

Als een hooger soort ambtenaren zullen er zijn de „havenartsen”. Immers de eindtraktementen zijn belangrijk hooger en bij wijze van bevordering, wordt het vooruitzicht geopend aan de geneesheeren van de C. G. D. met-tertijd voor een der vier plaatsen in aanmerking te komen. Wij vragen met eenige verbazing wat de werkzaamheden van dezen ambtenaar moeten zijn, die geen particuliere praktijk mag doen, in tijden dat er geen epidemiën heerschen, en die komen toch ook nog voor, soms jaren achtereen, te Sabang, waar de burgerlijk geneeskundige dienst geen vierde van een dag werkens oplevert, te Belawan Deli of aan de haven te Makassar? Moet hij in staat zijn en van de noodige hulpmiddelen voorzien om zelf een bacteriologische diagnose te stellen? Een eisch, waaraan niet zoo gemakkelijk te voldoen is en die een behoorlijke voorbereiding vergt en blijvende oefening.

Tenslotte een enkel woord over het nieuwe instituut der gediplomeerde Europeesche verplegers. Als het werkelijk de bedoeling is deze soort dienaren op kleine centra zelfstandig te laten dokteren, zij het onder toezicht van een geneesheer, die eens in de week komt kijken, dan zijn wij het volkomen eens met de noot van den redacteur van dit *Tijdschrift* (blz. 1087, 2de helft 1912), dat een allergevaarlijkst soort geneeskunstbeoefenaren daarmede geschapen wordt.

Wij kunnen de voorgestelde nova niet met gejuich begroeten.

Nijmegen, 22 Sept. 1912.

J. B. C. PERSENAIRE.

BEHANDELING VAN BEENBREUKEN IN OF BUITEN ZIEKENHUIZEN.

I.

Nadat door collega VAN TROOYEN uit een statistiekje van 100 door hem waargenomen gevallen van onderarmbreuk een conclusie is getrokken, die volgens prof. KORTEWEG den toets niet kan doorstaan, geeft laatstgenoemde uit dit zelfde statistiekje berekeningen, die moeten bewijzen, dat de huisarts bij de behandeling van beenbreuken behoort te worden uitgeschakeld. Terwijl nu prof. KORTEWEG bij ons allen bekend staat niet alleen als uitstekend geleerde, maar ook als ernstig mensch, die bij zijn publicaties niet over ijs van één nacht pleegt te gaan, zullen vele huisartsen met mij zich hebben afgevraagd, hoe het mogelijk is, dat deze geleerde uit subjectieve berekeningen met betrekking tot een kleine statistiek van een ander conclusies trekt over behandeling door den huisarts, die niet anders dan lichtvaardig gesteld en onbewezen kunnen genoemd worden. Hij concludeert o. a. 2°. „dat, wanneer men met elkander vergelijkt: *eenerzijds* de breuken, die oorspronkelijk wegens den grooteren ernst terstond in de ziekenhuizen werden opgenomen, met *anderzijds* die, welke van het begin tot het einde in particuliere behandeling blijven en daar eveneens terstond als zoodanig herkend werden, dat het dan bij deze vergelijking blijkt, dat de eerste, dat zijn dus wel waarschijnlijk nog altijd ernstiger gevallen *dubbel* zoo goed genazen als de *laatste* (15 pCt. en 30 pCt. rentetrekkers)”; 3°. „dat ook onder de gevallen, die bij de *eerste hulp* in het ziekenhuis als beenbreuken herkend, maar niet opgenomen werden, vele rentetrekkers — 31 pCt. — gebleven zijn, te veel in vergelijking met de 15 pCt. bij de opgenomenen, om er niet op te

wijzen, hoe de ernst der aandoening klaarblijkelijk menigmaal onderscha werd of wel tengevolge van het minder deskundig toezicht der particuliere geneeskundigen, de nabehandeling onvoldoende was, een veronderstelling, die zeer voor de hand ligt, omdat een gedeelde verantwoordelijkheid overal en altijd zeer licht tot nadeel voor den patiënt voert".

