

Een ander opstel, voor ons belangwekkend, is dat over „Renteherziening” van de hand van mr. H. P. BERDENIS VAN BERLEKOM, een goed geschreven en aangenaam leesbaar stuk.

Een hoofdstuk, dat ik ook met veel belangstelling heb gelezen, is dat van M. J. D. MERENS, „De bankadministratie in historisch overzicht”, hetwelk een zeer lezenswaardig overzicht geeft van al de moeite en al het werk, dat te verrichten viel om de zaak op 1 Februari 1913 aan den gang te brengen en te doen loopen, al was het er in den beginne dan ook naar. Dit lezende kan men begrijpen met welk een gevoel van voldoening iemand, die dien tijd heeft meegemaakt, daarop thans terugziet, nu al die moeilijkheden uit den aanvang glansrijk zijn overwonnen door arbeid en energie en de zaak thans geregeld loopt.

Zoo zijn er meer hoofdstukken, die men, al raken zij niet rechtstreeks ons bijzonder vak, met veel genoegen zal lezen. Ze allen op te noemen, zou mij te ver voeren. Ik wil eindigen met het boek ter lezing aan te bevelen aan allen, die belangstellen in de geschiedenis en den arbeid van de Rijksverzekeringsbank en in de praktijk der ongevallenwet, twee zaken waarmede ook wij geneeskundigen veel in aanraking komen bij ons werk.

P. MUNTENDAM.

---

## FEUILLETON.

### INDRUKKEN UIT DE LONDENSCHEN ZIEKENHUIZEN.

Bij ons bezoek aan Londen leek het ons belangwekkend om eenige indrukken van de Londensche gasthuistoestanden op te doen, om deze te vergelijken met de onze en tevens wat te zien van het nieuwste Engelsche werk op geneeskundig gebied. Blijkbaar is er een groot onderscheid tusschen den Engelschman reizend „on the continent” en de Engelschman „at home”. Zoo droog en kortaf als de Engelschen in Amsterdam ons leken, zoo vriendelijk en gastvrij bleken zij ons te zijn, bij onze bezoeken aan de Londensche hospitalen. Was soms het eerste optreden van de Engelsche collegae wat koud tegenover ons, vreemdelingen, zoodra zij merkten, dat er belang werd gesteld in hun bijzondere wijze van werken, ontdooiden zij snel en namen zij veel moeite om ons alles duidelijk te maken. De Nederlandsche consul was zoo vriendelijk ons voor de voornaamste hospitalen introducties te verstrekken, tot onze verbazing gericht tot den „secretary”. Deze bleek ons geen „medical man” te zijn, maar het hoofd der gasthuisadministratie. Een geneeskundige „superintendent” vonden wij geregeld in de „fever-hospitals”, maar zelden in de „general hospitals”.

Eigenaardig is het, dat de meeste ziekenhuizen onderhouden worden door vrijwillige giften, zelfs het groote „London-Hospital” met bijna 900 bedden en voorzien van de nieuwste inrichtingen op geneeskundig gebied. Het bestuur met zijn vele „eervice-presidents” en „honorary Governors” bestaat dan ook uit zeer gefortuneerde lieden. En de meeste zalen en zelfs sommige bedden dragen den naam van een milden gever of geefster, vaak op een sierlijke koperen plaat. Zelfs bestaat er in de meeste ziekenhuizen een soort van giften- en legatentarieef, waarbij van de grootte der som

afhangt, hoelang een heele zaal of alleen een bed of wieg des gevers naam zal dragen! Soms worden de nooden der gasthuizen door zeer groote, lawaaiïge aanplakbiljetten, soms op meer bescheiden wijze door het plaatsn van collecte-bussen kenbaar gemaakt. Een uitzondering op dit systeem maken de „fever-hospitals” (gasthuizen voor besmettelijke ziekten), die van overheidswege ingesteld en onderhouden worden.

