

er naar zocht, des te veelvuldiger kwam dit verschijnsel ter waarneming. Daarbij komt, dat voor dit onderzoek de juiste tijd moet worden uitgekozen, omdat de perisplenitis, — die meestal gelijktijdig met de eruptie van het exantheem of met de eerste ter waarneming komende specifieke verschijnselen optreedt, om reeds gewoonlijk na 3—4, hoogstens na 10 dagen te verdwijnen, lang vóór dit met de andere verschijnselen van syphilis het geval is — klinisch in den regel slechts gedurende enkele dagen is waar te nemen. De oorzaak hiervan is, dat de perisplenitis bij palpatie, soms ook bij auscultatie, uitsluitend herkend kan worden door het eigenaardige wrijven, dat het fibrineuse beslag op de miltkapsel verwekt, welk wrijven herinnert aan de gewaarwording, verkregen bij het samendrukken van een sneeuwbal, of bij het betasten van onderhuidschemphyseem. Zoodra in dit fibrineuse beslag regressieve veranderingen ontstaan, is het wrijven echter niet meer te voelen. Men verwarre het perisplenitisch wrijven niet met dat bij pleuritis sicca, dat gewoonlijk echter van grover aard is, en ook niet met het eigenaardige wrijven, dat somwijlen bij tegen elkander schurende darmen te voelen is.

Het vaststellen van perisplenitis is vooral van belang bij die gevallen van syphilis congenita, waarbij deze ziekte abortief verloopt, bijv. met één enkele rhagade aan den mond, zooals MEYER dit eens zag.

Naast de perisplenitis kon MEYER, hoewel zeldzaam, bij zijn patiëntjes met lues congenita ook perihepatisch wrijven waarnemen, tot dusverre in 3 gevallen. Dit zal ons niet behoeven te verwonderen, daar immers en de perisplenitis en de perihepatitis als plaatselijke vormen van een specifieke peritonitis moeten worden opgevat.

DE BRUIN.

**De paravertebrale dystelektatische pneumonie der zuigelingen.** — ST. ENGEL (*Archiv f. Kinderheilkunde*, Bd. 71, 1922, bldz. 1) heeft een onderzoek ingesteld naar de oorzaak van de eigenaardige localisatie van de longontsteking, welke zoo dikwijls bij de lijkopening van zuigelingen, gestorven aan uitputting ten gevolge van chronische voedingsstoornissen, wordt aangetroffen. STEFFEN was de eerste, die melding maakt van deze verdichting in de longen, welke over de achterste welving daarvan in kephalokaudale richting streepvormig verloopt en daarom door hem „Streifenpneumonie” werd genoemd. In 1903 vond GREGOR bij zijn onderzoek van de longen van zuigelingen, welke na den dood met 10 pCt. formaline intraveneus waren ingespoten, dat de verdichting vooral het deel der longen betrof, dat zich naast de wervelkolom bevindt; vandaar dat hij sprak van „paravertebrale pneumonie”. BARTENSTEIN en TADA dachten, dat deze infiltratie berustte op hypostase en gaven haar daarom den naam van „paravertebrale-hypostatische pneumonie”.

ST. ENGEL beweert nu, dat deze laatste theorie en naam onjuist zijn, omdat de localisatie, welke bij hypostase wordt verwacht, en trouwens ook bij oude menschen wordt aangetroffen, nl. hoofdzakelijk in de onderste en achterste deelen der longen, bij deze paravertebrale pneumonieën der zuigelingen niet wordt gezien.

Onderzoekt men dergelijke longontstekingen na den dood, door middel van sagittale doorsneden van in situ gefixeerde longen, dan ziet men terstond, dat het meerendeel, ook bij beginnende verdichting, niet gezeteld is in de onderkwab, doch uitsluitend of in hoofdzaak in de rechter bovenkwab, van waaruit de sterkte der verdichting, bij eventueele voortschrijding naar beneden, langzaam naar de basis toe afneemt. Links is het anders. Over het algemeen is de linker long veel minder dikwijls aangedaan. Is dit evenwel het geval, dan blijft in den regel de bovenkwab vrij en is alleen de onderkwab aangedaan, doch ook hier neemt de verdichting niet naar beneden toe, zooals bij de hypostatische pneumonie van oude menschen, doch het centrum van den haard bevindt zich meestal in het midden van het achterste gedeelte van de onderkwab, om zich eventueel van daar naar boven en naar beneden gelijkmatig uit te breiden. Ten slotte zal hierbij ook de linker bovenkwab in de richting van beneden naar boven kunnen worden aangedaan, doch steeds in geringere mate dan de onderkwab, zoodat het infiltraat naar den longtop toe in dichtheid afneemt.

