

alhier wonende collegae met gezin moet vertrekken na korter of langer tijd; 2°. of hij zelf, moet, na demoraliseerenden strijd, het veld ruimen als slachtoffer van hen die hem riepen en die tot leus hebben: hoe meer dokters hoe sterker concurrentie, hoe lager tarief.

C. A. CAMMAERT.

## COLLAPSTHERAPIE BIJ EENZIJDIGE LONGTUBERCULOSE.

*Geachte collegae* MARSMAN en BACKER.

Naar aanleiding van uw bovengenoemd artikel in het *Ned. Tijdschrift voor Gen.* 1925 II, No. 5, komt het mij gewenscht voor, de goede gronden voor een zoodanige behandelingswijze ook eens van uit een geheel ander standpunt te bezien.

Toen mij voor enkele maanden bij de gedachtenwisseling, welke na mijn voordracht „Over het ontstaan en de ontwikkeling van longtuberculose” voor de afd. Groningen ontstond, door een chirurg de vraag gesteld werd: Hoe kunt u een verklaring geven van de gunstige resultaten van kunstmatige pneumothorax?, meende ik daarop als antwoord te moeten geven: De gunstige werking van dergelijke operaties is vermoedelijk aan een verminderde vochtigheidstoestand van het longweefsel toe te schrijven. En nadat ik daarna de litteratuur aangaande dit onderwerp nog eens nauwkeurig nagegaan ben, wil het mij voorkomen, dat deze verklaring nog de meest waarschijnlijke is.

Op bldz. 589 deelt u mee: „Bij een goed gelukte longcollaps hangt de zieke long samengevallen naast de wervelkolom, en is overvuld met aderlijk bloed”. Nu mag men veronderstellen, dat die overvulling met aderlijk bloed ontstaat ten gevolge van een samenvallen van de betrekkelijk slappe aderen, derhalve een belemmering van den afvoer van het aderlijk bloed.

Na een reeks proefnemingen, welke TIEGEL (*LANGENBECK's Archiv* 95, 810) bij dieren genomen heeft, heeft deze kunnen waarnemen, dat *in den eersten tijd* na een nauwer maken van de longader in de longen een sterke bloedovervulling ontstond, doch dat reeds *na enkele weken of maanden*, tegen de verwachting in, een geheel ander beeld ontstaan was. De met bloed overvulde long toch was *kleiner* en *bleeker* geworden en voelde *vaster* aan, verder bleek bij microscopisch onderzoek van dergelijke longen, dat in tal van gevallen een min of meer uitgesproken vermeerdering van bindweefselementen bestond. Uit deze proeven meen ik te mogen besluiten, dat die bloedovervulling na verloop van een zekeren tijd langzamerhand vermindert, en dat de long in plaats van bloedrijk al meer bloedarm wordt.

In aansluiting met deze proefnemingen wil ik nog vermelden, hetgeen BRUNS (*Deutsches Arch. f. Klin. Med.* 107) bij dieren heeft kunnen vaststellen, waarbij deze in de kliniek van BRAUER de gevolgt toestanden bij eenzijdige pneumothorax nagegaan heeft, n.l. *dat het bloedgehalte van de collapslong, in evenredigheid van den duur van het samenvallen, verder daalde.*

Op dezelfde bladzijde vermeldt u verder: TENDELOO heeft er op gewezen, dat door de verminderde stroomsnelheid van de lympe de voedingsvoorwaarden voor de tuberkelbacillen slechter worden. U vermeldt helaas niet, waar en wanneer TENDELOO daarop gewezen heeft. Volgens u toch zou deze m.a.w. gezegd hebben, dat de voedingsbodem in het longweefsel voor de tuberkelbacillen slechter wordt, naarmate de stroomsnelheid van de lympe vermindert.

Dit nu is geheel en al in strijd met de mededeeling, welke TENDELOO in „*Die allgemeine Pathologie* 1921, bldz. 145” doet, alwaar deze de voorwaarden vermeldt, welke in het algemeen aan kweekbodems voor bacteriën mogen worden gesteld. Deze zijn:

1°. De scheikundige factoren bepalen de groeigelegenheid van de bacterie (voedingsstoffen in een bepaalde verhouding).

2°. De groei wordt echter ook door de beweging van den voedingsbodem beïnvloed, waarbij juist langzaam groeiende microben, zooals de *tuberkelbacil*, het meest door die beweging in zijnen groei belemmerd worden.

