

Daar het mij leek, dat het toeval in de door PINKHOF verkregen resultaten grooten invloed gehad kon hebben, heb ik een soortgelijke telling gehouden. Ik koos hier-voor de laatste 3 nummers van 4 toonaangevende weekbladen voor den medicus practicus. Hierbij deed zich de moeilijkheid voor, dat artikelen in deze tijdschriften soms zeer ruim voorzien zijn van tabellen en graphische voorstellingen, die tusschen en direct aansluitend aan den tekst worden afgedrukt en hiermede als het ware één geheel vormen. Ik heb daarom berekend het aantal letters; dat op de door deze tabellen ingenomen ruimte had kunnen worden geplaatst en dit tusschen haakjes vermeld. Ziehier het resultaat:

Presse médicale, 10 artikelen, hiervan 1 van 28800 letters; 1 van 25000 (+ 8600); 2 van 25000; 1 van 21000 letters.

Journal of the Am. med. Ass., 27 artikelen, hiervan 1 van 34500 (+ 12500) letters; 1 van 28500; 1 van 27500; 5 van 22000; 1 van 21000 (+ 4500) letters.

Lancet, 17 artikelen, hiervan 1 van 68000; 1 van 34000 (+ 15000); 1 van 32400; (+ 5000); 1 van 39000 (+ 7600); 1 van 18000 (+ 3000) letters.

Klin. Wochenschrift, 26 artikelen, hiervan 1 van 42000; 2 van 29000; 1 van 25000; 3 van 21500; 1 van 20000 (+ 21500) letters.

Dus 27 van de 80 mededeelingen bestaan uit meer dan 215000 letters.

Nog meer in een uitzonderingspositie komt het *Tijdschrift* als men in aanmerking neemt, dat boven de hierin geplaatste artikelen een hoofd van bijna $\frac{1}{4}$ bladzij prijkt, terwijl de door de redactie geëischte vertaling van de samenvatting vaak $\frac{1}{2}$ bladzij vraagt. Voor een artikel in het *Tijdschrift* zijn dus niet 21200 doch slechts 19500 letters beschikbaar. Bovendien tolereert onze redactie niet den telegramstijl, waarin in buitenlandsche tijdschriften de ziektegeschiedenissen vermeld worden. Vermoedelijk zijn die artikelen uit de zusterperiodieken toch ook niet overbodig uitvoerig. In het buitenland bestaat een keur van meer specialistisch georiënteerde maandbladen, waarin details, die slechts een beperkten kring van artsen interesseeren, kunnen worden meegedeeld, iets wat in ons land nagenoeg ontbreekt. Ook merkt men vooral in de Angelsaksische tijdschriften overal de straffe hand van de redactie, die overbodige uitweidingen weert, het „op verzoek van de redactie bekort” komt men telkens tegen.

Als men bedenkt, dat bijna alle artikelen, die in de referatenrubriek van ons *Tijdschrift* ter sprake worden gebracht, de door onze redactie gestelde limiet overschrijden, komt er wel eenige twijfel op, of de door collega PINKHOF verdedigde beperking wel juist is.

Amsterdam, Juni 1936.

J. G. G. BORST.

KWAKZALVERIJ EN RECHTSPRAAK.

„Een vonnis betreffende de homoeopathie” van PINKHOF in het vorige nummer kan ik verder aanvullen.

Tijdens de laatste groote choleraepidemie te Hamburg behandelde een homoeopaat (geen arts) cholera-patiënten en genas hen. Wie geen arts is, mag in Duitschland o.a. geen besmettelijke ziekten behandelen. Dies werd de man vervolgd. De rechter, statistisch overtuigd van de gunstige werking, redde den man met de juridische vondst, dat in homoeopathische middelen in sterke verdunning geen geneesmiddelen kunnen worden aangetoond. Deze pijl zat, maar ten gunste van de homoeopathie. Zou de Italiaansche rechter zij het eenigszins anders zijn pijl óók in dezen zin toegespitst hebben?

Wat LAM in hetzelfde nummer op bldz. 3062 beweegt, juristen een schoen aan te meten die ons zelf past, door te beweren, dat „een minimale blik hun gegund in de exacte wetenschappen”, hen tot inderdaad merkwaardige toelichtingen beweegt, is mij volkomen onbegrijpelijk. Hebben wij artsen zooveel meer blik in de exacte wetenschappen, dat wij het woord „minimale” mogen weglaten, als we even een blik in het levende heelal werpen. Zien we niet, dat zieken ondanks onze exacte kennis toch beter worden. Dat geve ons de kracht om te erkennen, dat wij zelf zeer zwak in onze kennis zijn. Vooral als het bepaalde therapieën zijn. Dan de oogen geopend !!

