



Dr. SLINGENBERG zegt: „de bovengenoemde raad (van dr. MENKO) is verkeerd. „Het beginsel van alle wijsheid bij een inwendige bloeding, die men niet „meester is, luidt aldus: absolute physische en psychische rust en het be- „vorderen van een zoo gering mogelijke hartswerking. De natuur helpt zich „zelve in zulke gevallen door plaatselijke vaatcontractie en thrombusvorming „en dat wordt in de hand gewerkt door een langzamen bloedstroom onder „lagen druk. Vindt men bij een patiente met inwendige bloeding een kleinen „pols, dan is het een teeken van verminderden bloedsdruk, welken men met vreugde moet begroeten enz.”.

Vergis ik mij niet, dan geeft dr. SLINGENBERG in zijn stukje een gevaarlijk advies, overschat aan de eene zijde de „vis medicatrix naturae”, onderschat de „ars medica” en verliest aan de andere zijde de *wet der quantitatieve verhoudingen* ganschelijk uit het oog.

Het komt immers ook hier, gelijk overal in de levende natuur, in de eerste plaats op de maat, d. w. z. op de *intensiteit der bloeding*, aan. Terecht ziet dr. SLINGENBERG in den dalenden bloedsdruk en de minder krachtige hartfunctie een compensatorisch of liever salutair moment, een soort natuurlijk stypticum, dat op het tot staan komen der bloeding gunstigen invloed kan uitoefenen. Bij bloedingen van niet al te bedenkelijken omvang, waarbij de vulling, spanning en frequentie van den pols niet al te veel te wenschen overlaten, kan men zich dan voorhands ook veilig tot de door hem terecht hoog geprezen therapeutische maatregelen bepalen.

Doch als het bloedverlies een zekere maat overschrijdt en bedenkelijke afmetingen aanneemt, als de bloedsdruk door het acute vochtverlies te sterk daalt en dus de circulatie ernstig dreigt gestoord te worden en de vulling, spanning en frequentie van den pols levensgevaar aankondigen, als de edele organen (centraal zenuwstelsel, verlengde merg met zijn centra voor ademhaling, hartswerking en vaattonus, hart), die nauwelijks een oogenblik een te kort van zuurstofhoudend bloed kunnen verdragen, te weinig bloed ontvangen en dus in hun hooggewichtige verrichtingen bedreigd worden, kortom als het spook van den collapsus en den acuten verbloedingsdood het ziekbed nadert, dan acht ik het min of meer passieve standpunt van dr. SLINGENBERG gevaarlijk, zijn verheuging over den kleinen pols, — die intusschen geen teeken van verminderden bloedsdruk *behoeft* te zijn. — ongerechtvaardigd, en zijn raad om zoo noodig morphine onder de huid te spuiten aan bedenking onderhevig.

Neen, is het zoover gekomen, dan schaar ik mij geheel aan de zijde van dr. MENKO, als hij de aanwending van excitantia en vooral van zoutwaterinspuitingen prijst en aanbeveelt. Dan is het oogenblik daar, om door opwekkende middelen de hartswerkdadigheid aan te zetten, het zenuwstelsel te stimuleeren en er vooral naar te streven het acute vochtverlies door toevoer van physiologische zoutoplossing te neutraliseeren, opdat zoo mogelijk voorkomen worde, dat bloedsomloop en bloedsdruk beneden een minimum zinken, dat ten eenemale onvereinigbaar is met het voortbestaan van het leven.

De mogelijkheid, dat door de toepassing dezer therapeutische maatregelen een thrombus opnieuw wordt weggepoeld, geef ik toe, doch ik acht deze toch gering en lang niet in verhouding tot het gevaar, waaraan men de zieken blootstelt, wanneer men *op het juiste oogenblik* verzuimt in te grijpen met stimuleerende middelen. Terwille van het groote voordeel moet men

deze kans op den koop toe nemen; wat het zwaarste is, moet het zwaarste wegen.

Dat de toevoer van physiologische zoutoplossing het thrombusvormend vermogen van het bloed zou verminderen, steunt, voorzoover ik weet, niet op vaststaande experimenteele gegevens. De ervaring der chirurgen, die immers zoo gaarne en met zooveel succes het acute bloedverlies met subcutane of rectale toediening van physiologische zoutoplossing bestrijden — een vermaard chirurg vergeleek de hypodermoclysen met levenselixer — pleit er zeker niet voor.

Het juiste oogenblik aan te geven, waarop een meer actieve exciteerende therapie aangewezen is, schijnt mij lang niet altijd gemakkelijk. Vaste wetten zijn hier ook niet gegeven en daarom weegt het *persoonlijk* inzicht van den geneesheer het zwaarst.

Ik heb mij deze opmerking veroorloofd, om te voorkomen, dat verder geheel het stilzwijgen zou worden bewaard over de behandeling van een der meest treffende en ernstige ziekteverschijnselen, waarover de meening van twee deskundigen zoozeer bleek uiteen te loopen, dat de medicus practicus inderdaad gevaar zou loopen zijn „houvast” te verliezen.

Amsterdam, 25 April 1909.

P. K. PEL.

#### NEURASTHENIA LAEVIMUSCULARIS.

Toen ik kennis nam van de inleiding van VAN DER HOEVEN en LANGELAAN over den invloed van het zenuwstelsel op de plaatsveranderingen van de baarmoeder in het bijzonder en op het gladde spierweefsel in het algemeen, meende ik reeds aanstonds een treffende gelijkenis te vinden tusschen dit onder den naam van *neurasthenia laevimuscularis* (LANGELAAN) beschreven ziektebeeld en het door STILLER geschetste symptomcomplex, aan hetwelk hij den naam van „*Die Asthenische Konstitutionskrankheit*” (*Asthenia universalis congenita s. morbus asthenicus*) gaf. Ik onderzocht dit nader aan de hand van de in 1907 verschenen monographie van STILLER. En inderdaad scheen het mij toe, alsof door VAN DER HOEVEN en LANGELAAN eigenlijk in het geheel geen nieuwe ziekte beschreven is. Bouwde STILLER zijn ziektebeeld op uit vier elementen, t. w. *atonie*, *enteroptose*, *neurasthenie* en *nerveuze dyspepsie*, bij VAN DER HOEVEN en LANGELAAN treffen wij al niet veel anders. Evenals deze schrijvers vond ook STILLER de ziekte vaak genoeg bij leden van eenzelfde gezin, bij moeder en kind.

Het eenige verschil, dat tusschen beide genoemde ziektebeelden gevonden wordt, is de hypothese van LANGELAAN, dat naast den congenitalen een verworven vorm zou bestaan, en juist aan deze laatste zou hij den naam van *neurasthenia laevimuscularis* willen gegeven zien. Het komt mij nu voor, dat deze verworven vorm echter heel goed in het beeld van de ziekte van STILLER past. STILLER neemt twee tijdperken van de ziekte aan, d. w. z. de aanleg en de ziekte zelve. Dat het ziektebeeld langen tijd latent kan blijven, en de dragers van het lijden voor volkomen gezonde menschen kunnen doorgaan, blijkt uit die gevallen, waarin krachtige gezonde menschen, bij wie te voren nooit eenige afwijking was gevonden, tengevolge van een of andere intercurrente stoornis, door een maagkatarrh, door gemoedsbewegingen, psychische of sexueele excessen, soms ook zonder bekende oorzaak, in een