

In de *Münch. med. Wochenschrift* is de vraag van de tegenstaking der artsen besproken. Maar die was er immers grootendeels reeds, gedwongen, zonder dat het den stakers kon schelen. Of bedoelt men weigering van hulp aan de stakers alleen? Wij kunnen ons nog niet indenken in het gemoed van den door een staking lam geslagen arts, maar of zelfs deze stelselmatig aan een bepaalden, hulpbehoevenden zieke, dien hij *kan* helpen, hulp zou weigeren, valt toch te betwijfelen.

SCHWALBE vraagt in de *Deutsche med. Wochenschrift* om feiten van benadeeling van zieken door de staking, ten einde deze aan de regeering mede te deelen.

EEN DEBAT OVER HET GENEESKUNDIG BEROEPSGEHEIM. — In het Wiener medizijnische Doktorenkollegium is het beroepsgeheim besproken door WENCKEBACH van geneeskundig en door dr. VON KIENBÖCK van rechtsgeleerd standpunt. WENCKEBACH huldigt een zeer strenge opvatting ook tegenover familieleden van den zieke, wier nieuwsgierigheid de gedaante van belangstelling pleegt aan te nemen. Ziekenkassen, verzekeringsinstellingen hebben evenmin aanspraak op de mededeelzaamheid van den arts. De met syphilis van den aanstaanden echtgenoot bedreigde bruid moet niet door den arts van den bruidegom, maar door haar ouders worden beschermd, die den jongen man door een arts van hundertwege moeten laten onderzoeken. De veiligheid van het spoorwegverkeer moet niet door den arts van den machinist, maar door de spoorwegdirectie worden verzekerd, die haar beambten regelmatig moet laten onderzoeken. Tegenover den rechter spreke de arts, indien hij spreekt, de waarheid. De opvatting van den rechtsgeleerde was niet zoo streng. Geeft de zieke vergunning tot spreken, dan is dit geoorloofd, *mits de zieke de beteekenis en gevolgen van de mededeeling kent*. Volgens hem vloeien de plichten van den behandelenden en den attesteerenden arts vaak ineen. Belangen van oudere personen en vooral van de gemeenschap kunnen den voorrang behalen boven het beroepsgeheim. Meer en meer wordt de arts *gezondheidsorgaan*, maar *politie-organ kan hij nooit worden*. De strafwet is in Oostenrijk zeer streng (tijdelijke of geheele ontzetting uit het beroep) tegenover den arts, die het beroepsgeheim schendt, doch geneeskundig hulppersoneel laat zij ongemoeid. De meeste artsen in Oostenrijk weten niet, dat zij tegenover den rechter zich op hun verschooningsrecht kunnen beroepen (*Med. Klinik*).

PINKHOF.

INGEZONDEN.

DE STRIJD TEGEN DE DIPHTHERIE.

I.

VAN DIEREN heeft het geluk gehad, na 1895 slechts één jongen van acht jaar en geen enkele volwassene aan diphtherie te verliezen. Indien ieder arts dergelijke uitkomsten had, ware het krachtsverspilling, nieuwe wapens in den strijd tegen de diphtherie te beproeven. Ik ontleen in hoofdzaak mijn indrukken aan de ziektegevallen, die in de Rotterdamsche diphtheriebarak worden opgenomen. Deze indrukken zijn geheel anders gekleurd: meermalen heftige infecties, langdurige verwickelingen, herhaaldelijk sterfgevallen. Daarom ben ik niet afkeering van de nieuwere, voorbehoedende behandelingswijze. De nuchtere cijfers van de Nederlandsche statistiek leeren ons, dat de diphtherie als sterfteoorzaak nog steeds een niet geringe rol speelt: voor 1910 tot 1920 vindt men de sterfgevallen aan diphtherie per jaar wisselen tusschen 332 (1910) en 871 (1918); de cijfers voor deze ziekte zijn bijv. hooger dan die voor febris typhoidea of voor roodvonk. En welke waarborgen hebben wij bij infectieziekten, dat niet vroeg of laat een epidemie van een kwaadaardig karakter ons komt verrassen?

Wat de actieve immunisatie tegen de diphtherie betreft, wil ik herhalen, dat van de *volwassenen* voor de enting m. i. alleen in aanmerking komen de personen,

die aan verhoogd besmettingsgevaar zijn blootgesteld en een positieve reactie van SCHICK hebben (bldz. 673).

