

waardig als de schrijver aangeeft. Zij zijn in verschillende grootte te krijgen en kunnen (in een bus of in een doos met wat petroleum in een bakje) uitstekend bewaard worden. Wil de arts in de huispraktijk vroeggeboorte opwekken, dan kan hij wel zorgen een behoorlijk geprepareerde ballon bij de hand te hebben.

Bij het ontwikkelen van de vrucht na de perforatie van het hoofd mis ik een bespreking van de moeite, die de extractie van den romp van een groot kind door een nauw bekken geven kan en van de wijze, waarop dit dan kan geschieden (ontwikkelen van de armen, kleidotomie, thorakotomie).

Voor den volgenden druk herhaal ik mijn wensch bij de aankondiging van den vorigen geuit, dat de figuren van BREISKY mogen vervangen worden door omtrekken en doorsneden van de pathologische bekkens zelf in de normale geteekend. Wordt in dien nieuwen druk een ruimere plaats ingeruimd aan de leer der stofwisseling in de zwangerschap in verband met de stofwisseling in de placenta, wordt dan de complicatie van zwangerschap met verschillende algemeene ziekten wat uitvoeriger besproken en wordt een plaats ingeruimd aan de locale anaesthesie van het perineum bij de baring, dan zou, om het boek niet nog dikker te maken, de pathogenese van de verschillende vormen van het nauwe bekken wel wat kunnen worden bekort.

Overigens hoop ik ook nu weer, dat de schrijver nog vele nieuwe drukken van zijn aangenaam geschreven leerboek moge beleven.

Groningen, April 1909.

G. C. NIJHOFF.

---

## BRIEFWISSELING.

HET TWAAALFDE NATUUR- EN GENEESKUNDIG CONGRES  
TE UTRECHT (vervolg).

GENEESKUNDIGE SECTIE.

AFDEELING A.

Zaterdag 17 April te 9 uur.

I. *Over levercirrhose.*

Inleiding door R. DE JOSSELIN DE JONG. (Pathologisch-anatomisch gedeelte).

Na een overzicht van den anatomischen bouw der lever wijst spreker er op, dat men bij elke levercirrhose vindt degeneratie en ondergang van levercellen naast regeneratie en woekering van levercellen en daarbij bindweefselvermeerdering. Vooral op die woekering wil spreker grooten nadruk leggen; het hobbelige van het leveroppervlak wil hij niet in de eerste plaats op rekening van bindweefselschrompeling stellen, die slechts een fijn gegranuleerd oppervlak veroorzaakt; de grootere knobbels, die men vaak boven de oppervlakte vindt uitstekend, zijn veroorzaakt door woekering en nieuwvorming van leverweefsel. Vaak wordt de rechter kwab sterk verkleind, maar neemt de linkerkwab in grootte toe. De verhouding van weefselonder-

Eerste Helft, n<sup>o</sup>. 18, 1909.

gang tot weefselaanmaak is een der voornaamste factoren in het beloop der cirrhose. Spreker acht het maken van een scheiding tusschen atrophische en hypertrophische levercirrhose kunstmatig en uit een pathologisch-anatomisch oogpunt niet vol te houden. Ook ziet hij geen principieel onderscheid tusschen cirrhose met icterus en die met ascites gepaard gaat; bij de meeste gevallen komen en icterus en ascites beide voor. Trouwens spreker toont aan, dat icterus door een aantal zeer verschillende oorzaken bij cirrhose kan tot stand komen. Ook de z.g. cirrhose van HANOT („cirrhose hypertrophique avec ictère chronique”) is noch klinisch noch anatomisch een scherp omschreven vaststaand ziektebeeld. Hij wil dus elk geval van cirrhose op zich zelf beschouwen; elk geval heeft zijn eigen klinisch beeld, zijn eigen beloop en bij elk vindt men weer een andere lever met bijzonderen bouw. Men spreke daarom alleen van *cirrhose* en vermijde indeeling van ondervormen, die ieder oogenblik met de werkelijkheid in strijd komen.

De regeneratie van leverweefsel kan geschieden uit levercellen en uit kleine galgangen. Soms kan zij zóó sterk worden, dat het komt tot de vorming van ware adenomen.

Wat de bindweefsel-nieuwvorming betreft, stelt spreker zich op het standpunt, dat zoowel de parenchym- als de bindweefselaandoening beide afhankelijk zijn van de werking van het schadelijke agens, dat het cirrhotische proces veroorzaakt; dat de woekering van het bindweefsel in den regel overweegt en de ondergang van levercellen door die sclerose zeer bevorderd wordt.

De vorm der cirrhose hangt af van den weg, waarlangs het schadelijke agens in de lever komt; daarbij is steeds te veel uitsluitend gelet op de galwegen en de vena portae; ook de lymphwegen en de art. hepatica mag daarbij niet uit het oog verloren worden.

Wat de aetiologie betreft kent spreker geen groote waarde toe aan alkohol.

Haast regelmatig is bij levercirrhose de milt vergroot. Deze milten vertoonen hyperplasie en sclerose. De hyperplasie is echte arbeidshyperplasie, de milt neemt een deel van de functie der zieke lever over. Van de aetiologie der sclerose weet spreker niets.

Dat de ascites in de meeste gevallen het gevolg van stuwing in het poortadergebied is, acht spreker niet waarschijnlijk. Meer gewicht hecht hij als bron van de ascites aan het bestaan van een chronische peritonitis, waarop TALMA in 1894 reeds de aandacht gevestigd heeft onder den naam van hydrops inflammatorius. Mogelijk worden beide toestanden, chronische peritonitis en cirrhose, door dezelfde toxische oorzaak teweégebracht, maar ook is mogelijk, dat de chronische peritonitis de cirrhose verwekt. Is de ascites een chronische peritonitis, dan begrijpt men ook, dat de operatie van TALMA niet tot het doel voert. In hoeverre bij die chronische peritonitis tuberculose in het spel is, zal de toekomst moeten leeren.

