

er corpora lutea in den overeenkomstigen eierstok te zien waren (soms wel eens één minder: er waren 220 corpora lutea en hij vond 213 eieren, d.i. 96 pCt. van het te verwachten aantal). Van migratie dus geen spoor. Bij 500 zwangere varkens kon hij daarentegen door het aantal vruchten in elken baarmoederhoorn te vergelijken met het aantal corpora lutea in den overeenkomstigen eierstok, in ongeveer één derde der gevallen migratie van één of meer eieren aantoonen. Daar op grond van de vorige waarnemingen migratio externa uitgesloten kan worden, moet dus migratio interna plaats gehad hebben. Het bleek hem verder, dat migratie vooral dan plaats gehad had, als er groot verschil bestond tusschen het aantal corpora lutea in rechter en linker eierstok. Door de migratie wordt dus bereikt, dat alle eieren een ongeveer even groote ruimte voor hun ontwikkeling in de baarmoeder verkrijgen. W. A. MIJSBERG.

Over traumatische vetnecrose van de borst en differentiale diagnose tegenover kanker. — Op 120 gevallen van primairen operabelen borstkanker en 163 gevallen van primairen inoperabelen borstkanker kwamen 5 gevallen van traumatische vetnecrose voor, dus 1.8 pCt. van het geheele aantal en 2 pCt. van de operabele gevallen. De verhouding tot de goedaardige borstkliergezwellen was 5 op 72 op 7 pCt.. Bij 3 van deze patiënten was vroeger een hypodermoclysis gegeven op de plaats, waar thans het gezwel te voelen was, in 2 gevallen had een stoot tegen de borst plaats gehad. De tijd verlopen tusschen het trauma en de herkenning van het gezwel was zeer verschillend en bedroeg 3 weken tot 10 jaar. De leettijd der patiënten kwam overeen met dien, waarop kanker te verwachten is. De jongste patiënt was 36, de oudste 54 jaar. Klinisch leken deze gevallen veel op kanker, slechts microscopisch was met zekerheid de diagnose op traumatische vetnecrose te stellen. In al de gevallen was een hard gezwel te voelen, dat in 4 gevallen met de huid vergroeid was; slechts in één geval was de tepel ingetrokken; supraclaviculaire en okselklieren werden in deze gevallen niet gevonden. Schrijver veronderstelt terecht, dat vroeger wel eens macroscopisch de diagnose op borstkanker zal zijn gesteld in gevallen, welke gevolgen van traumatische vetnecrose zijn geweest (BURTON J. LEE en FRANK E. ADAIR, *Surg. Gyn. a Obst.*, Vol. XXXIV; no. 4, bldz. 521).

W. F. WASSINK.

De beteekenis van het polsdeficit. — Het begrip polsdeficit is door Amerikaansche onderzoekers (ROBINSON en DRAPER, JAMES en HART) het eerst ingevoerd en beschreven (auricular fibrillation; clinical observations on pulse deficit, digitalis and bloodpressure, *American Journal of the medical Sciences*, 1914). In Europa is het nog niet doorgedrongen, volgens de meening van C. LUNDSGAARD te Kopenhagen, die er in de *Klinsche Woenschrift*, iste jaargang, No. 10 van 4 Maart 1922 een studie aan wijdt, zeer ten onrechte.

Met polsdeficit wordt bedoeld het verschil tusschen het aantal samentrekkingen van het hart en het voelbare aantal polsen. Als het hart, zooals dat bij arhythmia perpetua het geval is, met

ongelijke kracht samentrekt, zullen de zwakkere golven het handgewricht niet bereiken en dus niet als pols waarneembaar zijn. Dit is een reeds lang bekend verschijnsel, doch het doelbewust waarnemen daarvan als klinisch hulpmiddel had tot nu toe niet plaats. De grootte van het polsdeficit kan het best door twee onderzoekers tegelijk worden bepaald, waarbij de een met den stethoskoop het aantal hartslagen, de ander het aantal polsslagen telt en tusschen hen in een horloge zóó is geplaatst, dat beiden erop kunnen zien. Het kan echter ook zeer goed door één persoon geschieden, die dan achtereenvolgens en gedurende niet te korten tijd (1 minuut) eerst het hart met den stethoskoop en dan den pols waarneemt. Alleen als het erom te doen is, de verschillen na inspanning vast te stellen, dient men wel over twee onderzoekers te beschikken, daar de door de beweging opgewekte tachycardie te snel afneemt.

Uit een door LUNDSGAARD medegedeelde tabel van 18 lijdens aan arhythmia perpetua blijkt, dat het deficit bij de verschillende lijdens lag tusschen 2 als minste en 82 als hoogste, terwijl het bij 13 daarvan 30 of meer bedroeg. De polsfrequentie zelve schommelt tusschen betrekkelijk enge grenzen (62—96), de frequentie der hartslagen daarentegen beweegt zich tusschen 72 en 172. Bij 16 van deze patiënten bestond een aandoening van de valvula mitralis.

Een arhythmie met duidelijk polsdeficit zal in den regel een arhythmia perpetua zijn. Het komt echter ook bij extrasystolie voor, hoewel zelden zoo sterk, tenzij er om de twee of drie slagen een pols uitvalt. De extrasystolie onderscheidt zich door den alleen door de extrasystolae onderbroken volmaakt regelmatigen rhythmus. In den regel is de frequentie van den hartslag normaal of zelfs langzamer. Na inspanning vermindert of verdwijnt meestal het verschil bij extrasystolie, terwijl het bij de arhythmia perpetua voor den dag komt of vaak veel grooter wordt. Deze laatste regel geldt echter niet steeds, vooral niet als vooraf digitalis is gebruikt. Hoewel omtrent de verhouding van het deficit tot den ernst en de prognose van het hartlijden uit den aard der zaak nog geen zekere algemeene gegevens zijn te verstrekken, vond LUNDSGAARD toch, dat bij zijn patiënten een vermindering der grootte van het tekort overeenkwam met verbetering van den subjectieven en objectieven toestand van den lijder. In elk geval blijkt, dat men voor de beoordeeling van den toestand en van de uitwerking der behandeling met het tellen van den pols alleen niet uitkomt. Bij de behandeling moet men trachten, het deficit te doen verdwijnen, waardoor in den regel de tachycardie tevens verdwijnt. Niet zelden gebeurt het, dat men in het begin der behandeling de polsfrequentie ziet stijgen; dit is dan een goed teeken, daar tengevolge van de krachtiger hartswerking meer polsgolven de peripherie bereiken.

Indien de patiënt zich in een tijdperk van volstreckte insufficiëntie bevindt, hebben wij kenmerken genoeg, die als richtsnoer voor ons therapeutisch handelen kunnen dienen; is de insufficiëntie echter slechts betrekkelijk, dan is het deficit van groote waarde zoowel voor de keuze van het geneesmiddel als voor de vraag, hoe lang en hoe intensief moet worden behandeld, alsook voor de verdere raadgevingen omtrent leefwijze enz..

D. H. KOETSER.