

stand; daarom bij dokter en patiënt een uiting van geestelijke slapte. Leugen is een soort „opium” voor den mensch.

RASSERS en anderen eischen de leugen voor zich op, op grond van onaangenaamheden, die de waarheid zou hebben veroorzaakt in bepaalde situaties. Maar de waarheid draagt hier geen schuld; wèl de mensch, die, vaak door eigen schuld, zulk een waarheid niet kan verwerken. En.... sinds wanneer zijn daden, ook al heeft men er in jarenlange practijk nog zooveel plezier van beleefd, norm voor verder handelen? Op het wereldleven toegepast, zou dit tot eigenaardige consequenties leiden.

Natuurlijk moet men ook maar niet „alles” tegen een patiënt zeggen. „Wie zijn ganschen geest uitlaat”, noemt de Bijbel „een zot”. Men zegge, dat de toestand zeer ernstig is en dat het goed zal zijn, op alles voorbereid te zijn, maar veel verder ga men liever niet. Vooral noeme men liefst geen diagnoses. Maar, wat men zegt, zij waar!

Ten slotte: ook in het gewone leven van elken dag, moeten we toch allen verder, zonder precies te weten, wat de toekomst ons zal brengen. Waarom zou een zieke dan wèl alles moeten weten? De dokter beslisse in ieder geval weer opnieuw, wat hij den zieke wel en wat hij den zieke niet zal mededeelen. Hij beoordeele, wat de zieke zal kunnen en moeten dragen.

Leiden, 25 Januari 1941

P. JASPERSE

#### OVER DE ZOOGENAAMDE PLEURITIS EXSUDATIVA

Het artikel van dr. J. H. REICHART in dit *Tijdschrift* van 25 Januari 1941 doet mij daarom zoo groot genoegen, omdat het voor de pleuritis exsudativa richtlijnen geeft voor de behandeling. Prof. SNAPPER leerde ook steeds, dat een pleuritis exsudativa, waarvan men geen behoorlijke oorzaak kan vinden, beschouwd moet worden te zijn van tuberculeusen aard. Toen ik röntgenoloog aan de afdeling van prof. SNAPPER werd, ben ik ijverig gaan zoeken naar den longhaard. Evenals collega REICHART was ik van meening, dat, indien tuberculose de oorzaak is, het meest voor de hand ligt, dat er hier een pleuraal gelegen longhaard is. Het onderzoek heeft deze verwachting niet beschaamd en in vele gevallen kon ik door het maken van photo's in verschillende richting en met verschillende hardheid van stralen gedurende het bestaan en na het resorbeeren van het exsudaat, met zekerheid den longhaard vaststellen. Deze is meestal niet groot en doet in vele gevallen denken aan een klein, pneumonisch infiltraat. Wil men echter den longhaard vinden, dan is een gewoon routine-Röntgen-onderzoek der longen geheel onvoldoende. Men moet staande, liggende, voorachterwaarts, achtervoorwaarts, in schuine richting en in de houding van TRENDLENBURG fotografieeren om zijn doel te bereiken en vaak kan de doorlichting de weg wijzen. Voor deze patiënten met pleuritis heb ik dan ook steeds dezen longhaard als de belangrijkste afwijking beschouwd; ik heb in het ontstaan van het vocht meestal een gelukkige omstandigheid gezien, waarbij de natuur zelf medehelpt aan de genezing van het proces. Langen tijd is voor het vroege infiltraat de pneumothorax als een goede methode aangeraden om genezing van het infiltraat zonder verweeking en holtevorming te verkrijgen. Zoo kon men aan het ontstaande exsudaat dezelfde werking toekennen als aan den aan te leggen pneumothorax, namelijk ontspanning van het longweefsel. Zoo ben ik het ook met collega REICHART eens, dat het goed is bij verdwijnend vocht, de ontspanning van het longweefsel te onderhouden door een zekere hoeveelheid lucht in de pleura te brengen. Mijns inziens mag men van den pneumothorax twee werkingen verwachten:

- 1e. De sluiting van cavernes, hetgeen een zeer goed effect heeft op het tuberculeuse proces en ook meestal lukt, indien de cavernes tenminste niet een al te fibreusen wand hebben.

