

onwetendheid. De oudste stadgenooten intusschen weten nog wel, dat in hun jeugd, toen de tegenwoordige contributie van 10 centen in de week door de ziekenfondsen werd ingevoerd of misschien reeds lang bestond, de minimumvisite bij particulieren in plaats van f 1.— slechts 30 centen bedroeg en het consulteren van een professor in plaats van f 10.— slechts f 1.—. Maar niets is onzen vrienden te erg, als het geldt, te voorkomen dat de dokter krijgt wat hem toekomt. De geheele contributie-verhoging, waarover nu zoo fel wordt te keer gegaan, bedraagt voor het *grootste* gezin 2 centen per dag; voor een echtpaar 1.5 cent en voor een éénlopend werkman $\frac{3}{4}$ cent!

En als niet zulk een menigte lieden, voor wie het tarief van 10 cents nooit was bedoeld, steunpilaren van koffiehuizen, modepaleizen en schouwburgen, stamgasten van Zandvoort en Scheveningen, leden van Artis, zich in de ziekenfondsen hadden gedrongen, zou zelfs deze geringe verhoging niet noodig zijn geworden. De gegoede ziekenfondspatiënt, dat is het nadeel voor den minvermogende; een krachtig gehandhaafde welstandsgrens, dat is *zijn* belang.

PINKHOF.

INGEZONDEN.

TANDHEELKUNDIGE HULP BIJ TRIGEMINUS-NEURALGIE.

In een voordracht, gehouden in het Genootschap ter bevordering van natuurgenees- en heekunde te Amsterdam op 24 Nov. 1915, stelde dr. MUSKENS de vraag¹⁾: „Waar de oorzaak der ziekte (trigeminus-neuralgie) zoozeer in het duister gehuld is, ware het uiterst wenschelijk, dat van gezaghebbende tandheelkundige zijde eens grondig werd toegelicht, welke aandoeningen der tanden volgens tandheelkundige ondervinding tot chronische uitstralende pijnen in het overige trigeminusgebied aanleiding geven, en verder, bij welke groepen van gevallen men kans heeft met trekken blijvend gevolg te verkrijgen. Met andere woorden, waar houdt het terrein der tand- en mondheelkunde op en waar begint dat der neurochirurgie?”

Het is moeielijk op deze vragen te antwoorden zonder den schijn op zich te laden zich zelf als bij uitstek „gezaghebbenden tandheelkundige” te beschouwen. Ik verzoek den lezers wel te willen aannemen, dat de gedachte, als zou ik mij nu juist in het bijzonder tot beantwoording der vraag van dr. MUSKENS bevoegd achten, verre van mij is. Alleen meen ik, dat een ruim 25-jarige praktijk mij eenig recht daartoe geeft.

Het is natuurlijk uitgesloten, dat men in een ingezonden stuk „grondig” zou kunnen toelichten hetgeen gevraagd wordt. In het algemeen kan men als antwoord op de eerste vraag het volgende zeggen: elke chronische prikkeling van de tanden en aangrenzende deelen *kunnen* aanleiding geven tot chronische uitstralende pijnen in het overige trigeminusgebied; maar in het bijzonder doen dit *pulpitides* (vooral die, veroorzaakt door dentikels), *periodontitides* (vooral die, veroorzaakt door in de kaak teruggehouden tanden en door gedrongen stand der beneden-verstandskiezen), *exostosen aan den wortel*, *pyorrhoea*, *alveolaris*.

Aangezien de chirurg of neuroloog niet voldoende in staat is, te beoordeelen of één der genoemde aandoeningen aanwezig is, ligt het voor de hand, dat de eenig juiste wijze van optreden van bedoelde specialisten bij het onderzoek van een patiënt met trigeminus-neuralgie de volgende is: grondig zelfstandig onderzoek in de eerste plaats, en in die gevallen, waar de diagnose niet boven allen twijfel verheven is, geen ingrijpende behandeling instellen alvorens een grondig onderzoek te doen verrichten door den tandheelkundige, om dan in gezamenlijk overleg te trachten de oorzaak van

1) *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* van 3 Juni 1916.

de neuralgie op te sporen en de aangewezen behandeling in te stellen. Hetzelfde geldt natuurlijk voor den tandheekkundige. Zoodra hij een geval van trigeminus-neuralgie ter behandeling krijgt, waarvan hem de oorzaak duister is, trede hij in overleg met den chirurg of neuroloog of wel met beiden.

