

PERSONALIA (vervolg).

VERLEEND: Groot verlof aan J. J. VISSER, res. O. v. G. 2de kl. L. gedetacheerd geweest te 's-Gravenhage.

TER BESCHIKKING GESTELD: Met ingang van 1 Juli w. REILINGH, O. v. G. 1ste kl. Z., thans geplaatst bij het marinehospitaal te Willemsoord; met ingang van 29 Mei s. A. G. BRUMSEN, O. v. G. 2de kl. Z., vóór dien datum geplaatst aan boord Hr. Ms. *Gelderland*.

AANGEKOMEN: Met verlof hier te lande uit Ned. Oost-Indië, w. F. VAN DER KODDE en P. L. VAN ANDEL, O. v. G. 1ste kl. I. L..

GEDETACHEERD: Als chef van den geneeskundigen dienst in de legerplaats bij Oldebroek F. J. BEERNINK, O. v. G. 2de kl. L., thans in garnizoen te Willemstad.

EERVOL ONTSLAGEN: Op verzoek, M. J. ZAAIJER res. O. v. G. 2de kl. L.; met ingang van 1 Juli a.s., met recht op pensioen, wegens lichaamsgebreken H. R. VORST, O. v. G. 1ste kl. Z..

VERGUND: Om naar Nederland terug te keeren aan dr. F. J. H. VAN DEINSE, O. v. G. 1ste kl. Z., thans in Ned.-Indië.

OVERLEDEN: Op 24 Mei 1922 te Ede dr. A. VOÛTE, arts, rustend-geneesheer van Amsterdam, in den ouderdom van 74 jaren.

Promoties. — Bevorderd tot doctor in de geneeskunde aan de universiteit te Amsterdam P. J. J. HONIG, arts aldaar (Oud-Nieuwendam), op proefschrift: „*Studie over de malaria te Nieuwendam en omgeving*”, en G. N. A. KETTING, arts, op proefschrift: „*Bijdrage tot de geschiedenis van de lepra in Nederland*”; tot doctor in de geneeskunde aan de rijksuniversiteit te Utrecht H. J. MANKS, arts, op proefschrift: „*Onderzoekingen over de physiologie van het gehoororgaan met behulp van de stemvork*”.

— Bevorderd tot arts: Te Amsterdam dr. H. FERIZ, C. GRIEP en mej. C. STOKKINK; te Utrecht J. BREMMER; te Groningen H. UBBENS en A. BONEBAKKER.

— Bevorderd tot tandaris: Te Utrecht P. H. BRUIJNINGS-INGENHOES, J. GRAFTDIJK, H. F. SMITH en A. C. VAN WIJLEN.

MUNTENDAM.

VEREENIGINGSVERSLAGEN.

KLINISCH GENOOTSCHAP TE ROTTERDAM.

Vergadering van Vrijdag 17 Maart 1922 1).

Voorzitter: Dr. H. KLINKERT.

Dr. L. S. HANNEMA, *Geval van aneurysma aortae.*

Spreker begint met de opmerking, dat hij een patiënt wil vertoonen, die hij nu bijna 2 jaar geleden op zijn artsencursus heeft voorgesteld onder een geheel andere diagnose, dan welke nu z. i. moet worden aangenomen. Het betreft een 36-jarigen Philippijn, stuurman van beroep, die slechts enkele woorden Engelsch spreekt, en waarbij dus moeilijk een anamnese was op te nemen, toen hij in den zomer van 1920 in het ziekenhuis kwam. Hij vertelde toen, dat hij eenige weken tevoren pijn was gaan krijgen in zijn linker zijde, was gaan hoesten en vrij veel bloed ophoestte. Sindsdien had hij wat last van kortademigheid. Vroeger zou hij altijd gezond zijn geweest. Meer was er met zekerheid niet uit hem te krijgen.