Inleiding door S. TALMA. (Klinisch gedeelte).

Prof. TALMA bepaalde zich in hoofdzaak tot de vraag, wat de chirurg kan doen tot bestrijding van levercirrhose. In de eerste plaats komt ter sprake de omentopexie, de hechting van het net aan den buikwand of in het algemeen het verbinden van het peritoneum parietale met het peritoneum viscerale (operatie van TALMA). Spreker acht die operatie aangewezen bij belang-

rijke verhooging der drukking in de vena portae. De waarneming heeft geleerd, dat in vele gevallen van levercirrhose die drukverhooging in de vena portae op voldoende wijze bestreden werd door de hechting van het net.

Een tweede belangrijke uitweg voor het in de vena portae opgehoopte bloed kan worden geopend door de milt te hechten aan den buikwand. Overal waar na de omentopexie de milt groot blijft, meent TALMA dat de hechting der milt aan den buikwand aangewezen is. Dat de operatie vaak geen goed gevolg had, ligt er aan dat vaak voor ascites gehouden werd wat geen ascites was, maar een peritonitis exsudativa. De onderscheiding tusschen een transsudaat en een exsudaat in het peritoneum is niet gemakkelijk. Zelfs meent TALMA, dat peritonitis *het gevolg* kan zijn van drukgingsverhooging in de vena portae. Men houde echter in het oog, dat herhaaldelijk is waargenomen, dat verwijdering van een peritonitisch exsudaat, door insnijding of door een troicart, belangrijk tot de genezing der peritonitis kan bijdragen, vooral als de ontsteking is een tuberculeuse.

De omentopexie is slechts een symptomatische behandeling. De pathogenese van vele gevallen van cirrhose eischt echter een andere behandeling nl. de drainage van den ductus hepaticus of van de galblaas. Deze behandeling is op haar plaats, als de cirrhose is een biliaire, d. i. als zij ontstaan is na en door een cholangitis. Dat deze vorm van cirrhose bestaat, staat voor TALMA vast, en daarbij herstelt die operatie vaak de gezondheid geheel. Meermalen brengt de drainage van den ductus hepaticus genezing, waar die van de galblaas nutteloos bleek; daarom is de eerste boven de tweede te verkiezen. Het is dus van veel belang bij een patiënt de diagnose van cholangitis te maken. Als symptomen noemt TALMA de febris intermittens met rillen en hooge temperatuur, vaak gevolgd door zeer lage temperatuur zonder bijzonderen invloed op het welbevinden van den persoon. Van deze goedaardige tot de boosaardige, pyaemische, bestaan alle overgangen. Pijnen kunnen er bij voorkomen. Voorts gevoeligheid der lever en van de streek der galblaas, vermindering van kleurstof in de faeces of vermeerdering in de urine. Bij de laparotomie kan de chirurg het best de aanwijzing tot de drainage der galbuizen ontleenen aan de veranderingen, die hij in den buik vindt.

#### *Discussie.*

HULST meent, dat de patholoog-anatoom toch twee vormen van levercirrhose ziet, die hij wil noemen de intra- en de interacineuse. Hij acht het een stap achteruit, als men de onderscheiding dier vormen prijs geeft. Voorts acht hij die regeneratie van leverweefsel, door den inleider zoo op den voorgrond gesteld, twijfelachtig en vooral dat deze bij iedere cirrhose te vinden zou zijn. Zeer vaak vindt men er niets van. En als men er iets van ziet, meent hij, dat het geen echte nieuwvorming van cellen is maar prikkeling der cellen door het chronische ontstekingsproces. Dan spreekt de inleider nergens over het exsudaat. Tenslotte is hij het niet eens, dat de stuwung zulk een geringe rol zou spelen bij de miltvergrooting en meent hij dat ascitis wél berust op stuwung.

BOEKELMAN wil ook de scheiding van atrophische en hypertrophische levercirrhose uit een klinisch oogpunt laten vervallen. Zeer vaak komt men bedrogen uit. Wat de operatie betreft, vindt hij niet goed, dat TALMA de be-

slissing eigenlijk aan den chirurg wil overlaten; de chirurg zou den buik moeten openen en dan beslissen of hij omentopexie of drainage der galwegen moet verrichten. De consequentie hiervan zou zijn, dat men alle patiënten met cirrhose moet laten opereeren. Ook waarschuwt hij nog tegen de ellende der galfistels. Zijn indicatie voor omentopexie is het vinden van vocht in den buik en het optreden van bloedingen uit varices.

POLAK DANIELS prijst DE JOSSELIN DE JONG, dat hij niet alleen op het pathologisch-anatomisch standpunt is blijven staan, maar aanknoopingspunten met de kliniek gezocht heeft. Hij meent echter ook, dat de bindweefsel-nieuwvorming primair is en secundair de atrophie der levercellen, terwijl op andere plaatsen een prikkel uitgeoefend wordt, zoodat de levercellen gaan groeien en woekeren. Zijn meening is, dat levercirrhose is een pathologisch-anatomisch begrip, waarop wel eens tijdens het leven een diagnose is te maken, maar in den regel niet.

DE JOSSELIN DE JONG is overtuigd, dat men inderdaad met regeneratie te maken heeft, en haalt voorbeelden aan, waaruit blijkt, dat het nieuwgevormde leverweefsel gefunctioneerd moet hebben. Ook midden in de leveracini vindt men plaatselijke vermeerdering der levercellen. Wat de miltvergroting betreft, blijft hij er bij, dat chronische stuwung nooit een orgaan vergroot; waarom moet de milt een uitzondering maken?

