

INGEZONDEN.

SINUSBLOK.

Het artikel van collega MULDER van 8 Juni kreeg ik ter inzage. Het doet mij genoeg te zien, dat er ook in onze overzeesche gewesten belangstelling bestaat voor dergelijke onderwerpen. Het spijt mij echter te moeten zeggen, dat de uitlegging van mijn curven door MULDER niet juist is. M.i. theoretiseert MULDER te veel en houdt zich te weinig aan de feiten. Voor de beantwoording van zijn stukje verwijs ik hem nogmaals naar mijn schrijven van 21 April in dit *Tijdschrift*, alsmede naar het antwoord aan DE HAAS van 2 Juni, benevens naar onderstaande korte opmerkingen.

Uit de curven is te zien, dat het ac interval wisselend is. Dit in verband met de op vele plaatsen voorkomende „regulaire bradycardie”, (om van de plaatsen in de curven, waar de afwijkingen grover zijn, te zwijgen), leert ons, dat wij ten tijde van deze opnamen bij de patiënte niet mogen spreken van normale cycli, zooals MULDER doet. De prikkelvorming in den sinus is niet regelmatig, integendeel zelfs nu en dan zóó gestoord, dat dit aanleiding geeft tot beide typen van partieel sinusblok, waarover o.a. ook WENCKEBACH spreekt in zijn laatste boek. Dat ik het verder met de definitie van sinusblok, zooals MULDER die in zijn stukje geeft, niet eens ben, (ik vind deze opvatting bij den huidige stand van het vraagstuk te beperkt) is nauwkeuriger te lezen in bovengenoemd antwoord aan DE HAAS.

Het sinusrythme in fig. 4 wordt ook niet gestoord op onregelmatige wijze door het ontstaan van de extrasystole — zooals MULDER zegt — omdat deze extrasystole een ventrikel-extrasystole is, en niets te maken heeft met het atrium of den sinus. Voorts gaan in geen der curven a toppen schuil in v of andere toppen, dit zou te zien zijn of door verhooging dezer toppen of door verdubbeling. Pseudo-bradycardie door blokkeering van boezemextrasystolen heeft dan ook nergens plaats. De moeilijkheden, waarvan MULDER spreekt en die hij heeft, doordat voortijdige a toppen samenvallen met v toppen, of soms verschijnen in de richting van het y dal, en die hem deze a toppen lastig doen onderscheiden, heb ik niet onderhouden. Bij een nauwkeurig toestel en bij goede techniek van opneming (eventueel ook tijdens de opneming arbeid laten doen, waardoor verschuiving en differentiatie van toppen is te krijgen) zijn deze bezwaren te ondervangen.

Met gewone sinusbradycardie hebben wij hier niet te doen. Wij hebben hier een bradycardie tengevolge van een vertraagden pathologischen prikkel, die nu en dan verschillende typen van partieel sinusblok geeft, waartusschen door — zooals ik reeds in mijn schrijven van 21 April zeide — verschillende soorten ventrikel-extrasystolen komen. Op de fijnere verschillen van prikkelbaarheid, prikkelgeleiding enz. gaan wij hier niet in. Voor de derde extrasystole uit fig. 2 geldt wat ik reeds in mijn eerste artikel zeide, duidelijker gezegd: het is sinusblok partieel type twee.

Voor de eerste extrasystole fig. 4: zie antwoord aan DE HAAS. Het is geen atrium extrasystole, noch nodale contractie, maar een ventrikel-extrasystole, die in ordinaat richting grooter is. Men behoeft maar de curve na te meten. Uit een en ander volgt, dat collega MULDER niet met feiten heeft aangetoond, dat het beschreven geval geen sinusblok was. Integendeel.

Den Haag, 31 Juli 1928.

P. PIJL.

Naar aanleiding van het stukje van collega DE HAAS in het nummer van 4 Juli van dit *Tijdschrift* zou ik het volgende willen opmerken:

Ik zie uit dit schrijven, dat DE HAAS de meeste punten, die hij opwierp toegeeft, wat ook niet anders kon, daar men met de curve en een goede passer al een heel eind komt. Hij begeeft zich nu echter op een theoretisch gedeelte, dat voor het