

huizen elders liggen ook niet voor het opscheppen en als de vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen wel den zieken het recht toekent zich naar het ziekenhuis hunner keuze te begeven, moesten zij dien zieken m. i. eveneens het recht toekennen zich aldaar te laten *blijven* behandelen door den arts hunner keuze.

Ten slotte kan ik het ook niet eens zijn met BLES, dat wij in de richting van het ziekenhuiswezen een stap nader kunnen komen tot de oplossing (ik zie het vraagstuk niet) van het vraagstuk betreffende de opleiding van specialisten. Het artsdiploma, dat ons het recht geeft tot uitoefening van de praktijk in haar geheelen omvang, geeft ons *ook* het recht die praktijk voor een gedeelte uit te oefenen. Trouwens zal een ongemotiveerd optreden als specialist zich zeker toch wel zelf wreken. Dat de geneeskundige faculteiten hier te lande in de eerste plaats, maar ook de directeuren der groote ziekenhuizen hun deuren wijd (en wijder dan tot nog toe) openen voor hen, die zich in de richting van het specialisme wenschen te bekwamen, zal de beste oplossing zijn voor een goede opleiding van specialisten

Leeuwarden, 29 Januari 1922.

D. A. DE GROOT.

DE TEGENWOORDIGE GRIEPEPIDEMIE.

Wij herinneren ons nog de ernstige grieplijders van het jaar 1918. Wanneer wij de, gewoonlijk krachtige, jonge menschen tusschen het 20ste en 30ste jaar zagen liggen, licht zweetend, met paars-blauw gelaat, een pols van 140 per minuut en sterken ademnood, dan stelden wij zonder verder onderzoek de prognose reeds ongunstig.

De influenza-epidemie van 1921—1922 maakt hier ook haar slachtoffers, maar onder een andere groep. Gewoonlijk wordt het geheele gezin aangetast. De ouderen zijn na een paar dagen ernstige ongesteldheid weer beter, maar de kinderen onder het vijfde jaar blijven ziek. Het begint met een bronchitis en na enkele dagen vertoont het patiëntje hetzelfde beeld als de zware grieplijders van 1918. Het gelaat is licht-zweetend, bleek met livide wangen en lippen, de oogen half-gesloten en ingezonken, pols 140—160, ademhaling 80 en meer per minuut, temperatuur boven 40°. Bij onderzoek vindt men een duidelijke pneumonie met massieve demping en bronchiaal ademen, soms aan beide zijden. De prognose van deze gevallen is zeer ongunstig. Na enkele dagen hoort men grove vochtige reutelgeruischen over de geheele long en de zieke gaat snel achteruit. Soms treedt schijnbaar eenige verbetering in, de dyspnoe wordt minder, maar de snelle pols en de bleeke, livide gelaatskleur blijven, en na tien of twaalf dagen treedt toch de dood in. Het resultaat van het bacteriologisch onderzoek kan ik nog niet mededeelen.

Doel van dit schrijven is om te weten te komen, of ook op andere plaatsen ditzelfde ziektebeeld zich voordoet.

Zevenaar, 29 Januari 1922.

J. G. A. HONIG.

HET VERBAND TUSSEN TUBERCULOSE EN DEMENTIA PRAECOX.

Aan LEENDERTZ wil ik naar aanleiding van zijn schrijven in het vorige nummer enkele vragen stellen.

Heeft inderdaad langdurige ervaring een vrij stevig verband gelegd tusschen tabes dorsalis, dementia paralytica en syphilis? Of heeft de ervaring steeds in het onzekere gelaten en ten slotte de serologie het verband aangetoond?

Waarom mag het in plaats of tijd naast elkander voorkomen van twee ziekten geen reden zijn tot het *zoeken* van eenig verband tusschen die ziekten?

Waarom is een statistiek, die niet alle gevallen omvat onbruikbaar? Welke statistiek voldoet aan dien overdreven eisch?

Aan LEENDERTZ is van een oorzakelijk verband tusschen dementia praecox en tuberculose nooit iets gebleken. Mag ik vragen, op welke wijze hij naar dat verband heeft gezocht? Heeft hij de tuberculine-gevoeligheid van zijn praecoxlijders onderzocht? Heeft hij tevergeefs getracht in de anamnese van lijders aan dementia