TALMA legt er nog den nadruk op, dat de klinici zich niet bij de pathologisch-anatomische diagnose kunnen neerleggen. De patholoog-anatoom kan niet alles beoordeelen; zoo bijv. de infectiositeit der tuberculose, die kan hij absoluut niet beoordeelen. HULST gaat te ver door te zeggen, dat de milt door de veneuse hyperaemie vergroot kan worden. De hepaticu--drainage is een moeilijke operatie en er bestaat gevaar voor infectie der lever van het darmkanaal uit. Misschien zou de door ROTGANS aanbevolen cholecystenterostomie aanbeveling verdienen.

ROTGANS verklaart vervolgens in het kort zijn operatie, *ypsilonvormige cystenterostomie* genaamd, die infectie der lever voorkomt.

HIJMANS VAN DEN BERGH meent, dat wij in de kliniek de scheiding der cirrhose in twee vormen toch niet goed kunnen missen. Hij zou willen blijven spreken van cirrhose van LAËNNEC en cirrhose van HANOT.

II. *Het vraagstuk van het vroege opstaan van kraamvrouwen en geopereerden* werd ingeleid door W. J. VAN STOCKUM en B. J. KOUWER.

De eerste beziet het vraagstuk van de zijde van den chirurg, de tweede van den kant van den verloskundige.

De inleiding van VAN STOCKUM draagt dan ook als titel:

*Moeten wij onze geopereerde patiënten vroeg laten opstaan?*

De inleider bespreekt allereerst, hoe velen in den laatsten tijd er toe gekomen zijn hun patiënten na een operatie zoo vroeg mogelijk te laten opstaan, met de vroeger algemeen als nuttig erkende *rust* gebroken hebben. Dat komt, omdat soms patiënten eenigen tijd na een operatie plotseling stierven ten gevolge van embolie der art. pulmonalis, afkomstig van een thrombose in een periphere ader. De redeneering was nu aldus: Thrombose komt gemakkelijker tot stand naarmate het bloed minder snel stroomt; spier-contractie

bevordert de stroomsnelheid van het bloed. Vroeg opstaan en rondwandelen zou dus den patiënt behoeden voor thrombose en embolie.

De inleider tracht vervolgens een verklaring te vinden van den samenhang van de operatie met de thrombose der groote aderen. Hij gaat daarvoor de in de literatuur beschreven gevallen na, zoowel die na operaties als die na verwondingen, bij welke laatste vooral de beenbreuken op den voorgrond treden. Ook zijn eigen gevallen worden uitvoerig medegedeeld. Het blijkt nu, dat noch bij beenbreuken noch bij operaties de thrombose is een van de wond uit voortgeleide. De verklaringen, die van de thrombose gegeven zijn, nagaande en kritiseerende komt de inleider tot de slotsom, dat deze niet steekhoudend zijn. Zijn eigen verklaring luidt dan, dat de thrombose het gevolg is van een *infectie*. Er worden bij de operatie mikroben in de wond gebracht, die niet virulent genoeg zijn om ettering te veroorzaken. Deze worden door de lymphbanen gevoerd naar de groote lymphruimten, die zich retroperitoneaal in de streek der lendenwervels bevinden. Vandaar geraken zij in de perivasculaire lymphvaten van een der vv. iliacae en verwekken een periphlebitis, die zich in den wand van het vat voortzet, de intima verandert en zoo den thrombus doet ontstaan. En uit deze verklaring volgt weer, dat de phlebitis zal worden tegengegaan door *rust* en ook het voortschrijden en blijven bestaan der phlebitis door *rust* zal worden bestreden. Men mag dus het oude voorschrift „*rust*” niet verwaarloozen. Bovendien zal de rust de doodelijke embolie kunnen voorkomen. Deze komt nooit later dan 16 dagen na de operatie; de patiënten zullen dus steeds een week of drie rust moeten houden.

De inleiding van prof. KOUWER heeft tot titel: *Verdient het aanbeveling, kraamvrouwen vroegtijdiger te laten opstaan dan thans algemeen gebruikelijk is?*

De inleider heeft de argumenten, die er voor rust of voor beweging in het kraambed worden aangevoerd, getoetst aan de ziektegeschiedenissen van 1468 niet geopereerde kraamvrouwen, die in de laatste tien jaren in zijn kliniek verlost en verpleegd zijn. En dan komt hij tot de volgende besluiten:

1<sup>o</sup>. Het is niet bewezen, dan minstens tiendaagsche bedrust in het kraambed: *a.* thrombose bevordert (zijn gevallen van thrombose zijn niet door bedrust maar meestal door infectie veroorzaakt); *b.* liggingsafwijkingen der baarmoeder teweegbrengt; *c.* de involutie der geslachtsdeelen belemmert; *d.* de morbiditeit van het kraambed verhoogt.

2<sup>o</sup>. Het is zeker, dat de overgrootte meerderheid der kraamvrouwen temperatuursverhoogingen vertoont, waarvan de oorzaak niet altijd met zekerheid kan worden aangewezen.

3<sup>o</sup>. De genezende invloed van lichamelijke rust op ontstekingsprocessen bij de kraamvrouw staat boven allen twijfel.

4<sup>o</sup>. De onschadelijkheid van vroegtijdig opstaan der kraamvrouw is nog niet aangetoond.