Wij zagen voor ons een mageren kleurling, die een vrij zieken indruk maakte. Zijn stem was helder. Hij was licht dyspnoisch (gemengd). De slijmvliezen waren niet anaemisch, de sclerae niet icterisch, gelijke pupillen. Tong vochtig, niet beslagen. Pols normaal in alle hoedanigheden. Geen klierzwellingen, behalve dat zich achter het linker oor een klein, hard bewegelijk kliertje bevond. Bij het bezichtigen

HANNEI
Aneurys
aortae

1) Dit verslag is door de redactie ontvangen 21 April 1922.

van de borstkas trof het, dat deze links vóór misschien iets platter was, dan rechts; bij ademhaling bleef de linker kant duidelijk achter. Er waren geen abnormale pulsaties te zien. Nergens was bij palpatie een „frémissement” te voelen. De hartpunt was op de normale plaats te voelen, en was niet bijzonder resistent. Long-levergrens 6de rib, verschuifbaar. Bij percussie der longen was vóór rechts geen afwijking te hooren. Links bleek vóór tot de 2de rib verkort percussiegeluid te bestaan, daaronder was er een duidelijke demping. Tevens bleek het manubrium sterni gedempt te zijn; naar weerszijden reikte de gedempte toon ongeveer tot de randen van het manubrium. Tengevolge van genoemde percutorische afwijkingen waren de boven en linker grenzen van het hart niet met volkomen zekerheid te bepalen; het hart was waarschijnlijk niet naar boven en links vergroot (punt op normale plaats). Naar rechts reikte de absolute grens tot bijna aan den rechter borstbeenrand. De ruimte van TRAUBE was normaal. Bij auscultatie van het hart bleken de tonen zuiver te zijn. Links van het hart hoorden wij het sterkst in de 4de tusschenribsruimte, een zeer luide, ruwe systolische „souffle”. Bij auscultatie der longen waren rechts geen afwijkingen, links overal zeer zwak ademen, hier en daar ruw, hier en daar met bronchiaal karakter en talrijke vochtige reutelgeruischen. Aan den rug was bij inspectie niets bijzonders te zien. Rechts waren bij percussie en auscultatie geen afwijkingen te vinden. Links was de percussietoon tot den 4den borstwervel wat verkort, en hoorde men wat ruw ademen met bronchiaal karakter en enkele reutels; daaronder bestond tot aan de ondergrens een sterke demping met opgeheven ademgeruisch, stemfremitus en bronchophonie.

In de buikholte waren geen afwijkingen te vinden. De urine was normaal. Patiënt had geen oedemen. Op het linker os ilei bevinden zich enkele harde gezwelletjes, niet met de huid vergroeid, onpijnlijk en onbewegelijk op de onderlaag.

De eerste maanden van zijn verblijf in het ziekenhuis gaf de patiënt elken dag een vrij groote hoeveelheid, sterk haemorrhagisch sputum op. Bij herhaling is dit onderzocht, en nooit zijn tuberkelbacillen er in gevonden, evenmin elastische vezels. Het sputum had tæntertijd een eigenaardig uiterlijk van roode gelei, en deed zeer denken aan sputum, zooals men dat bij longgezwellen kan aantreffen.

Patiënt is links achter eenige malen gepuncteerd en steeds bleek de linker pleuraholte zeer sterk haemorrhagisch vocht te bevatten, dat steeds enkele, kleine fibrinevlokjes bevatte. Gezwelweefsel is hierin niet gevonden.

In den eersten tijd had de patiënt 's avonds lichte koorts. De reactie van WASSERMANN was 100 pCt. positief. Drukverschijnselen op organen in de buurt van het mediastinum zijn niet opgemerkt (slikbezwaren, heeschheid, ongelijke pupillen enz.). Een Röntgenphoto van de borstkas vertoonde in overeenstemming met het physisch onderzoek: een schaduw in het mediastinum boven het hart. De luchtpijp stond iets naar rechts afgeweken. De rechter hartgrens was te ver naar rechts te zien, terwijl de linker borsthelft in zijn onderste gedeelte een sterke schaduw vertoonde, waarin de hartschaduw overging, terwijl de bovenste helft minder luchthoudend bleek te zijn, dan rechts.

