

onrustig, wil telkens uit het bed springen, en maakt een zeer zieken indruk. De pols is 100, de temperatuur 39.7 ° ('s middags 12 uur). Ik schrijf hem voor basisch optochine zes maal daags 125 mgr.; geen kamfer.

3 Jan. De temperatuur is 38.7 °. Patiënt is veel rustiger.

5 Jan. De temperatuur is 37.6 °. Thans bestaat ook links boven vóór demping, bronchiaal ademen en crepiterende reutelgeruischen.

8 Jan. Over de geheele linker long vochtige reutelgeruischen en „crepitatio redux”. Pols 92. Temperatuur 37.6 °.

13 Jan. Geen afwijkingen in de long meer aantoonbaar. Of oorsuizen heeft bestaan is niet duidelijk, daar patiënt, door vroeger oorlijden, doof is. De pols was steeds goed en een crisis is niet opgetreden. Klachten over slecht zien bestaan niet. De uitbreiding van het proces heeft het optochine niet kunnen voorkomen.

Zeker was ik met het toedienen van dit geneesmiddel in voorkomende gevallen doorgegaan. Mededeelingen in het *Tijdschrift voor Geneesk. en Deutsche med. Wochenschrift* riepen echter dringend halt toe. In het Oogheekundig Gezelschap, 10 Dec. 1916, herinnert HAZEWINKEL aan een artikel in de *Münchener med. Wochenschrift*, waar in een statistiek van 90 pneumoniegevallen, allen behandeld met optochine, in 3 pCt. zware vormen van amaurose optraden.

G. TEN DOESSCHATE en STORM VAN LEEUWEN, *Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 Aug. 1917, wijzen op een mogelijke nadeelige werking op het hart. Wanneer optochine ernstige verwikkelingen en den doodelijken afloop kan voorkomen, zijn wij verplicht, het risico der oogstoornissen te aanvaarden. Uit de mededeeling van J. DE HARTOGH Jr. (*Tijdschr. voor Geneesk.* 6 Oct. 1917) blijkt opnieuw, dat toediening van optochine ernstige gevolgen niet kan voorkomen, ondanks de meest nauwgezette toediening en waarneming.

Heeft de medicus practicus het recht, met dit geneesmiddel verdere proefnemingen te doen? M. i. niet. Noch met het hydrochloras optochini, noch met het volgens MORGENROTH minder schadelijke optochinum basicum (niet genoemd in het *Geneesk. Jaarboekje* 1917). Zoo lang deze praeparaten niet gewijzigd zijn, mogen zij m. i. niet worden aangewend.

Amsterdam, 14 October 1917.

L. VOS.

ADEPS LANAE IN OORLOGSTIJD.

Op bldz. 377 van dit *Tijdschrift* (10 Februari 1917, I, n^o. 6) lees ik: „Adeps lanæ van niet-Duitsche herkomst is wel te krijgen; het praeparaat heeft echter zijn onaangename geur tegen en is daarom voor lippen- en neuszalven onbruikbaar”.

Ik kan thans mededeelen, dat ik hier adeps lanæ van Australische herkomst gebruik. De geur ervan is zeer aangenaam. Deze adeps lanæ is in Nederland misschien niet verkrijgbaar (zij wordt in Indië door den militair geneeskundigen dienst gebruikt), doch ik geloof, dat door deze mededeeling de bovengenoemde schijn-voortreffelijkheid van het Duitsche produkt is tenietgedaan.

Pampanoea (Celebes), 25 Juni 1917.

F. HOLZSCHUHER VON HARRLACH, *arts.*

HET INKOMEN VAN DEN GENEESHEER IN ZUID-AFRIKA.

Sinds 1 Juli 1914 wordt hier in de Unie van Zuid-Afrika een inkomsten-belasting geheven van alle inkomens, die 300 pond sterling per jaar te boven gaan. Een paar weken geleden verscheen, door de abnormale omstandigheden sterk vertraagd, het officieële verslag betreffende de opbrengst van die belasting in het tijdvak 1 Juli 1914 tot 30 Juni 1915.

Het verslag vermeldt, hoe groot het gezamenlijk belastbaar inkomen is van de geneeskundigen hier, en ook hoeveel belasting daarvan betaald is, maar deze cijfers leeren niets omtrent de inkomens van de artsen individueel.

Op mijn verzoek, nadere inlichtingen te mogen ontvangen, was de heer „Commissioner of Inland Revenue and Taxes” zoo vriendelijk, mij het volgende mede te deelen:

Bij 30 pCt. der geneesheeren ligt het inkomen tusschen	301	en	500	p.s.
„ 40 „ „ „ „ „ „ „ „	501	„	800	„
„ 12 „ „ „ „ „ „ „ „	801	„	1000	„
„ 14 „ „ „ „ „ „ „ „	1001	„	1500	„
„ 4 „ „ „ „ „ „ „ „			boven	1500 p.s.