5<sup>o</sup>. Proefnemingen daaromtrent zijn slechts met de aller grootste voorzichtigheid geoorloofd te noemen; dit sluit in zich, dat slechts overigens geheel gezonde kraamvrouwen, die bij de baring aan geringe mechanische beleediging waren blootgesteld, na nauwkeurige waarneming van het kraambed voor de proef mogen worden gebezigd.

6°. Nauwkeurige waarneming van het kraambed kan nimmer beteekenen, dat de vrouw reeds in de eerste zes dagen het bed verlaat.

Uit dit alles volgt, dat KOUWER de proef, die men allerwege bezig is te nemen, om kraamvrouwen vroegtijdig te laten opstaan, veroordeelt. Voor zijn eigen kliniek acht hij de tijd nog niet gekomen en evenmin voor andere klinieken; en nog veel minder voor de particuliere praktijk, waar de waarneming van het kraambed veel onvollediger is.

*Discussie.*

SITSEN is van meening, dat de gevonden ontsteking in en om de aderen bij thrombose niet is de oorzaak maar het gevolg.

TREUB zegt gedeeltelijk te spreken in opdracht van KOUWER, die hier niet tegenwoordig kan zijn. Hij is het volmaakt met hem eens. Alleen is hij niet tevreden met een uitdrukking in KOUWER's inleiding, dat men *allerwege* die proef zou nemen. Dat is gelukkig niet waar. Hij acht de argumenten van KOUWER en VAN STOCKUM afdoende. Het is zeker niet ongevaarlijk die proef te nemen. Hij heeft bijv. nooit een embolie waargenomen na een gemakkelijk te diagnostiseeren thrombose, maar wel bij een volmaakt gezonde kraamvrouw. Maar VAN STOCKUM moet hij tegenspreken, dat nooit een embolie komt later dan 16 dagen na de operatie; hij heeft een doodelijke embolie gezien 3 weken na de operatie. Bovendien acht hij de z.g. voordeelen aan het vroeg-opstaan verbonden volstrekt niet bewezen.

ROTGANS is het met SITSEN eens en kan niet gelooven, dat periphlebitis de oorzaak der thrombose zou zijn. Zware infectie rondom de groote venae geeft maar zelden aanleiding tot thrombose; waarom zou dan een lichte, niet bewezen infectie het wel doen. Hij houdt het er voor, dat de thrombose door chemische oorzaken tot stand komt, misschien door fermenten, die zich ontwikkelen uit stolsels bij de hechting door het kwetsen van bloedvaten ontstaan.

HIJMANS VAN DEN BERGH vraagt of het mogelijk is bij ongeschonden vaatwanden door langzame strooming thrombusvorming te krijgen.

VAN STOCKUM meent, dat de invloed van langzame strooming nooit groot kan zijn. Hij meent uit de casuïstiek te mogen afleiden, dat er een ziektemakend agens door de lymphbanen wordt verspreid. Hij heeft ook nagegaan, of dit wellicht een ferment kan zijn, maar hij moest die veronderstelling verwerpen. Daarom moest hij wel denken aan infectie, omdat men weet dat een lichte infectie het in elk geval *kan* doen. Op gezag van DE JOSSELIN DE JONG meent hij, dat het proces van buiten naar binnen is gegaan en niet omgekeerd.

TALMA meent, dat thrombose mogelijk is bij een letsel van het vat van buiten af en dan wordt de thrombose bevorderd door vertraging van den bloedstroom.

VAN STOCKUM antwoordt daarop, dat nog niet bewezen is, dat het bloed in de vena iliaca bij rust langzamer stroomt dan bij beweging.

HIJMANS VAN DEN BERGH wil vóór het sluiten der discussie formuleeren, dat hier gebleken is, dat geen enkel wetenschappelijk argument voor het vroeg-opstaan is gegeven, dat de bezwaren er tegen door alle aanwezigen gedeeld worden en dat derhalve de tijd zeker nog niet gekomen is, zulke proeven te nemen.

Opmerkelijk en jammer was het, dat de voorstanders van het vroeg-opstaan thuis gebleven waren, tenminste hun stem niet deden hooren. Het debat had daardoor nog aan belangrijkheid kunnen winnen (verslaggever).

III. *De invloed van het zenuwstelsel op de plaatsveranderingen van de baarmoeder* werd ingeleid door P. C. T. VAN DER HOEVEN en J. W. LANGELAAN. De eerste behandelt in zijn rapport *den invloed van het zenuwstelsel op het ontstaan en op de symptomen van liggingsafwijkingen der genitalia*.

VAN DER HOEVEN beweert, dat de verschillende ligamenten geen invloed hebben op het tot stand komen en in stand houden van de normale anteflexie der baarmoeder. De factoren, die de anteflexie onderhouden, zijn de zwaartekracht, de intra-abdominale druk en de tonus van de baarmoederspier. Vervolgens beredeneert de inleider, dat zoowel bij de vrouw, die nooit geboord heeft, als bij de vrouw, die kinderen heeft, retroflexies berusten op een verlies van tonus der baarmoederspier en van de spieren van den bekkenbodem, en dat dit voorkomt, zonder dat een baring hierop invloed geoeffend heeft. Hetzelfde beredeneert hij vervolgens voor uitzakkingen der geslachtsorganen, die dan zouden berusten op verlies van tonus van de spieren van den vaginaalwand en van den bekkenbodem.

