

- <sup>5</sup> White JJ, Wexler HR. A baby with a tail. *J Pediatr Surg* 1973; 8: 833-4.
- <sup>6</sup> Ledley FD. Evolution and the human tail. A case report. *N Engl J Med* 1982; 306: 1212-5.
- <sup>7</sup> Baruchin AM, Mahler D, Hauben DJ, Rosenberg L. The human caudal appendage (human tail). *Br J Plast Surg* 1983; 36: 120-3.
- <sup>8</sup> Spiegelmann R, Schinder E, Mintz M, Blakstein A. The human tail: a benign stigma. *J Neurosurg* 1985; 63: 461-2.
- <sup>9</sup> Teebi AS, Shaltout AA. New syndrome: craniofacial anomalies, abnormal hair, camptodactyly, and caudal appendage. *Am J Med Genet* 1989; 33: 58-60.

- <sup>10</sup> Yamatani K, Saitoh T, Oi M, Oka N, Endoh T, Takaku A. A case of a human tail. *No Shinkei Geka* 1991; 19: 93-6.
- <sup>11</sup> Gould GM, Pyle WL. *Anomalies and curiosities of medicine*. Philadelphia: Saunders, 1897.
- <sup>12</sup> Berry J. Baby with a tail. *Memphis Med Month* 1894; 14: 105.
- <sup>13</sup> Hornitzki P. Ein Fall des Wirbelschwanzes bei einem Kinde. *Zentralbl Chir* 1940; 67: 1051-6.
- <sup>14</sup> Warkany J. *Congenital malformations*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1971: 925-7.

Aanvaard op 5 oktober 1992

## Geschiedenis der geneeskunde

# Enteroptose: een onderzoek naar een verdwenen diagnose

G. TH. VAN DER WERF

Ondanks alle waarde die het ware mag hebben, is het niet uitgesloten dat de schijn een hogere principiële waarde voor het leven moet worden toegekend. Het is zelfs niet onmogelijk dat de waarde van goede en vereerde dingen juist hierin bestaat dat zij met die slechte schijnbaar tegengestelde dingen op een pijnlijke manier verwant, verbonden, verstrengeld en misschien zelfs identiek zijn.<sup>1</sup>

Patiënt A, een virgo van 20 jaar, kwam in de kliniek van de gynaecoloog prof. H. Treub toen zij een jaar lang pijn in de linker zij en in de maagstreek had. Daarbij was zij misselijk en in de loop van het jaar was haar eetlust vrijwel verdwenen. De defecatie was zeer traag en ook de mictie was af en toe bemoeilijkt. De menstruatie was vanaf het 17e jaar geregeld en zonder enig bezwaar opgetreden. Patiënte was zeer vermagerd en niet in staat enig werk te doen. Bij onderzoek werd een dikke, deegachtige, longitudinale zwelling rechts boven in de buik gevonden; verder werden aan hart, longen en buik geen afwijkingen gevonden en ook het urinesediment liet geen afwijkingen zien.

Prof. Treub stelde de diagnose 'de ziekte van Glénard'. Hij schreef haar dieet en een buikband voor. Na 1 maand kon zij geheel genezen de kliniek verlaten.<sup>2</sup>

Patiënt B, een 56-jarige multipara, maakte op 33-jarige leeftijd en nog eens op 50-jarige leeftijd een appendicitis door. Begin 1901 kreeg zij een lichte apoplexie en eind 1901 ontwikkelde zich bij haar een pyelocystitis. Haar huisarts, collega J. Knegtering te Emmen, stelde in januari 1902 de diagnose 'chronische appendicitis'. De vrouw vermagerde sterk. Omdat de arts een darmstenose vermoedde, verwees hij de patiënte naar de chirurg prof. Koch in Groningen. Deze schreef haar buikklachten toe aan een enteroptose. Operatie raadde hij af. Hij schreef haar een buikband volgens Glénard voor en adviseerde dieet. In mei 1904 en april 1905 kreeg zij recidieven, die echter met behulp van dieet en buikband geheel genazen.<sup>3</sup>

Zie ook het artikel op bl. 2500.

