

Collega GRIEP is er niet van overtuigd dat de door mij beschreven gevallen primaire atypische pneumonien zijn, omdat „enkele kenmerkende symptomen ontbreken, b.v. de hoofdpijn, de pijn in de borst en de zeer sterke vermoeidheid”. Dit is wel een zwak argument, immers blijkens de literatuur is het ziektebeeld wisselend; ernstige, zelfs dodelijk verlopende gevallen en licht verlopende gevallen waarbij de patiënten zich nauwelijks ziek voelen, komen voor. De door GRIEP genoemde verschijnselen kunnen inderdaad bestaan, zoals dit ook bij de door mij waargenomen patiënten gedeeltelijk het geval was, maar blijkens de literatuur zijn zij niet kenmerkend voor deze ziekte.

Tenslotte meent GRIEP, dat de primaire atypische pneumonie in Nederland door STIBBE en VAN ERP is beschreven. Deze publicaties ken ik niet. Wel gaf STIBBE in het *N. T. v. G.* een belangrijk literatuuroverzicht en deed VAN ERP in zijn dissertatie belangwekkende mededelingen over gevallen in Curaçao waargenomen. Zij geven geen overtuigende argumenten waarom een koude-agglutinatiereactie reeds bij 1 : 32 als positief moet worden beschouwd. Wanneer ik bij andere longaandoeningen een titer tot 1 : 64 vond, ligt het voor de hand bij de diagnose van de primaire atypische pneumonie hiermede rekening te houden en alleen titers die daarboven liggen, positief te noemen.

Amsterdam, 31 Januari 1948

J. C. GERRITS

ONVOLDOENDE BEHANDELING THUIS, ALS FACTOR VAN HET PLAATSGEBREK IN SANATORIA

Met belangstelling las ik in het *Tijdschrift* van 17 Januari het ingezonden stuk van coll. VERSCHOOR over sanatoriumopneming.

Het probleem voor de tuberculoselijders en de tuberculosebestrijding is niet of de genezingskansen thuis of in een sanatorium groter zijn, maar of in de eerste plaats zij, voor wie de kansen om thuis te genezen kleiner zijn dan voor een ander, in een sanatorium worden opgenomen. En of de kansen thuis kleiner zijn, blijkt meestal pas, nadat die kansen thuis ten volle gebruikt zijn, dus absolute bedrust enz. toegepast is.

Uit de klinische les van dr. BRONKHORST nu blijkt, dat daar nog wel eens wat aan ontbreekt. Wat de behandeling thuis en de bosrijke omgeving betreft: 10 of 12 jaar geleden schreef BRONKHORST in dit *Tijdschrift*: „De hoofdzaak voor de t.b.c.-patiënt is niet *waar* hij behandeld wordt, maar door *wie* hij behandeld wordt”.

Coll. VERSCHOOR betwijfelt of de huisarts wel kan bereiken, dat er thuis streng gekuurd wordt. Ik kan hem geruststellen. Er komt heel veel van terecht; als, en daar gaat de les van BRONKHORST over, de huisarts het maar begrijpt en zich de tijd geeft om het de patiënt te doen begrijpen. De onvolprezen huisbezoekster zou ik tekort doen, als ik die in dit verband niet noemde. Die bereikt vaak alles, als de huisarts er geen tijd voor heeft.

Zonder overdrijving kan ik dan ook als mijn indruk mededeelen, dat er in mijn district practisch even goed thuis gekuurd wordt als in de sanatoria die mijn voorkeur hebben, en dus beter dan in de sanatoria, die mijn voorkeur niet hebben. Het kost grote moeite, maar het resultaat is dienovereenkomstig.

Daardoor zijn er al zeer veel patiënten *thuis* van een ernstige aandoening *blijvend* genezen.

Arnhem, 29 Januari 1948

A. M. MULDER,
Districtsterculosearts

DE TANDHEELKUNDIGE OPLEIDING OP BREDER BASIS

Met de uitspraak van de Voorzitter der Redactie, in dit *Tijdschrift* van 20 December 1947: „Een geneeskundige nabetrachting over de genomen beslissing heeft, naar het mij voorkomt, weinig zin”, kan ik het volkomen eens zijn.

