

REFERATEN.

Inwendige geneeskunde.

Acuut longoedeem en hartasthma bij mitralisstenose. —

Acuut longoedeem en hartasthma ontstaan gewoonlijk bij onvolgende werking van de linker kamer. Toch komen een enkele maal deze afwijkingen voor bij patiënten met een mitralisstenose, waarbij dus van een insufficiëntie van de linker kamer geen sprake behoeft te zijn. MCGINN en WHITE bespreken dit syndroom in de *Am. Heart Journal* van Augustus 1934 (deel 9, blz. 697). Hartasthma is een aanvalsgewijs ontstaande benauwdheid, die veroorzaakt wordt door een plotselinge zwakte van de linker kamer. Hierdoor hoopt het bloed zich op in de longen, wat langs reflectorischen weg den asthma-aanval ten gevolge heeft. Van de 20 zieken, die de schrijvers hebben waargenomen, hadden 10 een mitralisstenose, die samenging met een hypertensie of een aortagebrek, de andere 10 hadden echter een zuivere stenose. De gemiddelde leeftijd van de eerste groep was 50 jaar, die van de zuivere gevallen echter ruim 31. Belangwekkend is dan ook, dat de leeftijd van een groep van 272 lijdens aan hartasthma zonder mitralisaandoening, die de schrijvers vroeger bestudeerd hebben, voor 90 pCt. boven de 50 jaren was. Ook is opmerkelijk, dat de levensduur der zieken na den eersten aanval van asthma cardiale gemiddeld bij de lijdens aan mitralisstenose veel langer is dan bij de andere gevallen van hartasthma. Er is nog een ander verschil tusschen de beide groepen. Het is een bekend feit, dat de aanvallen van hartasthma tengevolge van zwakte van de linker kamer, dus den gewoonlijk voorkomenden vorm, verreweg het veelvuldigst ontstaat gedurende den nacht, terwijl de patiënt rustig in bed ligt. Bij hen, die een mitralisstenose hebben, is dit echter anders: hier vindt men de aanvallen het meest na de een of andere sterke inspanning. 5 maal kwam de aanval in aansluiting op een aanval van paroxysmale tachycardie.

Voor de verklaring van het ontstaan van den aanval zijn deze laatste feiten van groot belang. Vroeger meende men, dat bij deze gevallen toch een zwakte van de linker kamer de oorzaak van de benauwdheid moest zijn, maar het is niet goed te begrijpen, waarom de linker kamer zich bij dit hartgebrek zou overwerken, daar immers juist tengevolge van de vernauwing van de mitralisklep de bloedtoevoer naar dit gedeelte van het hart verminderd is en de linker kamer dus zeker minder werk verricht dan bij het normale hart. Eenvoudig wordt de verklaring echter, als men bedenkt, wat er bij verhoogde lichaamsinspanning gebeurt. Hierbij wordt de hoeveelheid bloed, die door het geheele hart, dus ook door het rechter, verwerkt moet worden, grooter. De rechter kamer perst meer bloed in de longen, dat echter door de nauwe mitralisklep niet weg kan en dus in de longen opstuwt. Dit veroorzaakt den aanval.

Het spreekt vanzelf, dat in die gevallen waarbij naast de mitralisstenose hypertensie of aorta-insufficiëntie voorkomt, hartasthma

zoowel door de rechter als door de linker kamer kan ontstaan. De schrijvers zagen dan soms, dat de patiënten in een vroeg stadium hun hartasthma kregen na inspanning, terwijl veel later de nachtelijke aanvallen kwamen, zooals wij die bij zwakte van de linker kamer zien.

J. B. POLAK.

Verloskunde en vrouwenziekten.

Coramine bij asphyxia neonatorum. — SPICKHOFF (*Centralbl. für Gyn.* 1934, No. 29, bldz. 1701) deelt zijn ondervinding mee, opgedaan met inspuiting van coramine bij asphyxie na de geboorte. Bij 25 ernstige asphyxieën, waaronder 5 witte, spoot hij 1 cM³ coramine intramusculair in. Daarbij werden de gebruikelijke handgrepen ook toegepast. In sommige gevallen heeft hij 3 tot 4 uur na de eerste inspuiting nog eens 1/2 cM³ toegediend. Alle kinderen op één na zijn in leven gebleven. Hij werd getroffen door het snel ontstaan van een sterke circulatie van het bloed in de huid, die veel sterker was dan diegene door lobuline veroorzaakt. Na 5 tot 8 minuten waren deze kinderen weer bijgebracht, terwijl dit bij de 4 kinderen, die blauw asphyctisch waren geboren, na 3 tot 4 minuten het geval was. De doseering bedraagt 1/2—1 cM³, men behoeft zich hieraan niet zoo angstvallig te houden als bij lobuline. Ook bij volwassenen met ademhalingsstilstand gedurende avertinenarcose heeft hij door inspuiting van 5 cM³, soms eenige malen herhaald, de ademhaling weer op gang kunnen brengen.

J. L. B. ENGELHARD.

Kindergeneeskunde.

De gunstige werking van het B.C.G. — KERESZTURI en zijn medewerkers hebben meer dan 1000 kinderen met B.C.G. gevaccineerd en daarbij nimmer eenig nadeel van de inenting waargenomen. Bij 95 kinderen konden zeer nauwkeurige waarnemingen worden verricht. Dit waren allen kinderen, die in het eerste levensjaar in contact kwamen met patiënten met open tuberculose. De mortaliteit bedroeg in deze groep 1.8 pCt. Een andere groep kinderen, die vrijwel in dezelfde omstandigheden verkeerden, maar niet waren ingeënt, had een mortaliteit van 9.7 pCt. De schrijvers zijn zeer voorzichtig in hun conclusie en gaan niet verder dan te beweren, dat vermoedelijk de inenting met B.C.G. een zeker aantal kinderen behoedt voor den dood door tuberculose (*Am. Journ. of Dis. of Childr.* September 1934).

M. DE BRUIN.

Huid- en geslachtsziekten.

De huidreactie met kippeneiwit bij kinderen met eczeem. — MORO (zie zijn *Ekzema infantum und Dermatitis seborrhoides*, Berlijn, 1932) heeft gevonden, dat bij een groot deel van de aan eczeem lijdende jonge kinderen kippeneiwit, dat volgens de methode van de reactie van PIRQUET cutaan aangewend wordt, na korten tijd een „Quaddel” doet ontstaan terwijl deze reactie bij normale kinderen steeds negatief bleek te zijn.

H. BURCHARD (*Dermatologische Zeitschrift*, 1934 Bd. 69 bldz. 149)