

van bedeeling. De geneesheer kan daaraan meewerken door steeds oprecht en flink voor zijn meening uit te komen, zoodat ieder patiënt doordrongen wordt van het gevoel, dat hij wordt behandeld naar recht en billijkheid. Waarom zich nu steeds te verschuilen achter een controleerend geneesheer? Waarom geen uitspraak te doen tegenover den patiënt, een uitspraak, die men toch zal *moeten* doen, wanneer een zaak in beroep wordt behandeld? Wat zal langzamerhand de opinie worden over de behandelende geneesheeren, die nooit voor hun meening uitkomen, die bang zijn een klant te verliezen, wanneer zij hun patienten ook zeggen waar het op staat, die bang zijn tegenover minder conscientieuze collega's patienten te verliezen?

Wil men zijn beroep en zijn stand hoog houden, dan zal men dien weg niet moeten opgaan. Misschien ware hier iets voor te zeggen bij verzekeringen, waar winstbejag werd beoogd, doch *niets* is hier voor te zeggen bij een Staatsverzekering, waar dat is uitgesloten, waar ieder verzekerde zal krijgen, hetgeen hem toekomt, en waaraan ook de geneeskundige zal moeten meewerken. Het ambtsgeheim zal hierbij evenmin als bij de ongevallenverzekering eenig gewicht in de schaal leggen. De ervaring bij de ongevallenverzekering leert, dat de beste contrôle wordt verkregen door *samenwerking* van behandelenden geneesheer en controleerenden geneesheer, waarbij in den gewonen gang van zaken en bij normaal verloop de behandelende geneesheer de verklaringen afgeeft, terwijl in meer abnormale gevallen, hetzij voortvloeiend uit den aard van *het lijden* hetzij uit *de houding* van den *patiënt*, overleg tot de beste resultaten leidt. Hoe beter de verklaringen van de behandelende geneesheeren zijn, hoe meer het blijkt, dat zij naast de belangen van den patiënt de goede uitvoering der wetten behartigen, des te hooger zal ook de geneeskundige komen te staan.

Ik meen tegen een verkeerd besluit te moeten waarschuwen en kan daarbij voegen, dat die meening gedeeld wordt door alle controleerende geneeskundigen der Rijksverzekeringsbank.

Arnhem, 12 Nov.

E. J. BUNING.

INGEZONDEN.

OVER OSTEOMYELITIS, DIE GEEN OSTEOMYELITIS IS.

Niemand zal betwijfelen, dat op grond van de vijf symptomen door dr. RUTGERS genoemd en door prof. KORTWEG bevestigd, de diagnose osteomyelitis van de clavicula juist is gesteld, op het moment, dat de patient zich bij deze heeren vertoonde. Iets anders is het, of het geval van huis uit als zoodanig moet worden opgevat.

De genoemde heeren hebben niet geaarzeld te verklaren, dat de diagnose moest luiden *primaire* osteomyelitis van het been, omdat zij het afstooten van sequesters in die mate als hier is geschied, niet in overeenstemming kunnen brengen met een secundaire infectie van het been.

Zooals uit de drie voorafgaande publicaties duidelijk blijkt, was ik een andere opinie toegedaan, en heb ik wel degelijk verband gezocht tusschen de door mij uitgevoerde operatie, waarbij de clavicula voor een deel van periost werd ontbloot, en het later afstooten van sequesters.

Ik verklaarde bij den Centralen Raad van Beroep, dat er geen sprake kon zijn van acute osteomyelitis, omdat bij de genoemde ontblooting van de clavicula het been intact was. Ik geef prof. KORTEWEG toe, dat op de waarde van dit argument wel wat valt af te dingen, m. a. w. dat daaruit nog geenszins volgt, dat het been gezond moet zijn geweest. Maar ik had nog een ander motief voor mijn opvatting, hierin gelegen, dat in het klinische beeld, zooals ik het heb gezien, geen enkel positief symptoom voor osteomyelitis was te vinden, met name ontbraken pijnlijkeid en zwelling van de clavicula. Op het aangifte-formulier heb ik ingevuld: diepliggend absces aan den hals, dat de geheele fossa supraclavicularis en suprascapularis opvult. Dit was de diagnose die ik maakte op de polikliniek, waarheen patient door zijn dokter was verwezen, 6 dagen na zijn vermeend ongeval. Ik maakte op de plaats van grootste pijnlijkeid boven de *crista scapulae* een ruime incisie en kwam, nadat de m. cucullaris was doorsneden in een abscesholte, waaruit een groote hoeveelheid etter en stukken nekrotisch weefsel te voorschijn kwamen. De wond werd gedraineerd en de patient den volgenden dag terugbesteld. Toen hij evenwel den volgenden dag, ondanks subjectieve verbetering nog hoog febriciteerde, en de teekens van ontsteking zich naar alle kanten hadden uitgebreid, nam ik hem op in het Diaconessenhuis, met het doel hem beteren afvloed van het absces, ook naar de voorzijde, te verschaffen. Aldaar werd de geheele schoudergordel ruim blootgelegd door een incisie die, beginnende aan den lateralen rand van den m. sternocleidomast. langs den bovenrand van de clavicula rondom het acromion liep en uitkwam in de incisie van den vorigen dag boven de *crista scapulae*. De m. cucullaris werd bij zijn insertie aan clavicula en acromion doorgesneden, zoodat ik met den vinger de holte onder het acromion geheel kon afvoelen en aan den daar verzamelden etter ruimen afvloed kon geven. De middelste halsfascie werd voorts geïncideerd, waaronder eveneens etter te voorschijn kwam. Onder deze fascie reikte de etter tot vlak aan de clavicula en om nu niet de kans te loopen voor een derde maal tot ruimere openlegging te moeten overgaan, schoof ik het periost over een gedeelte van de clavicula af, maar kreeg daarbij den indruk, dat dit gedeelte van de operatie wel achterwege had kunnen blijven. Hetzelfde was het geval met nog twee incisies beneden de clavicula, die uit dezelfde overweging werden gemaakt. De nu blootliggende holte werd ruim gedraineerd, naar voor en achter, waarna de insertie van den m. cucullaris wederom werd bevestigd.