Er bleek dus een afwijking te zijn, die bijna de geheele linker borsthelft innam, en tevens een abnormaal proces in het mediastinum.

Bij het overwegen der diagnose kwamen in aanmerking tuberculose, lues van de long, longgezwel en aneurysma. Tuberculose (event. van de long met vergrootte klieren in het mediastinum) werd al spoedig uitgesloten op grond van het herhaalde negatieve sputumonderzoek. Kon de demping achter het manubrium een aneurysma zijn? Wij meenden dit te kunnen verwerpen, 1^o. daar wij nooit geruischen ter plaatse hoorden; 2^o. was het verschijnsel van OLIVER—CARDARELLI afwezig; 3^o. waren de beide polsen steeds gelijk; 4^o. waren er nooit pulsaties ter plaatse te zien; en 5^o. zagen wij bij doorlichten het mediastinaal gezwel niet pulseeren (dit laatste is natuurlijk allermintst een krachtig argument). De gedachten, dat de longafwijkingen op lues van de long zouden kunnen berusten, heeft ons nooit geheel losgelaten, hoewel wij om de volgende redenen een andere diagnose het waarschijnlijkst achtten. Lues van de long is een zeldzame ziekte en haemoptoe is volgens de literatuur zeer zelden (eigen ervaring ontbreekt geheel). Wij meenden

de diagnose te moeten stellen op een kwaadaardig gezwel. Het eigenaardige sputum (als roode gelei) deed onze gedachten sterk in deze richting gaan. De lichte afplating van de linker borsthelft pleitte niet tegen de diagnose; veelvuldig ontstaat het gezwel in een bronchuswand, die dichtgedrukt aanleiding kan geven tot atelectase van een longgedeelte. Het bij voortduring sterk haemorrhagische pleura-exsudaat deed denken aan een uitbreiding van het kwaadaardige weefsel op de pleura, terwijl het mediastinaal gezwel verklaard kon worden door metastasen van klieren daar ter plaatse aan te nemen. Het harde kliertje achter het oor en de gewelletjes op het os ilei konden genoemde diagnose slechts versterken. De ruwe systolische soufflé naast het hart meenden wij te kunnen verklaren door druk op een arterie, dus een stenosegeruisch.

Echter, de man bleef in het ziekenhuis $\frac{1}{2}$ jaar, het werd 1 jaar, het werd $1\frac{1}{2}$ jaar en hij ging niet noemenswaardig achteruit. Met het oog op de sterke positieve WASSERMANN-reactie en de mogelijkheid van een luetische aandoening (die wij toch niet geheel durfden uitsluiten) hebben wij hem een anti-luetische kuur laten ondergaan. Post aut propter is in den loop der eerste maanden het sputum van uiterlijk veranderd; wel gaf hij steeds vrij veel op, soms veel tegelijk, doch het eigenaardige uiterlijk is verdwenen, en het is slechts nu en dan licht haemorrhagisch. Wel is waar sluit een degelijke lange duur een kwaadaardig gezwel niet geheel uit, doch niemand zal zich verwonderen, dat een twijfel aan de juistheid van de diagnose ons begon te bevangen. Tot ruim 2 maanden geleden gaf het dikwijls herhaalde physisch onderzoek dezelfde resultaten als boven beschreven, behalve dat de demping links zich voor en achter wat meer boven uitbreidde en het ademhalingsgeruisch zwakker werd. Half December merkten wij echter plotseling op, dat links op den rug tusschen 6de en 7de rib een gulden groot gezwel tusschen de beide ribben te voorschijn was gekomen. De bovenste rib was nog geheel te vervolgen; de onderste rib onttrok zich bij palpatie op de hoogte van het gezwel aan den onderzoekenden vinger. Dit gezwel bleek duidelijk bij palpatie en ook bij inspectie te pulseeren; het was niet de pulsatie van een gezwel, dat door een onderliggend vat telkens opgelicht wordt; het gezwel zet zich zelf bij elken polslag uit. Het is elastisch, strak gespannen. Het liet geen twijfel over, of wij hadden hier te maken met een uitzetting van een slagader. Eenigszins tot onze verbazing hoorden wij bij auscultatie echter hier geen geruisch, en heeft zich dit ook nog niet vertoond. Tevens heeft zich den laatsten tijd een tweede verschijnsel voorgedaan, dat er tevoren niet was. Bij palpatie is namelijk links vóór naast het hart een duidelijk systolisch „fremissement” te voelen, dat zich over een groot deel van de linker borsthelft uitstrekt.