In de meeste ziekenhuizen trof ons het gezellig uiterlijk van de zalen, met mooie ingelegde vloeren, gladde geschilderde of getegelde wanden, en één of twee groote vuurhaarden. Vóór de haarden ligt het traditioneele kleedje en noodigt een eenvoudige, gemakkelijke sofa de rondlopende patiënten tot rusten uit. Naast dezen grooten áánvoer van gezelligheid is ook voor een goeden áfvoer van de verbrandingsproducten gezorgd, zoodat er geen rook in de zalen komt, maar wél de verwarmde buitenlucht, die door den luchtmantel van den haard strijkt. De afstand van de bedden onderling is aanzienlijk grooter dan bij ons, en de ruimte er tusschen „verhuizelijkt” door eenvoudige leunstoelen of aardige tafeltjes. Een navolgingswaardig voorbeeld!

Het viel ons op, dat wij bijna nergens broeders zagen, en het kostte zelfs eenige moeite aan de Engelsche collegae duidelijk te maken, wat wij daaronder verstonden, totdat de eigenaardige term „male nurse” hun de oogen deed opengaan. Zij zijn zeldzaam en komen alleen voor in de krankzinnigengestichten en op sommige venerische afdeelingen. De Engelsche verpleegster lijkt veel op de Nederlandsche en ook de opleiding, werkkring en huisvesting schijnt niet veel te verschillen van die bij ons. Het aantal zusters wisselt, maar is zeer voldoende (London-Hospital, 1 verpleegster op ongeveer 2.5 patiënten). De meeste groote hospitalen hebben ook een staf van inwonende zusters, die uit verplegen gaan tegen bepaald tarief en telkens weer eens tijdelijk op de afdeelingen geplaatst worden om op de hoogte van den tijd te blijven.

Bijna alle groote gasthuizen hebben hun eigen „medical school”, waar de studenten hun volledige opleiding ontvangen. Hun examens echter doen zij voor de commissies door de London-University benoemd, die tot voor kort alleen een examineerende universiteit was.

Liggen de meeste „general hospitals” dicht bij elkaar in het centrum van Londen, de „fever-hospitals” liggen vooral in de buitenwijken. Wij waren in de gelegenheid twee der grootste „fever-hospitals” te bezoeken, zeer ruim gebouwd volgens het pavilloensysteem. Alle gewone besmettelijke ziekten, behalve erysipelas (die in de algemeene ziekenhuizen blijft), worden opgenomen. De meer gevaarlijke, zooals pokken, pest en cholera, worden in een afzonderlijk ziekenhuisje geïsoleerd, dat lager aan den mond van den Theems gelegen is. Eigenaardig is, dat febris puerperalis steeds wordt opgenomen en wel op de typhus-zalen. Dat schijnt meer een kwestie van gewoonte, dan van ratio te zijn. Met een bijzondere auto wordt de patiënt gebracht tot de onderzoekkamer, waar de geneesheer beslist over de opneming en de eerste noodige ingrepen doet (bijv. seruminspuiting, het aanleggen van keelculturen). Bij twijfel of in geval van mengbesmetting (roodvonk + diphtherie vooral) wordt de patiënt afgezonderd. In het South Western Hospital (Clapham) wordt het „cubical system” hiervoor toegepast. Door glazen schotten van ongeveer 3½ M. hoogte wordt een groote zaal in een aantal kamertjes verdeeld, die van boven open zijn. Wonderlijk lage deurtjes geven toegang tot die glazen vertrekjes, waar eendrachtelijk een dokters- en zustersjas naast elkaar hangen, gereed om bij de visite te worden aangetrokken. Zóó wordt de afzondering zoo volledig mogelijk gemaakt. Toch schijnt roodvonk deze slagboomen niet te eerbiedigen (in strijd met andere Engelsche opvattingen) en waterpokken nog veel minder. In andere hospitalen vindt men in plaats van het „cubical system” een stelsel van afzondering met een vrij groot aantal afzonderlijke kamertjes, wat natuurlijk nog beter is, maar meer ruimte vereischt. Ook hier trof ons weer het gezellig en proper uiterlijk der zalen, en vooral de zeer groote afstand der bedden

onderling. Volgens wettelijk voorschrift moeten de bedden op de diphtheriezalen 15 voet, op de roodvonkzalen 12 voet van elkaar staan. De ledikanten zijn zeer eenvoudig van constructie, zonder zijstukken, wat menig Nederlandsche verpleegster niet zou lijken, omdat het het knus en warm inpakken van den patiënt moeilijk maakt. Bij de diphtheriezalen vindt men een klein kamertje, waar alles voor de tracheotomie gereed staat. Diphtherie komt in Londen vrij veel voor, vooral in het najaar. Zonder bacteriologisch onderzoek wordt de diagnose diphtherie niet gesteld, omdat men overtuigd is, dat klinisch de anginae niet uit elkaar te houden zijn. (De angina van PLAUVINCENT komt nog al vaak voor).