Ik begrijp dan ook noch de waarde van het ingezonden artikel van de hand

van prof. VAN DEN BROEK, noch de bedoeling van de schrijver. Daar hij evenwel wijst op het feit, dat hij deel heeft uitgemaakt van alle commissies, die ingesteld waren om de verbetering van het Tandheelkundig Onderwijs te bewerken, behalve van de laatste, die wel succes oogstte, zou hij bij de lezers de indruk kunnen wekken, volkomen op de hoogte te zijn van wat er in de tandheelkundige wereld leeft en heeft geleefd. Het is dan ook slechts hierom, dat ik gaarne wil aanvullen, wat aan de schrijver niet bekend was, n.l. dat ik uit eigen omgeving, zonder enige navraag te doen, reeds drie personen weet aan te wijzen, die getracht hebben de weg te volgen, aangegeven in het Academisch Statuut van 1921. Zij hebben geen van allen hun doel kunnen bereiken, doordat de betrokken medische faculteit geweigerd heeft, deze mogelijkheid, geschapen door het Academisch Statuut van 1921 (zie Toelichting van het Academisch Statuut, hoofdstuk D, onder Tandartsstudie), te willen instellen. Hoewel alle ingewijden het er over eens zijn, dat deze weg wel uiterst moeilijk was, wil het mij toch voorkomen, dat het wel zeer toevallig zou zijn, als deze mij bekende gevallen meteen alle bestaande gevallen zouden omvatten. De uitspraak van de schrijver, dat „dus in de tandheelkundige wereld niet de behoefte aan een werkelijke academische opleiding” zou hebben bestaan, baseert hij dus op zijn *mening*, waarvan hij zelf al de mogelijke onjuistheid aanduidt, door het „voor zover mij bekend”.

Dat de nieuwe wet in 1947 tot stand zou zijn gekomen, onder „de druk van het zeer grote aantal studenten” (bestaat dat nergens anders?) is al evenmin juist. Ware dit wel zo, dan zou de blaam wel heel groot zijn voor de instanties, die verantwoordelijk zijn voor de situatie, waarin de studenten in de tandheelkunde te Utrecht thans nog steeds verkeren.

Maar nogmaals, hebben nabetrachtingen als deze eigenlijk wel zin?

Groningen, 26 Januari 1948

M. HUT

DE TANDHEELKUNDIGE OPLEIDING OP BREDER BASIS

In het *N. T. v. G.* van 10 Januari j.l. schrijft prof. VAN DEN BROEK naar mijn mening zeer terecht, dat hij vreest dat er door toepassing van de nieuwe regeling der tandheelkundige opleiding tandartsen zullen worden gevormd, die van alles heel weinig en van weinig alles zullen weten. Dit is niet verwonderlijk. Immers wat is het geval. Tandheelkunde en wel vooral het conserveren van het gebit, dat toch wel de meest voorkomende behandeling is in de praktijk, is in eerste instantie *wondbehandeling*, waarop later de technische bewerking volgt.

Welnu, de praktische wondverzorging leert de toekomstige *arts* pas na zijn doctoraal examen. De opleiding tot tandarts onder de nieuwe regeling reikt op zijn hoogst *tot* het doctoraal en dan nog wel in het bijzonder tot een tandheelkundig doctoraal, hetwelk dan (*mirabile dictu*) de weg opent tot de doctors-titel in de geneeskunde.

Het ligt dus voor de hand, dat de toekomstige tandarts onevenwichtig zal zijn in zijn behandeling, vooral als de caries dentium leidt tot meer gecompliceerde, chirurgische kaakaandoeningen of ziekelijke afwijkingen in het gestel.

Niet alleen in ons land, maar ook in Amerika is het tot een crisis in de tandheelkunde gekomen. Ook daar is wel degelijk de behoefte gevoeld, dat de tandheelkunde op medische leest moet worden geschoeid.

Hoe is de verhouding van de Nederlandse tandheelkunde tot de Amerikaanse? Het verschil is niet gelegen in het technische kunnen, hierin staan onze tandartsen geenszins ten achter, maar in het feit, dat in Amerika aan de basis-wetenschappen zoals histogenese, histologie, bacteriologie, pathologische anatomie, voorzover het dan de tandheelkunde betreft, hard is gewerkt. Met de verkregen resultaten is de Amerikaanse literatuur rijkelijk voorzien, terwijl in ons land aan deze wetenschappen zo goed als niets is gedaan.

Deze tekortkoming in „onze” tandheelkunde is ongetwijfeld voor de tandheel-