De ziekte van Glénard, ook wel enteroptose genoemd, behoort tot de verdwenen diagnoses. Er zijn diverse redenen waarom ziekten en namen van ziekten verdwijnen.<sup>4-7</sup> Hoe kon het begrip 'enteroptose' vaste voet krijgen en hoe is het verdwenen?

In dit artikel wordt deze vraag beantwoord aan de hand van wat er over enteroptose is geschreven in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. Daarin zijn in de jaren 1904 tot en met 1960 7 artikelen over dit onderwerp verschenen.<sup>3, 8-13</sup> Recentelijk verschenen 2 historische artikelen.<sup>14, 15</sup> Vanuit deze bronnen wordt aandacht besteed aan de Duitse en Angelsaksische literatuur over de enteroptose.

### DE INTRODUCTIE VAN HET BEGRIIP 'ENTEROPTOSE' IN NEDERLAND

De diagnose 'enteroptose' is in Nederland geïntroduceerd door prof. Hector Treub.<sup>3, 8, 11</sup> In 1896 publiceerde hij een monografie over dit ziektebeeld omdat hij van mening was dat het frequent voorkwam, en tot schade van de patiënten meestal miskend werd.<sup>2</sup> De oorspronkelijke publikaties van Glénard, die algemeen als grondlegger van het begrip 'enteroptose' wordt beschouwd, waren in die tijd in Nederland niet te verkrijgen; Treub baseerde zich op het werk van Monteuis.<sup>16</sup>

Treub beschreef de enteroptose als een toestand waarin de buikorganen naar beneden zijn verzakt. Dat belemmert de vertering. Te onderscheiden zijn onder andere gastroptose, hepatoptose, splenoptose, nefroptose. Door een hangbuik worden de organen vooral naar voren verplaatst; patiënten met een enteroptose hebben geen buik, ze maken de indruk 'van wat men poëtice noemt "een gekrookt riet"' (een geknakte rietstengel).

De patiënten klagen over digestiestoornissen, pijn op wisselende plaatsen in de buik, een permanent gevoel van vermoeidheid en gebrek aan levenslust (neurasthe-

Rijksuniversiteit, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusingalaan 4, 9713 AW Groningen.  
Dr. G. Th. van der Werf, huisarts.

nie); vrouwen klagen soms over menstruatiestoornissen.

Bij onderzoek blijkt vaak dat de patiënt in een slechte voedingstoestand verkeert. Het colon is als een 'coecaal-worst' in de buik te voelen. De plaats van de maag, en daarmee de aanwezigheid van de gastropse, wordt vastgesteld door middel van percussie na vulling van de maag met gas, hetzij door insufflatie, hetzij met behulp van bicarbonaat.

Pathognomonisch achtte Treub de proef van Glénard, 'l'épreuve et contre-épreuve de la sangle': de arts gaat achter de patiënt staan, slaat zijn handen om diens buik en licht die op. Dat geeft verlichting van de klachten. Nog sprekender is de tegenproef; de arts laat de buik los en hoeft slechts op het gezicht van de patiënt te letten om te zien wat het effect is: pijn.

Daarmee is de therapie gegeven: een 'buikcingel' volgens Glénard (het Nederlandse 'cingel/singel' en het Franse 'sangle' betekenen beide 'buikband'). Een dieet en frequente maaltijden kunnen behulpzaam zijn, en ten slotte ook laxantia. Treub wees tevens op de psychische invloed van de therapeut. Voor de operatieve therapie had hij geen goed woord over.

