

offers aan leerjaren en geld, en zijn werk moet goed zijn. Hierover zullen allen het wel eens zijn. KIRSTEIN betoogt, dat goede behandeling niet kan samengaan met overmatig werk, en zou nu, om te maken dat geen arts te veel werk op zich nam, wenschen, dat een $7\frac{1}{2}$ uurs werkdag werd ingevoerd, dat iedere geneeskundige verrichting werd geacht een kwartier te vereischen om goed te worden verricht en dat daarom, bij een flinke betaling per verrichting, niet meer dan 30 verrichtingen per dag zouden worden gehonoreerd (waarbij bezoeken voor 2 verrichtingen zouden worden berekend). Zou KIRSTEIN zelf ziekenfondspraktijk uitoefenen? Ieder weet toch, dat de ziekte van het ziekenfondswerk is: het ongebreidelde recht der leden om naar den dokter te gaan voor de onbeduidendste dingen, die zelfs een ledigloopenden rijke geen aanleiding daartoe zouden geven. Dat is de oorzaak, dat de nauwlettendheid bij zoovelen gevaar loopt, verloren te gaan. Aan al die aan de drankjes verslaafden een kwartier te besteden zou dwaze tijdverspilling zijn. Wil men aanspraak kunnen maken op een behoorlijk honorarium per verrichting, dan is het noodzakelijk, te zorgen, dat alle verrichtingen behoorlijk, verrichtingen zijn, en wèl, het zij nog eens herhaald door de ziekenfondsleden voor iedere verrichting zelf een voelbaar bedrag te laten betalen. SCHLESINGER wil de verzekerden uit de hogere loonklassen 100 mark per jaar extra laten betalen, hetgeen voor de artsen te Berlijn een gemiddelde loonverhooging van 6—7000 mark zou opleveren. Maar men zou moeten vreezen, dat die meerbetalers nog meer geneeskunst zouden verlangen, dan zij nu reeds doen. Beter zou dan ook werken, wat KIRSTEIN aanbeveelt: betaling van een bepaald gedeelte der kosten van de geneesmiddelen door de verzekerden, en — wat wij hier nu reeds lang kennen — scheiding van behandeling en contrôle. De lijntrekker behoeft dan ten minste geen onnoodige doktersbezoeken en medicijnen te kosten.

FRAAIE NAAMBORDJES. — In een portiek te Berlijn treft men drie naam-bordjes van één arts aan: *a.* dr. H. LEMKE, *Arzt.*; *b.* Voor vrouwenziekten en Vrouwenmassage 4—5; *c.* (60 cM. hoog) Instituut voor wetenschappelijk onderzoek naar begaafdheid en massage, systeem dr. LEMKE—HUTERS, 1. zielkundige raad. 2. Raad voor beroepskeuze. 3. Hypnose. 4. Opsporing van familiairen aanleg voor ziekten en begaafdheid (*Bevl. Aerzte-Correspondenz*).

PINKHOF.

INGEZONDEN.

DE STRIJD TEGEN DE DIPHTHERIE.

I. Door den geneesheer-directeur van het Bergweg-Ziekenhuis werd aan KRAMER verzocht, de zusters die in aanmerking kwamen voor verpleegster in de diphtherie-barak, zoo noodig tegen deze ziekte te immuniseeren. Kan hij mij mededeelen, hoe groot in den loop der jaren de sterfte aan diphtherie geweest is bij zusters, die zich met de verpleging van lijdertjes onledig hielden, niet alleen in Rotterdam maar ook in andere groote ziekenhuizen? Ik leg den nadruk op het woord „sterfte”, omdat ondanks „de actieve immunisatie” (de al te actieve was oorzaak dat eens 8 dooden te betreuren waren! zie bldz. 670) toch wel „een plaatselijke, oppervlakkige en abortieve ontsteking van de keel kan ontstaan veroorzaakt door den diphtherie-bacil” (zie bldz. 667 o.a. en 668).

II: Op bldz. 663 schrijft KRAMER omtrent de reactie van SCHICK, dat alleen die personen, bij welke het antitoxine-gehalte minder bedraagt dan $\frac{1}{100}$ eenheid per cM³ „gebleken zijn gevoelig te wezen voor een algemeene diphtherie-besmetting”. Gaarne vernam ik, op welke wijze dit „gebleken” is? Welke gegevens zijn hieromtrent gepubliceerd?

III. Ik zelf ben nu 38 jaren in de praktijk, en het lijkt mij toe, dat ik nog al gelukkig ben geweest op dit gebied; nog nooit heb ik een volwassene er aan verloren!