De subjectieve bezwaren van den patiënt zijn gedurende zijn verblijf in het ziekenhuis niet belangrijk geweest. Over pijn klaagt hij zelden, en dan alleen in de linker zijde. Kortadernig is hij slechts weinig. Hij is de laatste maanden op, loopt wat rond, en gevoelt zich hierbij wel.

Op grond van het bovengenoemde verloop van de ziekte en de nieuwe verschijnselen is het besluit gewettigd, dat de oorspronkelijke diagnose onjuist is geweest, gewijzigd dient te worden, en thans gesteld moet worden op aneurysma aortae. De eerste vraag, die zich hierbij voordoet, is, welk gedeelte van de aorta door het aneurysma ingenomen wordt, en het lijkt mij wel zeker, dat de aorta descendens in de eerste plaats in aanmerking komt. De arcus aortae buigt zich op de hoogte der tweede of derde rib over den linker hoofdbronchus, loopt naar achteren, en buigt zich dan links voor de wervelkolom naar beneden. Daar wij nu gezien hebben, dat het pulseerende gezwel achter tusschen de 6de en 7de rib te voorschijn komt, kunnen wij niet anders aannemen, dan dat wij hier met de aorta descendens te maken hebben. De systolische „soufflé” en het systolisch „fremissement” aan de voorzijde zijn het duidelijkst links van het hart in de 4de tusschenribsruimte, dus eveneens op een plaats, lager dan de arcus aortae. Dat de arcus aortae zelf ook in geringere mate in het proces betrokken is, is mogelijk, doch alleen de demping op het manubrium sterni wijst in deze richting. Drukverschijnselen heeft de patiënt nooit gehad, het verschijnsel van OLIVER—

CARDARELLI is afwezig, en nooit is er op het manubrium een „souffle” gehoord.

Een belangwekkende vraag is nog: hoe is de toestand der linker long. Wat er aan ademhalingsgeruisch te hooren is, is het duidelijkst voor en achter boven; waarschijnlijk dus heeft de long hier zijn plaats gezocht, ten gevolge gedeeltelijk van de zeer verwijde aorta, gedeeltelijk door het pleuritisch exsudaat. De patiënt geeft nog steeds op, soms bij één hoestbui vrij veel tegelijk. Vroeger was dit, zooals gezegd is, sterk haemorrhagisch, thans zeer licht bloederig. Er is dus alle reden een caveerne aan te nemen. Op verschillende wijze kan het ontstaan hiervan worden verklaard. Vooreerst kan, zooals boven gezegd is, een luetisch proces der long niet met zekerheid uitgesloten worden, waarbij bijv. door retractie een bronchiectatische caveerne ontstaat. Doch ook het aneurysma kan bronchiectasieën veroorzaken. Men kan zich dit als volgt voorstellen. Het groeiende aneurysma drukt een der takken van den bronchus; achter de vernauwing hoopt zich secret op, waardoor de bronchus van binnen gedrukt wordt. Talrijke hoestbuien vermeerderen den druk, redenen, waarom de bronchus kan verwijden. Misschien dat druk op een takje van een arteria bronchialis, waardoor de voeding van een deel van den bronchiaalwand lijdt, uitzetting van deze in de hand werkt. Ook kan van den bronchus uit de long (al of niet atelectatisch) geïnfecteerd worden; bindweefselvorming kan hier aanleiding geven tot schrompeling, waardoor het ontstaan van een bronchiectatische caveerne in de hand gewerkt wordt. Een dergelijk proces kan natuurlijk een beeld geven, dat sterk op tuberculose lijkt, en in de Amerikaansche literatuur kan men vinden, dat ross in dit geval spreekt van „aneurismal phthisis”. Herhaald negatief onderzoek van het sputum op tuberkelbacillen doet dan twijfel aan de diagnose ontstaan.