Na deze operatie werd de temperatuur onmiddellijk normaal en 14 dagen later kon patient uit de verpleging worden ontslagen, om verder loopende te worden behandeld voor de nog aanwezige draineeropeningen. Nu hebben zich in het verdere verloop van de ziekte eenige stukken dood been van de clavicula afgestooten, corticale sequesters, juist daar, waar ik het been van periost had beroofd. Zooals ik hierboven heb meegedeeld, heb ik deze sequestratie beschouwd als het gevolg van de voorafgaande ontblooting van de clavicula.

Nu ik de betoogen van dr. RUTGERS en prof. KORTEWEG heb gelezen en verder over de zaak heb nagedacht, moet ik bekennen, dat ik geen recht meer heb, om te verklaren, wat ik gedaan heb, dat er van acute osteomyelitis geen sprake kon zijn. Het is toch mogelijk, dat aan den achterkant van

de clavicula, die ik niet heb opgezocht, de primaire osteomyelitische haard was gelegen, maar dan blijft het eenigszins verwonderlijk, dat ondanks dat die plaats niet werd blootgelegd, de temperatuur onmiddellijk normaal is geworden na de operatie. Mede op grond van het ontbreken van pijnlijkheid en zwelling van de clavicula, terwijl zoover naar achteren en onder de middelste halsfascie de ontsteking zich had uitgebreid, houd ik toch ook het goed recht van mijn opvatting staande, zij het dan ook met het epitheton „gedrongen”. De door niets gestaafde aantijging van dr. RUTGERS van „*een later bedacht hulpmiddel*” wijs ik beslist terug.

Ik ben het geheel met dr. v. H. eens, dat de instructie in deze zaak foutief is geweest. Het had zeker op den weg gelegen van den Beroepsraad, ook mij in deze zaak te hooren. Dit is niet geschied.

Evenmin bestaat van mij, wat dr. RUTGERS ter verdediging van den Beroepsraad aanvoert, een schriftelijk rapport. Geen enkel schriftelijk rapport is door mij over deze zaak overgelegd. Het eenige, waaruit de Beroepsraad mijn opvatting van de zaak heeft kunnen leeren kennen, is wellicht geweest een onderhoud, dat ik gedurende de behandeling van den patient heb gehad met den control. geneesk. dr. SNOECK HENKEMANS, aan wien ik heb medege-deeld, dat ik de oorzaak van de afwijking het liefst in verband bracht met een haematoom, dat door afscheuring van zich aan de halswervels insereerende spieren zou zijn ontstaan en secundair door in het bloed aanwezige kwaadaardige microben zou zijn geïnfecteerd.

Korten tijd voordat de zaak bij den Centralen Raad van Beroep werd ahangig gemaakt werd aan mij door de Rijksverzekeringsbank antwoord verzocht op de vraag, of er acute osteomyelitis in het spel kon zijn geweest. Deze vraag is door mij, evenals later ter terechtzitting van den Centralen Raad van Beroep, ontkennend beantwoord. Deze pertinente ontkenning zou niet zijn geschied, indien de wensch van prof. KORTWEG, *dat de Raad van Beroep in het vervolg aan de verschillendē geneeskundigen de gelegenheid moge geven, vooraf onderling van gedachten te wisselen, enz.*, reeds toen in vervulling ware gegaan.

Den Haag, 12 November 1906.

Dr. H. VAN DER GOOT.

CIVIEL-GENEESKUNDIGE DIENST IN NED.-INDIE.

Het ingezonden stuk van kolonel HAGA in het vorig nummer van dit *Tijdschrift* heeft weer eens duidelijk doen blijken, dat aan den burgerlijk-geneeskundigen dienst in Ned.-Indië zeer veel hapert. De hulpmiddelen, waarover te beschikken valt, worden door hem, die het bijzonder goed weten kan, *zeer beperkt* genoemd. De gelden, voor de bestrijding der melaatschheid uitgegeven, zijn *zeer gering*. De Indische Regeering moest nu eindelijk in die lepra-zaak eens *kleur bekennen*. Tegen malaria is nog *niet genoeg* gedaan. Het aantal geneeskundigen is *bedroevend klein*. Er zijn *geen dokters-djawa genoeg*: voor Java en Madoera, met een bevolking van 30.000.000, 71. De civiele geneesheeren zijn *met werkzaamheden overladen*. Hun salaris is *te gering*. Zij moeten *ten koste van 's lands belangen* de particuliere praktijk najagen, hebben er geen belang bij, den Staat *naar behooren te dienen*; enz..

Verschillende der opgegeven onvolkomenheden worden eenigszins euphe-