

plaatsvervanger noodig heeft en wanneer; wie zijn praktijk wenscht over te nemen en gedurende welken tijd; wie praktijk wenscht over te geven en wie voornemens is zich te vestigen. Bij een der vragenlijsten is bij wijze van referendum de vraag gevoegd: *acht gij het zaak om het zich in Indië komen vestigen van medici uit Nederland aan te moedigen of niet?* DEGGELER is voornemens, de antwoorden en motieven met zijn conclusie later in een bulletin van den Bond te bespreken. PINKHOF.

---

## INGEZONDEN.

---

### OPEREEREN IN KLEINE ZIEKENHUIZEN.

Naar aanleiding van een schrijven van het bestuur van de ziekenverpleging alhier, heeft dr. RENSSSEN het volgende antwoord gezonden:

„Op uw vraag welke chirurgische patienten in uw ziekenhuis mogen worden opgenomen, deel ik U mede, dat een grens tusschen kleine en groote operaties niet gemaakt kan worden. Een ziekenhuis, waarin chirurgie uitgeoefend wordt, moet hebben drie operatie-kamers, poliklinische, septische en aseptische, de meest moderne inrichtingen voor narcose, enz. Heeft het dit alles niet, dan stel ik U voor deze redactie in uw huishoudelijk reglement op te nemen:

Wanneer operatief ingrijpen noodig is, mogen slechts die lijdens worden opgenomen, waarvan de geneesheer verklaart, dat vervoer naar een, van betere hulpmiddelen voorzien ziekenhuis niet meer mogelijk is”.

Men zal begrijpen, dat een dergelijke verklaring, niet met onverdeelde sympathie door ons is ontvangen; en waar het een algemeen belang is, daar er in den lande hoe langer hoe meer kleine ziekenhuizen opgericht worden, die echter geen drie operatiekamers enz. enz. er op na houden, kom ik met de volgende vraag:

Waar de besturen van kleine ziekenhuizen een waarborg wenschen, dat maar niet alles in hun inrichting wordt geopereerd, ook die gevallen, die beslist in een groot ziekenhuis thuis behooren, is er dan een formule te vinden, die maakt, dat het bestuur gerust kan zijn, doch dat ook de arts die gevallen, die hij, in zijn ziekenhuis, met een gerust geweten zelf durft behandelen, niet behoeft weg te zenden.

Met de beantwoording dezer vraag, liefst door een bekend chirurg, zal men mij, en waarschijnlijk vele anderen ten zeerste verplichten.

Doetinchem,

Juni 1908.

J. BARDET.

---

De vraag door het bestuur der Doetinchemsche ziekenverpleging gedaan is een van het grootste belang. Het is een gewetensvraag, die den stellers eer aandoet. Dubbel jammer, dat de moeilijkheid der beantwoording evenredig is aan het gewicht der vraag. Dit blijkt al uit het onbevredigende van RENSSSEN'S antwoord. RENSSSEN stelt slechts eischen voor inrichting en hulp-

middelen. Misschien uit collegialiteit, misschien uit vrees voor onbescheidenheid tegenover een „chirurgischen” buurman beperkt hij zich tot de doode hulpmiddelen. Die beperking voerde tot eenzijdigheid en overdrijving in één richting. De ervaring heeft voldoende geleerd, dat de door RENSSSEN genoemde eischen aan ziekenhuisinrichting boven de behoeften van een goede uitoefening der heelkundige praktijk gaan. Mijn eigen kliniek voldoet aan RENSSSEN's eischen niet; wellicht nog minder deed die het, welke KORTEWEG in Amsterdam, beheerde. Toch was KORTEWEG beroemd om de resultaten zijner asepsis, en ik heb het mij tot taak gesteld, mijn resultaten te leeren kennen, niet door af te gaan op een algemeenen indruk, omdat daarbij — geheel zonder opzet — de slechte kant gewoonlijk wordt weggelaten, doch door een geregeld en goed ingericht onderzoek der bijzonderheden. Het niet openbaar gemaakte onderzoek van VAN PRAAG over de wondgenezingen en de bacteriën der lucht in de operatiekamer, het bacteriologisch onderzoek van SIKEMEIER over het reinigen van de huid van patiënten en handen gaven de richting van werken aan, die met geringe wijzigingen tot nu tot behouden kon worden, onder het dagelijksche toezicht van de daartoe meest bevoegde en in den regel strengste rechters: de assistenten.

Geen ziekenhuis mag gaan beneden zekere eischen: hoe strenger van inrichting, hoe rijker aan beproefde hulpmiddelen — en hoe armer aan weelde! — hoe beter, maar van heel wat meer gewicht dan het ziekenhuis is de persoon, die daarin werkt. BILLROTH deed voor zijn tijd wonderen in een inrichting, waarvoor wij allen onzen neus zouden optrekken.