Reeds in 1913 wees ENGEL er op, dat het mechanische momenten zijn, welke die localisatie in de rechter bovenkwab veroorzaken. Het allereerste begin der infiltratie wordt immers gevonden op plaatsen, waar de ribben dicht tegen het longparenchym aanliggen, zoodat de longen daar ter plaatse in vergelijking met de naburige deelen een zekere belemmering in hun uitzetting ondervinden. In zijn in 1902 verschenen studie over de oorzaken van longziekten vermeldt TENDELOO als resultaat van zijn onderzoekingen, dat de long op plaatselijk verschillende veranderingen van vorm en wijdte van de borstholte niet in haar geheel doch meer plaatselijk reageert. Bij vernauwing van de borstkas volgt de sterkste volumevermindering der alveolen op de plaats der sterkste vernauwing en omgekeerd verwijden zich de alveolen het sterkst op die plaats, waar de sterkste uitzetting der borstkas plaats vindt. Onder normale omstandigheden zullen nu door de gewone bewegingen van ribben en middenrif bij de ademhaling de onderste, voorste en zijdelingsche gedeelten van de longen sterker worden uitgezet dan de achterste en bovenste, omdat bij de inademing de verwijding van de borstkas in hoofdzaak meer zijwaarts en meer naar voren in een caudaalwaarts toenemende mate plaats vindt. Ook de eigenaardige verdeeling der bronchi in de longen, waarvan de vertakkingen voor de achterste gedeelten van de longen korter en daardoor minder bewegelijk zijn dan die voor de voorste, dragen er toe bij, dat de achterste bovenste gedeelten van de longen slechter geventileerd kunnen worden dan de overige gedeelten. Daar waar de longen van huis uit het slechtst ventileerbaar zijn, ontwikkelen zich, ten minste op de rechter zijde, de paravertebrale infiltraten, zooals ook ten duidelijkste blijkt uit een vergelijking van een schematische teekening van TENDELOO, waarop de meer en minder ruime ventileerbaarheid van de verschillende gedeelten der long is aangegeven, met een afbeelding van ENGEL betreffende de localisatie en intensiteit van de paravertebrale pneumonie op verschillende plaatsen.

Waarom over het algemeen de linker long minder dikwijls is aangedaan dan de rechter, weten wij niet. Daarentegen is het waarschijnlijk, dat de oorzaak, waarom de paravertebrale pneumonie links voornamelijk in het midden der onderkwab is gezeteld, ook weer te vinden is in een mechanisch moment. De lievelingszetel der infiltraten links is n.l. op de plaats, waar de invloed van de beperking der ruimte door het hart zich het krachtigst doet gelden.

Met het oog op den zetel der paravertebrale pneumonie in de het moeilijkst ventileerbare gedeelten der longen, stelt ENGEL voor haar „dystelektatische paravertebrale pneumonie” te noemen.

DE BRUIN.

**Alkalipenie.** — Na een tijd in een kinderziekenhuis te hebben gewerkt, is, A. D. SYMONS tot de slotsom gekomen, dat „acidosis” alleen dan acidosis is, als de alkali-reserve zóó is aangesproken, dat luchthonger met hyperpnoe ontstaat met oligurie of anurie en constipatie. SELLARDS vond, dat een normaal volwassene 5 gram  $\text{NaHCO}_3$  noodig heeft om de urine alkalisch te maken; (een normaal kind krijgt alkalische urine na het gebruik van 1.4—2.8 gram bicarb. natric.) Bij acidosis is bij het optreden van hyperpnoe 100, ja zelfs 200 gram noodig. Is meer dan 200 gram noodig, dan overlijdt de patiënt. De reactie wordt met lakmoes-papier bepaald, dat men ter onderscheiding van de alkalische reactie bij ammoniakale urine verhitten kan, en dan toch blauw gekleurd blijft.

In *Lancet* 202 : 5144,1 April 1922, geeft SYMONS de volgende tegelijkertijd als geneesmiddel en als diagnosticum bruikbare tabel:

Urine wordt alkalisch na het gebruik van bic natric.	bij kinderen			bij volwassenen
	1—5 jaar	5—10 jaar	10—15 jaar	
normaal .....	1.2— 2.5 gr.	2.5— 5 gr.	3.7— 7.5 gr.	5— 10 gr.
lichte alkalipenie ...	2.5— 5 gr.	5 — 10 gr.	7.5— 15 gr.	10— 20 gr.
middelm. alkalipenie	5 —10 gr.	10 — 20 gr.	15 — 22.5 gr.	20— 30 gr.
duidelijke alkalipenie	10 —15 gr.	20 — 30 gr.	30 — 45 gr.	40— 60 gr.
sterke alkalipenie ...	15 —25 gr.	30 — 50 gr.	45 — 75 gr.	60—100 gr.
acidosis .....	25 —37.5 gr.	50 — 75 gr.	75 —100 gr.	100—150 gr.
sterke acidosis .....	37.5—50 gr.	75 —100 gr.	112.5—150 gr.	150—200 gr.

N.B. Men vergelijke hiermede het referaat over het koolzuurbindend vermogen van het bloed van lijders aan nierziekten (bldz. 1633 e. v.).

WESLY.

**Is lupus besmettelijk?** — In de kliniek van JADASSOHN richtte BURCHARDI (*Deutsche med. W.*, 9 Febr. 1922) een onderzoek naar de besmettelijkheid van lupus. Hij kwam daarbij tot de volgende resultaten:

Enting van korsten en etter van geulcereerden huid-lupus op cavia's veroorzaakte geen tuberculose dezer dieren.

Enting van oppervlakkig afgeschaafd weefsel van lupus ulcerosus leidde in 90 pCt. der gevallen tot tuberculose der marmotten.

Een gelijk verschil deed zich voor bij lupus ulcerosus van het neusslijmvlies. Door werking van 15 pCt. antiformine op korsten en weefsel van lupus ulcerosus van huid en slijmvlies gedurende 1—2 uur gelukte het deze zóó te bevrijden van de begeleidende bacteriën, dat menginfecties der proefdieren uitbleven.

De besmetting met tuberculose werd daardoor niet verhinderd.