

Tijdschr. voor Geneeskunde 1907, n^o. 21, Tweede Helft, en tamelijk bewijzend hiervoor is een mededeeling die ik van LOUIS MARTIN, geneesheer aan het Hôpital-Pasteur ontving, waaruit ik vernam, dat hij van 1901 tot Februari 1909 onder een aantal roodvonklijders van ongeveer 1200 nooit één verwekker van nagevallen had waargenomen bij de cellulaire verpleging aldaar gevolgd. Ook het feit, dat GEWIN en HERDERSCHÉ, in tegenstelling met VAN LIER en vele anderen in het buitenland, niet konden vaststellen, dat lijders aan complicaties meer nagevallen verwekten dan die er zonder, pleit er voor, dat die afwijkingen op zich zelf niet alleen de oorzaak dier nagevallen zijn.

Maar dat percentsgewijze de schilferenden meer nagevallen verwekken dan de niet-schilferenden, hoewel slechts $\frac{1}{7}$ dier eerstgenoemden dit deden, waarvoor GEWIN en HERDERSCHÉ geen verklaring geven, wordt verklaard door mijn veronderstelling, dat die schubben, die zoo makkelijk loslaten, besmet waren door de afscheidingsprodukten van neus, keel of middenoor. Want (voegde ik er bij) kinderen zitten toch zoo dikwijls met hun vingers in die lichaamsdeelen.

Amsterdam, 19 November 1910.

A. CIJFER.

EEN SCHEMA VOOR OOGSPIERVERLAMMINGEN.

In het nummer van 5 Aug. 1905 schreef ik in dit *Tijdschrift* een opstel over torticollis ocularis, naar aanleiding van een geval, waarbij het caput obstipum werd opgeheven door een spieroperatie aan het gezonde oog. Uit verschillende streken werden mij daarna dergelijke gevallen toegezonden, veertien in het geheel. Slechts 4 van deze 14 patiënten leden aan verlamming van één schuine oogspier; drie opereerde ik met goed gevolg, de vierde weigerde. Van slechts 3 onderzoekers was toen bekend, dat zij ieder één geval hadden behandeld.

De anamnese van mijn patiëntjes was soms opmerkelijk. Een kind werd mij toegezonden door een collega-oogarts met de vraag naar de diagnose. Het was een verlamming van den m. rectus superior. Een ander was eenigen tijd tusschen de oogheelkundige en chirurgische afdeeling van een universiteit heen en weer gegaatst. Het was een trochlearis-verlamming, het tweede geval dat ik met goed gevolg opereerde. Een derde was door een kinderarts, die mijn stukje gelezen had, naar een oogarts gezonden, die geen oogspierafwijking vond. Het was een verlamming van den m. obliquus superior enz. Hoe komt het, dat deze gevallen niet werden herkend? Omdat het schema, dat voor het diagnostiseeren van verlamming der schuine oogspieren gebruikt wordt, bedriegelijk is.

In het nummer van 19 Nov. jl. van dit *Tijdschrift* geeft prof. WERTHEIM SALOMONSON aan de neurologen den raad, aan de hand van een dergelijk schema en met behulp van den stand der dubbelbeelden deze verlammingen vast te stellen. Deze raad zal hen

- 1^o. in vele gevallen in verlegenheid brengen;
- 2^o. bijna steeds een onjuiste diagnose doen stellen.

Ad primum. De ervaring leert aan ieder, die zich met dit onderzoek bezighoudt, dat het moeilijk is van minder intelligente patiënten — zonder hen

te suggereeren! — vertrouwbare aanwijzingen te krijgen van den stand en vooral van de helling der dubbelbeelden. Van kinderen blijkt het meestal onmogelijk. Voorts leidt het schema tot strijd der verschijnselen, hetgeen ik straks zal aantonen. En in beginsel is het niet aanbevelenswaardig een diagnose te steunen op subjectieve verschijnselen, als men over onbedriegelijke objectieve kenmerken de beschikking heeft.

Ad secundum. Dat men bijna altijd een verkeerde diagnose stellen moet, kan ik als het ware aan prof. WERTHEIM SALOMONSON zelf demonstreeren. Hij schrijft: „Zoo vinden wij bijv., dat bij een trochlearisverlamming links de oogbeweging naar beneden en *buiten*¹⁾ en de raddraaiing neuswaarts gestoord is; . . .”. Op de raddraaiing, een subjectief verschijnsel, valt niet met zekerheid te bouwen. Blijft over het objectieve, de stoornis der beweging naar beneden-buiten. Dat defect is bij trochlearisverlamming zeer gering en ontbreekt bij flinke abductie geheel. Belangrijke stoornis naar beneden-buiten is juist het objectieve kenmerk voor rectus-inferior-verlamming, en de beweging naar beneden-binnen het criterium voor trochlearis-verlamming. In het aangehaalde, niet aan de werkelijkheid maar aan het schema ontleende ziektebeeld, zijn de verschijnselen met elkander in strijd. Stoornis in de raddraaiing neuswaarts wijst op verlamming van den m. obliq. sup, stoornis in de beweging naar beneden-buiten op verlamming van den m. rectus inferior. Het aanbevolen schema voert op dwaalwegen. In mijn opstel van 5 Aug. 1905 gaf ik een ander, dat langs objectieven weg, in enkele oogblikken de diagnose van één der schuine oogspieren met zekerheid aanwijst. Voor de figuur en voor de verduidelijking der functie der schuine oogspieren zij daarheen verwezen, in woorden kan men het aldus samenvatten: Met recht opgeheven hoofd fixeert de patiënt een hem voorgehouden voorwerp met beide ogen. Men voert nu het verdachte oog in abductie en van uit dezen stand beurtelings naar boven en beneden. Blijft het oog bij het andere achter, dan is de m. rectus superior resp. de m. rect. inf. verlamd. Is in abductie boven en beneden geen afwijking, dan herhaalt men dezelfde bewegingen in adductie. Hier verraadt stoornis in de beweging naar boven verlamming van den m. obliq. inf., naar beneden verlamming van den m. trochlearis. Met deze methode wordt de diagnose zelfs bij domme patiënten en bij kinderen gemakkelijk.