Bij de behandeling vielen ons vooral de groote giften serum op, die gegeven werden: bij de eerste inspuiting 16—24000 eenheden van EHRLICH (waar wij dus hoogstens 4000 eenheden zouden geven). Desnoods wordt 7 dagen achtereen gespoten (in één geval zelfs tot een totaal van 160000 eenheden toe). Bij deze groote hoeveelheden zouden minder verlammingen voorkomen en hart-complicaties bijna niet worden gezien. Met den leeftijd der kinderen werd geen rekening gehouden. Het gebruik van schapenserum ter voorkoming van anaphylactische verschijnselen bij latere inspuitingen bleek onbekend. Stoomen werd of niet of in zóó geringe mate gedaan, dat het waarschijnlijk alleen met den hygrometer is aan te toonen. Tracheotomie blijkt niet veel noodig te zijn; over intubage werd verschillend, maar meestal niet gunstig geoordeeld. Ook over den tijd van ontslag der patiënten werd verschillend gedacht: in sommige „fever-hospitals” worden de bacillendragers gehouden, totdat zij bacillen-vrij zijn (in één geval zelfs 11 maanden).

Bij typhoïd werd steeds de reactie van WIDAL verricht en het bacteriologisch onderzoek alleen in een wetenschappelijke bui. Bij ontslag worden de patiënten niet gecontroleerd. Het belang van den bacillendragers wordt blijkbaar over het hoofd gezien; trouwens typhus is zeldzaam in Londen.

Bij roodvonk worden de angina en de rhinitis als besmettingsbron beschouwd en de huidschilfers voor ongevaarlijk gehouden. Indirecte besmetting werd voor zéér zeldzaam aangezien (handen-ontsmetting vrij slordig). DUKES' disease (de vierde ziekte) bleek praktisch in het land van DUKES niet gediagnosticeerd te worden („DUKES himself knows, but we don't”). In sommige hospitalen worden ook mazelen en kinkhoest opgenomen, rubeolae („german measles”) niet.

De „general hospitals” nemen alle andere dan besmettelijke ziekten op, ook de plotselinge ongevallen. Het London Hospital is het grootste en naar alle mogelijke specialistische richtingen uitstekend toegerust. Zoo werden wij getroffen door de reusachtige zaal voor FINSSEN-lichtbehandeling met vele lampen van allerlei grootte en lichtsterkte. Deze zaal is genoemd naar Queen ALEXANDRA, die de eerste en grootste lamp schonk. Voor de Röntgen-behandeling bestond een reeks kleine loodglaskamertjes, ieder voor één patiënt, waar van buitenaf de tijd en de sterkte der bestraling volkomen te regelen was (alles werd gemeten met SABOURAUD-pastilles).

Een aantal bedden op de interne afdeling is uitsluitend bestemd voor de hartpatiënten van JAMES MACKENZIE, die echter ook andere hartpatiënten in het hospitaal onderzoekt. Ieder bed kan door geleidingsdraden gemakkelijk verbonden worden met de „electrocardiographic room”, waar wij een snaargalvanometer van EINTHOVEN vonden opgesteld weinig verschillend van het oorspronkelijk model. Van ieder dezer patiënten wordt een electrocardiogram gemaakt, en ter vergelijking sphygmogram en phlebogram geschreven. Voor de zekere diagnose der boezemafwijkingen (bv. boezemfladder) is het electrocardiogram hier eigenlijk onmisbaar gebleken en deze meest nauwkeurige manier van hartsregistratie moet in de toekomst wel van steeds meer belang blijken voor de leiding der behandeling.

