

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,