

In een klinische les (*Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde* II, no. 36) deelt SUERMONDT mede, dat in de Leidsche kliniek van een dergelijk instrumentje wordt gebruik gemaakt. Ik las dit met instemming en daar de latere mededeeling van METZ mij deed veronderstellen, dat het niet algemeen bekend is, meende ik er goed aan te doen het nog eens met nadruk te vermelden. In een ziekenhuis behoort het naar mijn meening tot het instrumentarium; heeft men het in een voorkomend geval niet in zija bezit, dan is het nuttig te weten, dat iedere goudsmid het kan verschaffen.

De toepassing blijkt voldoende uit de afbeelding. De smalle bek van het instrument, welke van een sleuf voorzien is, wordt onder den ring geschoven. De duim van de hand, welke het handvat vasthoudt drukt het bovenste deel, dat scharnierend aan het handvat is bevestigd, naar beneden waardoor de cirkelzaag op den ring wordt gedrukt. Dan wordt met de andere hand de cirkelzaag rondgedraaid door middel van een hieraan bevestigden vleugel. Een gouden ring wordt met eenige slagen glad doorgezaagd, waarna men met twee arterie-pincetten den ring zonder moeite zoover uitbuigt, als noodig is.

Haarlem.

H. VEEN.

### NOG EEN LEEMTE IN HET HOOGER ONDERWIJS.

In het nummer van 3 November van dit *Tijdschrift* staat een afschrift van een schrijven, namens het Hoofdbestuur gezonden aan de bevoegde autoriteiten aangaande de stichting van een leerstoel voor orthopaëdie.

Iedere huisarts zal wel erkennen, dat onderwijs in dit onderdeel der geneeskunst, waarmede ook de beoefenaars der algemeene practijk vaak in aanraking komen, hoogst gewenscht is.

Bedoeling van dit schrijven is evenwel niet hierop te wijzen, maar de aandacht te vestigen op een andere leemte, die m.i. nog veel ernstiger is, daar het een onderdeel betreft, waarmede de practijk van het dagelijksche leven doordrenkt is: *het geslachtsleven*. Wanneer ik schrijf „doordrenkt” dan bedoel ik daarmede niet, dat de medici practici er in de uitoefening van hun beroep zoo veelvuldig mede te doen hebben. Ik bedoel, dat het innerlijke leven van de patiënten er zoo dikwijls van vervuld is, dat conflicten op dit gebied zeer vaak voorkomen en aanleiding geven tot min of meer ernstige lichamelijke en geestelijke klachten. . . . waarmede de patiënten dikwijls *niet* naar den arts gaan. Voor deze tegenstelling zijn tal van oorzaken aan te geven. Ik zal er eenige noemen. Ten eerste het feit, dat op het geslachtsleven nog altijd zoo vaak het stempel van minderwaardigheid gedrukt blijft, waardoor men er niet toe kan komen dit, het meest intieme, zelfs aan den dokter mede te deelen. Liever draagt men dan een geslachtelijk masker, waarbij het uiterlijk een contrast vormt met het innerlijk. Hoe gaarne de patiënten op dit gebied „afreageeren” willen, blijkt wel aan de artsen, die hen door studie en taktiek in de gelegenheid stellen zulks te doen. Ik ben nu meteen aan de tweede oorzaak van de terughoudendheid van den patiënt op geslachtelijk gebied: *de houding van den arts*. Maar al te vaak blijkt, dat de zieken op dit gebied niet het noodige oor van hun geneesheer krijgen. Ik zie daarvoor slechts één oorzaak: gemis aan opleiding en onderricht op dit gebied, waardoor het groote belang tot de meerderheid niet doordringt. Wij komen van de Universiteit met een minimale kennis en slechts zelfstudie kan dit gemis goedmaken. Maar wie dat dan ook gedaan heeft, staat versteld over het belang van het vraagstuk en de rol, die het bij bijna iedereen speelt.

Wat weet de pas afgestudeerde van het normale geslachtsleven? De moeilijkheden daarbij? Het groote aantal zoogenaamde frigide vrouwen, waarbij raadgevingen van den kant van den arts op technisch gebied wonderen kunnen doen en in staat zijn ongelukken op huwelijksgebied te voorkomen?

