

BEPERKING VAN HET AANTAL KEURENDE ARTSEN VOOR DE LEVENSVZERZEKERING. — *The Medical Record* van 9 December bevat een verklaring van het feit, dat verzekeringsmaatschappijen dikwijls niet ingaan op een verzoek om aanstelling als keurend arts, ook als dit uitgaat van ontwijfelbaar geschikte artser. Degelijke maatschappijen wenschen zich tot het kleinst mogelijke aantal keurende artsen te beperken. De ondervinding leert, dat in een gemeente van 1000 menschen één arts de keuringen best af kan, en in grootere gemeenten kan men met twee artsen volstaan als het geen groote steden zijn. Dit is in het belang van beide partijen. Zijn er veel keurende artsen, dan zullen sommige agenten bij voorkeur aan die artsen de keuringen toewijzen, die „gemakkelijk” zijn. Wordt een candidaat afgekeurd, dan weet zulk een agent zijn misnoegen daarover te toonen, door den schuldigen arts eenigen tijd van keuringen te spenen. Dit is onmogelijk bij een zooveel mogelijk beperkt aantal artsen. Voor hen is het ook aangename, als de voordeelen uit hun betrekking tot de maatschappij niet al te gering zijn.

DE MOORDAANSLAGEN OP ZIEKENFONDSARTSEN. — Reeds voor den tweeden keer binnen korten tijd is een aanslag gepleegd op een ziekenfonds-dokter, die een verklaring had afgegeven, die niet naar den zin van een verzekerde was. MÜNTER wijst in de *Deutsche med. Wochenschr.* 1911, n^o. 51 er op, dat een verzekering tegen werkeloosheid zulke voorvallen grootendeels zou kunnen voorkomen. Maar ook zou hij een voerbehoedmiddel zien in de vrije artsenkeus, waarbij ieder „den arts van zijn vertrouwen” krijgt. Merkwaardig is het, hoe slecht wordt begrepen, dat verklaringen omtrent geschiktheid tot werken niet moeten worden afgegeven door den arts, in wien de belanghebbende bij het ziekgeld vertrouwen stelt, maar door „den arts van vertrouwen” van dengeen, die op grond dier verklaringen geld moet uitgeven; terwijl de zieke moet worden *behandeld* door den arts van zijn vertrouwen. *Derhalve moeten dit twee verschillende artsen zijn.* PINKHOF.

INGEZONDEN.

AANWIJZINGEN VOOR DE KEIZERSNEDE IN DE TWINTIGSTE EEUW.

Aan het einde van zijn in het vorige nummer van dit *Tijdschrift* opgenomen artikel, vraagt dr. J. F. SELHORST zich af, nadat hij heeft uitgerekend,

1^o. dat ik in 1.97 pCt. (dit moet, volgens de gemaakte berekening 1.18 pCt. zijn) van alle baringen, die in de Rotterdamsche kraaminrichting plaats hebben, keizersnede verricht, tegen BRANDT te Christiania slechts in 0.175 pCt.,

2^o. dat in de Rotterdamsche kraaminrichting drie maal meer hooge tangen worden aangelegd dan in de universiteitskliniek te Zürich,

„Wat te denken van zulke cijfers? Zou bij een dergelijk uiteenlopend percentage in de „géometrie” van het bekken alleen de verklaring te zoeken zijn?”

Ik begrijp niet, dat dr. SELHORST, de toch zoo voor de hand liggende verklaring niet heeft kunnen vinden, aangezien hij toch verondersteld mag

worden, zich eenigermate van de Rotterdamsche toestanden op de hoogte te hebben gesteld, alvorens mijn materiaal in zijn beschouwingen te betrekken.

Hij kan toch weten, dat de Rotterdamsche kraaminrichting, die slechts op 16 bedden is berekend, moet voorzien in de behoeften van Rotterdam met haar 433456 inwoners en haar zeer uitgebreide omgeving.

Het antwoord op zijn vraag zoek hij dus in de wanverhouding, die bestaat tusschen de cijfers 16 en > 433456 en de diensgevolge plaats hebbende sterke concentratie van pathologische gevallen. Dit moge blijken uit onderstaande tabel, waarin de betreffende cijfers uit vier officiële jaarverslagen zijn samengesteld (1 Jan. 1907—31 Jan. 1908, 16 Juli 1908—15 Juli 1909, 16 Juli 1909—15 Juli 1910, 16 Juli 1910—15 Juli 1911).

Samenstelling van het patiënten-materiaal der Rotterdamsche kraaminrichting.

