

denk, mij met een dergelijk werk bezig te houden. Het zou een onlogisch werk zijn om proefondervindelijk de uitkomsten van een in beginsel juiste en van een in beginsel onjuiste methode zonder meer te vergelijken, alleen met de bedoeling om na te gaan in hoeverre de uitkomsten dier beide methoden zouden overeenstemmen of verschillen. Ik heb toch in de *Deutsche med. Woch.*, 1917, n^o. 2 uiteengezet, dat de door HAMBURGER aangewende methode in beginsel onjuist is en dat de daarmee verkregen uitkomsten onbetrouwbaar zijn. Zoolang derhalve niet bewezen is, dat de redeneering, op grond waarvan de in mijn aangehaald artikel vermelde gevolgtrekkingen gemaakt werden, foutief is, blijven die gevolgtrekkingen onveranderd bestaan. Ten slotte hoop ik, dat deze zaak thans duidelijk genoeg is en dat ik niet nogmaals verplicht moge zijn op dit onderwerp terug te komen; de zaak is daarvoor inderdaad te eenvoudig.

Groningen, 3 Juni 1917.

T. A. VENEMA.

BEHANDELING VAN SCHEDELSCHOTWONDEN.

Het antwoord van dr. MUSKENS geeft mij nogmaals aanleiding mijn vraag te herhalen. Aangezien dr. MUSKENS, naar ik meen, zelf telkens de aandacht er op vestigt, dat hij een zeer afzonderlijk standpunt inneemt, was niet mijn bedoeling te vernemen, wat collega MUSKENS over dit vraagpunt dacht, maar wel, of in dit geval zijn oordeel de meening van de Nederlandsche neurologen weergaf. Volgens de discussies, gehouden in de Société de Chirurgie de Paris in 1916, meen ik, dat men daar algemeen tot verder strekkende behandeling is gekomen. Het operatief exploreeren van de verwoestingen aan het schedeldak door den kogel toegebracht geeft mij den indruk een ongevaarlijke ingreep te zijn, die veel kwaad kan voorkomen. De nieuwe richting in de oorlogschirurgie is, door doelmatig ingrijpen te trachten nadeelige verschijnselen uit te schakelen. Wanneer men secundair bij hersendruk-verhooging en prikkelingsverschijnselen ingrijpt, bestaat er bij schedelschotwonden slechts geringe kans den patiënt te redden. (Zie de uitgebreide literatuur).

Belangwekkend is, hoe de heer MUSKENS uit opmerkingen, waar het alleen om de zaak zelf te doen is, persoonlijke gevolgtrekkingen maakt.

Hopende niet te onbescheiden te zijn geweest met betrekking tot de plaatsruimte,

Middelburg, 3 Juni 1917.

Dr. P. H. VAN ROOJEN.

DE AANGIFTE VAN ZIEKTEGEVALLLEN INGEVOLGE ART. 21 DER ARBEIDSWET 1911.

Onder het hoofd „Beroepsbelangen: de geneeskundigen en de Arbeidswet 1911” in het nummer van 26 Mei van dit *Tijdschrift* brengt collega PINKHOF een aantal gedachten in een vorm, die mij aanleiding geeft tot de volgende opmerkingen.

In bovenstaand wetsartikel is aan iederen geneeskundige in Nederland de verplichting opgelegd aan den Directeur-Generaal van den arbeid schriftelijk aangifte te doen van de aan zijn behandeling onderworpen gevallen van bepaalde ziekten, aangewezen bij algemeenen maatregel van bestuur. Het opnemen van dit artikel werd in de memorie van toelichting gemotiveerd door te wijzen op het groote belang van dit onderwerp voor de arbeidersbescherming in de volgende woorden: „Zoowel toch voor het bepalen van den arbeid, die met het oog op de gezondheid der arbeiders aan banden behoort te worden gelegd, als voor het overwegen van de vraag, in hoeverre aan de schadelijke gevolgen van bedrijfsziekten kan en moet worden tegemoet gekomen, is het wenschelijk met eenige juistheid te weten, *in welke gevallen en in welke mate* (ik cursiveer) zich ten onzent zoodanige ziekten voordoen. Daarvan nu is nog slechts betrekkelijk weinig bekend en de resultaten van vrijwillige opgaven bleken weinig bevredigend. Trouwens stuit elke poging om vrijwillige opgaven van de zijde der medici te verkrijgen op het formulier van den artseneed, dat mededeeling omtrent de patiënten in het algemeen verbiedt, tenzij bij wijze van getuigenis in rechten, of wanneer eenige wet tot het doen van mededeeling verplicht”.

Het opnemen van dit artikel in een wet maakt, dat hier een geval, als in de eeds-