Of het haemorrhagische pleura-exsudaat thans nog bestaat, durf ik niet met zekerheid te zeggen. Sinds de diagnose aneurysma van de aorta descendens bij mij vaststaat, heb ik het natuurlijk niet meer gewaagd, een punctie te verrichten. Wel zijn de verschijnselen bij percussie en auscultatie nog dezelfde, als vroeger. De prognose van dit geval is „quoad sanationem” natuurlijk ongunstig te stellen. Hoe lang het kan duren, voordat het leven van den patiënt, waarschijnlijk door ruptuur, een einde neemt, is onmogelijk te zeggen. In de literatuur vond ik een geval vermeld van aneurysma van de aorta descendens, dat 12 jaar heeft geduurd, en waarbij het grootste deel van de linker borsthelft er door was ingenomen. Door niemand minder dan SKODA was hier een gezwel gediagnostiseerd, wel een bewijs te meer, tot hoe groote moeilijkheden de differentiale diagnose tusschen een intrathoracal gezwel en een aneurysma kan voeren. In het begin van het verblijf van den patiënt in het ziekenhuis hebben wij gemeerd, de diagnose op kanker van long en pleura te moeten stellen, en heb ik hem als zoodanig voorgesteld. Het verloop van de ziekte deed ons reeds lang aan de juistheid van deze opvatting twijfelen, en eerst enkele nieuwe verschijnselen der laatste drie maanden hebben ons er toe gebracht, de diagnose aneurysma aortae aan te nemen.

Discussie:

KLINKERT JR. vraagt, of de patiënt over pijn in den rug heeft geklaagd.

HANNEMA antwoordt, dat dit niet het geval is geweest, de patiënt heeft althans geen subjectieve klachten geuit.

BURGERHOUT doet mededeeling van een geval van aneurysma der aorta descendens, waarbij het ook niet mogelijk was, de diagnose te maken. Het betrof een man van ongeveer 45 jaar, die kwam voer longtuberculose. Hij hoestte zóó, dat men dadelijk den indruk kreeg van een mediastinaal-gezwel. Er was een demping boven en onder het linker sleutelbeen en op het borstbeen. Bij onderzoek was verder niets, dat op een aneurysma wees. De WASSERMANN-reactie was positief. Op een X-photo zag men vooreerst, dat de linker long boven minder helder was dan de rechter, er bestond een lichte retractie. Boven het hart bevond zich een schaduw. In het bloedpraeparaat bevonden zich bijna geen polynucleaire leucocyten, het aantal lymphocyten was 80—90 pCt. Er werd aan een lympho-sarcoom gedacht. Bij de lijkopening bleek echter een aneurysma te bestaan, dat zich geheel

achter langs de wervels uitstrekke, en waarin zoodanige thrombusvorming was, dat het lumen zich als een rechte buis vertoonde.

SOER doet mededeeling van een pulseerend gezwel, dat weer verdween, en vraagt, of HANNEMA dit bij aneurysma heeft opgemerkt.

HANNEMA antwoordt, dat gevallen van genezen aneurysmata hem niet bekend zijn. Wel heeft hij een geval behandeld van een aneurysma van den arcus aortae met zeer duidelijke drukverschijnselen. Na een anti-luetische kuur en een behandeling, die gebaseerd was op het pogen, den bloeddruk zoo laag mogelijk te houden (o. a. zoo weinig mogelijk eten en drinken), waren deze drukverschijnselen verdwenen en kreeg men den indruk, dat het aneurysma wat verkleind was.

