

REFERATEN.

Inwendige geneeskunde.

De behandeling van boezemfibrilleeren met chinidine.
— Op grond van de uitkomsten bij 49 thans gepubliceerde en 38 vroeger medegedeelde gevallen van chinidinebehandeling bij boezemfibrilleeren en mede op grond van literatuurstudie komen C. M. KOHN en S. A. LEVINE tot de conclusie, dat de resultaten van deze behandeling slechts zelden opwegen tegen de gevaren daaraan verbonden — ook indien men de bekende tegenaanwijzigingen: decompensatie, snelle pols, sterke dilatatie, emboli in de anamnese, kinine-idiosyncrasie, in acht neemt. Zonder twijfel is een regelmatig rhythme gunstiger dan een onregelmatig rhythme. Men kan KOHN en LEVINE gereedelijk bijvallen, als zij beredeneeren, dat dit verschil in tal van gevallen, waar digitalis den hartslag langzaam en het uitvallen van polsslagen zeldzaam maakt, niet te hoog moet worden aangeslagen. Hieruit volgt, dat men dus niet te veel risico mag aanvaarden. De gevaren van een chinidinekuur moeten echter niet worden onderschat. Verschijnselen van chinidine-intoxicatie ontstaan nogal eens, daar men meestal tot groote doses moet stijgen. Dodelijke emboli kwamen voor in gevallen, waar men zulks stellig niet zou hebben verwacht. De embolie komt meestal gedurende de eerste 10 dagen van de behandeling. Plotselinge, niet-embolische dood (door kamerfibrilleeren, hartblok, of in gebreke blijven van den sinusknop) werd herhaaldelijk beschreven en ook door KOHN en LEVINE gezien. Collapstoestanden, decompensatie en ademhalingsstilstand werden waargenomen en hadden soms den dood ten gevolge. Al deze ongevallen kwamen onverwacht en konden op grond van den toestand der zieke niet worden voorzien.

Bij een chinidinekuur moet men in de eerste plaats rekenen op een niet onbelangrijk aantal mislukkingen, dat bij rheumatische hartaandoeningen grooter is dan bij niet rheumatische (35 pCt., respectievelijk 14 pCt. mislukkingen). Bij thyreotoxicose slaagde de kuur steeds. Wat echter deze zoogenaamde geslaagde kuren betreft, slechts in 50 pCt. der gevallen bleef het normale rhythme langer dan 1 jaar bestaan; in 34 pCt. zelfs korter dan 6 maanden, ondanks een regelmatig gebruik van chinidine. De duur van het fibrilleeren scheen niet veel invloed te hebben op het resultaat der behandeling.

Op 49 uitgezochte gevallen hadden KOHN en LEVINE 14 totale mislukkingen; 14 gevallen, die binnen 6 maanden opnieuw fibrilleerden en 3 sterfgevallen. In hun vorige reeks van 38 patiënten kwamen ook 3 sterfgevallen voor. 5 van deze 6 zieken hadden een mitralisstenose. Evenals sommige andere onderzoekers beschouwen KOHN en LEVINE op grond van hun ervaringen een lang bestaand klepvliesgebrek als contra-indicatie voor het gebruik van chinidine; 4 maal ontstond een hersenembolus en 1 maal longembolus. Deze 5 zieken herstelden.

De chinidinebehandeling moet worden beperkt tot: 1e. boezemfibrilleeren zonder verdere aantoonbare hartafwijking; 2e. bij

thyreotoxicose, indien 2 tot 3 weken na de operatie nog boezemfibrilleeren bestaat; 3e. wanneer de onregelmatigheid oorzaak is van ondragelijke hartkloppingen. Dergelijke menschen blijken echter bij hersteld sinusrhythme dikwijls niet minder „heart-conscious” te zijn. 4e. Als hooge uitzondering bij hopelooze gevallen met decompensatie en fibrillatie, waar iedere andere therapie heeft gefaald.

H. J. VIERSMA.

Kindergeneeskunde.

Verwonding van wervels en tusschenwervelschijven bij lumbale punctie. — PEASE heeft 12 patiënten waargenomen met een symptomencomplex, hetwelk volgens hem te wijten is aan beschadiging van weefsel om het ruggemergskanaal gedurende lumbale punctie. Deze verschijnselen beginnen dadelijk na de punctie of ten hoogste binnen 14 dagen. De belangrijkste klacht is pijn onder in den rug, op de plaats van de punctie. Daarbij kunnen komen: beperkte bewegelijkheid, spierzwakte, soms pijn in de dijen en moeilijkheden bij het loopen. Bij onderzoek vindt men behalve verminderde spierkracht in het onderste deel van den rug, onwillekeurige spierspanning en beperkte bewegelijkheid in alle richtingen van het lendengedeelte der wervelkolom. De normale lendenlordose is minder duidelijk, soms maakt zij plaats voor een echte arcuaire kyphose.

Op de Röntgenphoto vindt men duidelijke afwijkingen. Het belangrijkste is een versmalling van de intervertebrale ruimte; de derde en de vierde of de vierde en de vijfde lumbale wervels zitten te dicht op elkaar. Soms vindt men bovendien veranderingen in vorm en structuur der wervels.

PEASE meent, dat dit alles ontstaat, doordat bij de punctie soms been of kraakbeen wordt aangeprikt. Niet alleen kan in enkele gevallen daardoor infectie ontstaan, maar ook zonder dat is belangrijke beschadiging mogelijk. Bij de sterke kunstmatige kromming gedurende de punctie staan namelijk de verschillende niet-beenige bestanddeelen van de wervelkolom dermate onder druk, dat bij aanprikken hiervan een vrij groote weefselmassa kan losschieten. Door verschillende photo's en teekeningen wordt dit mechanisme inderdaad waarschijnlijk gemaakt.

Meestal geneest de afwijking door rust, soms echter is fixatie in hyperextensie daarbij noodig (*Am. Journ. of Dis. of Childr.* Dl. 49, afl. 4, April 1935, bldz. 849).

M. DE BRUIN.

De cerebrale verwikkelingen bij kinkhoest. — De tijdens kinkhoest voorkomende stuipen werden vóór de bekende onderzoeken van HUSLER en SPATZ meestal aan bloedingen in de hersenen toegeschreven. Zij konden evenwel op verschillende plaatsen in de hersenen necrobiotische processen in de ganglioncellen, gepaard gaande met gliawoekering, waarnemen en schreven deze degeneratie toe aan een specifiek gif, waarvoor niet ieder systeem van de hersenen even gevoelig bleek te zijn. Latere onderzoekers, bijvoorbeeld SPIELMEYER, hebben dezelfde afwijkingen in de hersenen