#### DE ENTEROPTOSE IN HET NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

De chirurg Rotgans schreef tot twee maal toe over de buikband: hij heeft een eigen, effectievere versie ontworpen.<sup>8,12</sup> Kennelijk was de buikcingel toch niet het grote succes dat Treub beschreef. Kneqtering verklaarde de enteroptose van de patiënt die hij in een casuïstische mededeling beschreef op basis van een parese van buikspieren, en achtte de klachten daarmee verklaard; inclusief de pyelocystitis die hij, zoals in die tijd gebruikelijk, toeschreef aan nefroptose. De obstipatie, de versterkte peristaltiek, de 'Darmsteifung' en de collapsaanvallen van de vrouw schreef hij toe aan een dynamische ileus op basis van enteroptose; deze toeschrijving was volgens hem een toevoeging aan de beschrijving van het ziektebeeld.<sup>3</sup>

Kaiser ging in 1914 in op de vraag waarom de buikorganen op hun plaats blijven, en in dat kader besteedde hij uitgebreid aandacht aan de enteroptose.<sup>11</sup> Het probleem is complexer dan aanvankelijk werd verondersteld, schrijft hij. 'Toch gaat telkens weer een eigenaardige beking uit van die eerste naïef-geestdriftige boekjes; voor mij ligt dat van Monteuuis; hoe verbluffend zal de indruk geweest zijn, die Glénard's "épreuve du sangle" maakte?'

Er zijn twee vormen van enteroptose: de accidentele vorm als gevolg van een slappe buikwand en de constitutionele, asthenische vorm. Over die laatste vorm verschilt men van mening. Stiller sprak van 'asthenia universalis congenita', Matthes van 'infantilisme'; misschien overlappen die twee begrippen elkaar, veronderstelde Kaiser. Matthes werd getroffen door de gedrukte gemoedsstemming van zijn patiënten, en hij veronderstelde dat daardoor een overgevoeligheid ontstaat voor inwendige processen die anders niet of slechts vaag worden waargenomen. Het lukte Matthes om hierin langs psychotherapeutische weg verlichting te brengen.

Het chirurgisch ingrijpen bij enteroptose was gebaseerd op de opvatting dat de ophanging van de buikorganen kan worden vergeleken met de wijze waarop kleren in de kleerkast hangen: aan een haakje. Maar inmiddels is duidelijk geworden dat de organen niet alleen maar hangen aan hun ligamenten, maar ook rusten op onderliggende organen zoals een fles op het water.

Kaiser beschreef de klinische ervaringen van de Deense chirurg Roesing, die in meer dan 50% der gevallen genezing zag na operatie. Hij noemde ze treffend, maar af en toe lijnrecht in strijd met wat de fysiologie ons leert. Als internist durfde hij echter geen oordeel te geven over het resultaat van het chirurgisch handelen.

De chirurg Zaaijer oordeelde in 1916 dat het resultaat van Roesing veel te rooskleurig is voorgesteld:<sup>17</sup> 'Mischien heeft ook de sterke suggestie, van Roesing's krachtige overtuiging uitgaande zeer gunstig op zijn patiënten ingewerkt terwijl wij allen met grote scepsis tegenover deze operaties staan.' Maar Zaaijer achtte de operatie niet gecontraïndiceerd. De resultaten van de operatie waren niet fraai, maar 'toch zijn zij zo dat men naar mijn mening nog niet het recht heeft operatieve hulp geheel te weigeren', betoogde Zaaijer. Oidman kwam tot dezelfde conclusie.<sup>9</sup>

In het Tijdschrift verscheen de laatste publikatie over de gastropse in 1960: tijdens een casuïstiekbepreking werd een vrouw met een ptotische maag besproken. Een chirurg herinnerde zich dat men in de jaren twintig nog van opvatting was dat de ptotische maag door haar gewicht tot een mechanische afsluiting kon leiden; dat standpunt is later verlaten. De vrouw werd niet geopereerd.<sup>10</sup>