Voor het herkennen van lichte paresen, van verlammingen bij éénoogigen, van verlammingen van verschillende oogspieren te samen zal een neuroloog de voorlichting niet kunnen ontberen van den oogarts, die met behulp van de secundair-afwijking, het blikveld en de dubbelbeelden in vele gevallen het moeilijk vraagstuk nog zal kunnen oplossen.

Rotterdam, 20 November 1910.

Dr. J. P. VAN DER BRUGH.

De meeste zenuwartsen laten zich evenals ik gaarne voorlichten door den oogarts, zoowel bij het onderzoek van den fundus oculi als bij het onderzoek der oogspierverlammingen. In dit bijzondere geval moet ik echter bezwaar maken om de voorlichting van mijn oogheekundigen collega zonder

1) De cursiveering is van mij.

meer te aanvaarden. In de eerste plaats moet ik opmerken, dat voorloopig de schemata van HERING, WINTERNITZ, ZOTG, ELSCHNIG en van enkele andere physiologen en oogheekundigen nog algemeen gebruikelijk zijn, en dat al deze schemata, afgezien van kleine wijzigingen, in beginsel geheel overeenstemmen met dat van HERING. In de mij toegankelijke neurologische, oogheekundige en physiologische literatuur vind ik ze overal opgenomen. Ik noem bepaaldelijk het handboek van NAGEL, den nieuwen druk van HELMHOLTZ'S *Physiologische Optik*, en het nieuwe handboek van LEWANOWSKI enz. En gaan wij na, wat de bedoeling van mijn schema is nl. *het geven van een hulpmiddel bij het onthouden van den stand der dubbelbeelden bij afzonderlijke oogspierverlammingen*, dan meen ik dat daartegen toch geen bezwaar behoeft te bestaan. Immers de uitkomsten van het schema zijn niet anders, dan zij door vrijwel alle oogheekundigen aangegeven worden. Waar zij in figuurtjes den stand der dubbelbeelden voor elke afzonderlijke oogspierverlamming opgeven, daar komen zij tot volmaakt dezelfde voorstelling die ook ik gaf. Ik heb dan ook niets anders willen geven dan een korte samenvatting van algemeen bekende feiten.

Uit den aard der zaak is elk schema onvolmaakt en ten deele onjuist, bijgevolg ook dat van HERING. Het is echter van belang vast te stellen, dat deze onjuistheid van geen beteekenis is bij de dubbelbeelden, waarover het hier gaat. Zoodra een neuroloog vindt, dat dubbelbeelden optreden onder de horizontale, zoodat aan verlamming van den m. rectus inferior of van den m. obliquus superior moet gedacht worden, dan zal hij trachten den stand der dubbelbeelden te vinden en daaruit de einddiagnose stellen. Ik kan mij echter nauwelijks voorstellen dat hij, zooals VAN DER BRUGH dat aangeeft, hiervoor de zwakke zijdelingsche componenten zou gebruiken. In ieder geval zullen de neurologen zeker gaarne den wenk, dat het gebruik van de zijdelingsche componenten moeilijkheden oplevert en tot onjuiste uitkomsten zou kunnen leiden, ter harte nemen.

Ik kan tenslotte mededeelen, dat mijn schema praktisch bruikbaar is gebleken. Het is mij tenminste herhaaldelijk gelukt aan afzonderlijke oogspierverlammingen een etiquette te hechten, dat ook den oogarts geheel toepasselijk voorkwam. Het schema van collega VAN DER BRUGH, in het *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde* 1905, II, bldz. 373 afgebeeld, geeft geen overzicht van den stand der dubbelbeelden, waarvoor het mijne in hoofdzaak bestemd is.

Amsterdam, 23 November 1910.

J. K. A. WERTHEIM SALOMONSON.

DE CONTROLE BIJ DE ZIEKTEVERZEKERING.

Aan het verzoek der redactie om een lang artikel over bovenstaand onderwerp tot extract in te dampen, daar collega HAMAKER mij al voor geweest is, kan ik te makkelijker voldoen, omdat geheel zijn betoog over het ziekenbriefje zeldzaam nabijkomt wat door mij geschreven werd.

Naast de stelling, dat het ziekenbriefje is een verklaring afgeven op verzoek en ten behoeve van den zieke, die haar noodig heeft om zijn ziekengeld te ontvangen, plaats ik nu nog, dat de ziekenkas bij die ziekenbriefjes geen