

worden aangenomen, dat waarschijnlijk hier geen verwonding van de baarmoeder had plaats gevonden, maar enkel de doorgankelijkheid der eileiders was bewezen met een twijfelachtig steriele permangaanoplossing van onbekende sterkte. In ieder geval was achter de baarmoeder een vloeistof op bedenkelijke wijze ingespoten, en hadden hierna zich ernstige verschijnselen van buikvliesprikkeling voorgedaan. Hierom raadde ik opening van het achterste scheidewelf aan, om van dit vocht zooveel mogelijk te doen afvloeien.

De operatie geschiedde na overbrenging van patiënte naar het ziekenhuis, zoo spoedig mogelijk onder aethernarcose, en inderdaad stroomde na opening van het buikvlies een aanzienlijke hoeveelheid vrijwel ontkleurde vloeistof af. Patiënte die vóór de operatie 9 keer had gebraakt, deed dit na den ingreep onder narcose nog slechts eens, terwijl bij het ontwaken de heftige pijn geheel verdwenen was. De ingebrachte tampon werd den 4den dag verwijderd, de subfebriële temperatuur zakte den 3den dag tot onder 37°, terwijl winden reeds op den 2den dag waren geloosd. Na 14 dagen werd patiënte uit het ziekenhuis ontslagen.

Uit deze mededeeling blijkt ten duidelijkste, hoe de vrije verkoop van geneeskundige artikelen een gevaar oplevert voor den leek.

Zwolle, October 1923.

H. VAN DER SPECK, arts, EEN GEVAL VAN UROPTOË.

Den roden Juni van dit jaar werd in ons ziekenhuis te Karang-Anjar een 24-jarige inlander opgenomen; patiënt was zeer dyspnoisch, klaagde over pijn in de linker zijde en gaf een typisch sputum rufum op; daar hij bovendien hooge koorts had, lag de diagnose croupeuse pneumonie voor de hand. Reeds bij de eerste inspectie trof het ons, dat patiënt een eigenaardige asymmetrie vertoonde; daar hij echter een zwaar zieken indruk maakte, onderzochten wij dit aanvankelijk niet nader. Verder was hij somnolent en wat in de war en ook incontinent. De linker balzak helft scheen normaal gevuld, bevatte echter een uiterst makkelijk terug te brengen breuk; de teelbal was niet te voelen. Bij het physisch onderzoek werd een massief infiltraat van de linker onderkwab gevonden.

Patiënt kreeg 10 mgr. morphine; de volgende twee dagen ging zijn toestand wat achteruit.

Op den 13den Juni, na de morgenvisite, begon hij weer over hevige benauwdheid te klagen, en gaf hij monden vol op van een dun, sterk troebel vocht, dat onmiskenbaar naar urine riekte. Wij vonden nu een matheid, die bijna de geheele linker helft der borstkas innam, en het hart belangrijk naar rechts verdrong. Volgens de zuster was patiënt sinds den vorigen avond niet meer incontinent, maar loosde met regelmatige tusschenpoozen urine.

Door de eigenaardige geur van het sputum kwamen wij er toe, de murexide-reactie te doen; deze was positief; hierop toonden wij ook ureum en kreatine met de gebruikelijke reacties aan.

De punctie der linker pleura-holte leverde 1000 cM³ van een lichtgele, sterk troebele vloeistof, die zonder moeite als urine werd geïdentificeerd. Het bloedbeeld gaf een normaal aantal roode bloedcellen, een polynucleaire leucocytose met verschuiving naar links, en ontbreken der eosinophile cellen. Het bloed had een eigenaardige, chocolade-bruine tint; na centrifugeeren bleek het serum uiterst donker te zijn; hierin kon melanine aangetoond worden.

Patiënt ging snel achteruit en overleed 26 uur na de punctie.

Daar het geval mij geheel duister was, verrichtte ik de lijkopening, geholpen door den Off. van Gezondheid tweede klasse P. DE JONGE, die in het naburige Kedong Atjab lag.

Wij hadden nu gelegenheid de asymmetrie te bestudeeren, welke ons reeds tijdens het leven van den patiënt getroffen had. De geheele linker zijde was beïdend vetrijker dan de rechter, vooral de linker bilstreek won het met stukken. Wij geven hier eenige cijfers ter vergelijking:

Lengte: 152.5 cM.; totale borstomvang: 74 cM. Links 40; rechts 34 (afstand midden borstbeen tot doornuitsteeksel). Buik ter hoogte van navel totaal: 69.5. Halve omtrek: links 37, rechts 32.5. Omtrek dij: links 44, rechts 40. Dikte vetlaag borst: links 1.2, rechts 0.6. Dito buik: links 3.7, rechts 2.1.

De linker pleuraholte was bijna geheel gevuld met zulk een vocht als bij punctie was ontlast: de linker long was tegen de wervelkolom aangedrukt en met een dik fibrine-beslag bekleed. Bij het wegnemen van deze long zagen wij door het parietale borstvlies heenschmeren een geelbruin, langwerpig orgaan, glad van oppervlak, met aan de laterale zijde een onregelmatige, scherpbegrensde krater 2 bij 2 cM., met dikken etter gevuld. Korthedshalve vermeld ik slechts, dat de linker long op doorsnede een typisch infiltraat vertoonde voor een croupeuse pneumonie, dat de onderkwab en twee derde van de bovenkwab besloeg, en in de onderkwab op 3 vingers afstand van de margo vertebralis in abscesvorming was overgegaan, welk absces het borstvlies had doorbroken. Verder was de buitenzijde van het hartzakje ontstoken en met fibrine bedekt. Aan de andere organen waren geen afwijkingen te vinden, behalve aan het uro-genitale stelsel. De linker nier was slechts boongroot en met een geheel geoblitereerden ureter van 3 cM. lengte met de blaas verbonden. Van den linker teelbal en zijn afvoersysteem was geen spoor te vinden.

