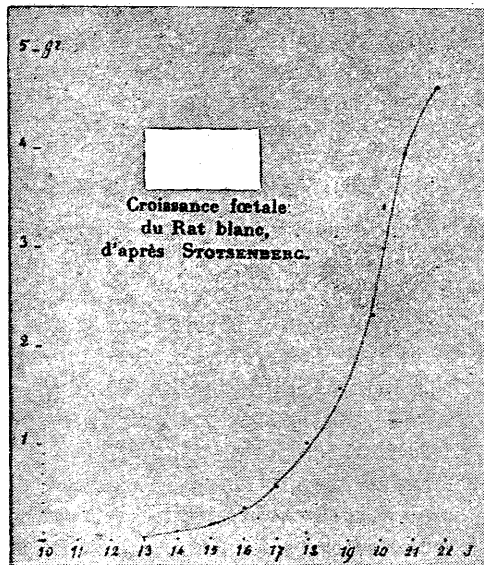


In een aan mij persoonlijk gericht schrijven was dr. LEOPOLD nog zoo vriendelijk, mij opmerkzaam te maken op een ingeslopen fout, die ik hierbij gaarne tevens verbeter.

De beide constanten a en b op blz. 5990 moeten zijn:

$$a = \frac{A_1 k_1}{A_2 k_2}, \quad b = A_1 k_1 (t_2 - t_1)$$

Tevens maakt dr. LEOPOLD mij er op attent, dat fig. 1 ongelukkig gekozen is. Inderdaad geeft deze curve, onderbroken als zij is door de geboorte, niet den typischen S vorm te zien. De hieronder afgedrukte figuur moge dezen lapsus herstellen.



HERINGA.

CHRONISCHE APPENDICITIS EN INVALIDITEIT.

Aangezien ik meende, dat meer bevoegden met meer materiaal wel zouden ingaan op het stukje van collega SNOECK HENKEMANS, is het volgende eenigen tijd in de pen gebleven.

De door hem aangehaalde dorps-historie ziet men zich wel meer afspelen, en is in den grond begrijpelijk. Jarenlang schijnt in bepaalde streken geen appendicitis voor te komen. Wel af en toe peritonitis, waaronder dan, om een concreet geval te noemen, een maagperforatie, die na zes en dertig uur „aankijken” rijp voor den chirurg wordt geacht. En ziet, er komt een jong arts en regelmatig verschijnen er acute blinde darmontstekingen. Dat dit verschijnsel gepaard gaat met een vermeerdering van chronische appendicitis behoeft geen betoog. Hoeveel jaren zou in zoo'n streek „gespaard” zijn?

Verder zegt collega SNOECK HENKEMANS, dat er altijd een zekere vrijgevigheid is geweest. Persoonlijk kan ik dit buitengewoon op prijs stellen, doch de ervaring met patiënten leert, dat deze wijze van doen voor de patiënten buitengewoon verwarrend werkt, en dat zij van de werkwijze van het Invaliditeits fonds-niets begrijpen en dikwijls meenen uiterst onbillijk behandeld te worden.

Ook lang niet alle huisartsen zijn er geheel achter en meermalen hoorde ik de opvatting, dat het een gokje was, of meer van het humeur in Amsterdam afhing (historisch !)

1) KLARA BAGG. Die „appendicitisähnliche” isolierte Mesenterialdrüsen-tuberculose und ihr Schicksal in weiteren Verlaufe, BRUNS' Beiträge Bd. 141. I.

Verder mis ik in de ziektegeschiedenissen het pathologisch anatomisch onderzoek. Ik weet, dat dit niet geschiedt, omdat het niet in het belang van het Invaliditeitsfonds wordt geacht. Toch zullen af en toe hierdoor belangrijke dingen ontglippen.