Nu bepleit de inleider, dat die liggingsafwijkingen door verlies van tonus der spieren geen alleenstaande plaatselijke afwijkingen zijn, maar slechts symptomen van een algemeene afwijking. Niet alleen de spieren der geslachtsorganen zijn bij deze patiënten haar tonus kwijt, maar deze afwijking betreft alle spieren van het lichaam, zoowel willekeurige als onwillekeurige. Het tonusverlies der buikorganen maakt het beeld den enteroptose, dat men dan ook vaak tegelijk met liggingsafwijkingen der geslachtsorganen aantreft. Maar ook aan de ledematen en vooral aan het gelaat en den romp missen de willekeurige spieren den tonus. Het gelaat krijgt daardoor een zeer typisch apathische uitdrukking, door het hangen der oogleden, der lippen en der mondhoeken; de borst krijgt een uiterlijk, dat gelijkt op den z.g. phthisischen habitus. Zeer vaak vindt men een losse tiende rib. Dit alles maakt, dat men met eenige oefening de candidaten voor enteroptose en voor liggingsafwijkingen der geslachtsorganen, bij wie die aanleg aangeboren is, op het oog kan herkennen.

Men heeft dus ongetwijfeld met een afwijking van het geheele lichaam te doen, die veroorzaakt wordt door een te zwak zenuwstelsel. Die zwakte van het zenuwstelsel is aangeboren; de verschijnselen van de ziekte kunnen zich vertoonen na een ernstige ziekte, vooral ook na de zwangerschap of na verdriet, teleurstelling, examenangst e. a. Mer. vindt die zenuwzwakte ook meermalen bij verschillende leden van eenzelfde gezin.

Wat nu de symptomen der liggingsafwijkingen aangaat, meent de inleider, dat menstruatie-s'oornissen vaak inderdaad een symptoom, en een zeer lastig, van de liggingsafwijking kunnen zijn, al hebben een aantal patiënten met enteroptose en anteflexie ook te profuse menstruatie. Ook meent hij, dat pijn in den onderbuik werkelijk door de retroflexie kan veroorzaakt worden. De overige klachten, pijn in den buik, misselijkheid, moeheid, hoofdpijn, lusteloosheid enz. beschouwt hij als gevolgen van het algemeene verlies van

tonus, tengevolge van zwakte van het zenuwstelsel. De retroflexie moet dus wel degelijk behandeld worden, maar een algemeene behandeling van het zenuwstelsel is daarnaast ook ten zeerste noodig.

LANGELAAN behandelt in zijn inleiding *den invloed van het centrale zenuwstelsel op het gladde spierweefsel*. Hij beschrijft hetzelfde ziektebeeld, als VAN DER HOEVEN, alleen nog wat uitgebreider en nauwkeuriger, van de patiënten met verlies van den tonus zoowel der dwarsgestreepte spieren als van de gladde spierweefsels. Hij wil aan deze ziekte den naam geven van *neurasthenia laevimuscularis*, en meent dat zij, hoewel in hoofdzaak bij vrouwen, toch ook wel bij mannen voorkomt. Bij mannen treft men dan nogal eens klachten aan over blaas, rectum en uitwendige geslachtsorganen en over het hart. Wellicht behoort de nerveuse asthenopie ook in dit ziektebeeld thuis. Hij onderscheidt een congenitaal en een verworven type der ziekte. De lijdens aan dit laatste type missen den typischen habitus. Bij allen ontbreken hysterische stigmata.

De inleider verdiept zich dan in de anatomisch-physiologische zijde van het vraagstuk. Hij gaat daarvoor na, hoe het reactie-mechanisme is opgebouwd en hoe het werkt; hij beschrijft den reflexboog van de willekeurige spieren en die van het gladde spierweefsel der inwendige organen; verder de verbinding daarvan met de hooger gelegen deelen van het zenuwstelsel (hoogeren reflexboog). Spreker wil in dezen hoogeren reflexboog een groote rol toekennen aan de roode kern. De inleider acht het waarschijnlijk, dat, wanneer in het door hem beschreven systeem (hoogeren reflexboog van het gladde spierweefsel) een toestand van verhoogde prikkelbaarheid bestaat, kleine impulsen, die anders zonder merkbaren invloed zijn, nu aanleiding geven tot verslapping (tonusverlaging) van het gladde spierweefsel. Zoo moeten wij de neurasthenische toestand beschouwen als de praedisponerende factor; als nu door een geringe afwijking ergens in een inwendig orgaan een bron ontstaat voor uiterst zwakke prikkels, dan zullen deze, werkend op het systeem van verhoogde prikkelbaarheid, aanleiding geven tot verslapping (tonusverlaging) van het gladde spierweefsel. Hij steunt deze opvatting op door hem verrichte onderzoekingen bij willekeurige spieren, die leerden dat een zwakke prikkel, op de juiste wijze aangebracht, een verslapping (tonusverlaging) van de spier teweegbracht, en dat die verslapping als prikkelingsverschijnsel is op te vatten.

De inleiders vertoonen als toelichting van hun inleiding een aantal plaatjes met de projectielantaarn.

#### *Discussie.*

TREUB is het volslagen oneens met de inleiders. Zij hebben den nadruk gelegd op de atonie voor het tot stand komen van de retroflexie. Nu zijn er vele gevallen van retroflexie, waarin het voldoende is de portio naar beneden te trekken en naar achteren te drukken om de repositie tot stand te brengen. Dan is er zeker van atonie geen sprake. Voorts ziet men gevallen, waar hardnekkige retroflexie bestaat, en waarbij de repositie niet gelukt, zelfs niet in narcose. En dan ziet men soms bij deze patiënten na eenigen tijd de baarmoeder van zelf in anteflexie komen. Dus dan was deze toch ook niet atonisch. Voorts ziet men gevallen, waar de baarmoeder nu eens naar voren