#### DE ENTEROPTOSE IN DE DUITSE LITERATUUR

Stiller, hoogleraar te Boedapest, zag de enteroptose als onderdeel van asthenie.<sup>18</sup> Het stigma daarvan is de *costa decima fluctuans*, de beweeglijke tiende rib. Stiller is mordicus tegen de chirurgische therapie: 'Der hepato-pexierende Chirurg hatte 8,5% Todesfalle zu beklagen. Es ist doch zu grausam wegen eines Schoenheitsfehlers der Leber in den Tod gehen zu muessen.' Over de therapie schreef hij overigens slechts twee of drie bladzijden. Hij hoopte dat de asthenie 'durch Verbesserung der Lebensbedingungen im weitesten hygienischen Sinne und durch die soziale Verbesserungen welche die moderne Philantropie und die stuermischen Praetensionen der unteren Staende nach und nach ins Leben rufen, verbunden mit Kopulation gesunder Mischung' langzaam zou verdwijnen.

Roesing schreef in de inleiding tot zijn boek dat maagaandoeningen een omstreden grensgebied vormen tussen geneeskunde en chirurgie.<sup>19</sup> Toen hij in 1898 zijn eerste maagsecties deed bij goedaardige maagaandoeningen (er was toen in Denemarken nog maar 4 maal een dergelijke operatie verricht op die indicatie), was de weerstand van de internisten groot. Maar dat was inmiddels wel veranderd, er werd nu samengewerkt. Hij wees erop dat patiënten met maagklachten uitgekleeft moesten worden onderzocht. Nog niet zo lang geleden, schreef hij, waren de klachten cardialgie (pijn in de maagstreek)

en overgeven voldoende om de diagnose 'maagcatarre', cardialgie en obstipatie om de diagnose 'enteritis' of 'colitis' te stellen. Zonder verder onderzoek werd een bijpassend dieet gegeven. Maar de pathologie en de chirurgie hebben ons anders geleerd: klachten zijn niet zo specifiek voor deze of gene diagnose. En vervolgens beschreef hij uitgebreid het onderzoek van de buikorganen.

Matthes sprak slechts terloops over de enteroptose, in het kader van de nerveuze dyspepsie: in twee zinnen schreef hij over de opvattingen van Glénard en van Stiller. Zelf was hij van mening dat de nerveuze dyspepsie soms door een functionele stoornis wordt veroorzaakt – stoornissen in de zuurproductie en in de motiliteit van de maag –, maar dat het in veel gevallen gaat om een psychogene aandoening. Die differentiële diagnose bepaalt ook de therapie.<sup>20</sup>

Glénard beschouwde de enteroptose als een ziekte-eenheid die dyspepsie, neuropathie en neurasthenie, gastropose, nefropose en splenoptose omvat. De enteroptose achtte hij echter secundair aan een voedingsstoornis, de 'diathèse hépatique'. Hij propageerde derhalve een (uiterst gecompliceerd) dieet.<sup>21</sup> Roesing daarentegen betoogde dat het juist andersom is: de voedingsstoornis is secundair aan de ptose, en als het lukt de organen weer op hun normale plaats te krijgen keert de vroegere voedingstoestand terug.

Roesing besprak een groep van 163 patiënten (onder wie slechts 10 mannen) van wie 92 volledig herstelden, 63 een beetje of niet verbeterden en 8 overleden. Tussen de doodsoorzaken van die 8 – pneumonie, tuberculose en ileus – en de aandoening dan wel de ingreep zag hij geen verband. Hij concludeerde dat er een operatie-indicatie is bij patiënten bij wie de internist is uitgepraat.

Roesing moest erkennen dat er veel verwarring heerste over de gastropose, omdat 'veel patiënten die aan ptosis lijden zich afgezien van een beetje obstipatie in een goede gezondheid mogen verheugen, ja zelfs in het geheel geen artsenhulp hoeven te zoeken. ... Sinds het mij in 1897 gelukt is bij een miskend geval door een operatieve ingreep duurzame genezing te bewerkstelligen, heb ik met alle macht geprobeerd de differentiële diagnose te ontwikkelen en het klinische beeld te verhelderen.'<sup>19</sup>

#### DE ENTEROPTOSE IN DE ANGELSAKSISCHE LITERATUUR<sup>14 15</sup>

De Angelsaksische literatuur werd in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* niet geciteerd. In deze tijd was men in Nederland vrijwel uitsluitend georiënteerd op de Duitse en Franse kliniek.

