

ongeveer 80 pCt. van het eiwit al in meerdere of mindere mate verteerd *zelfs de maag* verlaat) en dus niet ingevolge eigen onderzoek en daarbij bovendien in de inleiding tot ons eigenlijk onderzoek, schreven wij letterlijk:

„Vraagt men zich nu af, welken invloed het voedingseiwit op de indoxylurie heeft, dan moet men tot de conclusie komen, dat de rotting van het eiwit in ons voedsel *in normale omstandigheden* geen *groot*e beteekenis kan hebben voor de vorming van indol. En verder: „Het eiwit van ons voedsel wordt voor het *overgrootste gedeelte* afgebroken en geresorbeerd, voordat het aan rotting ten prooi kan vallen”.

Daar DE RAADT ons dus aanvalt op iets, wat wij zeker niet zoo absoluut uitgesproken hebben, als hij ons in den mond legt; meen ik het hierbij te mogen laten.

E. H. HERMANS.

De redactie is van meening, dat de zaak thans voldoende is toegelicht en sluit de discussie.

MAAGZWEER EN MAAGKANKER.

In zijn klinische les over het „ulcus ventriculi” heeft prof. HIJMANS VAN DEN BERGH in verband met het vraagstuk der degeneratieve verandering van een maagzweer en een maagkanker gewezen op de zoogenaamde zuiver-clinische wijze om te onderzoeken of deze verandering vaak voorkomt. In 1922 heb ik (zie dit *Tijdschrift*) van deze methode gebruik gemaakt en gemeend daarmee wel eenig resultaat te kunnen verkrijgen. Toch bevat deze methode één groote fout en wel deze: indien iemand na een langdurige maagaandoening, die men met recht mag beschouwen als door een zweer te zijn veroorzaakt, tenslotte aan een maagkanker bezwijkt, dan is men nooit zeker, dat deze maagkanker op den bodem van die zweer is ontstaan. Het kan zeer goed mogelijk zijn, dat zich in de maag op een *andere* plaats een kanker heeft ontwikkeld, die met de zweer dus niets heeft uit te staan. Dit is geen schrijftafeloverweging: reeds tweemaal heb ik deze ervaring opgedaan. Het eerste geval (reeds in dit *Tijdschrift* medegedeeld) betrof een jonge vrouw, die een operatie ondergaan had, omdat een zweer bij den maaguitgang in de vrije buikholte was doorgebroken. Eenige jaren later bleek bij operatie, dat behalve een kanker van den eierstok ook een maagkanker aanwezig was, ongeveer op handbreedte afstand van het oude operatielitteken en wel in de kleine bocht van de maag 2).

Een tweede geval nam ik kort geleden waar.

Een man van ongeveer 55-jarigen leeftijd is *tien* jaar geleden geopereerd. Hij had een ulcus duodeni. Een gastro-enterostomie werd aangelegd en de man was van zijn langdurig maaglijden bevrijd.

Kort geleden kwam hij weder ter waarneming. Om kort te zijn kan ik mededeelen, dat klinisch en Röntgenologisch de diagnose werd gesteld op kanker van de kleine curvatuur, welke diagnose door de proeflaparotomie werd bevestigd.

Indien deze man vroeger niet was geopereerd, maar was blijven klagen en lijden aan de maag en tenslotte aan zijn maagkanker was te gronde gegaan, dan had men hem ook geteld onder degenen, wier zweer in een kanker was overgegaan.

Nog een andere mogelijkheid bestaat, welke uit dit geval blijkt. Een man heeft 30 jaar lang aan zijn maag geleden. De anamnese zou het recht geven aan een oude zweer te denken. Bij klinische waarneming vond ik, dat de man, die hevige pijnen had, geen eetlust had; in den maaginhoud ontbrak zoutzuur en patiënt verminderde snel in gewicht, hij had geen bloed in de ontlasting. De X-photo toonde een volkomen normale maag aan. Een juiste diagnose was niet te maken. De mogelijkheid werd geopperd, dat zich misschien een zweer aan de achterzijde van de maag bevond, die in het pancreas invrat. Een proeflaparotomie werd verricht. Het bleek,

1) *Ned. Tijdschr. v. Gen.* 1922, 2de helft, No. 16,

2) *Ned. Tijdschr. v. Gen.* 1922, 1ste helft, No. 13.

dat de man leed aan kanker van het pancreas. De maag was volkomen normaal, nergens was iets van een oude zweer te zien. Ook deze persoon zou, indien niet de diagnose door operatie was bevestigd allicht zijn beschouwd als iemand, die aan een in kanker overgegangene maagzweer was overleden.

