

De behandeling bestaat voornamelijk uit diaetetische voorschriften: niet te veel vergen van de maag; derhalve kleine maaltijden en rusten na den maaltijd.

Reeds vroeger zijn embolie en thrombose van de art. mesenterica superior beschreven; daardoor ontstaat meestal een min of meer uitgebreide necrose van den darmwand, gevolgd door perforatieperitonitis. Eveneens is bekend, dat door arteriosclerose van de kleinere ingewandsvaten ulceratieve processen in den darmwand kunnen ontstaan. Deze beide pathologisch-anatomische gevolgen van de arteriosclerose van darmwandsvaten daargelaten, rijst de vraag of deze afwijking ook klinisch kan worden herkend, nog voordat het zoover komt.

BUCH meent, dat buikpijnen het hoofdverschijnsel vormen; deze komen dan voor bij menschen boven het 40ste jaar, in aanvallen, worden gelocaliseerd onder den navel. Zij ontstaan door lichaamsinspanning, gemoedsbewegingen of horizontale ligging en hebben in hun aetiologie derhalve overeenkomst met angina pectoris, waarmede zij trouwens somtijds gepaard kunnen gaan. Stoornissen in de spijsvertering komen òf niet òf in den vorm van habituëele opstipatie en meteorisme voor.

De verklaring dezer verschijnselen zou de volgende zijn: de steeds aanwezige ischaemie veroorzaakt, op bepaalde oogenblikken toenemend, een pijnlijke kramp (dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis).

In twijfelachtige gevallen kan de diagnose, aldus BUCH, ex juvantibus worden gesteld: 3 × daags tinct. strophanti gtt 5 à 8 doet de pijnaanvallen ophouden resp. in hevigheid afnemen.

Uit een therapeutisch oogpunt is van belang, dat narcotica gewoonlijk geen succes hebben. Men passe andere middelen toe n.l. theobromine en tinct. strophanti. Volgens JAQUET is ook (zooals meer het geval is bij arteriosclerose Ref.) succes te verwachten van het gebruik van joodkalium, terwijl hij ook gebruik maakte van het middel, dat LAUDER BRUNTON in de *Deutsche medicinische Wochenschrift* van 17 April 1902 aanbeval bij verhoogde drukking in het arteriële systeem n.l.:

Bicarbonat. kalic.	1.8
Nitrat. kalic.	1.2
Nitrit. natric.	0.03

Opgelost in  $\frac{1}{2}$  L. water, 's morgens in te nemen.

MOUTON.

**Pylorusstenose bij zuigelingen en gedurende den kinderleeftijd.** — In discussies over den aard der pylorusstenose bij zuigelingen wordt als gewichtig argument voor THOMPSON'S hypothese (hypertrophie als gevolg van kramptoestand) gewoonlijk gewezen op het buitengewoon snel verdwijnen van alle ziekelijke symptomen door eenvoudige diaetetische maatregelen. IBRAHIM heeft er het eerst de

aandacht op gevestigd, dat dit toch eigenlijk niet juist is en dat nog weken lang abnormale peristaltiek bestaat, als het braken heeft opgehouden en het gewicht voortdurend toeneemt. Ook maagstagnatie wordt nog waargenomen, maar daarop heeft men minder gelet, dan op de peristaltiek. Toch kan volgens BERNHEIM-KARRER (Ueber Pylorusstenose im Säuglings- und Kindesalter, *Jahrb. für Kinderheilkunde* Mei 1909) alleen een blijvende contrôle van de motiliteit der maag bewijzen, dat de stenose werkelijk verdwenen is. Dat een dergelijk onderzoek niet reeds vroeger werd gedaan, is des te opvallender, omdat in de weinige gevallen, die klinisch genezen waren, maar waarbij lijkopening verricht werd (dood door een intercurrente ziekte), het anatomisch substraat der stenose, de verdikking van de pyloruspier, toch werd gevonden.

Zich min of meer aansluitende bij deze vondst is de uitslag van uithevelen van de maag, dat BERNHEIM-KARRER op systematische wijze verrichtte bij een aantal kinderen met congenitale pylorusstenose. Hij vond bijna steeds een restant in de maag, zelf nog in het 2de en 3de levensjaar, en hooge, voor een deel zelfs zeer hooge, hyperaciditeit (voor de uitvoerige tabellen en ziektegeschiedenissen moet naar het oorspronkelijke stuk worden verwezen). Twaalf kinderen, onder welke 11 jongens, heeft hij 7 maanden lang kunnen waarnemen en bij hen gemiddeld om de 4—8 weken de maag kunnen uithevelen. De anderen bleven spoedig weg, omdat de omgeving hen voor volkomen gezond hield. Toch gelukte het bij 4 van deze kinderen,  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  jaar na de laatste sondeering, de maag nog eens leeg te hevelen. Eén kind was, toen de kunstbewerking de laatste maal werd gedaan, 2 jaar en 4 maanden oud, een ander 2 jaar en 3 maanden, een derde jaar 7 maanden, een vierde 1 jaar en 4 maanden, een vijfde 1 jaar en 3 maanden, het zesde en zevende 1 jaar.