De anatoom Keith beschouwde de enteroptose als gevolg van een gestoorde ademhaling.<sup>22</sup> De beschrijving die McCallum in 1905 gaf week niet af van die van de zoëven geciteerde (Duitse) auteurs.<sup>23</sup> Ook hij hechtte veel belang aan de beweeglijke tiende rib, misschien onder invloed van Stiller; misschien speelde daar ook de opvatting van Keith over het belang van de gestoorde ademhaling een rol in. McCallum beschouwde de Weir Mitchell-behandeling als afdoende: bedrust, koude

baden en massage, houdingscorrectie, goede voeding en oefening van lichaam en geest. Van operatie moest ook hij niets hebben.

In de Engelse literatuur werd in 1922 nog een andere verklaring gegeven gebaseerd op de theorie van Cannon dat angst leidt tot verhoogde adrenalinespiegels en dat verhoogde adrenalinespiegels leiden tot contractie van de pylorus. Daardoor zakt de maag uit en kan er onvoldoende maagontleding plaatsvinden.<sup>24</sup>

In een discussie in *British Medical Journal* in 1924 passeerden alle theorieën nog eens de revue: Keith, Stiller, de mentale factor en de relatie tot neurasthenie, de vagosympathische onevenwichtigheid; ook werd vermeld dat de enteroptose vaak zonder symptomen verloopt.<sup>25</sup>

#### BESCHOUWING

Het begrip 'gastropose' werd in Nederland enthousiast geïntroduceerd door de gynaecoloog Treub. De reden van het enthousiasme is duidelijk. Treub meende in de buikcingel een effectieve remedie gevonden te hebben tegen een vooral bij vrouwen frequent voorkomende kwaal: buikklachten. Dat enthousiasme is in latere publikaties snel getemperd. De discussie ging toen vooral tussen chirurg en internist. De laatste wees op de gevaren van chirurgisch ingrijpen; de chirurg bleef verdedigen dat er in bepaalde hopeloze gevallen een plaats is voor operatie.

Het werd stil rond de gastropose zodra in 1929 de röntgenologische techniek verbeterde; toen bleek de gastropose als ziektebeeld niet meer te handhaven.<sup>14 26</sup> In het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* werd daar echter geen melding van gemaakt. Al in 1936 schreef Riesman in ridiculiserende termen over de gastropose als een verdwenen ziekte.<sup>4</sup> Wisten artsen dan niet dat röntgenfoto's van de maag vóór 1930 geen goede afbeelding gaven? Ze konden het vermoeden hebben want in 1919 vond er in het Tijdschrift een discussie plaats over de vraag of de vorm van de maag op röntgenfoto's niet vooral bepaald wordt door het gewicht van de bismutpap.<sup>27 28</sup> En dat gastropose zonder klachten kan voorkomen was althans aan Roesing bekend.

Waar ging dan de discussie aangaande de enteroptose over? Aanvankelijk werd de enteroptose als een anatomische probleemstelling gepresenteerd: wat is de 'normale' plaats van de buikorganen, hoe blijven ze op hun plaats en hoe kunnen wij vaststellen waar ze zich bevinden. In de kliniek was de vraag – zeker voor de chirurg – hoe de buik onderzocht kon worden. Roesing maakte niet voor niets de opmerking dat internisten te veel op de anamnese afgaan en te weinig de buik percuteren en palperen.