In den ouden tijd zag ik weliswaar menig *kind* er aan sterven, maar toen kregen wij de patiëntjes meestal *direct* met *croup* onder behandeling, wat nu zelden schijnt vóór te komen.

Na 1895 heb ik nog slechts één kind, een jongen van 8 jaar, aan diphtherie verloren; ofschoon ik onmiddellijk serum bij hem had ingespoten (hij was 's avonds ziek geworden, en ik zag hem den volgenden morgen), kreeg hij intoxicatie-verschijnselen; groen braken en leververgroting.

Geen wonder, dat ik als huisarts nog al optimistisch denk over den gang van zaken; en dat ik de eenige niet ben, blijkt uit „de verwonderde en ongeloovige uitlatingen”, die KRAMER te hooren heeft gekregen, toen hij het „over de enting van zijn *eigen* kinderen had” (bldz. 674).

IV. KRAMER verlangt nu reeds, dat „de jongeren met de entingen vertrouwd zullen worden, en dat de ouderen door het Staatstoezicht op de volksgezondheid warm zullen gemaakt worden voor de beteekenis van dit eenvoudige werk”. Als die beteekenis inderdaad van groot belang is, dan behoeft het Staatstoezicht er niet aan te pas te komen om ons ouderen er van te doordringen, dan is één met „redenen” omkleed artikel in het *Tijdschrift* van KRAMER's hand méér dan voldoende.

Ik hoop, dat de onder I en II gestelde vragen KRAMER tot het schrijven daarvan zullen nopen, en ook, dat hij ons dan meteen gegevens zal verschaffen omtrent het optreden van diphtherie in *Nederlandsche* „weeshuizen, gestichten, kinderhuizen, vacantie-kolonies”. Dit laatstte verwacht ik met des te meer recht, omdat hij nú reeds „in dergelijke inrichtingen, zuiver uit voorzorg, ook zonder dat er diphtherie heerscht”, de *Amerikaansche* methode wil toepassen. Ik voeg er nog bij, dat ik als geneesheer aan de Kweekschool voor de Zeevaart (leeftijd: vroeger 14—18; nu 15—19; aantal: wisselend tusschen 100 en 150) gedurende 27 jaren slechts één jongen verloren heb aan één van de in de wet genoemde infectie-ziekten, en wel aan roodvonk met foudroijant verloop binnen 36 uren. Dus nog nooit een aan diphtherie! Wel hebben wij telkens „angina”-epidemieën; géén wonder! De jongens komen in hun vrijen tijd allemaal bij een of andere familie over den vloer en brengen dus licht eens een infectie-ziekte mee; in de scholen, de eetzaal, de slaapzalen en de recreatie-zaal hebben zij voortdurend aanraking met elkaar, dus er is kans genoeg op uitbreiding. Maar de gevolgen zijn gelukkig niet angstaanjagend geweest!

Amsterdam, 19 Februari 1922.

E. VAN DIEREN.

GEVOELLOOSMAKING AAN DE ONDERKAAK IN DE PRAKTIJK.

Dat deze gevoelloosmaking door mij wordt toegepast volgens BRAUN, zooals SCHADE zegt, is niet geheel juist.

De techniek, waarvoor in mijn artikeltje de aandacht wordt gevraagd, komt niet geheel en al met die van BRAUN, SEIDEL e. a. overeen. Dit is het best na te gaan door een patiënt in den stoel te zetten, aan deze de verschillende manipulaties uit te voeren en zich rekenschap te geven, wat precies gedaan wordt. Ver, vóórdat BRAUN zijn boek „Die örtliche Betäubung” uitgaf (1905) en OTTÉ zijn methode publiceerde, is de geleidingsanaesthesie aan de onderkaak beschreven door HALLSTEDT en RAYMOND (1885). Dit neemt niet weg, dat de gedachte van OTTÉ geniaal was. Door zijn methode heeft hij ongetwijfeld veel patiënten aan zich verplicht. De methode van OTTÉ is denkelijk aan mij voorbijgegaan, doordat deze een „locale” gevoelloosmaking betreft en mijn aandacht sterk geconcentreerd was op de „geleidingsanaesthesie” en verder op het toevoegsel „in de praktijk”, daar de uitvoering van de methode van OTTÉ voor artsen in de algemeene praxis zeer bezwaarlijk is uit te voeren, omdat hierbij een boormachine noodig is.

Groningen, 16 Februari 1922.

J. J. DE VRIES.