Verder zie ik uit geen enkel verslag, of er gekeken is naar andere organen der buikholte, met name naar klierzwellings in het mesenterium 1). Den laatsten tijd is hierover een belangrijke publicatie verschenen. Deze zwelling is, zooals mij zelf is gebleken, lang niet altijd tuberculose en vormt eigenlijk een ziektebeeld op zich zelf. Het aantal van deze patiënten is m.i. verrassend toegenomen. Bovendien is een zeer groot aantal, na de appendectomie, bevrijd van haar klachten.

Verder meen ik te moeten concluderen, dat de z.g. chronische appendicitis veel meer bij vrouwen, dan bij mannen voorkomt. Daar ik vermoed, dat het aantal verzekerde mannen dat der vrouwen verre overtreft, zou bij een gelijk aantal ziektegevallen, dit ook uit de cijfers van collega SNOECK HENKEMANS blijken.

Inderdaad is onze ervaring, dat ondanks alle hulpmiddelen de diagnose chronische appendicitis bij de vrouw dikwijls fout is, bij den man meestal juist. Geslachtsverkeer bij de vrouwen is een factor, waar rekening mede gehouden moet worden (nerveuse factor?)

Dat er menige „gezonde” appendix aan het mes ten offer valt zal ik allerminst ontkennen, doch kent collega SNOECK HENKEMANS de ellende van het bij twijfel afwachten. Is dit nog geoorloofd, nu de ingreep zoo klein is geworden? (Hoe minder ziek de appendix, des te kleiner incisie en des te korter de operatie).

Verscheen nog niet onlangs, naar ik meen uit de kliniek te Bazél, een statistiek van 1200 geopereerde koude appendixen, waarbij een sterfgeval was voorgekomen, terwijl toch juist deze operatie, het meest door de minst geoefende handen, in dit geval door de jongste assistenten was verricht.

Het gevaar moet dus m.i. niet overdreven worden. Per slot van rekening kan elke ingreep noodlottig verlopen. Ik zag eenmaal een noodlottig beloop na het trekken van een kies, doch daar zal toch wel niemand aan denken bij zijn gang naar den tandarts.

Dat men alleen opereert, indien een operatie vereischt is, is naar ik meen niet meer het standpunt der tegenwoordige chirurgén. Ook bij het onderwerp: afgekapseld absces, meen ik, dat collega SNOECK HENKEMANS teveel naar een auteur kijkt. Ik weet zeker, dat er talrijke zijn, die gaarne een absces openen, hetgeen practisch altijd zonder gevaar kan geschieden, en welke handelwijze de ziekte duur aanmerkelijk bekort. Aan de tweemaal vier en twintig uur houdt zich, geloof ik, niemand meer. Een proces, waarbij zulke onberekenbare factoren als: virulentie, weerstandsvermogen enz. beteekenis hebben, gezwegen nog van de steeds wisselende anatomische verhoudingen, laat zich niet door de klok regelen.

* Ten slotte nog dit: collega SNOECK HENKEMANS de toekomst der patiënten met chronische appendicitis besprekend, onderscheidt drie mogelijkheden, doch in geen der drie komt het tot invaliditeit. Toch werden er blijkens het jaarverslag der R.V.B. in 1923 twee; in 1924: vier; in 1925: vijf en in 1926: twaalf invaliditeitsrenten voor chronische appendicitis toegekend. Blijkbaar leidt deze ziekte, ondanks het teveel operatief ingrijpen, toch nog tot invaliditeit.

Goes, December 1928.

J. F. O. HUESE.

TANDTECHNICI EN GENEESKUNST.

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega L. DE RUYTER MAYER, in dit Tijdschrift van 22 December 1928 over tandtechnici en geneeskunde, zou ik gaarne het volgende opmerken. Ik ben het niet eens wat betreft de beweerde belangstelling van de artsen voor tandheelkunde. Mijns inziens is het juist te wijten aan het gebrek aan belangstelling van de artsen voor de tandheelkunde en daardoor aan hun onbekendheid ermede, die geleid heeft tot empirisme en niet volledige medische opleiding voor de beoefenaren der tandheelkunde. Gelukkig begint men overal in te zien, dat mond- en tandheelkunde evengoed een deel is van de algemeene ge-