Internisten legden rond de eeuwwisseling sterk de nadruk op functionele stoornissen als oorzaak van maagklachten: hypo- en hyperaciditeit, motiliteits- en verteringsstoornissen.<sup>29</sup> Later verschoof hun belangstelling naar de constitutie en constitutionele stigmata.<sup>30</sup>

De discussie ging over de vraag hoe de ptose in anatomische dan wel constitutionele theorieën over buikklachten past. Knechting en al die anderen droegen bij

tot theorievorming.<sup>3 11 18 19 21 22 24</sup> En de theorie die men aanhing, bepaalde de therapie die men voorstond. De ptose zelf stond niet ter discussie. Dat kon pas toen de anatomie tijdens het leven beter bestudeerd kon worden, toen de röntgentechniek was voortgeschreden. En toen voltrok zich de falsificatie van het concept 'gastroptose' in stilte, bijna alsof de artsen zich erover schaamden dat zij zich tot zo kritiekloos oordelen hadden laten verleiden over iets waarvan zij tussen de regels door steeds hadden moeten toegeven dat zij er niet over konden oordelen.

De diagnose 'gastroptose' behoort tot de categorie van de pseudo-diagnosen: diagnosen die na verloop van tijd niet meer gesteld worden omdat de diagnostiek is verbeterd.<sup>5</sup>

Hoe is het verder gegaan met mensen met maagklachten? Zouden wij in een aantal gevallen nu de diagnose 'anorexia nervosa' of 'gastritis' gesteld hebben? Of hebben de medische historici gelijk die de continuïteit tussen gastroptose en het 'irritable bowel syndrome' (IBS) verdedigen?<sup>15</sup> IBS is echter een slecht gedefinieerd klachtenpatroon zonder objectieve afwijkingen en zonder bepaalde therapeutische consequenties.<sup>31-33</sup> 'Gastritis' is een weliswaar gastroscopisch en zelfs histologisch te verifiëren diagnose, maar een relatie tot een bepaald klachtenpatroon ontbreekt.<sup>34</sup> Wij zullen het nooit weten, want er bestaan klaarblijkelijk nog steeds onbegrepen maag- en buikklachten.

#### TOT SLOT

Iets benoemen geeft zekerheid aan arts en patiënt, ook al is het schijnzekerheid. Dat kan voordelen hebben. Maar dat in dat geval de samenhang tussen genomen maatregelen en het klinisch welslagen ervan moeilijk is na te speuren, wist Kaiser ons al te melden. Dat het begrip 'gastroptose' zo lang een plaats heeft weten te behouden in de geneeskunde komt doordat het een rol speelde in de wetenschappelijke discussie over de mogelijke verklaring van maag- en buikklachten. Op de achtergrond was daarbij de ontwikkeling van de buikchirurgie van invloed. Het overbodig en dus schadelijk medisch ingrijpen dat daar het gevolg van is geweest moet derhalve beschouwd worden als bijwerking van die discussie.

#### LITERATUUR

- 1 Nietzsche F. Voorbij goed en kwaad. Voorspel van een filosofie van de toekomst. Vertaling Th. Grafdijk. Amsterdam: De Arbeiderspers, 1979.
- 2 Treub H. Enteroptose, de ziekte van Glénard. Geneeskundige Bladen 1895; 2: 285-304.
- 3 Knegtering J. De ziekte van Glénard. Ned Tijdschr Geneesk 1905; 49: 1786-92.
- 4 Riesman D. Deceased diseases. Ann Med Hist 1936; 8: 160-7.
- 5 Hudson RP. How diseases birth and die. Trans Stud Coll Physicians Phila 1977; 45: 18-27.
- 6 Beason PB. Some diseases have disappeared. Am J Med 1980; 68: 806-11.
- 7 Quill TE, Mack Lipkin JR, Greenland P. The medicalization of normal variants: the case of mitral valve prolapse. J Gen Intern Med 1988; 3: 267-75.
- 8 Rotgans J. Band voor nefroptosis of enteroptosis. Ned Tijdschr Geneesk 1904; 48: 745.
- 9 Oidtman A. Gastroptose. Ned Tijdschr Geneesk 1921; 65: 1247.
- 10 Brummelkamp WH. Recidief van acute maagdilatatatie. Ned Tijdschr Geneesk 1960; 104: 785.

- 11 Kaiser KFL. Waardoor blijven de buikorganen op hun plaats en hoe ontstaat de enteroptose? Ned Tijdschr Geneesk 1914; 58: 765-9.
- 12 Rotgans J. Buikband voor enteroptosis of nefroptosis. Ned Tijdschr Geneesk 1912; 56: 1266.
- 13 Zaaier JH. Maagptosis. Ned Tijdschr Geneesk 1916; 60: 723.
- 14 Chen TS, Chen PS. Glénard's disease. NY State J Med 1991; 91: 101-5.
- 15 Frexinos J. Regards sur l'histoire de l'intestin irritable. Gastroenterol Clin Biol 1990; 14: 5-8.
- 16 Monteuuis A. Déséquilibres du ventre. L'entéroptose ou maladie de Glénard. Paris: Baillière, 1894.
- 17 Zaaier JH. De aanwijzing tot heelkundige behandeling bij goedaardig lijden van de maag. Ned Tijdschr Geneesk 1916; 60: 1663.
- 18 Stiller B. Die asthenische Konstitution Krankheit. Stuttgart: Enke, 1907.
- 19 Roevsing Th. Unterleibs chirurgie; klinische Vorlesungen für Studierende und Aertzte. Leipzig: Vogel, 1912.
- 20 Matthes FB. Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Berlin: Springer, 1919.
- 21 Glénard F. Les ptoses viscerales: diagnostique et nosografie. Paris: Alcan, 1899.
- 22 Keith A. The nature and anatomy of enteroptose. Lancet 1903; ii: 631-40, 709-13.
- 23 McCallum HA. Visceroptosis: its symptoms and treatment. Br Med J 1905; i: 345-7.
- 24 Stoddard WHB. The mental factor in visceroptosis. Lancet 1922; i: 69-70.
- 25 Hutchinson R. Visceroptosis. Br Med J 1924; i: 53-5.
- 26 Moody RO. Are diagnoses of enteroptosis, gastroptosis and coloptosis now justifiable? Am J Surg 1929; 7: 470-3.
- 27 Lier EH van. Over de vorm van de maag. Ned Tijdschr Geneesk 1919; 63: 1144.
- 28 Lier EH van. Over de vorm van de maag. Ned Tijdschr Geneesk 1920; 64: 119.
- 29 Nolen W. Vingerwijzingen tot het herkennen en behandelen van nerveuze maagziekten. Geneeskundige Bladen 1895; 2: 7.
- 30 Werf GTh van der. De therapie van het ulcus pepticum in de Nederlandse literatuur (1868-1947). Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1597-9.
- 31 Lisdonk EH van de. Behandeling van dyspeptische klachten zonder pillen. Huisarts Wet 1991; 34: 593-7.
- 32 Horst HE van der, Eyk JThM van, Scholling FG. Nieuwe inzichten in het irritable bowel syndroom? Huisarts Wet 1992; 35: 146-51.
- 33 De Nederlandse Lever Darm Stichting. Een prikkelbare darm. Breukelen: De Nederlandse Lever Darm Stichting, 1991.
- 34 Johnson R, Bernensen B, Straume B, Foerde OH, Bostad L, Burhol PG. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. Br Med J 1991; 302: 749-52.

Aanvaard op 26 augustus 1992

## Bladvulling

### *Mestproblemen 1892*

De Burgemeester van een plattelands-gemeente in Noord-Holland, dien ik persoonlijk ken, meldt mij het volgende:

'Gij wilt het goede, maar gij kent evenals ik de Gemeenteraden ten platten lande en weet dus ook, dat ik zonder een Rijkswet met den besten wil, den slechten toestand alhier niet verbeteren kan'.

Uw rapporteur beaamt dit geheel.

Een Collega uit de Provincie Groningen meldt mij:

'Wij laten het hier voor de rijke Hollanders over, om hun beste mest-specie in het water te werpen en in vele gevallen dat water nog op te drinken'.

(Ned Tijdschr Geneesk 1892; 36 II: 2.)