Ook de chirurgische afdelingen mogen goed voorzien heeten, wanneer men weet,

dat er 13 flinke operatiekamers aanwezig zijn. De zorg voor het schoonhouden van ieder dezer kamers en het in orde houden der instrumenten is aan twee mannelijke bedienden toevertrouwd. De zusters treden alleen op „als hulp bij de operatie. Op dezelfde verdieping bevonden zich een groote instrumentenkamer en twee kamers met groote sterilisatoren. Plaatselijke gevoelloosheid wordt opvallend weinig toegepast, wel nogal vaak lumbaalanaesthesie. Zoo was het ons vreemd, dat bij breukoperaties steeds algemeene narcose werd gegeven. En ook hier was op te merken, dat bij een klein verschil in hemelsbreedte, toch een hemelsbreed verschil van opvatting kan bestaan; zoo werd in het ééne hospitaal uitsluitend aether gebruikt, terwijl andere zich nog star aan het gevaarlijker chloroform hielden. Voor lichte en kortdurende narcose neemt een mengsel van lachgas en zuurstof de plaats van ons chlooraethyl in. De narcoses worden steeds door een specialist-narcotiseur gegeven. De handenontsmetting bepaalt zich tot het oppervlakkig en kort wasschen der handen en vervolgens het aantrekken van steriele gummi-handschoenen. De ontsmetting van het operatieterrein geschiedt, evenals bij ons, in de meeste ziekenhuizen met jodiumoplossingen.

Het aantal polikliniekpatiënten van het London-Hospital is reusachtig. In een zeer groote wachthal, waar de banken volgens de afdeelingen gerangschikt zijn, worden de zoogenaamde „out-patients” in ontvangst genomen en uitgezocht. Zij vinden er een eenvoudig buffet, waar ververschingen tegen geringe vergoeding verkrijgbaar zijn. Om deze hal zijn de bijzondere onderzoek- en behandelingskamers gerangschikt, die uitstekend zijn ingericht. Bij het doorloopen viel ons op, dat er een drietal zalen uitsluitend ingericht was voor massage en Zweedsche gymnastiek, waarin allerlei toestellen voor physische therapie in werking waren. In een der kamers van de laryngologische polikliniek wachtte ons een vreemd schouwspel. Op een 10-tal baren, ieder voorzien van een braakbekkentje lagen even zooveel misselijke kinderen, opgepást door hun respectievelijke vaders of moeders. Bij navraag bleken dit patiëntjes te zijn, bij wie tonsillotomie was verricht. Dit was nl. geschied onder algemeene narcose (chloroform-aether-alcohol-mengsel), die natuurlijk maar kort behoeft te duren. Als na een paar uur de kinderen weer bijgetrokken waren, gingen zij onder geleide der ouders naar huis.

De „medical school” van het London-Hospital maakt een royalen indruk. Alles is aanwezig, wat studie en gemak van den student dient: ontzagelijke bibliotheekzaal met goede (ook de nieuwste) literatuur en aangename studietafels en stoelen, een zeer goed anatomisch en patholoog-anatomisch museum, ruime en practisch ingerichte eetzaal. Aan de musea wordt veel zorg besteed, de praeparaten zijn in flinke zalen met gaanderijen, overzichtelijk opgesteld en uitvoerige catalogi liggen overal ter inzage. Hierdoor was het zeer eenvoudig in de musea, die wij bezochten, de praeparaten te vinden van een ziekte, die het eerst in Engeland beschreven is en ons zeer veel belang inboezemde nl. „PAGET's disease of the nipple”. In het St. Bartholomews Hospital, waar sir JAMES PAGET het eerst in 1874 deze ziekte leerde herkennen, vonden wij in het museum twee praeparaten onder dezen titel, echter niet de oorspronkelijke van PAGET. Macroscopisch scheen één der praeparaten zeker een geval van de ziekte van PAGET te zijn, het andere was twijfelachtig. Prof. ANDREWES was zoo welwillend ons de microscopische praeparaten te toonen van het eerste, die volkomen met onze Amsterdamsche coupes overeenkwamen. Van het twijfelachtige geval ontbraken helaas microscopische praeparaten. Ook toonde prof. ANDREWES ons een mooie reeks scrotumcarcinomen van schoorsteenvegers, die hier echter niet meer gezien worden, nu in de nieuwerwetsche schoorsteenen de vegers niet meer langs touwen naar beneden glijden. In het museum van Guy's Hospital (waar ASTLEY COOPER en RICHARD BRIGHT werkten) vonden wij drie exemplaren van „PAGET's disease of the

nipple". Microscopische praeparaten ontbraken, maar welwillend werden ons stukjes ter histologisch onderzoek afgestaan <sup>1)</sup>).