Op de vraag, „bij welke groepen van gevallen men kans heeft met trekken blijvend gevolg te verkrijgen”, is het antwoord, dat men *steeds* van onmiddellijk blijvend gevolg verzekerd is, wanneer de tandheekkundige diagnose en ingestelde behandeling de juiste zijn. Blijft het gevolg uit, dan is of de diagnose onjuist of de chronische prikkelingstoestand heeft reeds tot voor ons al of niet nader bekende afwijkingen van de hoogerop gelegen zenuw aanleiding gegeven, of heeft een psychose ten gevolge gehad. Welke tandheekkundige behandeling moet ingesteld worden, late men natuurlijk aan dien specialist over. Het standpunt, dat uit de vraag moet worden opgemaakt, alsof trekken de eenige behandeling van den tandheekkundige is, is gelukkig reeds lang overwonnen.

Tenslotte nog het antwoord op de derde vraag: „waar houdt het terrein der tand- en mondheekkunde op en waar begint dat der neurochirurgie?” Het is mijns inziens eenvoudig. Het terrein der tandheekkunde (mondheekkunde bestaat mijns inziens als specialisme slechts in naam) houdt op bij de verrichtingen, die door iedereen erkend worden tot het gebied van den hedendaagschen tandheekkundige te behooren (behandeling van alle ziekten der tanden en aangrenzende deelen, daaronder ook begrepen de wortelpuntresectie). Kan de tandheekkundige den lijder door een tandheekkundige behandeling niet helpen, dan valt de behandeling of op het terrein van den chirurg of op dat van den neuroloog. In duistere gevallen moeten deze drie specialisten (dikwijls nog geholpen door voorlichting van anderen) gekend worden en ieder moet, wat de behandeling betreft, op zijn terrein blijven. Dan zal de patiënt de meeste waarborg hebben, dat de ingestelde behandeling de meest doeltreffende is.

's-Gravenhage, Juni 1916.

C. VAN DER HOEVEN.

DE ONTWIKKELING DER REFRACTIE VAN HET MENSCHELIJK OOG.

Antwoord aan prof. W. KOSTER.

Op enkele essentiele punten moge nog een kort woord van repliek dienen: Uw sub 1. gegeven uiteenzetting kan mij nog niet bevredigen; het komt mij voor, dat gij het verschil tusschen „den echten tonus van de ciliairspier” bij het eerste (emmetropie) en den „krampachtigen toestand er van bij het tweede” (latente hypermetropie) wat te hoog aanslaat; ook meen ik, dat de voorzichtige wijze, waarop DONDERS zich uitdrukt, nauwelijks toelaat te zeggen, dat DONDERS leerde, dat het hier *zeer* verschillende toestanden geldt. Althans de volgende aanhalingen uit DONDERS gaven mij dien indruk:

„Leichte Grade von Hypermetropie lassen sich in der Jugend gar nicht nachweisen, viel weniger nach ihrem numerischen Werte ausdrücken; wenn wirklich im Zustande vollkommener Akkommodationsruhe das Brechungsvermögen des Auges etwas zu gering ist, wird dies nämlich durch die Akkommodation gedeckt. . . . Ein wirklich emmetropisches Sehen erfordert mithin gewissermassen ein Minimum von Hypermetropie, und dies Minimum lässt sich nicht genau schätzen, weil man dem Tonus einen gewissen Spielraum, etwa zwischen $\frac{1}{100}$ und $\frac{1}{40}$, zugestehen musz. In diesem Sinn und nur dieser hat eine praktische Berechtigung, ist die Mehrzahl der jugendlichen Augen emmetropisch”. (bldz. 148).

„Zugleich schien es mir aber wahrscheinlich dasz bei jugendkräftiger Akkommodation leichte Grade von Hypermetropie ganz unterdrückt werden möchten, und dies bestätigte mir die Erfahrung, indem da wo Hypermetropie mit einigem Grund vermutet wurde wie bei Asthenopie und Strabismus, ohne dasz sie unmittelbar nach-