ligt dan weer naar achteren. Waarom zet VAN DER HOEVEN den tonus van het ligamentum rotundum op zijde en niet dien van de vaginaalspieren? Retroversie en retroflexie kunnen zeer goed door blaasvulling ontstaan. En één zulk een waarneming is afdoende tegen de speculatieve beschouwingen van VAN DER HOEVEN van een veerenden breeden band; deze is altijd slap. En wat den prolaps betreft, daarmede is hij het geheel en al oneens. TREUB weet haast geen gevallen, waar hij in aansluiting aan een totale-ruptuur-operatie een prolapsoperatie heeft behoeven te doen. Hij houdt dat groote litteeken juist voor een afdoenden steun tegen den prolaps. TREUB vindt bij prolaps altijd cystocele. Wat het geheele door de inleiders opgestelde ziektebeeld betreft, dit acht hij een staaltje van ouderwetsche natuurphilosophie; geen feiten, slechts phrasen! Een goed opgesteld ziektebeeld herkend iemand, die veel patiënten heeft gezien, aanstonds; maar TREUB kan zich geen patiënt herinneren, die beantwoordt aan het beschreven type. De door VAN DER HOEVEN vertoonde photo's vindt hij niet bewijzend. Het geheel lijkt hem phantastisch. Dat hij bij zijn patiënten geen hysterische stigmata kon vinden, komt hem ongelooflijk voor.

WINKLER is overtuigd, dat er menschen zijn met een typischen habitus, die voorbeschikt zijn voor losse ingewanden en liggingsafwijkingen. Hij meent, dat hij veel zulke patiënten gezien heeft, maar deze hadden tabes of een ander zenuwlijden ook neurasthenie. Het is de algemeene uitdrukking bij zwaar zenuwlijden. Maar hij vindt in het opgestelde ziektebeeld toch wel iets waars, al is er wellicht iets phantastisch bij. Maar dat LANGELAAN de roode kern een zoo groote rol in dit ziektebeeld wil laten spelen, keurt hij af. Wij weten van die kern en haar verbindingen nog zoo weinig.

LAMÉRIS heeft het rapport met genoegen gelezen. Maar heeft hij goed begrepen, dat VAN DER HOEVEN de ptosis der buikorganen door den chirurg met het mes wil behandelen? Daarin kan hij heelemaal niet met hem medegaan.

HIJMANS VAN DEN BERGH meent werkelijk zulke patienten gezien te hebben, zooals de inleiders beschreven hebben. En de aandacht op dezen eigenaardigen toestand te vestigen is toch de bedoeling der inleiders geweest. Tegen den naam neurasthenia *laevimuscularis* heeft hij bezwaar; immers beide inleiders zeggen uitdrukkelijk, dat het niet alleen de gladde spieren zijn maar ook de willekeurige spieren.

De beide inleiders verdedigen hun standpunt nog in het kort tegenover TREUB en WINKLER. Aan LAMÉRIS antwoordt VAN DER HOEVEN, dat het geenszins zijn bedoeling is de ptosis der buikorganen te opereeren.

#### BIOLOGISCHE SECTIE.

##### I. J. BOEKE, *Praehistorische menschenrassen.*

Aan de hand van een aantal gipsafgietsels en toegelicht door een aantal lanternenplaatjes gaat spreker zeer in het kort na, wat de laatste jaren hebben opgeleverd aan belangrijke vondsten betrekking hebbende op het probleem van de afstamming en ontwikkeling van het menschengeslacht. De verschillende vondsten worden besproken en onderling vergeleken. Spreker verwerpt de theorie van SCHWALBE, volgens welke vóór den homo sapiens een andere soort, de homo primigenius bestond, en toont aan, dat in den-

zelfden tijd, dat deze homo primigenius in Europa voorkwam, naast de door SCHWALBE hiertoe gebrachte homo reandertalensis, homo spy, enz. reeds andere rassen van werkelijk menschelijken aard bestonden, en dat de overblijfselen van den zoogenaamden homo primigenius wel een inferieur karakter dragen, maar toch niet zóó op zichzelf staan en niet een zóó vast omlijnde groep vormen, dat zij tot een bepaalde van den homo sapiens verschillende soort kunnen worden gebracht. De theoriën van KLAATSCH en van KOLLMANN worden kort beschreven, en ten slotte met behulp van de projectie-lantaarn de eigenaardigheden der verschillende praehistorische objecten aan lantaarnplaatjes vertoond.

*Discussie.*

KOHLBRUGGE wijst op het gevaar de geïncrusteerde palaeontologische schedels met niet geïncrusteerde schedels te vergelijken, en raadt aan normale schedels met verschillende metaalzouten te incrusteeren om te zien, in hoeverre daardoor vormveranderingen optreden.

II. A. J. P. VAN DEN BROEK, *Het centraal zenuwstelsel van een menschelijk embryo van 3 m.M.*

Spreker vertoonde wasmodellen van een menschelijk embryo van 3 m.M. en deed enkele mededeelingen over den bouw van het centrale zenuwstelsel van dit embryo. Dit vormt een vrij regelmatig gekromd buisvormig orgaan, waarvan het hoogste gedeelte met het begin van het rhombencephalon overeenkomt. Een differentiatie der drie primaire hersenblaasjes is nog niet op den voorgrond getreden; de grens tusschen voor- en middenhersenblaasje is slechts even aangeduid, die tusschen midden- en nahersenblaasje wordt door een insnoering aangegeven.

De neuroporus anterior is gesloten, de neuroporus posterior nog grootendeels open.

De primaire oogblaas hangt nog breed met het lumen van het prosencephalon samen; zij is door een dunne mesodermlaag van het ektoderm gescheiden. Evenals bij andere zoogdieren dringt bij den mensch tijdelijk mesoderm tusschen oogblaas en ektoderm. Er bestaat een eerste aanleg der hypophyse. Aan het rhombencephalon komen twee, naar de ventraalzijde convexe bochten voor, die te voorschijn geroepen worden door lumenveranderingen van de neuraalbuis. Deze twee bochten dragen een tijdelijk karakter, zij komen niet overeen met de pons- en nekbocht; hun beteekenis is niet bekend.