Dit zijn de netto-inkomens na aftrek van alle verminderingen, die de wet toestaat. Een paar opmerkingen zullen voldoende zijn om de juiste beteekenis van deze cijfers in het licht te stellen.

Wat betreft de afgetrokken verminderingen: De personen met kleine inkomens (tot ongeveer 550 p. s.) betalen alleen belasting van het bedrag, dat overblijft na aftrek van zoo en zooveel voor eventueële kinderen en verzekeringen. Een aantal personen dus, wier zuiver inkomen iets meer dan 500 p. s. bedraagt, worden voor de belasting aangeslagen in een groep onder de 500 p. s. In zijn officiëel verslag spreekt de bovengenoemde ambtenaar van personen met inkomens van 300—500 p. s. als van de „lower middle class”; 501—1000 p. s. is „middle class” bij hem; 1001—2000 p. s. „upper middle class”. Ik kan mij hiermede zeer goed vereenigen, en de slotsom ligt dus voor de hand, dat 30 pCt. der geneeskundigen in de Kaapkolonie een inkomen hebben, dat volstrekt onvoldoende genoemd moet worden.

Persoonlijk reken ik de voldoende inkomens te beginnen bij 800 p. s. (alles is hier veel en veel duurder dan in de oude wereld); de inspecteur van een der hier gevestigde banken evenwel zeide mij een dezer dagen, dat hij 1000 p. s. beschouwde als „the bare minimum” voor een arts hier. Ik meen te weten, dat bijna alle hier gevestigde Nederlandsche collegae goed, enkelen zelfs schitterend geslaagd zijn; toch wil ik emigratie-lustige collegae bovengenoemde cijfers ter overweging geven.

Lijdenburg, 3 Mei 1917.

C. PIJPER.

DE NIEUWE TARIEVEN DER RIJKSVERZEKERINGSBANK.

Voor mij ligt een circulaire met de, tengevolge van de huidige tijdsomstandigheden, gewijzigde tarieven. Wij, geneeskundigen, kunnen niet anders dan toejuichen en waardeeren de pogingen om deze tarieven meer in overeenstemming met den tegenwoordigen levensstandaard te brengen, vooral wanneer dit van een Rijks-instelling uitgaat. Wij zien dan echter, dat in enkele, met name genoemde, groote steden de tarieven ongeveer 25 pCt. hooger zijn dan elders. Vergelijken wij dit met de vroegere tarieven, ongeveer 10 à 15 jaar geleden vastgesteld, dan zien wij, dat daarin genoemd zijn, behalve den Haag, Rotterdam en Amsterdam, ook Utrecht, Arnhem, Leiden, Haarlem en Groningen.

De vraag dringt zich nu op, waarom niet een eenvormig tarief voor het geheele land is vastgesteld. En deze vraag is zeer zeker gewettigd, als wij lezen, dat een algeheele tariefsherziening in voorbereiding is. De Rijksverzekeringsbank zal toch zeer zeker wel de overtuiging hebben, dat de levensstandaard in de steden voor de artsen zeker *niet* aanmerkelijk verschilt met dien op het platteland; dat integendeel op het platteland in vele opzichten de levensstandaard hooger is. Vervoermiddelen buiten zijn tegenwoordig ontzaglijk moeilijk te krijgen en duur, de stadsgeneeskundige kan gebruik maken van electriche trams; onderwijs in de steden is in alle opzichten te grijpen en goedkoop (in de buitengemeenten van Haarlem bijv. kost het onderwijs aan de H. B. S. veel meer dan 100 pCt. meer dan in de stad zelve; waarbij nog komen eventueële tramabonnementen en dergelijke. In andere plattelandsstreken van ons land met slechte verbindingen is het tegenwoordig bijna geheel onmogelijk voor een huisvader om zijn kinderen goed onderwijs te doen genieten). Belastingen en huurwaarden van huizen schelen tegenwoordig werkelijk niet veel meer met die in de stad. Huis-houdelijke behoeften zijn buiten bijna overal veel duurder en moeilijker te verkrijgen, terwijl de in steden te verkrijgen voordeelen (ontspanningen, bijv. concerten) voor den buitenman in vele opzichten onbereikbaar zijn. Wanneer nu het Rijk het voorbeeld geeft en geneeskundige diensten voor sommige steden hooger stelt dan voor het platte-