Prof. HIJMANS VAN DEN BERGH wees in zijn colleges op de ontdekking van de digitalis via de volksgeneeskunst.

Ik wil hiermede allerminst beweren, dat kwakzalverij niet moet worden bestreden. Maar dan op andere gronden!

Vianen, 27 Juni 1936.

D. GOMPERTS.

Ik ben GOMPERTS dankbaar voor zijn aanvulling van de casuïstiek van leeken, die zich aansluiten bij het inzicht van die geneeskundigen, die van oordeel zijn, dat het homoeopathisch verdunde geneesmiddel geen geneesmiddel meer is. Dat in de beide gevallen de homoeopaat, respectievelijk de zich voor homoeopaat uitgevende kwakzalver op grond van dit oordeel zijn vrijgekomen, gun ik hun van harte.

De nederigheid waartoe GOMPERTS ons terecht aanspoort, wat betreft onze hoeveelheid kennis van de Natuur — vergeleken met wat nog niet gekend wordt — verbiedt ons volstrekt niet, de gevaarlijke aanmatiging van lieden, die *in het geheel niets* ervan weten, bij den naam te noemen. „Het volk” moge ons aan de digitalis hebben geholpen en aan zoovele onzer plantaardige geneesmiddelen — zonder de volhardende studie van geslachten van artsen zouden wij nog niet verder zijn dan de toepassing ervan bij waterzucht, en dat in vele gevallen, waarin het daarvoor niet zou deugen.

H. PINKHOF.

RIJKS-INSTITUUT VOOR PHARMACO-THERAPEUTISCH ONDERZOEK.

Met het oog op de vacantie verzoekt de ondergeteekende gedurende de maand Augustus geen middelen ter onderzoek in te zenden.

De Voorzitter van het Bestuur van het Rijks-Instituut voor Pharmaco-therapeutisch onderzoek:

Utrecht, Juni 1936.

L. VAN ITALLIE.

DE COLLAPS BIJ DIABETISCH COMA.

In bovengenoemde klinische les beschrijft L. MEYLER enkele gevallen van coma of dreigend coma, waarbij hij groote hoeveelheden insuline heeft gegeven; verder laat hij deze patiënten drinken (indien mogelijk). Later meldt hij, dat de toediening van suiker bij belangrijke daling van den bloedsuikerspiegel (wellicht reeds in het begin van de behandeling) misschien een maatregel is, welke den collaps kan helpen voorkomen. Uit een en-ander blijkt, dat hij insuline toedient in groote doses, zonder zich te houden aan den stelregel: „geen insuline zonder koolhydraten”. Dit lijkt mij een fout. Men mag aanvankelijk bij diabetisch coma een groote hoeveelheid insuline geven, doch moet dan 1 à 2 uren later flinke hoeveelheden suiker toedienen (desnoods via den maagcatheter, of als glyucose subcutaan of intraveneus). Bovendien is het gewenscht, wanneer de patiënt bewusteloos is, een druppelclysma van 5 pCt. glyucose te geven. MEYLER zegt, dat hij „vaak getroffen” is door het feit, dat onder de behandeling de toestand slechter wordt. Ik geloof niet, dat dit overeenkomt met de ervaring van stofwisselingsartsen, voor zoover zij de gewoonte hebben, korten tijd na toediening van insuline koolhydraten te geven.

Ten slotte nog een opmerking. Een enkelen keer veroorzaakt insuline een allergischen shock. Ik ken patiënten, die met insuline A allergisch reageeren en met insuline B niet (of omgekeerd; het ligt dus niet aan het insuline-praeparaat, doch aan den patiënt, die ten opzichte van een bepaald praeparaat allergisch is). Komt nu een patiënt in half comateusen toestand in de kliniek, zoodat men gedwongen is groote hoeveelheden insuline te geven (zonder te informeerden welk praeparaat de patiënt had gebruikt) dan bestaat de mogelijkheid (al is deze niet groot) van het uitbreken van een allergischen shock. Adrenaline schijnt volgens MEYLER dikwijls te helpen. Dit is begrijpelijk, want zoowel bij insulinetoediening zonder suiker (blokkeering van het glycogeen in de lever) als bij allergische toestanden kan adrenaline goede diensten bewijzen.

F. A. STEENSMA.

Amsterdam, Juni 1936.