Van chirurgische zijde, maar ook van internen kant zeer belangwekkend, is het min of meer sensationeel werk van sir ARBUTHNOT LANE in Guy's Hospital nl. de „short-circuit" en de „colectomy". LANE stelt zich voor, dat bij chronische obstipatie twee factoren ongunstig terugwerken op het organisme:

10. de resorptie van toxische stoffen uit den dikken darm (volgens de opvattingen van METCHNIKOFF);

20. de mechanische trekking aan het mesenterium *in staande houding* door de gevulde onderste ileumlissen, die zich bij obstipatie laat in het colon ontledigen. Door deze trekking zouden knikken ontstaan op den overgang van ileum in colon („LANE's ileal kink") en van duodenum in jejunum. Zoo komt het ook tot stagnatie in de hogere darmdeelen en vindt een retrograde invasie der dikkedarm-bacteriën plaats tot in duodenum en maag toe. Dit kan leiden tot verwijding en stuwingshyperaemie en langs dezen weg zouden een aantal maag- en vooral duodenum-zweren kunnen verklaard worden. De toxaemie tengevolge der obstipatie zou aansprakelijk zijn voor sommige gevallen van chronische rheumatiek, hypochondrie en algemeene malaise en zelfs — fantastisch genoeg — in een aantal gevallen van chirurgische tuberculose het ongunstig verloop beheerschen. De motorische functie van het *geheele* spijsverteringskanaal wordt steeds zeer zorgvuldig nagegaan door een bekwaam Röntgenoloog, mr. JORDAN, die ons eenige belangwekkende gevallen vertoonde. Wijken de obstipatie en de ptosis der ingewanden niet door het aanleggen van een practischen „oplichtenden" buikband en het geregeld gebruik van vloeibare paraffine, dan wordt overgegaan tot operatie.

Het beginsel van beide operaties is het uitschakelen van den dikken darm. Bij de „short-circuit" wordt de laagst in het kleine bekken liggende ileumlis (tevens zoo dicht mogelijk bij het coecum) doorsneden. Het anale einde wordt dichtgehecht en het orale einde ingeplant in het intraperitoneale deel van het rectum, dus zoo laag mogelijk in den dikken darm. Na deze operatie bleek echter in een aantal gevallen toch nog een retrograde vulling van het colon op te treden. Verschenen hierdoor opnieuw de klachten, dan werd tot een volledig wegnemen van het colon („colectomy") overgegaan. Tegenwoordig wordt in beginsel de „colectomy" in eerste tempo gedaan, als de operatie niet te zeer bemoeilijkt wordt door vergroeiingen. De ingreep schijnt, in goede handen, tegen verwachting, niet groot te zijn, want wij zagen patiënten, die drie dagen geleden „colectomied" waren, opzitten in bed, hun krantje lezend.

Ondanks zijn kalm uiterlijk is LANE zeer geestdriftig en buitengewoon tevreden met de uitkomsten van zijn operatie. Hij stelt iedereen gaarne in de gelegenheid zijn patiënten te onderzoeken, waarvan ook wij grif gebruik maakten. Wij zagen gevallen, waarvoor de operatie verricht werd en die bij ons voor chronische appendicitis gehouden zouden worden. Om een zuiver oordeel te vormen ondervroegen wij vele patiënten en spraken ook over de zaak met eenige buitenstaande Londensche geneeskundigen. Zoo hebben wij den indruk gekregen, dat in een aantal gevallen van hardnekkige obstipatie met hypochondrische verschijnselen en ook bij chronische colitis de „colectomy" werkelijk een blijvende verbetering geeft. MACKENZIE en DOUGLAS bijv. stellen bij zulke patiënten de aanwijzing ter operatie.