Operateur, narcotiseur, assistent en helpend en verplegend personeel, daarop komt het aan! Is ieder arts, die een ziekenhuis zal beheeren, zoo maar in eens een ziekenhuis-directeur, en is ieder arts, die toegang erlangt tot een ziekenhuis — al is het het beste ter wereld — daardoor alleen chirurg? De stelling: geen chirurgie mogelijk zonder ziekenhuis, wordt te gemakkelijk omgekeerd tot: het ziekenhuis maakt den chirurg, te gemakkelijker omdat er een stukje waarheid inzit, en enkele goede autodidacten in chirurgie bewijsmateriaal daarvoor leveren.

De vraag welke chirurgische patiënten mogen in het ziekenhuis opgenomen, ware dus beter gesteld: welke patiënten zullen de artsen daarin behandelen.

De grenzen van het kunnen van den ziekenhuis-arts hangen ten innigste samen met zijn persoonlijkheid en zijn levende hulpkrachten. Wie moet die grenzen bepalen? De wet doet het niet. Geen arts zal dit voor zijn collega kunnen doen, zonder oppositie van dien in eigen oogen te laag getaxeerden collega. RENSSSEN heeft het ook niet aangedurfd. De thans zwakke en verdeelde algemeene meening stelt ook die grenzen niet. Slechts zelfkennis en zelfkritiek kunnen dat.

Maar het Doetinchemsche ziekenhuisbestuur, dat in zijn vraag zulk een lofwaardige ernst aan den dag legde en toonde dat het zijn inrichting niet wil dienstbaar maken aan het bevorderen van een onnoodig en niet altoos onschuldig autodidactisme, vraagt een antwoord, waaraan hij een steviger houvast heeft dan aan het rekbare begrip van zelfkennis en kritiek.

Ik meen, dat onder de tegenwoordige omstandigheden niemand een antwoord geven kan, dat bevredigt en den vrager de gewenschte leiding geeft.

Slechts als een aantal bevoegde personen de vraag voor al de onderdeelen der geneeskundige practijk grondig willen bestudeeren, geloof ik, dat een formuleering te verkrijgen is voor de bevoegdheden van den „general-practitioner” op chirurgisch en elk ander specialistisch-technisch gebied. Doch die formuleering zou slechts billijk werken, als zij gebiedend het werkterrein van den arts — natuurlijk van den toekomstigen arts — bepaalde. M. a. w.: Een wet van beperkte en rechtmatig verdeelde bevoegdheid zou ons kunnen helpen. Vroeger was zij noodig voor een categorie van gebrekkelijk opgeleide geneeskundigen, thans is zij noodig wegens de onmogelijkheid der onbeperkte bevoegdheid.

Een naar moderne eischen gestelde wet van beperking en verdeling der bevoegdheid zou de voordeelen hebben van gezonde verhoudingen tusschen kennis en ondernemingsdurf te scheppen; beter de grenzen te stellen, binnen welke geen zoekend en vragend arts zijn gewetenrust zal verliezen; de meerbevoegden in bepaalde richting het hun toekomend werk niet zien ontnemen door in die richting minder bevoegden; nauwgezette geneeskundigen niet dwingen buiten de door hemzelf getrokken grenzen te gaan om te kunnen wedijveren met in werkelijkheid niet meer bevoegde buur-collega's die, minder nauwgezet, onverdiend hooger roep verwerven; het peil van het gros der practici en door beter arbeidsverdeling de algemeene welvaart verhoogen, aan het geneeskundig onderwijs vaster wegen aanwijzen en de exameneischen scherper formuleeren en zodoende op rationeele wijze zwaarder maken.

Zulk een wet zou voor voldoende tijd ziekenhuizen en ziekenhuis-artsen helpen, niet alleen op chirurgisch gebied, doch op dat van elk ander specialistisch onderdeel.

Amsterdam, 21 Juni.

J. ROTGANS.

### PROSTATECTOMIA TRANSVESICALIS.

*Geachte Redactie.*

Mag ik een weinig ruimte verzoeken voor eenige opmerkingen omtrent de beide artikelen over prostatectomia transvesicalis, in de laatste nummers van het *Tijdschrift* verschenen?

Ten eerste trof het mij dat er zoo weinig gezegd werd omtrent ernstige bloeding bij deze operatie. Mij is het tweemaal overkomen, dat ik bij een zeer geringe bloeding tijdens en direct na de operatie, langzamerhand een profuse parenchymateuse bloeding zag optreden, die niet te stelpen was met de gewone middelen en mij er toe bracht met een katheter een draad door de urethra tot buiten de wond te brengen, daaraan een tampon te binden, en dan een zandzakje van  $\frac{1}{2}$  K.G. aan het andere einde te hangen, terwijl de tampon natuurlijk in de holte werd gebracht waar de prostaat was geweest; daarna stond de bloeding direct. Tegenwoordig doe ik dit als slot van de operatie reeds.

Ten tweede de nabehandeling. Een T-buis en katheter à demeure zijn zeer lastige zaken bij een zij het ook weinig, bloedende blaas, en ook gevaarlijk waar zij den patiënt dwingen stil te liggen. Daarbij zijn zij volkomen overbodig. Als men de blaas openlaat, en om de blaaswond het cavum Retzii licht tamponneert, kan men na 24 uur, als het gewicht van den tampon is afge-