

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

begrijpen der curve overbodig is. Immers zijn geheele betoog met als slot „het aantoonen van de frequentie van het sinusrythme” zal men, of men wil of niet, uit de curve moeten lezen. En is dan ook heel duidelijk in de curve. Want als men de extrasystolen buiten beschouwing laat, en dit mag, omdat het kamerextrasystolen zijn, en niets te doen hebben met boezem of sinus dan ziet men, dat steeds de *a* en de *c* top samengaan, wat beteekent, dat *steeds een boezemcontractie gevolgd wordt door een kamercontractie*, maar — en nu komt het — dat er af en toe tusschen alles *een abnormale lange pauze* is, die soms bijna zoo groot is als twee polspauzen, soms de twee polspauzen bereikt: om aan te halen wat DE HAAS zelf van LEWIS zegt: „the venous curve shows that the auricle participates in the irregularity”. En als wij er aan herinneren, wat de bekende PRICE zegt: n.l. „Sino-auricular bloc is a rare condition. The stimulus for contraction arises at the normal site, but either there is a delay in the conduction of the stimulus to the auricle, or the stimulus does not always reach the ventricle; in other words the auricle does not always respond to the stimulus from the sinus, in which event the auricle and ventricle fail to contract, so that there is an abnormally long pause”, dan zijn we er. Want dan ziet men, dat men in zoo'n geval vanwege „de abnormale lange pauze” mag spreken van sinusblok. Trouwens tot dit practisch eindresultaat komen alle kenners der hartarythmieën, zooals LEWIS, PRICE, MACKENZIE, WENCKEBACH enz.. Men leze slechts hun boeken.

Mijn bewering, dat sino-auriculair blok niet met atrioventriculair blok te vergelijken is, al moge ook in den loop der jaren het eerste door het laatste gestimuleerd zijn, houd ik staande, omdat — kort gezegd — hiervoor feitelijk het verschil in registratie al voldoende is. Alleen wil ik nog zeggen, dat evenals DE HAAS zich vergiste in het nameten van mijn curven, hij zich ook nu weer vergist — als hij zegt: „dat het (volgens PIJL) zoo goed als onmogelijk is van sinusblok een definitie te geven.” Dat heb ik niet geschreven. De waarheid getrouw heb ik geschreven, dat DE HAAS spreekt van „de heerschende opvatting” en dat deze niet bestaat, als men vergelijkt wat hierover de kenners van de arythmieën zeggen. En dat ik daarom, voor mij, een scherp omlijnde definitie geef in mijn oorspronkelijk artikel, welke luidt: „Storingen als hier beschreven, die berusten op het nu en dan óf geheel niet werken van den sinusknop, óf een *zeer sterke* vertraging (niet een vertraging, zooals ik volgens DE HAAS zou zeggen, maar een *zeer sterke* vertraging) in de werking van den sinusknop, eventueel in de zoeven genoemde naaste omgeving, beteekenen, dat de sinuswerking nu en dan geblokkeerd is, m.a.w. heeten sinusblok.

Den Haag, 6 Augustus 1928.

P. PIJL.

BEPALING DER STOFWISSELING.

Een mijner patiënten, die tijdelijk te Weenen vertoefde en lijdende was aan anaemie en menstruatiestoornissen, werd door een specialist voor stofwisselingsziekten nagezien. Volgens haar opgave kreeg zij zuurstof als inhalatie en na 5 minuten kreeg zij de diagnose, „verminderde stofwisseling” op een briefje voor haar huisarts mede. Het luidde als volgt:

Gaswechselbefund.

| | | |
|--|------------|-------------------------|
| Patiënt no. X. | Größe 145. | K.G. 53.8 |
| Sauerstoffverbrauch pro Minute | | 124.6 cM ³ . |
| Grundumsatz pro Tag | | 879.1 Kal. |
| Grundumsatz Normalwert | | 1289 Kal. |

Ergebnis: der Grundumsatz der Untersuchte ist um 31.6 pCt. vermindert.

In de mij ten dienste staande studieboeken kan ik echter niet vinden op welke wijze men in zóó korten tijd de vermeerdering of vermindering der stofwisseling kan bepalen.

Hilversum.

G. BERG.