

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-practioner” 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 gebrekking 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-

nomen, den patiënt rustig laten opstaan; alleen heeft men zorg te dragen, dat hij zeer dikwijls met gaas en celstof wordt verbonden. Bij open blaaswond heeft men geen last van stolsels, geen kans van verstopt raken, en door het opstaan na 24 uur voorkomt men bronchopneumoniën. En de blaas sluit zich evengoed, wanneer er geen cystitis is in ongeveer 2 $\frac{1}{2}$ week, is er wel cystitis in 3 $\frac{1}{2}$ à 4 weken, dus ook even spoedig. Daarbij heb ik geen buikbreuken gezien, zoodat deze behandeling daartoe toch zeker ook niet praedisponneert.

Aldus vereenvoudigd is de gang van zaken bij mij de volgende:

Transvesicale prostatectomie, met zoo klein mogelijke wond. (Tevoren spoel ik liefst met een dikken metalen katheter de blaas schoon). Daarna inbrengen van een zijden draad door de urethra een tampon eraan gebonden, en deze op haar plaats gebracht, tamponade van het cavum Retzii en 2 of 3 hechtingen voor het bovengedeelte der wond. Gaas en celstofverband. In bed wordt $\frac{1}{2}$ KG. aan den draad gehangen. Dan blijft de patiënt 24 uur in rugligging. Daarna wordt het gewicht afgenomen, de draad blijft voor alle zekerheid, een paar uur daarna wordt patiënt in een stoel gezet. Na 2 of 3 dagen wordt de tampon verwijderd, tegen dien tijd moet de patiënt ook al door de kamer loopen. Verder heeft men niets te doen dan herhaaldelijk verbinden, na 2 $\frac{1}{2}$ à 3 weken is de blaas gesloten en urineert patiënt frequent doch spontaan, na 5 weken kan hij meestal ontslagen worden met wel nog frequente urine-loozing en last de urine niet lang te kunnen ophouden, doch dit herstelt zich van zelf in eenigen tijd.

Van deze behandelingswijze heb ik nooit bezwaren ondervonden, en met name nooit bronchopneumonie zien optreden.

Nijmegen, Juni 1908.

H. J. LYCKLAMA à NIJEHOLT.

CAISSONZIEKTE.

In zijn artikel „Over het ontstaan van caissonziekten” bestrijdt CITROEN eenige door mij vastgestelde feiten. In de eerste plaats is hij het niet eens met hetgeen ik schreef omtrent de *voorbekikbaarheid*. Het door mij aangehaalde voorbeeld acht hij niet bewijzend. Zooals een hartlijder bezwaren zal krijgen van den kant van het circulatieapparaat, evenzoo kreeg C. S. bezwaren van de zijde van het gehoororgaan. Hij neemt dus bij den bedoelden patiënt een oorlijden aan. Op grond waarvan zegt hij niet. Welnu, de bedoelde patiënt in op de polikliniek van prof. BURGER geweest en daar heeft men *niets van eenig oorlijden* gevonden. De vele patiënten, die telkens en telkens caissonziekte kregen in tegenstelling met andere, die er nooit of hoogst zelden last van kregen, werden herhaaldelijk onderzocht en *nooit* werd eenige afwijking gevonden. Dat is juist het verschil tusschen VON SCHROETTERS opvatting en de mijne.

Het tweede punt is het minder veelvuldig voorkomen van caissonziekte bij het storten van beton.

Twee bedenkingen voert CITROEN hiertegen aan. De eerste is deze, dat ik vergeleken heb het voorkomen van caissonziekte bij betonstorten bij hoogen druk en dat bij andere werkzaamheden bij lageren druk. Maar die fout zou toch juist invloed uitoefenen ten nadeele van de stelling, die ik bewijzen wil.