Dr. J. J. HEKMAN, *Bijdrage tot de kliniek en de behandelingswijze van het asthma bronchiale.*

HEKMAN
Asthma
bronchiale

(Deze voordracht is in haar geheel in het *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde* van deze week opgenomen).

Discussie:

HANNEMA vraagt, of niet veel vaker dan dr. HEKMAN aaneemt, tuberculose moet worden aangenomen als oorzaak van benauwdheidsaanvallen, die men asthma noemt, doch misschien beter asthmatische aanvallen moeten genoemd worden. Men ziet dikwijls in het ziekenhuis komen patiënten met aanvallen, die bij voorkeur 's winters optreden. Deze kunnen dagen duren en gedragen zich in vele opzichten niet als de typische aanvallen van het asthma nervosum. Bij onderzoek vindt men bij deze menschen een chronische bronchitis, soms een droge met hier en daar wat droge piepende geruischen (denk aan de zoogenaamde „catarrh sec” van LAENNEC), en soms verschijnselen van emphyseem. Bij herhaling komt het voor, dat men hetzij uit de anamnese, hetzij uit het physisch onderzoek, verschijnselen vindt, die aan een bestaand tuberculeus proces doen denken. Soms vindt men als verschijnsel hiervan alléén (dikwijls eerst na herhaald onderzoek) tuberkelbacillen in het sputum. Doch ook wanneer men niets van tuberculose vindt, en men heeft te maken met jonge personen met chronische bronchitis of telkens recidiveerende bronchitiden, moet men met de mogelijkheid rekening houden, dat ergens in het lichaam een latent tuberculeus proces aanwezig is. PONCET meent dan, dat van hier uit door toxiwerking dergelijke chronische of recidiveerende ontstekingsprocessen kunnen onderhouden worden, in casu de bronchitische aanvallen, en bij deze kunnen de patiënten zeer dyspnoisch zijn en zich voordoen als asthmalijders. Spreker vraagt zich af, of de vernauwing van het bronchiaallumen in deze gevallen niet alleen door het secreet komt, of hierbij krampen van de bronchiaalspiers komen en of men deze aanvallen wel in één adem mag noemen met de typische aanvallen van het asthma bronchiale nervosum. Spreker vraagt verder, of dr. HEKMAN bij zijn patiënten wel eens verschijnselen heeft gevonden, die op abnormale functie van klieren met inwendige afscheiding berusten. Vooral dysfunctie van de schildklier wordt als aetiologie van het asthma genoemd (cf. jodiumtherapie).

HEKMAN is overtuigd, dat er in vele zijner gevallen van tuberculose geen sprake is. Met name het laatst genoemde meisje was tusschen de aanvallen geheel vrij. In vele gevallen zullen niet tuberkelbacillen of hun toxinen, doch gewone cotten een aanval opwekken. Uit te maken, of er bij een aanval nerveuse momenten en bronchiaalkrampen een rol spelen, zal in sommige gevallen zeer moeilijk zijn. Spreker heeft bij zijn patiënten geen verschijnselen van dysfunctie van klieren met inwendige afscheiding gezien, doch dit sluit het bestaan zeker niet uit.