Minder fantastisch en meer wetenschappelijk is het werk van Sir ALMROTH WRIGHT in het St. Mary's Hospital. WRIGHT heeft daar zijn eigen zalen met patienten, vooral lijdende aan chronische infecties (tuberculose, ook chirurgische, actinomycose, sta-

<sup>1)</sup> Noot bij de proefverbetering. Microscopisch bleek slechts één der praeparaten „PAGET's disease" te zijn.

phylomycose, cystitis, colitis, maltakoorts, reumatiek en gonorrhoe). Captain DOUGLAS, de plaatsvervanger van WRIGHT, was zoo vriendelijk ons al zijn patiënten zorgvuldig te toonen, desnoods zelf te laten onderzoeken. Daarbij kregen wij zeer sterk den indruk, dat wij niet te doen hadden met vaccin-maniakken, maar dat naast de vaccinatie de gewone, beproefde behandeling allerminst verwaarloosd werd. Veel patiënten worden ook poliklinisch behandeld. Zeer mooie resultaten worden verkregen bij acne en staphylococceninfecties, waarvan wij sprekende voorbeelden zagen. Vrij gunstig schijnt de vaccinbehandeling der colicystitis, pyorrhoea alveolaris en van sommige actinomycose-gevallen. Ook bij chronische reumatiek werden opvallende verbeteringen verkregen. Als vaccins hiervoor werden gebruikt microben uit keelculturen verkregen, soms alleen staphylococcen, soms mengvaccins. Het nieuwste vaccin is dat tegen hooikoorts, bereid uit de pollenkorrels van het Timotheusgras. De voorloopige uitkomsten zijn bemoedigend. De tuberculosebehandeling met vaccins (tuberculine B KOCH  $\frac{1}{200000}$ - $\frac{1}{20000}$  mgr. per keer, met mengvaccins van staphylococcen enz.) is nog in het teeken der proefneming en schijnt daar voorloopig nog in te blijven. Ieder, die het op en neer gaand verloop der tuberculose kent, voelt dadelijk de moeilijkheid van de beoordeeling der uitkomsten. Onze indruk was, dat wij met ernstig werk en betrouwbare, sceptisch tegenover hun arbeid staande onderzoekers te doen hadden. Zooals captain DOUGLAS ons zei: „Het is nog een kwestie van geoorloofde proefneming in sommige gevallen en de uitkomsten zijn juist bemoedigend genoeg om door te gaan”.

Met denzelfden ernst en wetenschappelijke vaardigheid als in WRIGHT's laboratoria en afdeling wordt gewerkt in de „Cancer wing” van het Middlesex Hospital. Op een afzonderlijken, nieuwen vleugel van het hospitaal staat met kapitale letters „Cancer wing”, zeker niet ter bemoediging van de patiënten, die daar opgenomen of poliklinisch behandeld worden. Men vindt hier verschillende laboratoria en een aantal zalen met lijdens aan kwaadaardige gezwellen, die of inoperabel zijn of om andere redenen niet geopereerd worden. Het gezwelvraagstuk wordt hier zoowel van klinische zijde als van histologische en proefondervindelijke kant aangevat. Leider der wetenschappelijke afdeling is LAZARUS BARLOW, chirurg is sir PIERCE GOULD. Het kankeronderzoek staat hier geheel in het teeken van het radium. Over het verband tusschen radium en gezwellen zijn hier belangwekkende feiten gevonden, al is hun beteekenis op het oogenblik nog niet te overzien. Zoo blijkt kankerweefsel een in volstrekten zin gering, maar betrekkelijk hooger radiumgehalte te bezitten dan andere weefsels van kankerlijders en deze weer hooger dan normale weefsels. Dit is zeer merkwaardig, als men bovendien weet, dat radium in zeer kleine hoeveelheden groeibevorderend werkt (vastgesteld door celdeelingsproeven met eieren van *Ascaris megalocéphala*), in grootere hoeveelheden daarentegen een verwoestende werking op de cel uitoefent. Hiermee staat in verband, dat men bij de behandeling met radium het gezwel zoo krachtig mogelijk wil bestralen en dus „massieve” doses in het centrum der gezwellen brengt. In een geval van endostaal sarcoom van het ondereinde van het dijbeen (op uitdrukkelijk verlangen van de patiënte met radium behandeld) zagen wij 150 mgr. verdeeld over 3 platinabuisjes volgens de methode van DOMINICI langs operatieve weg in het inwendige van het gezwel brengen. Na 24 uur werd het radium weer verwijderd. Bij deze operatie was opvallend de uitstekende samenwerking tusschen den chirurg, den radioloog en den patholoog-anatoom, drie hoofden, maar één van zin. Van alle in behandeling genomen gezwellen wordt dadelijk een proefuitsnijding gedaan en zorgvuldig histologisch onderzocht, want ook op microscopisch terrein wordt nog steeds naar nieuwe banen gezocht. Men was van meening, dat de radiumdosis nog te gering was en zou tot 250 mgr. willen gaan. Daar men hier hoofdzakelijk met inoperabele gevallen te doen had, is iedere verbetering, zij deze ook ge-