De cijfers over de aantallen van de aan diphtherie *gestorven* zusters uit de Nederlandsche diphtheriebarakken, heb ik niet verzameld; ik meen bovendien, dat deze bijzaak zijn en wij niet naar deze gegevens onze gedragslijn moeten bepalen. Men doet dan toch beter vast te houden aan feiten, die aantoonen, dat, *zij het ook als uitzondering*, de volwassenen nog gevaren loopen! Eén jaar geleden stierf een te voren gezonde vrouw van 58 jaar aan een toxische diphtherie op den 4den dag van haar ziekte; op dit oogenblik heb ik o. a. een 41-jarige vrouw met een heftige diphtherie, in haar gezin opgedaan, in behandeling. Ook voor de volwassenen is toch wel van gewicht, dat zij, na de enting, als *slechtste kans* een abortieve, plaatselijke, oppervlakkige angina door diphtheriebacillen kunnen krijgen, maar dat verwickelingen, die bij vatbare individuen tot een *langdurig ziekbed* of tot *blijvende afwijkingen* (al zijn die soms ook van onschuldigen aard; ik denk hierbij o. a. aan een verpleegster, die in haar ziekenhuistijd diphtherie kreeg en een facialisparalyse overhield) aanleiding geven, niet gezien worden. Zelfs de toediening van serum, met de kans op het soms late optreden van serumziekte, kan bij dergelijke lichte diphtherie-besmettingen waarschijnlijk steeds achterwege blijven. VAN DIEREN stelt klaarblijkelijk alleen belang in de sterfgevallen, maar ik wil ook deze voordeelen, èn voor den betrokkene, èn voor de maatschappij naar voren brengen!

VAN DIEREN'S tweede vraag over mijn uitspraak op bldz. 663, dat „alleen personen met een positieve reactie van SCHICK gevoelig zouden zijn voor een algemeene diphtherie-besmetting”, wees mij erop, dat ik mijn bedoeling hier onjuist uitdrukte. Ik had juister gedaan, te schrijven, dat „alleen personen met een negatieve reactie van SCHICK ongevoelig zijn voor de algemeene diphtherie-besmetting”. Met nadruk wil ik er nog op wijzen, dat ik in mijn artikel tegen „al te optimistische besluiten” over de uitkomsten der nieuwere methoden heb gewaarschuwd en dat in de laatste alinea de woorden „Mogen onze verwachtingen niet worden teleurgesteld!” duidelijk er op wijzen, dat *ook ik meen, dat het nu zeker de tijd nog niet is, om de balans van de actieve immunisatie op te maken*, maar dat de voorloopige uitkomsten toch een aansporing moeten zijn, om de nieuwere wapens in den strijd tegen de diphtherie niet ongebruikt te laten.

Rotterdam, 25 Februari 1922.

P. H. KRAMER.

II.

Het optimisme van VAN DIEREN eischt een woord van protest. Indien alle Amsterdamsche dokters dachten als hij, dan zouden wij nog meer dan thans diphtherielijders te laat in behandeling krijgen. Patiënten, die binnen 24 uur na het begin van de ziekte goed worden behandeld (seruminspuiting in de spieren en in zware gevallen intraveneus) sterven bijna nooit, krijgen bijna nooit verlammingen.

Niet ieder is zoo „gelukkig” als VAN DIEREN, die nog nooit een volwassene aan diphtherie heeft verloren, die zegt, dat croup „zelden schijnt voor te komen” en die sinds 1895 slechts één patiënt aan diphtherie zag sterven. Croup is volstrekt niet zeldzaam; in 1921 was het zelfs in 59 gevallen noodig tracheotomie te verrichten, wegens stikkingsgevaar als gevolg van laryngitis crouposa. En wat de sterfte aan diphtherie aangaat:

Van 172 kinderen beneden 3 jaar was de letaliteit 11 pCt. (zonder de tracheotomieën 5 pCt.).

Van 1202 kinderen van 3—10 jaar was de letaliteit 4.3 pCt..

Van 197 kinderen van 11—15 jaar stierven er 2.

Van 105 patiënten van 16—25 jaar stierven er 2.

Van 33 patiënten van boven de 25 jaar stierf er 1.