

mosoom gebonden erfelijkheid, hetgeen tot verwarring aanleiding kan geven, vooral bij diegenen die niet in deze zaken doorkneet zijn.

Zoo wordt door hem in één zin genoemd die nystagmusvorm van welken door dr. WAARDENBURG waarschijnlijk gemaakt is, dat hij dominant erfelijk aan het X chromosoom gebonden is, en de ziekte van LEBER, waarbij het om iets heel anders gaat.

Indien inderdaad een vorm van nystagmus bestaat die dominant aan het X chromosoom gebonden (dominant X gonosomaal) is, beteekent dit een nieuw bewijs voor de juistheid der theorie der geslachtsovererving, waaraan deze bij haar onzekere basis (zie bladzijde 846 van dit *Tijdschrift*) dringend behoefte heeft.

De ziekte van LEBER wordt aangenomen recessief aan het X chromosoom gebonden te zijn (recessief X gonosomaal); hiertegen pleit echter het feit, dat door deze ziekte veel meer vrouwen getroffen worden dan met de theorie overeenstemt.

Het helpt niet of wij dit feit trachten te verdoezelen door hier te spreken van onregelmatige recessiviteit of van manifeste heterozygotie, welke laatste uitdrukking een wel korte maar niet juiste omschrijving van het waargenomen feit is en bovendien een contradictio in terminis, omdat met heterozygotie wordt uitgedrukt, dat de recessieve afwijking in een bepaald geval niet ontstaat; met het woord „manifest”, dat zij zich toch wel manifesteert.

Neen, hier past ons groote bescheidenheid. Volgens mij kan men uit het feit dat belangrijk meer vrouwen aan de ziekte van LEBER lijden dan met de theorie der geslachtsovererving overeenstemt, alleen besluiten, dat òf deze nog steeds onbewezen theorie onjuist is, òf dat de ziekte van LEBER niet tot de recessief aan het X chromosoom gebonden ziekten behoort. Wij moeten trachten door het verzamelen van veel nauwkeurig waargenomen familiestamboomen van deze ziekte ons een beter inzicht hierover te verschaffen alvorens nieuwe speculaties te maken en zeker moeten wij voor de theorie der geslachtsovererving pleitende afwijkingen en er tegen pleitende waarnemingen goed gescheiden houden.

Hoe dit ook zij, het verheugt mij, dat dr. WAARDENBURG het met mij eens is, dat het woord „geslachtsgebonden” onjuist is. In het Nederlandsch zal ik hiervoor blijven gebruiken „aan het X chromosoom of aan het Y chromosoom gebonden”, maar ik ben gaarne bereid ook van de door dr. WAARDENBURG aangegeven uitdrukkingen gebruik te maken, mits de gonosomale erfelijkheid verdeeld worde in X en Y gonosomaal.

Leiden, 25 Maart 1941

J. VAN DER HOEVE

TUBERCULOSEBESTRIJDING

Naar aanleiding van het artikel van prof. G. SCHELTEMA in het *N. T. v. G.* van 22 Maart 1941 over Tuberculosebestrijding, zou ik het volgende willen opmerken. Reeds de aanhaling rechts boven (oorspronkelijk van VON BEHRING) is niet meer geldig volgens de tegenwoordige opvattingen. Dat de phthisis het einde is van het treurige lied, waarvan het begin al aan de wieg gezongen werd, wordt in wetenschappelijk kringen niet meer aanvaard.

Wij zien veel lijders aan longtuberculose, die te voren zeker een negatieve reactie van PIRQUET hadden. Juist de veelvuldig waargenomen primaire infectie op lateren leeftijd (zie HEIMBECK en vele anderen) heeft ons doen aannemen, dat de tuberculose dikwijls begint op leeftijd van 20—30 jaar, zonder dat te voren een infectie heeft plaats gevonden. Kinderen, in hun jeugd besmet (positieve reactie van PIRQUET), genezen zeer dikwijls en krijgen later, ook naar onze ervaringen, niet vaak tuberculose, en vrij zeker niet, als zij uit de besmette milieus verwijderd zijn, of omgekeurd, als de lijder aan open tuberculose, dus de volwassene, uit het gezin is verwijderd. Dit moet de grondslag zijn van ons handelen, het verhinderen der besmetting, uitgaande van de open-longtuberculoselijder, en niet de opvatting welke prof. SCHELTEMA verdedigt, omtrent het sluiten van de onheilsspiraal.

