

## TER „VERDEDIGING” VAN ONZE TAAL.

In zijn rede over „Minachting en verachting der dieren”, gehouden op de Najaarsvergadering van het Genootschap voor Geschiedenis der Genees-Natuur- en Wiskunde”, heeft dr. D. J. KOK gezegd: „In het Middel-hoogduitsch (waarvan ook het Nederlandsch afgeleid is, waardoor men in het „Sachsich platt” nog het Hollandsch-Geldersch dialect terugvindt)... enz.

Het zij mij vergund, deze, bij onze Oosterburen — *niet*-philologen — langzaam uitstervende meening te bestrijden. Het gaat niet aan, te zeggen, dat „het Nederlandsch”, dus de thans gesproken en geschreven taal, van het „Middel-hoogduitsch” is afgeleid. Waar zou dan het Middelnederlandsch vandaan komen? Oók van het Middelhoogduitsch? Maar die beide waren er ongeveer gelijktijdig! En zelfs enkele oud-Nederlandsche woorden zijn bekend!

Het Nederlandsch en het Hoogduitsch zijn *beide* dochtertalen van het Germaansch, en behooren tot de West-Germaansche dialecten. Deze zijn weer te verdeelen in een Anglo-Friesche en een Duitsche groep, gevormd door het Oud-saksisch, Oud-nederfrankisch en Oud-hoogduitsch. De Saksische stammen woonden in Noord-Duitschland en Oost-Nederland. Vandaar de overeenkomst in taal in die streken. Het Oud-hoogduitsch en Oud-nederfrankisch (het latere *Nederlandsch*) waren oorspronkelijk één *Frankisch* dialect, doch dank zij specieele klankveranderingen, die in Zuid-Duitschland opkwamen en, naar het Noorden afnemend, zich bij onze Oosterburen verbreidden, ontstond er een scheiding. Het Opperfrankisch of Hoogduitsch werd de taal in Duitschland; uit het Nederfrankisch ontwikkelde zich het Nederlandsch.

Klankovereenkomst behoeft niet op *afstamming* te berusten, doch wijst vaak slechts op *stamverwantschap*.

J. I. H. MENDELS, Ned. M.O.

## CARCINOMA PAPILLAE VATERI.

Met bijzondere belangstelling las ik Zaterdag 30 October de clinische les van ROEGHOLT over het carcinoom van de papilla VATERI, omdat ik juist een uur tevoren een laparotomie door collega KERSSEMAKERS had bijgewoond van een patiënt met stuwingsicterus door carcinoom van den pancreaskop, waarin de hoop op het vinden van een carcinoom van de papilla VATERI vóór de operatie reeds als waarschijnlijk ijdel werd geoordeeld. Er kon niets anders worden gedaan dan een cholecystogastrostomie maken volgens HABERLAND, juist zooals ook ROEGHOLT sinds eenige jaren doet.

ROEGHOLT eindigt zijn clinische les met de woorden: „Gij kunt u aan onze ervaringen spiegelen, welke, voor zoover mij bekend, nergens zoo scherp geformuleerd staan”.

Ik weet niet zeker, of ik zonder deze uitdaging aan de critiek tot het inzenden van de volgende opmerkingen gekomen zou zijn, maar nu er reden is te vreezen, dat de woorden van ROEGHOLT in de toekomst als de laatste wijsheid zullen blijven gelden, mag die critiek niet in de schrijftafellade blijven liggen.

ROEGHOLT onderscheidt bij zijn bespreking der diagnose volkomen juist carcinoom van de papilla VATERI (2a) en carcinoom van den pancreaskop (3), aanvaardt de onmogelijkheid van een differentieele diagnose, vermeldt bij het naschrift een week later, dat na de operatie de diagnose carcinoma papilla VATERI wel vaststaat (zonder vermelding van nadere gegevens) en schrijft dan boven zijn verslag van de operatieve resultaten van WELCKER en ROEGHOLT over 22 soortgelijke gevallen: *carcinoom van de papilla VATERI*, terwijl elke ietwat critische lezer zich zal afvragen, of er onder die 22 gevallen nu werkelijk wel zekere gevallen zijn van carcinoom van de papil; want volgens de ervaring is het waarschijnlijk, dat er misschien wel een in de omgeving reeds uitgegroeide kanker van VATERI's papil bijgeteld zal zijn, maar dat de allergrootste meerderheid van die 22 gevallen waren gevallen van het zoo veelvuldige carcinoom van den pancreaskop, met afsluiting van den ductus choledochus als blijkbaar clinisch belangrijkste symptoom.