ring, als winst te beschouwen. Hoewel de hooge doses eerst 8 maanden worden toegepast, kan toch op voorloopig bevredigende uitkomsten worden gewezen. Bij kanker van de baarmoeder verminderden de afscheiding en de bloeding, de algemeene toestand ging vooruit; één patiënte werd zelfs ontslagen zonder klachten en zonder voelbaar gezwel. Twee inoperabele plaveiselepitheelkankers van den mond waren aanzienlijk verbeterd, bij één was het oorspronkelijk groote gezwel teruggedaan tot een zweer van de rechter helft van den mondbodem, bij den ander bestond nog een vlakke ulceratie van het harde gehemelte. Deze patiënten klaagden wel over brandende pijn na de behandeling.

De kalmte, waarmee deze onderzoekers tegenover hun eigen proefnemingen en uitkomsten staan, wekt vertrouwen. Zij spraken nog niet van genezingen, maar de voorloopige uitkomsten waren: „just encouraging, you know”.

Onze algemeene eindindruk is, dat er van de zoogenaamde achterlijkheid der Engelsche hospitalen in Londen weinig te bespeuren is en dat er op velerlei geneeskundig gebied, wetenschappelijk zoowel als therapeutisch, op degelijke wijze naar nieuwe banen gezocht wordt.

Amsterdam, 8 October 1913.

E. P. SNIJDERS.

G. F. GAARENSTROOM.

## BEROEPSBELANGEN.

EERERECHTBANK EN ABORTUS PROVOCATUS. — Een arts te Berlijn had bij een dienstbode, die hem had verzocht te onderzoeken, of zij zwanger was, de uterussonde ingevoerd en daardoor abortus opgewekt. Wegens het toebrengen van lichamelijk letsel door onvoorzichtigheid was hij door de rechtbank tot twee maanden gevangenisstraf veroordeeld. Doch ook de geneeskundige eererechtbank bemoeide zich met het geval en veroordeelde den arts tot berisping en 300 mark boete. In hooger beroep heeft het eeregerechthof dit vonnis bevestigd. Een kunstfout op zichzelf, zoo luidde het oordeel, behoort niet tot de overtredingen, die een eererechtbank heeft te straffen. Maar hier was de kunstfout tevens een miskenning van den beroepspligt. „Want het behoud van het ontkiemende leven, voor zoover dit niet het leven der moeder bedreigt, is een door niets beperkte plicht van ieder arts”. Juist in dezen tijd, bij de ontegenzeggelijke neiging van een groot deel der bevolking, om zich te onttrekken aan de natuurlijke gevolgen van het geslachtsverkeer, „moet het als een ernstige zedelijke plicht van den arts worden beschouwd, iederen ingreep te vermijden, die de natuurlijke ontwikkeling der zwangerschap zou kunnen storen” (*Allg. med. Centralz.*).

LICHTPUNTEN. — Tegenover het dreigend ontslag van een aantal Berlijnsche ziekenfondsartsen, waarvan in een vorig nummer sprake was, staan een aantal reeds door het ziekenfondsbestuur aangenomen gunstige bepalingen, die wij ons in Nederland nog slechts als droombeelden kunnen voorstellen, maar dan ook in Duitschland alleen door de krachtdadige paedagogiek van het Leipziger Verband in het begrip der ziekenfondsbestuurders zijn doorgedrongen, huns ondanks, en na korten tijd tot hun „kategorische imperatieven” zullen behooren, zoodat zij niet anders meer zullen kunnen denken, dan alsof het zoo behoort. Het vrij hooge honorarium (5 mark *per hoofd*) heb ik reeds vermeld. Maar ook met een aantal zedelijke eischen der ziekenfondsartsen is rekening gehouden: de behandeling van klachten en geschillen door lichamen, waarin de artsen even grooten invloed hebben als de andere partij; het