsteking den patiënt onderzoeken op een sinusaandoening. Men moet vooral een goede diagnose omtrent den zetel der aandoening maken, omdat flinke drainage van den aangetasten sinus beslist noodig is. Daarnaast zijn de volgende middelen aangewezen:

Sanguinaria can. als hoofdmiddel. 't Heeft etterige uitvloed uit den neus, pijn in de omringende beenderen, van 's morgens tot 12 uur, daarna verminderend, 's avonds en 's nachts pijnloos. Verder *Bryonia*, *Belladonna*, *Hepar sulfur*, *Pulsatilla* en *Kal. sulfuric.*; de eerste twee in 't beginstadium, de laatste drie als er ruime pusvorming is.

P. H. GERHARDT. *Pathology of the accessory sinuses.*

Algemeene beschouwingen.

W. M. HILLEGAS. *Immunity in Hay-fever.*

Hooikoorts heeft 3 oorzaken: 1 een idiosyncrasie, 2 pollen, 3 overgevoelige plekken in den neus. De bestrijding der eerste twee factoren had nog niet veel succes; daarom cauteriseert H. de gevoelige plekken; hij heeft vrij goede resultaten.

H. W. CHAMPLIN. *Homoeopathy.*

De quintessence van dit pleidooi is: wie nog niets van de homoeopathie wil weten, moet eens in 't juiste geval Carbo veg. aan een stervende geven en hij zal overtuigd zijn. C. haalt 5 zulke gevallen aan, waar geheele genezing volgde.

D. BOHN. *Selection and importance of the homoeopathic remedy.*

Niets nieuws.

M. M. FLEAGLE. *Datura stramonium.*

Stramonium gelijkt veel op *Belladonna* en *Gelsemium*, maar werkt dieper; 't is zeer vaak geïndiceerd bij kinderparalyse. Enkele karakteristieke symptomen zijn: Patiënt verlangt licht en gezelschap, maar kan niet naar 't licht kijken. Weinig pijn. Patiënt kan niet naar water, een spiegel of naar het vuur kijken. Hallucinaties van donkere, zwarte voorwerpen; gevoel van dubbel zijn. Patiënt is beter, liggend op de linker of op de pijnlijke zijde. Bang in 't donker, enz., enz.

March.

O. F. BARTHMAIER. *The pathologic history of the thyroïd gland and its relation to the clinical manifestations of goiter.*

Er zijn slechts twee typen n.l. colloïd- en adenoom-struma; beide kunnen Basedow-symptomen geven, maar 't behoeft niet. Alle z.g. klassieke symptomen kunnen resp. afwezig zijn, maar zeker is er lymphocytose en verlengde coagulatie-tijd.

W. B. RAYMIER. *Weatherinfluences on rheumatism.*

Dat 't weer invloed heeft op reumatieklidders is zeker, maar een afdoende verklaring is er nog niet voor gevonden. Aetiologisch meent P., dat alleen overmaat van ac. uricum of ac. lacticum in aanmerking komen. Dus alles wat de secretie dezer stoffen bevordert, en daaronder is ook warmte, zal den reumalijder goed doen en omgekeerd. Hij verwerpt de infectietheorie geheel, ook voor 't acuut gewrichtsrheuma. Therapeutisch zag R. zeer vaak mooie resultaten van Acid. formicum D² en Formica rufa in tinctuur of D¹: de pijnen zijn vooral rechts, < door beweging, > door druk en treden in plotselinge, zeer hevige aanvallen op.

C. B. REITZ. *Acute ascending haemorrhagic myelitis.*

Casuïstiek.

D. MACFARLAND. *Remedies in pneumonia.*

De middelen, die M. 't meest noodig had bij de verschillende vormen van pneumonie waren:

Aconitum: niet alleen den eersten dag, zooals velen meenen; typisch is hier gloeiende huid, groote lichamelijke beweeglijkheid als gevolg van psychische onrust.

Belladonna: vooral bij kinderen.

Lycopodium: bij sterke dyspnoe, neusvleugelademen, met luid reutelen, ook in acute gevallen aan te wenden; overigens voor chronische gevallen met de bekende symptomen.

Mercur. cyanat.: patiënt is zeer benauwd met livide gele kleur, blauwe lippen, starende oogen, en zweet geweldig.

Lachesis: bij de septische vormen.

Phosphor: heeschheid, zeer snelle ademhaling, hevige palpitaties met angst bij 't liggen op de linkerzij.

Antim. tartar.: aanhoudende, vermoeiende hoest, maar los en met veel sputa, vooral als er dyspepsie bijkomt.

Tuberculinum: bij blijvende koorts na de crisis.

Bij de discussie sprak men er zijn groote verwondering over uit, *Bryonia* en *Ferrum phosphor.* gemist te hebben.

J. N. V.

Vereeniging van Homoeopathische - Geneesheeren in Nederland. -

OVERZICHT DER NOTULEN

VAN DE VERGADERING OP 17 MEI 1917 (HEMELVAARTSDAG),
1.30 UUR N.M. IN HET HOMOEOPATHISCH ZIEKENHUIS.

Aanwezig waren 6 leden, met kennisgeving afwezig twee leden.

Naar aanleiding van eene ingekomen opmerking omtrent de 6^e alinea op pag. 30 van dit tijdschrift wordt besloten in dit overzicht op te nemen, dat de daar geuite woorden van afkeuring door de betreffende collegae zijn teruggenomen.

Volgden eenige besprekingen over de drukkosten van dit tijdschrift, en over een verzoek van de Centrale homoeopathische commissie om een plaatsvervangend lid aan te wijzen. Collega Groenendijk, als zoodanig verkozen, neemt deze benoeming aan.

Collega J. N. Voorhoeve demonstreert dan twee patiënten met pseudo-leukaemie, een mannelijke en eene vrouwelijke, en een man van 64 jaar met Basedow-verschijnselen, waarbij de cardiovasculaire symptomen op den voorgrond treden.

Collega D. K. Munting en J. N. Voorhoeve houden daarna hun aangekondigde voordracht over de therapie der polyarthritis. Op initiatief van collega Voorhoeve Sr. wordt dan unaniem de wensch uitgesproken de discussie in zijn geheel achter de voordrachten in het Tijdschrift op te nemen.

Daarna maakt collega Samsom eenige opmerkingen naar aanleiding van twee door hem waargenomen gevallen van tuberculose van den voet, waarvan de eene conservatief werd behandeld en genas, terwijl de andere, waarbij amputatie werd verricht, korten tijd later aan long- en keeltuberculose succombeerde.

Collega Voorhoeve Sr. herinnert zich een geval van elleboog-tuberculose, waarbij evenzeer amputatie was geadviseerd, maar dat met *Silicea* prachtig genezen is.

Collega Voorhoeve Jr. vraagt zich af, of de chirurg, meenende een schadelijken infectiehaard weg te nemen, niet juist een immuniseerend centrum wegneemt, waardoor een tuberculose op meer gevaarlijke plaatsen latent was gebleven.

Nadat vervolgens nog de eerstvolgende vergadering op Vrijdag 28 September, des avonds 6 uur in Hotel de la Station, was vastgesteld, sloot de voorzitter de vergadering.

TUINZING.

Secretaris.