3<sup>o</sup>. *Vochtigheid van het weefsel* heeft eveneens invloed, droogte belemmert den groei of heft dien op.

Daarom wil het mij voorkomen, dat *de gunstige werking van een goed gelukten longcollaps niet aan de verminderde stroomsnelheid van bloed en lymfhe moet worden toegeschreven, doch aan een afgenomen vochtigheidstoestand van het longweefsel.*

Hieraan meen ik ook te moeten toeschrijven, dat de resultaten van de kunstmatige pneumothorax bij pleuravergroeiingen minder gunstig zijn.

Tenslotte nog de proefnemingen van JOZEPH MENDEL (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1923) als bewijs, dat een verschillende vochtigheidstoestand van den voedingsbodem wel ter dege van invloed is op den groei van tuberkelbacillen. MENDEL verrichtte deze proeven bij een aap, bij welke de bloedrijke pulpa van het melkgebit, en wel van een snijtand boven rechts en van een molaar beneden links, met een cultuur van tuberkelbacillen ingeënt werd.

Na inenting wordt de bovenste tand *met een bijna droog, aseptisch gaasje* afgesloten, en de benedenste aseptisch *met cement*.

Tien dagen na de inenting ontstaat rondom de ingeënte tand van de bovenkaak een vrij belangrijke zwelling, de tand is beweeglijk, en schijnt de zetel te zijn van een ontsteking. Terzelfdertijd is aan den benedenkaak dan nog niets abnormaals te bespeuren.

Op den zosten dag ontstaat aan den bovenkaak een belangrijke verergering van den toestand. Het tandvleesch toch vertoont een groote, bloederige ulceratie, terwijl de wand der alveola bloot ligt en necrotisch geworden is.

Onderwijl is aan den benedenkaak een abces ter grootte van een noot ontstaan, hetwelk heelemaal den indruk maakt, dat het een gewoon abces is. Doch het onderzoek van de etter levert uitsluitend tuberkelbacillen op.

Leens.

H. TOXOPEUS.

#### HERSENVERSCHIJNSELEN BIJ MALARIA.

Het stukje van coll. DEN HARTOG geeft mij aanleiding twee gevallen, die ik een half jaar geleden voor publicatie had opgeschreven, even mee te deelen.

Pat., man, 54 jaar oud, wordt plotseling ziek, met buikpijn en braken en lichte gevoeligheid in de galblaasstreek. Vroeger heeft hij wel galsteen gehad volgens zeggen, maar thans is de galblaas niet erg gevoelig, geen icterus, geen galkleurstof in de urine en ook geen bepaalde aanval. De appendix is normaal. Sterke panniculus adiposus, vet cor (overigens geen afwijkingen), habitus apoplecticus. De temp. stijgt tot 39.5 en 's nachts krijgt hij een epileptiformen toeval, nl. krampen in armen en beenen, tongbeet, urineloosing, geen BABINSKY en koude rillingen. De temperatuur loopt op tot 40.5 C.; patiënt is verward. De urine bevat eiwit en zoowel macroscopisch als microscopisch veel bloed. Buikpalpatie niet mogelijk wegens dikte, zoodat niet te zeggen is of de milt vergroot is.

Den volgenden morgen daalt de temperatuur tot 36 C. en blijft normaal, en gaat 's avonds stijgen tot den volgenden dag, om te klimmen tot 39 C.

Een bloedpraeparaat bevat malariaplasmodiën. Onder sulf. chinini 2 × d. 0.5 gr. geneest patiënt snel en verdwijnt het bloed na twee dagen geheel uit de urine.

Maanden later heeft hij, in mindere mate, weer zoo'n aanval gehad, waarbij chinine snelle verbetering bracht.

Pat., jongen ongeveer 9 jaar, komt van school, zonder eenig verschijnsel van ziek zijn, wordt plotseling raar, valt, spreekt iets onduidelijk, terwijl een hand wat slap hangt. Geen amnesie, geen hoofdpijn daarna, is volkomen helder van geest en is direct weer frisch, loopt verder naar huis. Hart, nieren, longen normaal. Appendix iets gevoelig bij druk, *milt vergroot*. Bij bloedonderzoek worden malariaplasmodiën gevonden. De urine bevat geen eiwit, de temperatuur is normaal. In de familie geen epilepsie, en zelf heeft hij nooit iers dergelijks gehad. BABINSKY negatief.

Ik meen ook in deze beide gevallen de diagnose malaria te moeten stellen, te