Het orgaan, dat wij achter het borstvlies gevonden hadden, bleek van den derden tot den twaalfden borstwervel te reiken. Het mat 14 bij 3 cM. en ging aan den lateralen kant over zijn geheele lengte over in een membraan-achtigen zak, welke door een pinkdikke buis werd voortgezet, die met de groote vaten meeliiep, dan langs de linea innominata, om vóór de blaas langs in de prostaat uit te monden. De bovenvermelde krater vonden wij 4 vingers van de bovenpool in het membraan-achtige deel. Mediaan achter dit orgaan vonden wij een geel, goed afgescheiden strengetje, drie bij twee centimeter; het orgaan ontving elf korte vaten uit de borst-aorta.

Samenvattende hebben wij dus voor ons een croupeuse longontsteking met abscesvorming, welk absces doorgebroken is in het bekken van een dystopische nier met ongewoon ureter-verloop, benevens de aanwezigheid van een derde, sterk atrophische nier met typisch verlopenden ureter, en de afwezigheid van een teelbal met afvoerkanalen.

Als wij dit geval wat nader beschouwen, merken wij op, dat het voorkomen van een nier in de borstholte zeldzaam is. MAC DUNCAN kon in zijn referaat over nier-anomalieën 1) slechts 4 gevallen aanhalen, waarbij hijzelf een vijfde voegde. Hij meent de afwijking te kunnen verklaren door een aangeboren breuk van het middenrif. Ik merk echter op, dat in mijn geval het middenrif ongedeed was. Bovendien wijst de loop van de pisbuis erop, dat wij hier niet met een normale nier te doen hebben, die slechts op een abnormale plaats ligt; het uitmonden voorbij de blaaskringspier in de prostaat doet aan het gedrag van het vas deferens denken. Als men zich herinnert, hoe in jonge ontogenetische stadia het vas deferens overeenkomt met de gang van WOLFF, die de afvoerbuis van de oernier is, dan kunnen wij niet anders dan aannemen, dat het

1) *Am. Journ. of Embryol.* 18, 1910.

orgaan, dat wij retro-pleuraal aantreffen, de persisterende oernier. is. Met deze veronderstelling is in volkomen overeenstemming:

1^o. De atrophische nier.

2^o. De aanwezigheid, mediaal van dit orgaan, van het beschreven gele strengetje, dat dan de rest van de niet verder ontwikkelde testes-aanleg moet zijn.

3^o. Het ontbreken van den teelbal op de normale plaats. Dit laatste verklaart de halfzijdige vetzucht; ik herinner slechts aan de waarneming van JOH. VON SCHMIDT 1), waarbij op eenzijdige testis-exstirpatie volgde de ontwikkeling van een borstklier aan dien kant.

De incontinentia urinae vindt in de anatomische verhoudingen een gereede verklaring, evenals het meest opden voorgrond tredend verschijnsel in het klinisch beeld, de uroptoë, duidelijk wordt door de doorbraak van het absces in het oernierbekken.

Op één punt wil ik nog nader ingaan. Het is van oudsher een strijdvraag, of de oernier al of niet een functioneerend orgaan is. WEBER bestrijdt dit heftig 2), maar BONNET heeft de argumenten van WEBER afdoende weerlegd 3). Ik meen, dat deze waarneming een sterke steun is voor de theorie van BONNET.

De aanwezigheid van melanine in het serum was mij geheel duister. Met de methode van BERSELIUS 4) toonden wij een gehalte aan van 5 pro mille. Misschien kan een der lezers van dit *Tijdschrift* hieromtrent een inlichting geven.

Karang-Anjar (bij Semarang), September 1923.

DR. J. VAN DONGEN, LOSSCHEURING DER PLACENTA DOOR EEN TE KORTE NAVELSTRENG MET GEBOORTE VAN EEN LEVEND KIND.

De te korte navelstreng komt niet veelvuldig voor. De beteekenis van de korthed van den funiculus umbilicalis voor de baring hangt o.a. af van de plaats van aanhechting der placenta aan den baarmoederwand en van de aanhechtingsplaats van de navelstreng aan de placenta. Vandaar dat de navelstreng bij normale aanhechting van de placenta volstrekt te kort wordt (men onderscheidt ook een betrekkelijke korthed van de navelstreng door omstrenge-ling), wanneer de lengte niet meer dan ongeveer 30 cM. bedraagt en bij lage aanhechting van de placenta, wanneer de streng slechts 20 cM. meet. SARCHY 5) berekende de veelvuldigheid van de te korte navelstreng op 0.06 pCt., PEU vond op 4000 verlossingen 4 maal een zoodanige korthed der navelstreng, dat deze een stoornis

1) *Korr. Bl. Böhmisch. Aerzte*, Febr. 1907.

2) 1897, *Morph. Arb.*, Bd. 7.

3) 1914, *Ergebn. d. Anat. u. Entwickl. gesch.* Bd. 21.

4) *Gesamm. Werke*, Bd. X, bldz. 347.

5) *Inaugur. Dissert.*, München 1913.