Op het rhombencephalon zijn 5 neuromeren te herkennen. Het ruggemerg is zijdelings afgeplat, er zijn aan te herkennen de zijplaten, bodem- en dekplaat. Een sulcus limitans, die de zijplaat in dorsale en ventrale helft deelt, is aan verscheidene sneden waarneembaar. De dekplaat bestaat slechts over een kort gedeelte, aangezien het grootste deel van het ruggemerg nog niet gesloten is.

III. W. M. DE VRIES, *De aanleg van het oog bij cyclopische misvormingen*

Spreker onderzocht met BOUMAN en gedeeltelijk met mej. M. C. METMAN een drietal gevallen uit de cyclopsgroep, die de misvorming in verschillende graden vertoonden.

In het eerste geval bestond nog een rechter en een linker oogspleet, en ook was aan de voorzijde nog een smal dun spangetje, dat als rest van het septum orbitae kon worden opgevat. Overigens was de orbita enkelvoudig (z.g. cebocephalie).

Het tweede geval was een typische cyclops, met enkelvoudige oogspleet door vier oogleden begrensd, met een proboscis boven het mediaal gelegen oog, dat twee corneae, twee lenzen, twee nervi optici vertoonde.

Het derde geval vertoonde eveneens een enkelvoudige oogspleet met visr oogleden, maar het oog was enkelvoudig (ook bij microscopisch onderzoek). Hier werd geen proboscis gevonden. Het meerendeel der oogspieren was in dubbel aantal aanwezig, alleen de m. rectus internus ontbrak en de m. rectus inferior was enkelvoudig. Verder bestond een coloboom en vertoonde de nervus opticus een groote kyste.

Een vierde geval was ons door prof. BOLK ter vergelijking afgestaan. Het betreft het geval van figuur 1 plaat 53 uit w. VROLIK's standaardwerk. In dit geval was de oogspleet zeer klein, er was geen proboscis en bij het onderzoek had VROLIK van het oog slechts wat bindweefsel en spierweefsel kunnen vinden.

In al deze gevallen vertoonde het skelet een wigvormig defect, waarvan de scherpe kant door de sella turcica ging, en waardoor allereerst een deel van het sphenoid, het septum orbitae, het os intermaxillare, een deel van de ossa palatina, het os vomer ontbrak, met de ossa nasalia en lacrimalia.

Het mikroskopisch onderzoek gaf eenige aanwijzing, op welk tijdstip der ontwikkeling de misvorming moet zijn tot stand gekomen; geval 1 en 3 waren geschikt voor mikroskopisch onderzoek. In het eerste geval bleek, dat de ontwikkeling der oogen was gestuit op het oogenblik, dat er nog een primaire oogblaas aanwezig was, of liever dat de secundaire oogbeker zich nog niet had gesloten; de oogen zelf waren nl. niet tot ontwikkeling gekomen, maar rechts bestond een groote kyste, die homoloog was met de primaire oogblaas, terwijl links een kleine kyste bestond, waarvan hetzelfde mocht worden vermoed.

In het derde geval, waar een enkelvoudig oog bestond, bleek de kyste van den nervus opticus homoloog te zijn met den embryonalen oogsteel van de primaire oogblaas.

In deze twee mikroskopisch onderzochte gevallen was dus met zekerheid te zeggen, dat de stoornis in de ontwikkeling moet zijn opgetreden, vóórdat de secundaire oogbeker zich had gevormd, en de embryonale oogsteel zich had gesloten. Met zekerheid was dus te zeggen, dat de misvorming binnen de eerste twee maanden van het embryonale leven moet zijn ontstaan.

Spreeker acht het echter waarschijnlijk, dat de misvorming reeds vroeger is ontstaan, op grond van het volkomen enkelvoudig zijn van het oog in geval 3. Vermoedelijk is daar het oog enkelvoudig aangelegd, m. a. w. de misvorming is al ontstaan, vóórdat de oogblaas zich uit den aanleg van het centrale zenuwstelsel differentieerde.

#### IV. K. H. BOUMAN, *Hersendefecten bij cyclopie.*

De afwijkingen, welke aan de hersenen van cyclopische monstra gevonden worden, zijn van geheel denzelfden aard als bij arhinencephalie en aan-

verwante aangeboren misvormingen worden aangetroffen. Het verdient van het standpunt der hersenpathologie uit voorkeur al deze ontwikkelingsstoornissen samen te vatten. Al deze, tot de genoemde groep behorende, hersenen hebben uiterst kenmerkende eigenschappen, die het gevolg zijn van vroeg opgetreden stoornissen in de parige ontwikkeling der voorhersenen. De typische cyclopen-hersenen bestaan uit een klein enkelvoudig gebouwd dikwandig voorhersendeel met nauwelijks aangeduide windingen en groeven, meestal zonder dat van een scheiding in twee hemisferen iets valt waar te nemen. Aan de basis cerebri ontbreken de reukhersenen geheel en al; er bestaat slechts één gezichtszenuw, geen chiasma. De overige hersenzenuwen zijn aanwezig. De tengevolge der geringe ontwikkeling der voorhersenen ontstane ruimte tusschen deze en de kleine hersenen wordt aangevuld door een grooten dunwandigen blaasvormigen zak met vocht gevuld, die rechtstreeks met de ventrikelruimten van de overige hersenen in verbinding staat. De vaatrijke wand van deze vochtblaas ontspringt aan de, aan de achterzijde der voorhersenen zich bevindende randbocht, verder aan de over de thalami optici loopende taenia thalami tot op de plaats waar al dan niet een epiphyset of ontwikkeling gekomen is.

