

Ten slotte nog een enkel woord over de verklaring van de progressie bij een degeneratie. Ware de zaak werkelijk zoo eenvoudig als Dr. GEYL ze voorstelt, dan betwijfel ik ten zeerste of MOREL het wel noodig had gevonden, om zijn *Traité des dégénérescences* te schrijven; zeker is het, dat hij dan nimmer zijn transformatiewet uitgesproken zou hebben.

Ten slotte wensch ik met nadruk er op te wijzen, dat ik in mijn stukje over „Degeneratie” getracht heb zoo objectief mogelijk de gangbare begrippen uiteen te zetten. Daarentegen zijn 1^o. de beperking van de oorzaken der degeneratie tot de pathologische, 2^o. de beperking van het gewicht der hereditaire invloeden, 3^o. de opvatting van degeneratie als een familiale aandoening, 4^o. de ontkenning van het bestaan van een degeneratief proces en 5^o. de opvatting der degeneratie als een toestand al te gaar voorstellingen, waarvoor alleen Dr. GEYL geheel de verantwoordelijkheid te dragen heeft. Men houde mij ten goede, dat ik daarin niet met hem mede kan gaan.

Met dank voor de plaatsing

t. t.

WERTHEIM SALOMONSON.

Geachte Redactie!

Na de lezing van het ingezonden stuk van Dr. GEYL in het voorlaatste nummer van Uw tijdschrift; na de lezing van diens opstel over hermaphroditismus, geloof ik dat onze opvattingen over de degeneratie niet veel verschillen. Het schijnt mij meer een verschil in woorden dan in begrippen.

Dat ernstige degeneratie de kiem van zelfvernietiging in zich draagt en men niet een constant ras van ernstig gedegeneerden, hoe dan ook, zou tot stand kunnen brengen, ben ik volmaakt met hem eens. Het is maar de vraag waar de ernst van de degeneratie begint.

Naar mijn meening ziet men te veel naar de ernstig gedegeneerden. Het gevaar voor het toenemen van de degeneratie schuilt echter juist in de minder ernstige gevallen, die men in het dagelijksch leven voorbijloopt zonder ze op te merken. En dat het gevaar van toename niet denkbeeldig is, leert ons de geschiedenis van de Kelten die in de uithoeken van Europa zijn teruggedrongen; leert ons de toestand van de Fransche natie op het oogenblik, waar, niettegenstaande groote materiële welvaart en betrekkelijk lage sterftecijfers, de bevolking in aantal achteruitgaat. Dat is ook „zelfvernietiging”, ik stem het toe, maar een geheel andere dan Dr. GEYL in zijn eerste ingezonden stuk bedoelde, en die wel degelijk redenen geeft tot ongerustheid.

Het is van belang om na te gaan of er een specifiek tuberculeuse degeneratie bestaat, zegt Dr. GEYL. Mijn onderzoek heeft mij juist geleerd, dat de aanleg voor tuberculose niet is een speciale, dat in families waar tuberculose voorkomt ook andere afwijkingen veel worden aangetroffen. Dat vonden ook anderen. „*Aliénés, idiots, scrofuleux, rachitiques, en vertu de leur commune origine, de certains caractères physiques et moraux, doivent être considérés comme les enfants d'une même famille, les rameaux divers d'un même tronc*” (MOREAU 1).

1) MOREAU geciteerd door: CH. FÉRÉ. *La famille nevropathique*. 1898, blz. 108.

Ik heb niet bewezen, zegt Dr. GEYL, dat een gezond mensch uit een gezond geslacht geen tuberculose krijgt. Die uitdrukking heb ik gebruikt, om mijn meening dat voor het krijgen van tuberculose een bepaalden aanleg — hoe dan ook verkregen, geërfd, aangeboren of in het extra-uterine leven — in de eerste plaats noodig is, in het kort weer te geven. Nu is dat niet met wiskundige zekerheid te bewijzen. Maar beteren dan ik deelen die meening. Zoo bijv. HERMANN BREHMER, die geniale stichter van het sanatorium te Goerbersdorf. In diens werk „Die Aetiologie der chron. Schwindsucht” van 1885, dus na de ontdekking van den tuberkelbacil, worden drie honderd gevallen van phthisis beschreven waarbij geen der ouders aan die ziekte was gestorven. BREHMER gebruikte dat materiaal om aan te toonen, dat juist de oudere kinderen (van het zesde af) uit huwelijken met veel kinderen, aan tering stierven, of indien niet zij zelve dan toch hun kroost. Bij die driehonderd gevallen zijn er 32 waarvan een der ouders aan carcinoom stierf; 23 waarbij een der ouders aan apoplexia op 40—60-jarigen te gronde ging; negen hadden een centraal zenuwlijden of waren er aan gestorven; vier stierven aan diabetes en enkelen stierven aan asthma of nierlijden. Elk dier driehonderd gevallen kan gebruikt worden om de door Dr. GEYL gewraakte woorden aannemelijk te maken.