- 2e. De ontspanning van het longweefsel, hetgeen een veranderde circulatie in de long teweeg brengt, die, zooals de ervaring leert, een gunstig resultaat oplevert bij de genezing van allerlei longprocessen. Dit zal dan ook de reden wel zijn, dat van Duitsche zijde goede uitkomsten werden vermeld van de pneumothorax-

behandeling bij acute pneumonieën. Het is ook volstrekt niet noodig, dat er een totale collaps van de long wordt teweeggebracht. Een ruime pneumothorax met een behoorlijke luchtlaag rondom de long van enkele centimeters dikte heeft naar mijn meening in vele gevallen een zeer gunstig therapeutisch effect; het streven naar een totalen collaps der long, indien het niet gaat om sluiting van cavernes, kan mijns inziens de behandeling schaden. Wanneer de pneumothorax-behandeling niet het effect geeft, dat ervan wordt verwacht, vindt dit mijns inziens zijn oorzaak in dezen te sterken collaps.

Amsterdam, 27 Januari 1941

J. W. SCHMITZ, internist

### OVER HET CALCIUMGEHALTE VAN HET PLEURA-EMPYEEM BIJ KINDEREN

Naar aanleiding van het artikel in het *Tijdschrift* van 25 Januari 1941 van E. C. NOYONS en G. VAN OS, wil ik gaarne het volgende opmerken: In het proefschrift van ZAINAL blz. 44, blijkt, dat deze reeds hetzelfde onderzoek deed als genoemde collegae, echter met een negatief resultaat voor de chloorcalcium-oplossing. Voor de filtraten van serum is er wel eenig verschil. Ik vraag mij namelijk af, of door den zeer langen duur der filtraties er toch niet zoodanige veranderingen in het serum ontstaan, dat de binding van het calcium aan het eiwit is veranderd. Beslissend voor de conclusie van NOYONS en VAN OS is dus alleen de  $\text{CaCl}_2$ -oplossing-proef en deze valt bij ZAINAL volkomen negatief uit. Zou dit niet kunnen liggen aan den nieuwen factor van de hygroscoopische stof? Uit de teekening is niet te zien, waar het buisje met deze hygroscoopische stof in het systeem is opgenomen. Indien het dicht bij U in fig. 1 is geplaatst, kan ik mij voorstellen, dat dit, afgezien van de zuigmethode, dus afgezien van het feit of er gezogen of geperst wordt, belangrijke hoeveelheden  $\text{H}_2\text{O}$  kan onttrekken. Bij de persmethode is dit echter niet geprobeerd. Maar dit zou zeker uitgemaakt kunnen worden met de „onderparaffine”-methode, zooals beschreven in mijn proefschrift, blz. 32. Men heeft daarbij, werkende met serum, nog wel het nadeel van  $\text{CO}_2$ -absorptie; met  $\text{CaCl}_2$ -oplossing zou men dan echter het onomstootelijke bewijs moeten kunnen leveren, dat zoowel met de druk- als met de zuigmethode dezelfde uitkomst voor het doorgefiltreerde Ca wordt gevonden. Van verdamping is daar geen sprake, omdat men de vloeistof geheel door paraffine kan afsluiten, hetgeen aan de filtratie, die alleen van den druk afhankelijk is, niets verandert. Paraffine absorbeert wel  $\text{CO}_2$ , het is echter nauwelijks aan te nemen, dat ook  $\text{CaCl}_2$  zou worden geabsorbeerd uit de  $\text{CaCl}_2$ -oplossing. Wat mij uit teekening 2 ook niet recht duidelijk blijkt is, hoe de persdruk wordt onderhouden. Gezien de doorlaatbaarheid van de membraan, kan de kwikkolom Q toch niet voldoende zijn, tenzij de buis Q doorlopend verder rechtstandig naar boven wordt bewogen? Ik bereikte den druk door aansluiting aan een cylinder met geperst gas  $\text{O}_2 + 5 \text{ pCt. CO}_2$ .

De collegae zullen echter hun proeven nog wel voortzetten en ik blijf benieuwd naar hun verdere uitkomsten. Inmiddels doet het mij genoegen in tabel I van hun publicatie een bevestiging van mijn onderzoek te zien.

Amsterdam, 27 Januari 1941

J. W. SCHMITZ, internist

## BERICHTEN

★

### BUITENLAND

DUITSCHLAND. — DANKBARE MOEDERS. Een treffende afbeelding vindt men in *Aerztebl. f. Berlin* u.s.w. van 21 December, namelijk van een optocht van vrouwen, moeders van kinderen, die door diphtherie-serum zijn gered, en nu een krans komen nederleggen voor het borstbeeld van E. VON BEHRING te Marburg.