Het verslag der Staatscommissie 1922 is in tuberculosekringen zeker bekend,

en, naar ik meen, berust de grondslag der bestrijding nog steeds op de punten, in dit verslag aangegeven, al zijn de wenschen van alle opstellers van dit verslag, onder anderen prof. SCHELTEMA, niet alle vervuld.

Verder moet ik er tegen protesteeren, dat door onze behandeling alleen het leven der oudere lijdens wordt verlengd. Ieder sanatorium streeft er naar, de genezingen niet alleen functioneel, maar ook anatomisch volledig te doen zijn, al kan dit uit den aard der zaak niet steeds gelukken. BAART DE LA FAILLE heeft hierover in zijn proefschrift uit het sanatorium „Berg en Bosch” uitvoerige mededeelingen gedaan.

Prof. SCHELTEMA schrijft: „Alles zal er op gezet moeten worden, dat sputumblaasjes (wat zijn dat?) en smeerinfectie de kinderen niet bereiken”. Dit is juist en daar dit alleen kan geschieden door voorlichting der gezinsleden, zijn onze huisbezoeksters daar dagelijks mee bezig. Het is *niet* noodig, de uitademingslucht van den lijder door een masker te filteren, daar de uitademingslucht geen tuberkelbacillen bevat, maar alleen de hoestdruppeltjes. Hij schrijft: het begrip „tuberculose” wordt vaak geheel willekeurig afgebakend, door er pas over te spreken, als er grove verwoestingen zijn tot stand gekomen. Maar heeft hij er dan nooit van gehoord, dat overal ter wereld juist het streven is, de longtuberculose te diagnosticeeren vóórdat er grove verwoestingen zijn tot stand gekomen? Of een infectie der kinderen met volgende allergie het kind later beschermt tegen tuberculose is een vraag, die nog niet beantwoord kan worden. Er is geen sprake van verdoezelingen of camouflages van de tuberculose bij kinderen, maar er wordt ijverig getracht de besmette kinderen òf naar kindersanatoria te zenden, òf in een niet besmettelijk milieu te doen opgroeien en voortdurend (vele jaren) onder contróle te houden.

Wat de verplichte aangifte betreft, dat is een vraagstuk, waar veel vóór en veel tegen te zeggen is. Ook in landen, waar zij bestaat, is nog niet 100 pCt. der tuberculoselijders bekend.

Prof. SCHELTEMA schrijft, dat de inwendige factor, zooals bij de caviae, bij zuigelingen ongeveer volstrekt (100 pCt.) is. Met den inwendigen factor zal hij wel de ontvankelijkheid voor een besmetting bedoeld hebben. Maar dan heeft hij toch ongelijk. Ook in gezinnen, waar groote kans op besmetting bestaat, blijft merkwaardigerwijze een aantal zuigelingen en kinderen geheel vrij van de tuberculose-infectie, zooals mev. DE JONG-VAN BREERO nog eenige jaren geleden heeft aangetoond.

Prof. SCHELTEMA moet zijn betoog, een cri de coeur, zóódanig wijzigen, dat hij er rekening mede houdt, dat de inzichten en wetenschappelijke onderzoekingen sedert 1922, toen hij zijn rapport schreef, veranderd zijn en dat ook de Nederlanders bij hun bestrijding der ziekte daarmee rekening hebben te houden.

's Gravenhage, 29 Maart 1941

M. MORTIER HIJMANS

TUBERCULOSEBESTRIJDING

Dat wij in den tegenwoordigen tijd meer dan ooit aandacht moeten besteden aan de tuberculosebestrijding, zal ieder met collega VAN VLIET eens zijn. Maar de schuld, dat nog vele patiënten met caverneuse tuberculose op het consultatiebureau komen, ligt niet bij den huisarts alleen; ook deze krijgt nog herhaaldelijk zijn patiënten voor het eerst voor onderzoek, wanneer er reeds ernstige afwijkingen bestaan.

De raad, iederen patiënt die langer dan tien dagen hoest — en hoevelen zijn er dat niet in den winter — naar het consultatiebureau te zenden, mag goed zijn voor de steden, maar stuit op het platteland op het bezwaar van slechte verbindingen en hooge onkosten. Gelukkig staan de huisarts, behalve het door collega VAN VLIET aanbevolen sputumonderzoek, nog meer middelen ten dienste, waardoor bij een deel van deze patiënten tuberculose met vrij groote zekerheid kan worden uitgesloten, namelijk de reactie van PIRQUET en de bezinkingssnelheid der roode