

DE VOORTPLANTING VAN DEN GELEERDEN STAND. — Volgens een beschouwing in *The New-York Medical Journal* hebben de geleerden (of wie dit volgens hun titel heeten te zijn) minder groote gezinnen dan zij, die niet „durch des Gedanken Blässe angekränkelt” zijn, en de Amerikaansche geleerden nog minder dan die in andere landen. Dit kan reeds daarom worden verwacht, omdat de inzaten van Amerika in het algemeen minder vruchtbaar zijn dan de immigranten. In *The Scientific Monthly* wordt dit met cijfers gestaafd. De geboren Amerikanen hebben gemiddeld 4.5 kinderen, de gezinnen van Engelschen 4.8 en die van Duitschers 5.7. De geboren Amerikaansche geleerden hebben nu gemiddeld 2.19 kinderen, de Engelsche 2.42 en de Deutsche 3.21.

Maar verder rekent de schrijver, dat bij zulk een geleerde gemiddeld 0.7 zonen het tot den volwassen leeftijd brengen, en als hiervan nu $\frac{3}{4}$ trouwen, en dezelfde huwelijksvruchtbaarheid hebben, zal de nakomelingschap van die geleerden reeds in het vierde geslacht zoo goed als verdwenen zijn. Het blad noemt het een groot verlies voor den staat, dat het „zout der aarde”, zooals „wij geleerden” worden genoemd, zich niet beter in stand houdt. Lieden, voor wie de hoogere wiskunde kinderspel is, leggen het af, als het op vermenigvuldigen aankomt. De maatschappij moest die menschen, als zij haar plicht begreep, zoodanig onderhouden, dat zij bijv. vier of vijf kinderen „in welstand” konden groot brengen. De maatschappij zal dan toch eerst eens moeten zien, of de „geleerden” met groote inkomens nu inderdaad zooveel kinderen koopen als zij kunnen betalen, anders zou het beter zijn, den toeslag pas te geven als de geleerde nakomelingschap er inderdaad is. Eerst dan wordt deze een „beroepsbelang”. Blijft zij uit, dan zijn minder geleerde klassen nog altijd bereid geweest, de gapingen in de rijen der geleerden aan te vullen en daarin ook zeer goed geslaagd. Maar dan moet men die klassen niet onthalen op wat in een ander nummer van *The New-York Medical Journal* door MORRIS KANN wordt beschreven en aangeprezen als „Birth control clinic”, kliniek voor geboorteregeling, zooals hij die heeft in werking gebracht en ook van gemeentewege nagevolgd zou willen zien. Daar heeft hij van een aantal vrouwen vernomen hoeveel kinderen zij hadden gehad en hoeveel daarvan waren gestorven; ook, hoeveel miskramen zij hadden gehad en of zij op de hoogte waren van middelen ter voorkoming van zwangerschap. Gemiddeld hadden deze 464 vrouwen 4.47 kinderen gehad, waarvan 1.2 waren gestorven; 176 hadden te zamen 324 miskramen gehad (dus op 100 bevallingen 15 miskramen. Ref.). Er waren 272 vrouwen, die geen voorbehoedmiddelen kenden; zij hadden te zamen 1300—1400 kinderen en 202 abortus gehad (dus ook al 15 miskramen op 100 bevallingen. Ref.). Naarmate de vrouwen meer kinderen hadden gehad, waren er meer onwetenden onder op het gebied der gummi-nijverheid. Daar echter de vrouwen met veel kinderen per hoofd gemiddeld meer miskramen hadden, komt KAHN tot de verrassende uitkomst, dat die onwetendheid de miskramen bevordert en dus door zulk een gemeentekliniek moet worden verholpen. Waarbij dan weder op de armoede van die menschen wordt gewezen. Met één van de milliarden, die nu worden verkwist om te vernietigen, zou men intusschen al die armen, thans broodnoodig om „geleerden” te leveren, daartoe kunnen opleiden.

PINKHOF.

INGEZONDEN.

OVER PHAGOCYTOSE.

In mijn antwoord aan J. OUWEELEN kan ik kort zijn. Dat ook eenige andere onderzoekers van meening zijn geweest, gebruik te mogen maken van dezelfde methode, die door HAMBURGER beschreven en aangewend is bij de studie der werking van stoffen op de phagocytose, heeft niets te maken met het al of niet in beginsel juist zijn der gebruikte methode. Op de mij door hem gestelde vraag of ik wel eens met de methode volgens het beginsel van LEISHMAN-WRIGHT een versterking of verzwakking der phagocytose heb gevonden, zonder dat zulks tot uiting kwam bij de door HAMBURGER aangewende methode, kan ik antwoorden, dat ik de uitkomsten dezer beide methoden proefondervindelijk nooit stelselmatig heb vergeleken en dat ik er ook niet aan

