

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<sup>o</sup>. 2 uiteengezet, dat de door HAMBURGER aangevonden 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-

formule bedoeld, aanwezig is, waarbij ontheffing van het geneeskundig beroepsgeheim wordt verleend.

In 1911 benoemd tot geneeskundige bij de arbeidsinspectie was mijn eerste werk samen te stellen een lijst van ziekten, waarvoor een oorzakelijk verband kon worden aangenomen met het beroep. Bij de keuze van bepaalde ziekten werd rekening gehouden met het betrekkelijk weinig hierover bekende in het buitenland, en bij het opnemen van enkele hiervan, met het koele verstand van de Nederlandsche geneeskundigen in het algemeen. Zooals gebleken is, terecht; ondanks het groot aantal longlijdende arbeiders wordt telken jare slechts een klein getal ingevolge art. 21 aangegeven. In overleg met de 9 districtshoofden van den arbeid werden toen voor de ziekten, genoemd in groep B van den algemeenen maatregel van bestuur bij de beperking van de aangifte tot het werkzaam zijn in *bepaalde* bedrijven, diegenen uitgekozen, waarvan men verwachten kon, dat zij meer dan andere de mogelijkheid insloten een bepaalde ziekte te doen ontstaan.

Bovendien werd voor de ziekten, genoemd in deze groep, de verplichting tot aangifte nog beperkt tot die gevallen, waarin de patiënt in een bepaald bedrijf *binnen zekeren termijn vóór den aanvang der geneeskundige behandeling werkzaam is geweest*. (Kolom V van groep B.) Voor elk der genoemde ziekten werd nagegaan, hoeveel tijd *na het treden uit een bedrijf*, dat bedrijf nog als oorzaak van de ziekte kon worden beschouwd. Zoo is b.v. voor longlijders als grens gesteld een tijdsduur van 3 jaren, sedert het verlaten van een hem ziekmakend bedrijf, in de veronderstelling, dat na het uit-treden in den loop van 3 daaropvolgende jaren het longlijden zich nog openbaren kan als gevolg van het bedrijf, patiënt zich onder behandeling kan stellen, en voor den arts de verplichting tot aangifte blijft bestaan. Is patiënt langer dan 3 jaren uit het bedrijf vóór zijn aanmelding bij den geneeskundige, dan wordt een oorzakelijk verband niet meer aangenomen.

Deze toelichting schijnt mij niet overbodig, aangezien collega PINKHOF schrijft, „dat de aangifte verplicht is, *slechts* als het bedrijf *gedurende een zekeren tijd* is uitgeoefend”; de redactie van kolom V, in dit opzicht misschien niet geheel duidelijk, zou aanleiding tot dit misverstand kunnen zijn. In tal van gevallen heeft de aangifte van ziektegevallen geleid tot belangrijke verbetering van toestanden in fabrieken, het wegnemen van schadelijkheden en tevens tot het bezoeken door de geneeskundigen bij de arbeidsinspectie van gelijksoortige bedrijven, wanneer eenmaal een bepaalde ziekteoorzaak was bekend geworden.

Het in 1912 grooter aantal aangiften dan nu, wordt o.a. wel verklaard door het vestigen van de aandacht der geneeskundigen op dit artikel, door het „schrijven van den Directeur-generaal van den arbeid en de toezending van de „handleiding voor geneeskundigen”. Het *niet-dagelijks* onder de oogen komen van beroepsziekten doet velen artsen de mogelijkheid van een verband met het bedrijf uit het geheugen verliezen. Om hieraan te gemoet te komen, bestaat het voornemen, dit jaar een aanvang te maken met het houden van korte voordrachten met lichtbeelden van beroepsziekten in overleg met de verschillende geneeskundige kringen in den lande, in de hoop, dat het „in het oog in het hart”, het zijne er toe zal bijdragen, meer dan tot nu toe te doen denken aan de mogelijkheid van een ziekte *door* het beroep.

Dat collega PINKHOF art. 21 nog eens onder de aandacht der geneeskundigen heeft gebracht, kan niet anders dan de zaak ten goede komen.

's-Gravenhage, 6 Juni 1917.

W. R. H. KRANENBURG.

## BERICHTEN.

### Wetten, Besluiten, Officiële verslagen, enz.

*Jaarverslag staatstoezicht op de volksgezondheid.*

Verschenen is het jaarverslag van het staatstoezicht op de volksgezondheid over het jaar 1915.

Onder het hoofdstuk Personalialia wordt melding gemaakt van het overlijden van den