

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 controle 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 daarmede 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

bloedlichaampjes. Juist bij de plattelandsbevolking is de reactie van PIRQUET ook bij volwassenen nog herhaaldelijk negatief. Bij die lijdens aan tuberculose bij wie een negatieve reactie het gevolg is van een zeer slechten algemeenen toestand, zal toch de diagnose zelden moeilijkheden geven. De bezinkingssnelheid zal kort na griep of een andere acute ziekte dikwijls nog verhoogd zijn, maar daalt dan in den regel na eenige weken wel tot de norm, terwijl bij actieve tuberculose de bezinking bijna steeds verhoogd blijft. Door het verrichten van deze beide reacties kan men vele patiënten den gang naar het consultatiebureau besparen, tevens kan men er bij de overige met des te meer klem op aandringen zich de moeite en de kosten hiervan te getroosten.

Wesepe, 23 Maart 1941

RITA BUISMAN

HET GEBRUIK VAN PRISMA'S BIJ DE ZIEKTE VAN MENIÈRE

Het artikel van collega UTERMÖHLEN in het *N. T. v. G.* van 22 Maart 1941 over het prisma-effect bij de ziekte van MENIÈRE noopt mij tot het maken van eenige opmerkingen, daar ik mij als oogarts en, naar ik heb gemerkt, verscheiden oogartsen met mij, met verschillende beschouwingen van den schrijver niet kan vereenigen. Collega UTERMÖHLEN is tot het voorschrijven van een prisma overgegaan naar aanleiding van een waarneming, gedaan bij een patiënt die gedurende tal van jaren zwaren lichamelijken arbeid had verricht, doch nu door verandering van werkring fijn teekenwerk moest doen, waarbij hij moeilijkheden met het zien ondervond. Meegedeeld wordt, dat de patiënt bij tal van bewegingen zijn willekeurige spieren in overdreven mate gebruikte en zoo, ook bij het zien in de nabijheid, zijn convergentiespieren overmatig contraheerde.

Voor het instellen der oogen in de nabijheid ontvangt de accommodatiespier een zekeren prikkel en in normale gevallen zorgt een overeenkomstige prikkel aan de convergentiespieren voor een juiste daarbij passende convergentie. Er bestaat dus in den regel, zooals schrijver ook opmerkt, een synergie tusschen accommodatie en convergentie. Het kan nu voorkomen, dat de prikkel, dien de convergentiespieren ontvangen, naar verhouding te sterk is, of dat deze spieren op een bepaalden prikkel abnormaal sterk reageren. In beide gevallen ontstaat bij een bepaalde accommodatie een te sterke convergentie, zooals ook bij den door UTERMÖHLEN beschreven patiënt het geval was. Men kan nu een dergelijken patiënt het zien in de nabijheid vergemakkelijken door hem voor hetzelfde punt minder sterk te laten accommoderen, dus door het vóorzetten van een positief spherisch glas van de juiste sterkte. De voor de accommodatiespier benodigde prikkel is nu kleiner en dienovereenkomstig ontvangen ook de convergentiespieren een zwakkeren prikkel, zoodat deze dus minder sterk zullen contraheeren. Op deze wijze is het verstoorde evenwicht tusschen de beide functies te herstellen.

Het is echter niet noodzakelijk de accommodatie te verminderen, doch men kan ook de convergentiespieren in haar te sterke reactie tegemoet komen door het plaatsen van prisma's voor de oogen met de basis *temporaal* en van de juiste sterkte. In plaats van gebruik te maken van spherische of prismatische glazen is het evenwel veel beter door oefeningen het verband tusschen accommodatie en convergentie lossen te maken, m.a.w. de relatieve accommodatiebreedte respectievelijk convergentiebreedte te vergrooten.

Zeker is bij een relatief te sterke convergentie nimmer heil te verwachten van het gebruik van een prisma geplaatst met de basis *nasaal*, daar hierdoor de bestaande disharmonie tusschen accommodatie en convergentie nog wordt versterkt. Maar ook al had schrijver het prisma met de basis *temporaal* aangebracht, wat is dan nog te verwachten van een prisma van 0.5 graad, geplaatst voor één oog? De wijziging in de convergentie bedraagt bij een prisma van een dergelijke geringe sterkte slechts 0.25 graad voor beide oogen gezamenlijk, een toch wel te verwaarloozen werking, indien men bedenkt, dat de convergentie voor het zien op normalen afstand in de nabijheid ongeveer 12 graden bedraagt. Een geringe decen-