denk, mij met een dergelijk werk bezig te houden. Het zou een onlogisch werk zijn om proefondervindelijk de uitkomsten van een in beginsel juiste en van een in beginsel onjuiste methode zonder meer te vergelijken, alleen met de bedoeling om na te gaan in hoeverre de uitkomsten dier beide methoden zouden overeenstemmen of verschillen. Ik heb toch in de *Deutsche med. Woch.*, 1917, n^o. 2 uiteengezet, dat de door HAMBURGER aangevonden methode in beginsel onjuist is en dat de daarmee verkregen uitkomsten onbetrouwbaar zijn. Zoolang derhalve niet bewezen is, dat de redeneering, op grond waarvan de in mijn aangehaald artikel vermelde gevolgtrekkingen gemaakt werden, foutief is, blijven die gevolgtrekkingen onveranderd bestaan. Ten slotte hoop ik, dat deze zaak thans duidelijk genoeg is en dat ik niet nogmaals verplicht moge zijn op dit onderwerp terug te komen; de zaak is daarvoor inderdaad te eenvoudig.

Groningen, 3 Juni 1917.

T. A. VENEMA.

BEHANDELING VAN SCHEDELSCHOTWONDEN.

Het antwoord van dr. MUSKENS geeft mij nogmaals aanleiding mijn vraag te herhalen. Aangezien dr. MUSKENS, naar ik meen, zelf telkens de aandacht er op vestigt, dat hij een zeer afzonderlijk standpunt inneemt, was niet mijn bedoeling te vernemen, wat collega MUSKENS over dit vraagpunt dacht, maar wel, of in dit geval zijn oordeel de meening van de Nederlandsche neurologen weergaf. Volgens de discussies, gehouden in de Société de Chirurgie de Paris in 1916, meen ik, dat men daar algemeen tot verder strekkende behandeling is gekomen. Het operatief exploreeren van de verwoestingen aan het schedeldak door den kogel toegebracht geeft mij den indruk een ongevaarlijke ingreep te zijn, die veel kwaad kan voorkomen. De nieuwe richting in de oorlogschirurgie is, door doelmatig ingrijpen te trachten nadeelige verschijnselen uit te schakelen. Wanneer men secundair bij hersendruk-verhooging en prikkelingsverschijnselen ingrijpt, bestaat er bij schedelschotwonden slechts geringe kans den patiënt te redden. (Zie de uitgebreide literatuur).

Belangwekkend is, hoe de heer MUSKENS uit opmerkingen, waar het alleen om de zaak zelf te doen is, persoonlijke gevolgtrekkingen maakt.

Hopende niet te onbescheiden te zijn geweest met betrekking tot de plaatsruimte,

Middelburg, 3 Juni 1917.

Dr. P. H. VAN ROOJEN.

DE AANGIFTE VAN ZIEKTEGEVALLLEN INGEVOLGE ART. 21 DER ARBEIDSWET 1911.

Onder het hoofd „Beroepsbelangen: de geneeskundigen en de Arbeidswet 1911” in het nummer van 26 Mei van dit *Tijdschrift* brengt collega PINKHOF een aantal gedachten in een vorm, die mij aanleiding geeft tot de volgende opmerkingen.

In bovenstaand wetsartikel is aan iederen geneeskundige in Nederland de verplichting opgelegd aan den Directeur-Generaal van den arbeid schriftelijk aangifte te doen van de aan zijn behandeling onderworpen gevallen van bepaalde ziekten, aangewezen bij algemeenen maatregel van bestuur. Het opnemen van dit artikel werd in de memorie van toelichting gemotiveerd door te wijzen op het groote belang van dit onderwerp voor de arbeidersbescherming in de volgende woorden: „Zoowel toch voor het bepalen van den arbeid, die met het oog op de gezondheid der arbeiders aan banden behoort te worden gelegd, als voor het overwegen van de vraag, in hoeverre aan de schadelijke gevolgen van bedrijfsziekten kan en moet worden tegemoet gekomen, is het wenschelijk met eenige juistheid te weten, *in welke gevallen en in welke mate* (ik cursiveer) zich ten onzent zoodanige ziekten voordoen. Daarvan nu is nog slechts betrekkelijk weinig bekend en de resultaten van vrijwillige opgaven bleken weinig bevredigend. Trouwens stuit elke poging om vrijwillige opgaven van de zijde der medici te verkrijgen op het formulier van den artseneed, dat mededeeling omtrent de patiënten in het algemeen verbiedt, tenzij bij wijze van getuigenis in rechten, of wanneer eenige wet tot het doen van mededeeling verplicht”.

Het opnemen van dit artikel in een wet maakt, dat hier een geval, als in de eeds-