Verder beschrijft BREHMER vijftig gevallen waar bij een der ouders psychische afwijkingen voorkwamen. Ook komen er zeer veel gevallen in voor van doofstomheid, epilepsie enz. BREHMER zegt dan ook t. a. p. op blz. 479 „aber es handelt sich bei der Lungenschwindsucht” nicht bloß darum, dass sie chronisch verläuft, dass ihr Anfang ein unmerklicher ist, sondern dass sie *nie* (de cursiveering is van BREHMER) einen wirklich gesunden Menschen befällt”. Ik ben dus in goed gezelschap.

Of deze meening juist is, kunnen praktizeerende geneeskundigen (huisdokters), die de teringlijders van af den aanvang hunner ziekte onder behandeling hebben en de omstandigheden, waaronder zij leven kennen, beter beoordeelen dan hoofden van klinieken, dan leiders van sanatoria, dan de beste proefnemers op dieren. Dat er vele Nederlandsche geneeskundigen deze meening deelen, daarvan houd ik mij overtuigd. Men komt er niet voor uit, omdat zij in strijd is met de heerschende opvattingen van de groote woordvoerders op medisch gebied.

Ik sluit mij dus gaarne aan bij den wensch, dien mijn hooggeachten leermeester Prof. FOKKER aan het einde van zijn, onlangs in dit *Tijdschrift* verschenen, opstel uitsprak.

En is deze meening juist, dan mag men daaruit de gevolgtrekking maken, wat ik ook vroeger beweerde, dat het vraagstuk van de bestrijding der tuberculose méér is een van sociaal-oeconomischen dan van medisch-hygiënischen aard. Of duidelijker uitgedrukt, de sanatoriumbeweging, hoe goed ook bedoeld en hoe zegenrijk misschien in haar gevolgen voor enkele individuen, is, als bestrijdingsmiddel van de tuberculose als volksziekte, van geen waarde. Het aangrijpingspunt voor die bestrijding ligt in betere algemeene hygiënische maatregelen en vooral in het verkrijgen van betere sociale en oeconomische omstandigheden voor de arbeidersbevolking, in kortere werktijden en hoogere loonen.

Het belang van het onderwerp, geachte Redactie, zal, hoop ik, voldoende verschooning zijn voor mijn wel wat lange ontboezeming.

U dankend voor de opname.

Hoogachtend

Uithuizermeeden,

11 Feb. 1904.

Uw Dw.

S. P. RIETEMA.

Hiermede is de discussie over dit onderwerp gesloten.

Redactie.

PROEFNEMINGEN OP MENSCHEN.

Geachte Redactie!

In het vorige nummer van dit *Tijdschrift* trad Dr. BURGER op tegen de onbegrijpelijk lichtvaardige wijze, waarop de heer BRANTS onze hoogleeraren en academische ziekenhuizen bij den volke verdacht zocht te maken. De schrijver wordt er toe geleid het standpunt der vaderlandsche medici ten opzichte van „proefnemingen op menschen” te omlijnen en formuleert als volgt: „Andere proeven dan die welke het onmiddellijk heil van den patiënt beoogen, zijn ongeoorloofd”, een beginselverklaring, welke aan klaarheid niets te wenschen overlaat en waarmede iedereen zal instemmen.

Het bekende aanbod van Prof. KOSTER aan den heer DE GROOT brandmerkt de schrijver als een aanranding voor dit beginsel. Naar onze meening echter geheel ten onrechte. Het optreden van Prof. KOSTER was daarmede in volkomen harmonie. Wij zagen dan ook in het zwijgen der medici wel ter dege een goedkeuring hunnerzijds van dit aanbod, naar hetwelk de heer DE GROOT de helft der poliklinische patiënten met onrijpe cataracten „naar eigen indicatie en geheel zelfstandig” zou behandelen. Dr. BURGER echter qualificeert dit aanbod als volgt:

„Hier dus niet een op goede gronden ondernomen proefneming met een nieuwe behandelingswijze, voorzichtig uitgevoerd onder specialistische voorlichting, neen! een formeele uitdaging, om op de patiënten der polikliniek een bewering waar te maken, die de hoogleeraar zelf niet als serieus beschouwde”.

De niet der zake kundige arts-ontvangt den indruk, dat het onmiddellijk heil der patiënten hier onvermijdelijk geleden zou hebben. Deze voorstelling der zaak zal ook niet nalaten, aan den leek de suggestie te geven, alsof de strijd tusschen den heer DE GROOT en Prof. KOSTER slechts ten koste van de belangen der lijdende menschheid stond te zullen worden gestreden.

Niets is minder waar!

In de eerste plaats dit: hoe Dr. BURGER over de homoeopathie moge denken, hij zal den homoeopaath, DE GROOT, in staat achten indachtig te kunnen zijn aan het „primum est medici, ne noceat”. Dit beginsel den homoeopaath toe te kennen is toch waarlijk der homoeopathie nog niet te veel eer bewezen. Dan houde men verder nog twee omstandigheden in het oog, die toch zeker bepalend geweest zijn voor de handelwijze van Prof. KOSTER. De eerste is, dat een effectieve behandelingswijze van de seniele cataract niet bestaat, vóórdat de ingetreden rijping de operatie