Is het niet voor dengeen, die kennis op dit gebied heeft weten te verkrijgen, in het begin verbijsterend te constateeren, hoe vaak de nadeelige gevolgen van den coitus interruptus voorkomen en gaat hem niet telkens een licht op, als hij bepaalde symptomen nu begrijpen kan, die vroeger volmaakt duister schenen?

Ik praat nog niet eens over de manie, de homosexualiteit en de andere afwijkingen van den geslachtsdrift, waarmede de arts zoo vaak in aanraking zou kunnen komen.

Dat „kunnen” wordt slechts werkelijkheid voor hem, die zich tegenover de patiënten ontpopt als een belangstellende en een voorlichter. Het is verwonderlijk hoe vaak en hoe gaarne hulp gevraagd wordt, wanneer men toont zich op dit gebied toe te leggen. Het klinkt misschien voor velen wat theatraal, maar het is mijn ervaring: De massa snakt naar bevoegden om haar nooden te uiten.

Nu weet ik wel, dat tal van psychiaters op dit gebied nuttig werk verrichten, maar veel beter ware het, wanneer de algemeene arts op dit gebied min of meer geschoold was.

Voor zoover ik weet, doet het hooger onderwijs voor deze zaak niets. Zou het niet mogelijk zijn, dat aan regeering, en gemeente verzocht werd aan dezen noodtoestand een einde te maken door b.v. privaats docenten op dit gebied aan te stellen? Dan is er wel geen dwang tot studie, maar het is toch beter dan niets en wie iets wil bereiken moet niet overdragen, zoodat ik van een lectoraat of professoraat niet rep. Maar hoogst noodzakelijk is het, dat er *iets* gebeurt om een einde te maken aan den wantoestand, waarbij de artsen in de practijk worden gestuurd, onbevoegd te oordeelen over een factor, die meer dan eenig andere in staat is levensgeluk te verwoesten.

B. PREMSELA.

---

#### SINUSBLOK.

Daar collega PIJL in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 72, II, 33, bldz. 4066 de begrippen prikkelvorming en prikkelgeleiding in het hartweefsel als identiek gebruikt (bldz. 4066, 13de regel van boven; bldz. 4067, 31ste regel van boven) — en nieuwe begrippen invoert als „een bradycardie t.g.v. een vertraagden(?) pathologischen(?) prikkel”, is een verdere discussie vruchteloos. Ik wil nog slechts opmerken, dat collega PIJL prikkelvorming en prikkelgeleiding wel moet identificeren, wil hij het woord „blok” verder kunnen gebruiken. Hieruit alleen blijkt al het dwaalspoor, waarop hij zich bevindt.

Lebong Tandai, Res. Benkoelen 27 October 1928.

J. MULDER.

(Van redactiewege behort).

---

#### OVER FAMILIAIRE TYPISCHE EN ATYPISCHE ONTAARDING VAN HET NETVLIES.

De opmerkingen van collega WIBAUT in dit *Tijdschrift* van 3 November j.l., zijn mij een welkome aanleiding, enkele dingen uit mijn jongste publicatie, die misschien tot onjuiste opvattingen aanleiding zouden kunnen geven, recht te doen wedervaren. In de eerste plaats het samengaan van twee z.g.n. onafhankelijke aandoeningen.

Ik meen, dat onze opvattingen ten slotte niet veel van elkander verschillen, daar ik aan het eind van mijn artikel heb gezegd (bldz. 5220) dat de aard van de retinitis punctata albescens in wezen niet van die der typische netvliesontaarding verschilt. Daar men hier echter, zooals de stamboom leert, met twee zelfstandige, in eenzelfde familie naast elkander voorkomende, verschillende vormen van netvliesontaarding te doen heeft, heb ik deze ter wille van de duidelijkheid, bij de bespreking der erfelijkheidsverhoudingen, gescheiden gehouden. Zoo is het te verklaren, dat de atypische ontaardingsvorm hier als dominant werd voorgesteld. Wat de gevallen van typische netvliesontaarding betreft, deze zijn ook indien men aanneemt, dat hier een groote speling mogelijk is, niet uitsluitend langs recessieven weg te verklaren. De interpretatie, die collega WIBAUT hier geeft, is, ook indien men van meening verschilt over de quaestie of de uit de derde generatie door hem genoemde personen in meerdere of mindere mate tot de retinitis pigmentosa moeten worden gerekend of niet, moeilijk te aanvaarden.

Hij zegt, de bewuste personen te beschouwen als recessieve heterozygoten,