

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

toestand van zware dyspepsie, voedingsstoornis en neurasthenie vervallen, en binnen weinige weken of maanden gewichtsverliezen van 20—30 K. G. ondergaan. Bij de meeste van deze lijders treedt met toenemende verma-gering ptosis van verschillende organen op. Men zou hier ernstige organische afwijkingen of een zwaar constitutioneel lijden vermoeden. In deze raadsel-achtige gevallen heeft de aanwezigheid van het costaalstigma STILLER er steeds toe geleid, het geheele symptomencolplex in den juisten zin te duiden. Men heeft hier te doen met congenitaal belaste individuen, die door gunstige uitwendige omstandigheden zich krachtig ontwikkeld hebben en door een betrekkelijk geringe aanleiding het offer van hun voorbeschikking worden. Zooals de een na een lichamelijken of psychischen schok diabetes, de ander morbus Basedowi, de derde een aanval van hysterie krijgt, zoo zal de hier beschreven lijder, die allermintst te voren den geheelen ha-bitus atonicus behoefde te vertoonen, maar steeds het costaalstigma bezat, zich een asthenische voedingsstoornis op den hals halen.

Het komt mij voor, dat de naam „*neurasthenia laevimuscularis*” dus evengoed plaats zou kunnen maken voor die van „*morbus asthenicus*” (STILLER), waar-medede aan de verdienste van VAN DER HOEVEN en LANGELAAN, wien nog een bijzonder woord van lof toekomt voor de uitermate treffende beschrijving van den *facies atonicus*, m. i. niets te kort wordt gedaan.

Haarlem, April 1909.

S. P. SWART.

DUBBELZIJDIGE AANGEBOREN ONTWRIJCHTING VAN HET KOPJE VAN HET SLEUTELBEEN.

Zeer geachte collega REMIJNSE,

Uw beide gevallen van dubbelzijdige aangeboren ontwrichting der sleutel-beenkopjes beschreven in het vorige nummer van dit *Tijdschrift* hebben in hooge mate mijn belangstelling gewekt. Daar gij echter in het midden laat, welke de oorzaak van dezen vorm van ontwrichting kan zijn en gij deze ont-wrichting schijnt op te vatten als een afwijking sui genesis, ofschoon gij met een enkel woord KATZENSTEIN'S opvatting neerschrijft als zou deze ontwrich-ting tot stand komen als gevolg van een soort hefboomwerking van het sleutelbeen bij armbewegingen, onder invloed van een telkens terugkeerend trauma, een opvatting die moeielijk te rijmen is met uw zienswijze, dat deze ontwrichting *aangeboren* is, geef ik u in overweging eens bij uw patiënten na te gaan, of gij in deze gevallen niet de z.g. dubbelzijdige torticollis voor u hebt, die door HILDEBRANDT e. a. beschreven is, en waarvan enkele spora-dische gevallen in de literatuur bekend zijn.

Het is toch een bekend feit, dat bij de gewone of eenzijdige torticollis muscularis, meermalen een ontwrichting, resp. subluxatie, van het sleutelbeen-kopje aan de zieke zijde aangetoond kan worden (KADER), doch ook aan de gezonde zijde komt die ontwrichting voor, en wel bij die gevallen waar de occipitale compensatie (LORENZ) nog niet is ingetreden, waar m. a. w. het hoofd in zijn geheel nog niet naar de gezonde zijde verschoven is en bij-gevolg de gezonde m. sterno cleido-mastoideus met verhoogde tensie werkt, om een overvallen van het hoofd naar de zieke zijde te voorkomen. Naar-mate de portio clavicularis en de portio sternalis een meer gescheiden verloop