Waarom nu deze critiek, wanneer kanker van den pancreaskop en volwassen geworden kanker van de papilla VATERI practisch slechts één palliatieve therapiekennen, waarover de clinische les handelt? Ook ROEGHOLT zal wel toegeven, dat het „bene diagnosere” nog altijd een voorwaarde is voor het „bene curare” en ook, dat „diagnosere” in deze zeer oude spreuk *onderscheiden* beteekent en niet „*een diagnose stellen*”, veelal een gevaarlijk bedrijf in de therapie!

Maar dan had in deze clinische les toch niet onvermeld mogen blijven, dat er een blijkbaar uiterst zelden voorkomend carcinoom van de papilla VATERI bestaat, dat in tegenstelling met het pancreascarcinoom in zijn eerste ontwikkeling nog vatbaar is voor radicale operatie, dat ieder arts het sportieve gevoel moet hebben, om dit kankertje door het vroege symptoom van den icterus tijdig te herkennen en bij den chirurg te brengen, en dat dit helaas zóó zelden gebeurt, dat de chirurg vrijwel altijd groote gezwellen vindt, waarvan dikwijls alleen de patholoog-anatoom post mortem de oorsprongsplaats kan aanwijzen. Het lijkt mij niet juist, dat ROEGHOLT dit niet vermeldt en de gelegenheid laat voorbijgaan, de lezers van zijn clinische lesaan te sporen, geen 6 weken te wachten, als er een duidelijke retentie-icterus bestaat, en vooral dan, als er weinig kans is op een verstoppend steentje.

Dat men dan toch nog op een groot inoperabel gezwel kan stuiten, leert ons geval, waar de retentie-icterus geen 10 dagen bestond. Ook was er een aanwijzing tot vroege operatie gegeven in de hevige pijn en het braken, verschijnselen, die ik beide aan de hooge spanning in de voelbare, sterk vergrootte galblaas terecht of ten onrechte toeschreef.

Tegenover critiek is een woord van waardeering op zijn plaats ten opzichte van ROEGHOLT's bespreking van het belang der door den chirurg te kiezen wijze van anaesthesie; dit gaat ook den internist aan, daar wel de meeste chirurgen de goede gewoonte hebben, om de keuze der anaesthesie met den internist te bespreken.

Daarover zou ik gaarne nog een enkele opmerking maken. De bijzondere gevaren van elke grootere operatie bij een icterischen patiënt zijn bij mij en waarschijnlijk ook bij vele andere internisten teveel in het teeken van de leverfunctie gekomen. Omdat bij onzen patiënt onder andere de verhouding ammoniak-N + aminozuren-N tot de broomloog-N zeer goed was, namelijk 2,7 : 100, en de totale hoeveelheid ammoniak plus aminozuren in 1 liter urine slechts 630 mG. bedroeg, hield ik de levercellen voor gezond en evenzoo de niercellen, omdat de ureumconcentratie in de urine niet minder dan 40.5 pro mille bedroeg. Door glycoseclysmata waren de levercellen bovendien in zoo gunstig mogelijken toestand gebracht; de graad van galzuurvergiftiging kan ik niet aangeven, maar het bilirubinegehalte van het bloed was op den dag vóór de operatie niet hooger dan 11 eenheden volgens HIJMANS VAN DEN BERGH. Een week tevoren had collega KERSEMAKERS een anderen soortgelijken patiënt met een sinds weken bestaanden groenen icterus zonder nadeel in avertine-narcose geopereerd, zoodat wij — niet kennende de statistiek van ROEGHOLT in deze gevallen — meenden, dat ook hier avertine plus wat aether geen bijzondere gevaren kon brengen. Ik moet nog toevoegen, dat niettegenstaande het vele braken dagenlang het bloedureum op den dag vóór de operatie slechts 0.260 pro mille bedroeg en het NaCl-gehalte (chloorbepaling) van het bloedserum 0.60 pCt.

Deze patiënt is nog binnen 48 uur onder het beeld van een geleidelijk toenemende hartinsufficiëntie overleden, nadat hij als narcoticum 4 G. avertine (per KG. lichaamsgewicht 60 mG.) en daarna op den open kap nog 110 cM<sup>3</sup> aether had gehad.

Is dit hartvergiftiging door galzuren plus avertine? Ik weet het niet, maar ROEGHOLT's ervaringen met de algemeene narcose voor de patiënten met stuwings-icterus stemmen tot nadenken.

Alkmaar, 8 November 1937.

A. J. KORTEWEG.