Het kwam mij niet ongewenscht voor op deze fouten der zoogenaamde klinische methode te wijzen.

Rotterdam.

F. A. SCHALY.

DE KATHOLIEKE MORAAAL.

Een geneeskundige is bereid de Katholieke moraal, trouwens elke religieuze moraal, die niet zijn eigene is, te ontzien, ook wanneer deze moraal hem noodzaakt tot handelingen, die afwijken van de heerschende medische opvattingen, wanneer de patiënt die moraal stelt boven deze medische opvattingen.

Dezelfde geneeskundige is daartoe niet bereid, wanneer weliswaar zijn patiënt volgens zijn godsdienst de bedoelde moraal wel behoorde te eerbiedigen, maar het in waarheid niet doet met die gestrengheid, welke bij eventueele conflicten deze moraal stelt boven het geldende medische inzicht.

Een geneeskundige is namelijk wel bereid een concessie te doen aan zijn medisch geweten, wanneer zijn patiënt dit eischt, echter niet wanneer een hem vreemde religie dit eischt.

Toch zou er wel iets voor te zeggen zijn, als ook in het laatste geval de geneeskundige die concessie zou kunnen doen, omdat hij er nooit zeker van is, of de lichtvaardigheid, waarmede een patiënt zijn moraal op zij zet, niet van tijdelijken aard is, in welk geval de geneeskundige zou hebbenmede geholpen den patiënt te voeren naar een gewetensconflict. Maar of er nu ook al iets voor te zeggen zou zijn, wij hebben nu eenmaal rekening te houden met het feit, dat in het eene geval de geneeskundige wel, en in het andere geval niet de concessie wil doen.

Aan de andere zijde staan katholieke organisaties en veel katholieke leden onzer Maatschappij, die het met leede oogen aanzien, dat een geneeskundige een katholieken patiënt zou sterken in zijn neiging tot afglijden van den hunsinziens rechten weg. En ik kan ze daar heusch geen ongelijk in geven. Ten slotte is toch de Katholieke moraal voor een Katholiek, als een leidraad voor de ziel, van hoogere orde dan onze geneeskundige opvattingen, die alleen een gezond lichaam beoogen. En als wij nu eenmaal Katholieke ziekenfondsen erkennen, en de algemeene vergadering in Utrecht deed dit, dan erkennen wij, dat in een bepaald ziekenfondswezen nog een andere leidende factor bij de geneeskundige behandeling van die patiënten medespreekt dan alleen ons medisch inzicht. Die andere leidende factor mag toch immers niet zwijgen bij de Katholieke leiders van zulk een ziekenfonds. Zou ik dit zelf niet billijk achten, en zelfs mijn plicht achten, als ik Katholiek was en bestuurder van een Katholiek ziekenfonds?

Wie als niet Katholiek geen enkele concessie wil doen, kan zich toch immers altijd onthouden van het behandelen van Katholieke patiënten en van leden van een Katholiek ziekenfonds.

Hoe komen wij nu uit de impasse van die beperkte concessie?

Wel, door de zaak anders te stellen, zoodat aan den wensch der Katholieken wordt voldaan zonder dat de geneeskundige die concessie behoeft te doen.

Wij beginnen met aan de Katholieke ziekenfondsen de verplichting op te leggen, er voor te zorgen, dat alleen die Katholieke leden worden opgenomen, die verklaren ook in de geneeskundige behandeling de Katholieke moraal te zullen eerbiedigen.

Wat dus was een verplichting tegenover hun godsdienst, wordt daarmede een verplichting tegenover hun ziekenfonds. Het recht dit te doen kan men nooit aan een Katholiek ziekenfonds ontzeggen; dit is, ook in de oogen van andersdenkenden een billijke eisch.

Welnu dan volgt van zelve, als even billijk, dat de een aan zulk een ziekenfonds verbonden geneeskundige geen adviezen geeft of handelingen verricht, waardoor de