BURGERHOUT. zegt met genoegen de uiteenzettingen van den spreker gehoord te hebben, daar zij grootendeels overeenkomen met zijn eigen inzichten, die, naar hij meent, wel gedeeld zullen worden door allen, die veel patiënten zien. Hoe dikwijls zien wij niet, dat bacteriën, eenmaal binnen gedrongen, door het lichaam wel onschadelijk gemaakt worden, zonder dat zij geheel verdwijnen. Uit hun sluimerend bestaan worden zij dan door verschillende omstandigheden af en toe gewekt en veroorzaken weer een nieuwen aanval der oude ziekte (angina's, pneumonieën, furunkels, gonorrhoe enz.). Ook bij deze bronchitiden komt zulks naar de dage-

lijksche ervaring leert, herhaaldelijk voor. Ook het idee, dat bij zulk een herhaalden aanval het bronchiaalweefsel allergisch kan reageeren, komt hem aannemelijk voor. Alleen is het feit moeilijk te verklaren, dat andere organen, die door gewone streptocokken zijn besmet, dergelijke allergie niet vertoonen. Een tweede furunkel en een tweede angina verlopen gelijk aan de eerste. Verder zou hij nog eenige nadere uitlegging van dr. HEKMAN willen vragen, welke principieele verschillen hij nog aanneemt tusschen het allergische en het anaphylactische asthma. Wat de anaphylaxie betreft, acht hij het bewijs van zulk een toestand niet zoo gemakkelijk, als men volgens de mededeelingen van WIDAL en zijn leerlingen zou kunnen meenen. Hij voor zich zou aan kleine verschillen in leucocyten-aantal, in bloeddruk en complementsvermindering niet te veel waarde willen toekennen en voorzichtig willen zijn met de uitlegging van dergelijke verschijnselen.

HEKMAN heeft van allergie gesproken als van een plaatselijke veranderde reactie der bronchioli op de infectie, door de microben in de bronchioli, waardoor de plotselinge krampen verklaard kunnen worden. Wanneer het aetiologisch moment, dat den aanval veroorzaakt, ergens anders het lichaam binnendringt, zou men van een anaphylactischen toestand kunnen spreken. Spreker meent, dat de laatste wijze van ontstaan zeker de zeldzaamste is.

BRAT meent, dat vooral aan het nerveuse moment bij het ontstaan van een asthma-aanval veel waarde gehecht moet worden. Sommige menschen krijgen het op de eene plaats wel, op de andere niet. Spreker is getroffen, door de vele gevallen, die beginnen met een rhinitis secretoria, waarna de asthma-aanval komt, al ligt deze frequentie misschien aan den aard van zijn praktijk.

HEKMAN noemt asthma bronchiale zeker ook asthma nervosum, doch wijst er op, dat het niet uitsluitend zenuwachtige menschen zijn, die er aan lijden. Spreker zag het bij zeer rustige krachtige menschen.

KLINKERT SR. meent, dat men bij asthma een endogeen en een exogeen moment moet aannemen, en herinnert aan de lijdens, die een aanval krijgen door het zitten op een wagen achter een paara enz. Spreker kent een patiënt, die aanvallen kreeg, als zij een handwerkje maakte met wol. Naar aanleiding van de opmerkingen van dr. HANNEMA zegt hij, dat iemand met een chronische bronchitis, door welke oorzaak ook, daarbij nog wel gevoelig kan zijn voor een dergelijk exogeen moment. Spreker is uit de geschriften van prof. STORM VAN LEEUWEN wel getroffen door de zeer snelle uitwerking der tuberculine-behandeling, en meent, dat hier toch wel een suggestief moment in het spel kan zijn. Spreker doet mededeeling van een jongen, die hij behandelde, die van zijn 2de jaar af aanvallen van asthma had. Hij kreeg een behandeling met benzyl-benzoaat, met atropine; niets hielp. Spreker deed de reactie van PIQUET, die duidelijk positief was. Hij stelde den patiënt toen voor, een tuberculinebehandeling te ondergaan. Deze wilde zich hieraan wel onderwerpen, doch had er zeer weinig verwachting van. Hier was van suggestie dus geen sprake. In het begin gaf het niet noemenswaardig, doch na een lange behandeling kwam er succes, en den laatsten winter is de patiënt nagenoeg vrij geweest. Alleen zegt hij, dat, als hij tegen een scherp oostenwind in gaat, hij nog wel eens een lichte benauwdheid voelt opkomen.

T. S. HANNEMA, *secretaris*.