

## DE AETIOLOGIE VAN APPENDICITIS

Naar aanleiding van het artikel van collega HUSTINX zou ik willen opmerken, dat zijn standpunt: de afsluiting is hoofdzaak en de ontsteking is slechts secundair, maar voor een gedeelte der gevallen juist is.

I. Is inderdaad de afsluiting primair (dreksteentje, kersepit, afknikking, ascaris, vergroeiingen, obstipatie en zoo voort), in welke gevallen men dan ook bij doorknippen, na de exstirpatie, in het lumen faeces en zoo voort vindt, dan zal, vooral in het begin de patiënt meer over scherp gelocaliseerde pijn klagen; de temperatuur is dan meestal niet hoog, of zelfs normaal, eventueel subfebril; reflexbraken wordt veelvuldig gezien; de classieke drukpunten (MAC BURNEY, e.a.) weigeren hun diensten niet; in het kort: deze gevallen zijn voor den medicus practicus het duidelijkst en het gemakkelijkst te diagnosticeren en komen daarom het eerst en het vlugst tot operatie. Wordt de juiste operatietermijn verzuimd, en komt het eenmaal, met de in dat geval secundaire ontsteking, tot perforatie, dan is in het algemeen de prognose het slechtst.

II. Maar dit is alleen het eene beeld der appendicitis; het andere beeld, waarbij de ontsteking primair is, is veel minder duidelijk. Vóór alles toont de patiënt een algemeen onwelzijn, de temperatuur is terstond vrij hoog (ongeveer 39°), terwijl de plaatselijke verschijnselen of geheel ontbreken, of zeer twijfelachtig zijn. Zelden braakt de patiënt. Vrij dikwijls bestaat er of is eraan voorafgegaan angina of een maagcatarrh. Vaak aarzelt de geneeskundige in het beginstadium de diagnose te stellen. Bij een jong kind, bij wie het classieke beeld der afsluitingsappendicitis vrijwel nimmer voorkomt, denkt men eerder aan een beginnende pneumonie, terwijl bij een volwassene aan influenza, pyelitis en zoo voort wordt gedacht.

Bij deze ontstekingsappendicitis vindt men bij de operatie betrekkelijk geringe ontstekingsverschijnselen ter plaatse, meestal slechts een hyperaemie, soms ook van het geheele coecum. Bij overlangs doorknippen van de appendix komt een weinig sereus vocht te voorschijn; een enkele maal vindt men zelfs wat sereus vocht in de buikholte! Kenmerkend is ook, dat de patiënt zich nog eenige dagen na de operatie ziek blijft gevoelen en de temperatuur meestal lytisch daalt, doch ook nog kan stijgen! Wordt hierbij niet geopereerd, dan kan zich inderdaad nog wel een infiltraat ontwikkelen, doch zelden, en is spontane genezing na enkele weken volstrekt niet uitgesloten. Doch eveneens dreigt de perforatie! Dat hierbij de zwelling van het lymphoïde weefsel in de appendix tenslotte ook secundair tot afsluiting zal kunnen leiden, spreekt vanzelf, doch dan is de infectie primair en de rest als secundair op te vatten, terwijl tevens de veronderstelling gewettigd is, dat een stuwung of afknikking, tenslotte in combinatie, het plaatselijke ontstekingsproces bevordert of daartoe praedisponert, evenals anatomische bouw, voeding en zoo voort.

Overgangsvormen van deze twee vormen van appendicitis komen dan ook eveneens voor.

Belangwekkend zou het zijn van collega HUSTINX te vernemen, in welk percentage van zijn duizenden gevallen er, na de operatie, ook inderdaad de door hem als hoofdoorzaak aangeduide faecesstuwung werd gevonden. Wat tenslotte de periodiciteit betreft in de frequentie, wil ik wijzen op het feit, dat obstipatie en vleeschvoeding vroeger even goed voorkwamen, zoodat mijns inziens hierin collega HUSTINX allerminst een steun mag zien in zijn theoretische en wat eenzijdige opvatting over de aetiologie. Zelfs is in één kalenderjaar het aantal appendicitides niet regelmatig verdeeld.

Juist het feit, dat de appendicitis van primair infectieusen aard in de practijk tot de meeste diagnostische moeilijkheden aanleiding geeft, moet maken, dat hieraan meer de aandacht wordt geschonken, waardoor ook deze gevallen eerder tot operatie komen. Want over de practijk, namelijk dat elke aandoening van de appendix zoo vlug mogelijk in handen van den chirurg behoort, daarover heersche geen verschil van meening.

Utrecht, 14 November 1942

G. A. PRINS

## PAROXYSMALE TACHYCARDIE

In dit *Tijdschrift* van 7 November j.l. beschrijft RYPPERDA WIERDSMA een geval van paroxysmale tachycardie, zonder zich, door electrocardiographisch onderzoek, er van te hebben kunnen overtuigen, hiermede te doen te hebben. Door intraveneuse toediening