

andere door streptococcus longus, door middel van het terpentijnabsces, niet gering worden geschat.

De werking van het terpentijnabsces moet waarschijnlijk afhankelijk gesteld worden van de sterke leucocytose, die na het inspuiten van de terpentijn ontstaat. De leucocyten vertoonen daarbij, wat hun kernen betreft, een verschuiving naar links. Het absces werkt waarschijnlijk als krachtig stimulans en stelt het zieke organisme in staat met gebruik van alle reserves den strijd tegen de infectie te winnen. De methode hoort dus thuis onder de „Reiztherapie”, maar heeft boven andere middelen het groote voordeel volmaakt ongevaarlijk te zijn, zeer krachtig te werken en deze werking gedurende eenige dagen achtereen uit te oefenen, terwijl zij geen bijzondere eischen aan het circulatie-apparaat stelt zooals intraveneuse inspuitingen wel doen, wat bij ernstige infectietoestanden van niet te onderschatten beteekenis is.

Het tijdstip, waarop het absces moet worden aangelegd, is bij sepsis dan gegeven, wanneer de acute verschijnselen voorbij zijn, maar de dalende leucocytose laat zien, hoe het organisme de kracht mist de infectie te overwinnen. Bij zeer snel verloopende gevallen helpt het niet, hetgeen reeds daaruit blijkt, dat dan de inspuiting van terpentijn geen abscesvorming ten gevolge heeft. Ook bij andere ernstige infecties is het absces aangewezen, wanneer in den toestand geen verbetering wil ontstaan. De naam „fixatie-absces” is onjuist, daar de etter van het absces steeds steriel bleek te zijn.

D. KLINKERT.

Microchirurgische behandeling van cellen. — Wanneer kleine stukjes van de huid in serum worden gelegd, is het mogelijk met micronaalden onder het microscoop de cellen van elkaar te isoleeren. Dan komen duidelijk de intercellulaire bruggen voor den dag. R. CHAMBERS en G. RENYI konden aantoonen, dat beschadiging van één cel onmiddellijk den kerndood van een belendende cel ten gevolge heeft. Prikkelgeleiding moet hier via de intercellulaire bruggen plaats hebben, welke na de verbreking der cellen volgens de schrijvers aan uitsteeksels op een diatomeeën-schaal doen denken. Bij aan elkaar grenzende cellen, als bijv. de endotheelcellen van het peritoneum of de cellen van de blaas, waar intercellulaire bruggen ontbreken, heeft beschadiging voor één cel niet deze schadelijke gevolgen voor een nabij gelegen cel. Evenmin was dit het geval met het darmslijmvlies-epithelium. Bij scheiding tusschen twee cellen bestond hier alleen weerstand in het gebied der cuticula. In het z.g.n. overgangsepithelium van de blaas bleken de cellen door een slijmerige stof verbonden te zijn.

Het meerendeel der onderzochte cellen was tamelijk visqueus, behalve lever- en pankreas-cellen. Bij mechanische beschadiging ging een pankreas-cel zeer snel autolytisch te gronde. Over het algemeen neigen alle cellen tot coagulatie bij mechanische beschadiging (*The American Journal of Anatomy*, 35, 1925, bldz. 385).

M. A. VAN HERWERDEN.

* **De besmettingsweg bij Sarcocystis.** — Zooals bekend is, komt dit geslacht van parasitaire protozoën, dat ook bij den mensch wordt gevonden, in den vorm van zakjes in het spierweefsel voor,

gevuld met halvemaanvormige sporen. De ontwikkelingstrappen, die tot de vorming dier sporen leiden, zijn zeer onvoldoend bekend en, hoe de parasiet, die ten slotte die sporen maakt, in de spieren komt, evenmin. Wel wist men door voeding ratten met *Sarcocystis muris* (ratteparasiet) en *S. tenella* (schaapsparasiet) te besmetten, dat de darmwand de waarschijnlijke toegangsweg was, maar onder welken vorm de parasiet dien bereisde, daaromtrent heerscht veel onzekerheid. Eenige onderzoekers meenden, dat de sporen het darmepitheel binnendringen, een amoeboiden vorm aannemen en zich korten tijd vermenigvuldigen. De daaruit voortkomende nieuwe generatie zou dan langs bloed- of lymphbaan de spieren moeten bereiken. Maar volgens KEI ARAI (*Arch. f. Protistk.* 1925, L. 213) gaat het eenvoudiger. Die amoeboiden vormen zijn afgestorven sporen. De levende sporen dringen zonder vormverandering tusschen het darmepitheel binnen en komen van daar in den bloedstroom, waar zij 5 en 6 uur na den besmettenden maaltijd te vinden zijn. Dat zij zoo in de spieren kunnen komen, wordt nu dus begrijpelijk, maar wat er dan verder met ze gebeurt, moet nog opgehelderd worden.

SWELLENGREBEL.

Insulinebehandeling bij gevallen van pathologische magerte. — Gevallen van bovengenoemde afwijking zijn veelvuldig en worden vooral waargenomen bij het vrouwelijk geslacht, waarbij dan veelal naast een te laag lichaamsgewicht verschijnselen van bloedarmoede, gebrek aan eetlust en achylie worden gevonden. Terwijl bij een groot deel dezer patiënten door bedrust en een diët, rijk aan calorieën, een flinke gewichtsvermeerdering en een betere algemeene toestand worden verkregen, weerstaat een andere groep alle behandelingsmaatregelen. De behandeling van deze „refractaire gevallen heeft in den laatsten tijd een verbetering ondergaan door de toepassing van het insuline. FEISSLY (*Presse Médic.* 13 Februari 1926) geeft zijn uitkomsten bij een zestal gevallen, welke hij op grond van twee reeds in 1913 door FALTA uitgesproken stellingen, met insuline heeft ingespoten. Deze stellingen luiden: 1°. wil een voedingskuur met goed gevolg bekroond worden, dan moet het individu beschikken over een voldoende inwendige afscheiding van het pancreas; 2°. een stijging van de inwendige afscheiding van de alvleeschklier kan een ziektebeeld tengevolge hebben, hetwelk FALTA de „insulaire vetzucht” noemde. De met insuline behandelde gevallen zouden deze hypothesen kunnen staven. De wijze, waarop het insuline wordt gegeven, verschilt weinig van de insulinekuuren bij suikerzieken. Twee of drie inspuitingen worden per dag gegeven een half uur voor koolhydraatrijke maaltijden; men begint met vijf eenheden per inspuiting en stijgt tot een hoeveelheid van veertig tot zestig eenheden daags, terwijl de geheele kuur in drie of vier weken ten einde loopt. Het spreekt van zelf, dat in den beginne eenige bloedsuikerbepalingen gewenscht zijn. Het eerste gunstige verschijnsel is het ontstaan van hongergevoel bij lijdens aan hardnekkige anorexie, te wijten aan de daling van den bloedsuikerspiegel. Het maagchemisme ondergaat door de kuur in het geheel geen invloed. Spoedig volgt een stijging