Neemt men in aanmerking, dat zóó langen tijd na het ophouden der acute ziekteverschijnselen, en terwijl de kinderen uitstekend gedijen, een insufficiëntie van de motiliteit bestaat, die in het geheel geen symptomen geeft, dan wint het denkbeeld aan waarschijnlijkheid, dat er reeds een vernauwing aan den pylorus kan bestaan, voordat het braken begint en voordat de overige voor aangeboren pylorusstenose kenmerkende verschijnselen zich voordoen. Noch het laat optreden van het braken, noch het aanvankelijk goed gedijen van het kind, mogen dus als bewijzen gelden tegen het aangeboren zijn van het lijden. BERNHEIM-KARRER meent, dat in het acute tijdperk, als de kinderen onrustig zijn en uitingen van pijn geven, de pyloruskramp optreedt en dat deze het is, die door diaetetische maatregelen of ook wel van zelf, weer verdwijnt, maar dat de chronische insufficiëntie der motiliteit niet moet worden toegeschreven aan de kramp, maar aan de hypertrophische musculatuur van den pylorus. De verdikking van den maagwand daar ter plaatse, die volgens BERNHEIM-KARRER ongetwijfeld berust op een toeneming der massa en niet op een een-

voudigen toestand van samentrekking der spierbundels, verdwijnt ook in de diastole niet geheel en al, en kan bijv. door slijmvliesplooien tot op zekere hoogte een hindernis voor de passage van het voedsel vormen.

Beschouwt men den spasmus en de daardoor veroorzaakte verschijnselen als een meer toevallige phase in het ziektebeeld der aangeboren pylorushypertrophie, dan worden ook de gevallen, die bij oudere kinderen zijn waargenomen (ROSENHEIM, HANSI), duidelijker. Waarschijnlijk is het, dat daar de vernauwing de eerste jaren latent is gebleven: Tegen deze opvatting is niet zoo heel veel in te brengen, nu BERNHEIM-KARRER ons geleerd heeft, dat een vrij belangrijke motorische insufficiëntie kan bestaan zonder klinische verschijnselen te geven.

CORNELIA DE LANGE.

---

## OVERZICHT VAN WEEKBLADEN.

---

### **La Semaine médicale 1909, n<sup>o</sup>. 25.**

L. CHEINISSE. *Les hémorrhagies postgrippales.* — Herhaaldelijk zijn gedurende de groote epidemieën van influenza bloedingen van de meest verschillende organen bij lijders, gewoonlijk in het begin der ziekte, waargenomen (neus, longen, maag, nieren, darm, huid, oog en oor). Niet zelden oefenden zij een gunstigen invloed uit op den loop der ziekte, terwijl overigens ongunstige invloed niet viel op te merken. CHEINISSE heeft in 3 gevallen binnen de eerste maanden of weken na afloop der ziekte bloedingen uit neus of maag waargenomen, die met geen ander lijden konden worden in verband gebracht. Ook GRANIER vermeldt 4 gevallen van hersenbloeding, die bij lijders in een klein dorp werden waargenomen eenigen tijd na het doorstaan der ziekte. CHEINISSE meent deze bloedingen in verband te kunnen brengen met vasomotorische stoornissen, die nog uit het herstellingstijdperk zijn overgebleven.

### **Wiener klinische Wochenschrift 1909, n<sup>o</sup>. 24.**

C. J. ROTHBERGER und H. WINTERBERG. *Vorhofflimmern und Arrhythmia perpetua.* — Voor het tot stand komen van den pulsus irregularis perpetuus zijn verschillende verklaringen gegeven, tegen welke echter velerlei bezwaren zijn in te brengen. De schrijvers hebben aan de mogelijkheid gedacht, reeds door HERING en WENCKEBACH overwogen, of in vele dezer gevallen niet fladderen van den boezem bestaat; ook hier ontbreekt de systolische golf van den boezem en komt bij de kamersamentrekking een veneuse golf voor, die niet van insufficiëntie der tricuspidalis afhankelijk is. Door middel van den snaargalvanometer hebben zij gepoogd de vraag tot oplossing te brengen en het bleek nu bij de dierproef, dat de krommen, verkregen bij door faradisatie van den boezem ontstane fladderbeweging, overeenstemden met die, welke worden waargenomen bij arrhythmia perpetua. Tegen een stilstand van den boezem bij het genoemde verschijnsel pleit mede het voorkomen van tijdelijke regelmatigheid in sommige gevallen, die moeielijk verklaarbaar zou zijn, en daarenboven het optreden van plotselingen dood.