De bewijskracht der berekeningen nu is zóó gering, dat prof. KORTEWEG er blijkbaar zelf over valt, wanneer hij zegt: „de getallen, die aan bovenstaande beschouwingen ten grondslag liggen, zijn te klein, zocals blijkt uit de wijziging, die een andere beschouwingswijze in één enkel geval¹⁾ op hen uitoefent". Beweer ik te veel met te zeggen: wie dit inziet, mag ook niet concludeeren? Het moge prof. KORTEWEG en anderen blijken, hoe gevaarlijk het is uit een kleine toevallige statistiek conclusies te trekken, nu wij uit die zelfde statistiek op gelijke wijze redeneerende tot andere zeer vreemde conclusies zouden kunnen komen. Nemen wij nl. de 24 van de 100 gevallen van collega VAN TROOYEN, die blijvend invalide zijn, en daaruit de 17 gevallen, waarbij de huisarts in het spel was, dan zien wij achtereenvolgens een invaliditeitspercentage van 10—20—50—15—10—40—50—10—15—15—20—15—50—15—20—30—10 = 395 d.i. gemiddeld $23\frac{4}{7}$ pCt. Nemen wij daarnaast de 7 gevallen, waaraan de huisarts niet debet was, waaraan alleen specialistische en ziekenhuisbehandeling werd besteed, dan zien wij op dezelfde wijze 60—50—80—100—70—15—70 = 445 d.i. gemiddeld $63\frac{4}{7}$ pCt.!! Van deze laatste rekent prof. KORTEWEG er 5 tot de buitengewone gevallen zonder evenwel juiste kennis van die ongevallen te hebben; volgen wij hem evenwel na, dan blijven toch de 2 laatsten 15—70 met een gemiddelde van $42\frac{1}{2}$ pCt. En het percentage der invaliditeit zal wel bijna als even belangrijk aangeslagen worden als het aantal min of meer invaliden. Maar nu zal het toch bij ons, huisartsen, niet in de gedachte komen hieruit een conclusie te halen! Eens te meer blijkt al weer „wie eine feile Dirne" zulk een statistiek en vooral zulk een kleine statistiek is. Wanneer de huisarts dient verdreven te worden van een bepaald terrein, het zij zoo, maar dan moet dat bewezen worden niet met een kleine toevallige statistiek, maar met vele en groote, dan moeten daarbij ook vooral veel meer gegevens komen, zooals daar zijn uitgebreide inlichtingen over den aard van letsel en ongeval, verder of de behandeling plaats had in groote steden, kleine steden of dorpen (wat natuurlijk groot verschil geeft door de verschillende omstandigheden), of er andere kwalen bij in het spel waren, of er complicaties waren, dan moet de leeftijd der getroffenenen ten sterkste worden in acht genomen en dan nog, als alles en alles zou uitkomen ten nadeele van den huisarts in het algemeen, dan nog zou de conclusie van uitsluitende ziekenhuisbehandeling, die de patiënt over het algemeen zeker niet zal verkiezen, niet behoeven door te gaan; (ieder weet daarbij, dat de patiënt in een ziekenhuis somwijlen ook niet terstond of doorlopend komt onder behandeling van hoogleeraar of specialist, maar dat aan jeugdige assistenten nog al eens wat moet worden toevertrouwd); maar dan kunnen wij nog prachtig opmarcheeren naar het terrein van de commissie voor de praktische vorming.

Het wil mij nog steeds voorkomen, dat een gezonde toestand aanwezig is,

1) Deze cursiveering is van mij.

wanneer de huisarts aan ziekenhuizen en specialisten overlaat, wat hij niet af kan — en dat blijkt al wel in de eerste dagen —, en niet dat hem elk geval à tort et à travers ontnomen worde; zijn zelfstandigheid komt daardoor te veel in het gedrang en het publiek heeft te veel belang bij een zoo veel mogelijk zelfstandigen huisarts. En dat deze niet zondige, daarvoor heeft te waken het instituut der controleerend geneeskundigen, zooals dat bij de Rijksverzekeringsbank in de laatste jaren vrijwel tot aller genoegen werkt — zoowel van patiënt als van geneesheer — en tot voorbeeld kan dienen. Een contrôle, die volgens de eenparige uitspraak van de Maatschappij-commissie in zake de onderlinge verhouding tusschen verzekeringsmaatschappijen, behandelend geneesheer en controleerend geneeskundige „volkomen oorbaar is en onvermijdelijk; mits daarbij de vormen behoorlijk worden in acht genomen, ligt in contrôle niets krenkends voor geneesheeren”.

Nu ben ik mij zeer wel bewust, dat prof. KORTEWEG mijn minderwaardigheid zal kunnen maken en breken, maar ik voel een leger achter mij en wanneer het erg is, dan verwacht ik hulp van anderen; ik vraag er om.

Haarlem, 22 September 1912.

N. J. M. FAÇÉE SCHAEFFER.

II.

Prof. KORTEWEG heeft mij de eer aangedaan mijn arbeid over de behandeling van beenbreuken (zie dit *Tijdschrift* 1912, 2de helft, bldz. 13) aan een uitvoerige beschouwing te onderwerpen. Hij zegt wel, dat ik uit de archieven der Rijksverzekeringsbank heb kunnen „putten”, maar hij weet, dat ik bij de bewerking van mijn artikel „alleen in beschouwing genomen heb getroffen, die door mijzelf herhaalde malen zijn onderzocht, en dat door mij geen gegevens zijn gebruikt, die niet door persoonlijk contact zijn verkregen”, iets waaraan ik groote waarde hecht. Ik heb hem dit n.l. schriftelijk medegedeeld in antwoord op zijn verzoek eenige opmerkingen te willen maken omtrent de drukproef van zijn artikel, welke hij de vriendelijkheid had mij ter hand te stellen en waarin hij daarna ook eenige veranderingen heeft aangebracht.

Waar nu echter blijkt, dat hij geen aanleiding gevonden heeft zijn opvatting, als zou er een verschilpunt bestaan ten opzichte van de behandeling der beenbreuken tusschen hem en mij, te wijzigen, moet ik wel aannemen, dat ik de bedoeling van mijn publicatie niet scherp genoeg heb aangegeven, en zij het mij vergund, hierop thans nader in te gaan.

Toen ik meer en meer den indruk kreeg, dat de behandeling van beenbreuken resultaten had, welke voor verbetering vatbaar waren, heb ik gemeend hieromtrent juiste, door mijzelf gecontroleerde gegevens te moeten bijbrengen. Ik ben begonnen met de breuken van den onderarm en ben nog bezig met die van het onderbeen. Het resultaat van het onderzoek overtrof helaas mijn verwachtingen, en daar allereerst de slechte invloed van schablonenhaft toegepaste immobilisatie in het oog sprong, luidde ik de alarmklok in mijn eerste artikel „Over Fractuurbehandeling” (1911, 2de helft, bldz. 864).

Dat tegenspraak zou volgen, verwachtte ik en deze was mij welkom. Inmiddels werkte ik door aan mijn statistiek, teneinde de uitkomsten te