Er zijn nu van de zoodanig gevormde hersenen at tot de geheel normaal ontwikkelde hersenen alle overgangen denkbaar, alnaarmate het typische defect grooter of kleiner is. Is het defect gering, dan ontstaan de arhinencephale, is het grooter, dan ontstaan de cyclopische monstra; daartusschen liggen overgangsvormen. Daar deze afwijkingen meestal gepaard gaan met andere cerebrale stoornissen, vooral met hydrops ventriculi, ontstaan secundaire veranderingen, welke de beoordeeling der eerstgenoemde moeilijk maken; o. a. encephalocèle, verwoestingen aan de kleine hersenen, invaginatie van het verlengde merg in het ruggemergskanaal, spina bifida, enz.

De tijd waarop de voor de genoemde misvorming typische ontwikkelingstoornis optreedt, moet in een zeer vroeg embryologisch tijdperk gezocht worden, waarin de voorhersenen nog enkelvoudig gebouwd zijn. De plaats waar het proces aangrijpt is gelegen in de onmiddellijke nabijheid van de streek van den neuroporus anterior.

Op deze voordracht doet spreker een demonstratie (door middel van stereoscopische projectie) volgen van eenige hersenen uit de groep der cyclopische en aanverwante monstra.

*Discussie.*

TER KUILE vraagt of er in den éénen n. opticus gekruiste of ongekruiste vezels of beide zijn?

DE VRIES antwoordt, dat hiervan alleen sprake kan zijn, indien er een chiasma is, wat hier ontbreekt.

BOLK vraagt de meening van de inleiders over het verband tusschen de veranderingen aan oogen, centraal zenuwstelsel en schedelbasis. SCHWALBE meent, dat de cyclopie het gevolg is van een schedelafwijking, die de oorzaak is van de afwijkingen aan oog en het centraal zenuwstelsel.

DE VRIES acht het zeer waarschijnlijk, dat de primaire stoornis in het mesenchym zou zijn, en meent haar te moeten zoeken in het centraal zenuwstelsel.

V. C. H. ARIËNS KAPPERS, *De phylogense der voorhersenen.*

Spreeker zal zich inzonderheid beperken tot de phylogense van het corpus striatum. Hij gaat achtereenvolgens na, hoe de bouw hiervan is bij de verschillende dieren der dierenrij, te beginnen met de visschen, waarbij een groot verschil bestaat tusschen de cyclostomen en selachii eenerzijds en de ganoïden en teleostii anderzijds. Bij de amphibiën is het corpus striatum zeer slecht ontwikkeld, maar bij de reptiliën is het al flink groot. Bij de vogels is het corpus striatum reusachtig, daarentegen het pallium zeer slecht ontwikkeld. Men krijgt den indruk, dat dit de uitdrukking is van het vicarierend optreden van het corpus striatum voor het pallium, waarvoor ook pleit, dat bijna alle palliale banen hier versterkt worden door neostriatale en vooral door het feit, door JELGERSMA gevonden, dat de gezichtsstraling, die bij hogere vertebraten in het pallium eindigt, hier in het corpus striatum treedt. Bij de zoogdieren ligt het secundaire epistriatum in plaats van dorsaal ventro-candaaal. De verbindingen zijn echter dezelfde als bij de reptiliën en vogels; de verbindingen met ventrale deelen met den nucleus anterior thalami zijn zeker aangetoond, die met de mediale thalamus-kern ontbreekt waarschijnlijk niet volgens de onderzoekingen van MONAKOW en ROUSSY. Dat de nucleus rotundus der reptielen homoloog is met den nucleus medialis thalami der zoogdieren is hoogstwaarschijnlijk, zoo niet zeker. In verband daarmee en met de eigenaardige functie dezer laatste kern voor de trigeminus-sensibiliteit (WALLENBERG, WINKLER) is het belangwekkend, dat de nucleus rotundus een der eerst optredende projectie-kernen van den thalamus der kruipende dieren is, wier n. trigeminus ook zeer sterk ontwikkeld is. De voordracht werd door een aantal projectie beelden toegelicht.

P. MUNTENDAM.

---

## BEROEPSBELANGEN.

---

### ONBEVOEGDE UITOEFENING VAN HEILGYMNASTIEK EN MASSAGE.

Men zendt ons een uitknipsel uit de *Nieuwe Courant* van 23 April ll., behelzende mededeeling van een verzoek van het bestuur van het Genootschap voor heilgymnastiek en massage, tot den gemeenteraad van den Haag, tot de provinciale staten van Z.-Holland en tot de rijksregeering gericht, om geldelijke bijdragen voor een op te richten vakschool voor heilgymnastiek en massage. Bescheidenlijk wordt van deze lichamen een jaarlijksche bijdrage gevraagd van resp. f 2000, f 1500 en f 5500. In de toelichting wordt uitgeweid over de wenselijkheid om *onbevoegden van de uitoefening van deze behandelingswijzen te weren.*

Het merkwaardige van dezen opzet is zeker wel, dat de vragers zelf over eenige officieele bevoegdheid niet kunnen beschikken.

Heilgymnasten en masseurs behooren te werken op geneeskundige aanwijzing en onder geneeskundig toezicht.

De heeren van dit genootschap achten zich in staat hun kunstbewerkingen aan anderen te onderwijzen. Ik vertrouw dat de overheid

Eerste Helft, n<sup>o</sup>. 18, 1909.