	1907	1908—1909	1909—1910	1910—1911	Te zamen	In pCt.	Normaal percentage
Totaal aantal baringen met levensvatbare kinderen	381	414	393	399	1587		
Bekkenvernauwing	71	85	81	95	332	20.9	
(Vrouwen met bekkenomtrek < 85 cm.)	64	79	102	69	314	19.7)	
Eclampsie	10	10	8	11	39	2.5	0.06
Placenta praevia	26	33	29	27	115	7.3	0.2
Albuminurie	59	47	46	52	204	12.9	
Dwarsligging	22	17	14	11	64	4.	1
Stuitligging	8	13	18	14	53	3.3	5
Ernstig hartlijden	3	—	2	3	8		
Zware longtuberculose	—	2	3	1	6		
Niertuberculose	1	—	—	—	1		
Pyelo-nephritis gravid.	3	2	2	4	11		
Zwangerschapsbraken	1	—	—	—	1		
Hersenabsces (pseudo-eclampsie)	1	1	—	—	2		
Hydramion	—	9	5	4	18		
Ruptuur van het randvat	—	1	—	1	2		
Appendicitis acuta	—	—	—	2	2		
Loslating der normaal ingeplante placenta	2	5	5	7	19	1.2	
Prolapsus placentae	—	—	—	1	1		
Molazwangerschap	2	2	1	2	7		
Ovariaalcyste	1	—	—	—	1		
Fibromyoma uteri	—	1	—	1	2		
Prolapsus funiculi	9	11	9	11	40	2.5	
Uitgezakte arm	—	1	1	4	6		
Uterusruptuur	1	2	2	2	7		
Baring na ventrofixatie	—	—	—	—	2		
Haematoma vulvae	—	—	1	1	2		
Tabes dorsalis	—	—	1	1	2		
Syphilis	16	20	12	19	67		
Hydrocephalus	1	—	2	1	4		
Anencephalus	1	1	—	—	2		
Dubbelmonstra	—	—	1	1	2		
Uterus didelphys	—	—	1	1	2		

Voor een vergelijking met het materiaal uit andere inrichtingen is allereerst noodig, dat men weet, hoe dat materiaal is opgebouwd. Van Zürich is

mij bekend, dat daar in de kliniek een groot gedeelte van alle zwangeren komen bevallen, ongeveer 1800 per jaar. Wellicht is dr. SELHORST in staat zich zoowel uit Zürich als uit Christiania de noodige gegevens te verschaffen om een voldoende overzicht over het materiaal dier klinieken te verkrijgen. De rekening kan daarna nog eens op nieuw worden opgemaakt. Bovendien zou het belangrijk zijn van dr. SELHORST dan tevens te vernemen, hoe het materiaal is opgebouwd, waaruit hij zijn rendement van 21 keizersneden heeft verkregen!

Rotterdam, 1 Januari 1912.

K. DE SNOO.

DE VACCINE-BEHANDELING VAN GONORRHOISCHE ARTHRITIS.

Het zij mij vergund een korte opmerking te maken naar aanleiding van het artikel van RALPH STOCKMAN „The vaccine treatment of gonococcal arthritis” in n^o. 2857 van *The British medical Journal* en gerefereerd in de aflevering van 16 Dec. van dit *Tijdschrift*. Ik wil nl. waarschuwen tegen het gebruik van de groote giften vaccine bij gonorrhoeïsche besmetting, zooals STOCKMAN dit aanbeveelt. Is de gift te klein, dan bereikt men wel niets, maar men doet tenminste geen kwaad. Is zij echter te groot, dan kan men groot nadeel berokkenen.

Het doel van de behandeling is het doen ontstaan van een lange en sterke positieve phase, voorafgegaan door een korte en lichte negatieve. Volgens mijn ervaring, opgedaan bij de behandeling van de gonorrhoe bij vrouwen en kinderen, wisselt de gift, waarmede men dit bereikt, voor een goed bereid autogeen of polyvalent heterogeen gonococcenvaccine per inoculatie tusschen $\frac{1}{2}$ en 20 millioen gonococceen (afhankelijk van leeftijd en reactie der patiënten). Deze getallen kloppen ongeveer met die door WRIGHT opgegeven.

Inoculeert men, zooals STOCKMAN deed, per keer eenige honderden millioenen, dan verwekt men een zeer sterke negatieve phase en geeft dus het ziekteproces de ruimste gelegenheid zich uit te breiden. STOCKMAN zag dit ook; zelfs nieuwe gewrichten werden soms aangedaan. Deze doseering laat zich vergelijken met een in de chemotherapie, waarbij men, in plaats van 10 mgr. morphine, eenige honderden milligrammen zou inspuiten.

Verder zal ik hierop niet ingaan. Voor nadere bijzonderheden verwijs ik naar het artikel van SORMANI in de aflevering van 9 Dec. in dit *Tijdschrift* en naar mijn voordracht op de vergadering der „Gynaekologische vereeniging” van 21 Mei 1911. Ik wilde even op deze onjuiste doseering wijzen, aangezien de vaccine-behandeling in den laatsten tijd ook in ons land ingang vindt en ons buitengewoon goede diensten bewijst. Het zou jammer zijn, indien òn de patiënten òn de behandelingswijze door het navolgen dezer doseering nadeel ondervonden.

Amsterdam, 23 December 1911.

Dr. BODO SLINGENBERG.

SECALE CORNUTUM BIJ ATONISCHE BAARMOEDERBLOEDING.

In het stukje (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 20 December 1911) van collega OTTO over bovenstaand onderwerp hebben drie dingen mij bevreemd, hoewel ik het overigens met veel genoegen las, en wèl: