

letsel is ontstaan, niet te pas komt. Die opvatting schijnt mij soepeler, zeker sympathieker en wij hebben er meer houvast aan. Terwijl het wetenschappelijk denken dáárdóór niet in het gedrang zal komen.

Utrecht, 9 Februari 1930.

K. A. ROMBACH.

Naschrift.

De zaak is niet zóó eenvoudig als collega ROMBACH meent. Het gaat niet alleen over „gemoedsrust” ten opzichte van enkele afwijkingen, doch het beginsel der ongevallenverzekering is er bij betrokken.

Dat men sommige beroepsziekten voor de geldelijke uitkeering gelijk heeft gesteld met ongevallenletsels, deert niemand. Doch dit is niet het geval met de tendovaginitis crepitans. Deze zou vallen onder de letsels, welke in „betrekkelijk korten tijd” ontstaan. Door deze letsels op te nemen heeft men te kwader ure het beginsel der ongevallenverzekering losgelaten; doch men heeft dit, in het klein, langs een zijweg gedaan. Ik kan mij begrijpen, dat men uit practische overwegingen het verschil tusschen ongevallen-, ziekte- of invaliditeitsverzekering wil laten vervallen en uitsluitend wil verzekeren tegen loonderving ten gevolge van geestelijke of lichamelijke afwijkingen, waar en op welke wijze ook ontstaan.

Dit zou althans practisch zijn, al zou ik het met het oog op de wetenschap betreuren. Sedert de ongevallenverzekering heeft men zich meer dan ooit beziggehouden met de aetiologie van verschillende aandoeningen, en dit zou dan allicht minder worden. Maar bepaald verderfelijik is het, indien wet of rechter, gelijk het geval was vóór deze uitspraak, officieel een aetiologie van sommige afwijkingen vaststelt. Op deze wijze zouden langzamerhand allerlei verkeerde begrippen ontstaan omtrent de bestaansoorzaken van verschil ende aandoeningen. Daaraan is nu weer een eind.

Nu mag er weer gedacht worden en heeft de wetenschap het laatste woord. En nu zal men trachten de aetiologie te doorgronden. Dat noem ik vooruitgang.

Den Haag, 15 Februari 1930.

D. BROCKX.

ELEPHANTIASIS ULCEROSA* GENITALIS ET ANO-RECTALIS.

Met belangstelling las ik het ingezondens stukje van collega KROON, waarin hij den nadruk legt op de chirurgische behandeling van lymphogranuloma inguinale. Zijn stukje werd geschreven naar aanleiding van mijn artikel over bovenstaand onderwerp, waarin de therapie van lymphogranuloma niet behandeld werd, te meer daar ik h. erover in enkel andere artikels (*Beiheft für Schiffs- und Tropenhygiene* en het *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indië*) reeds gesproken had. Mijn ervaring en die van verschillende anderen, die ik terzake gesproken heb, is wat betreft de chirurgische therapie zeker niet zoo gunstig als die van collega KROON, en dat na het wegnemen der kieren de zaak meestal na enkele dagen afgelopen zou zijn, kan ik niet gelooven. Ik geef gaarne toe, dat het zieke klierweefsel waarschijnlijk toch niet meer van beteekenis kan worden voor een afvloeijing van de lymphe, doch mijn ervaring is, dat het d. kwijls buitengewoon moeilijk is om bij chirurgisch ingrijpen de grens van ziek en gezond te trekken. Ik zelf heb gedurende eenige jaren in Indië, ook wanhopig geworden door de slechte uitkomsten van iedere medicamenteuse therapie, zooveel mogelijk de aangetaste kieren geëxstirpeerd en ik meen, dat de meest juiste weg daarbij niet is exstirpatie na incisie, doch exstirpatie na excisie van een ovaal, als regel aan het ligament van POUPART evenwijd g loopende hu. dlap. Ik acht dit van veel belang, omdat men bij incisie het operatieterrein in het geheel niet overziet, terwijl men bij excisie veel beter kan zien, wat men doet, vooral omdat zoo d. kwijls blijkt, dat in de diepte nog talrijke klierontstekingen aanwezig zijn. Juist deze klierpaketten, die niet zelden achter het os ileum liggen maken het buitengewoon moeilijk, ja zelfs onmogelijk, om volledig weg te nemen, zooals collega KROON voorstelt. Ik geef echter gaarne toe, dat vooral in het allereerste begin soms wegneming van een of enkele aangetaste kieren definitief genezing kan brengen en ook in een veel later stadium, als een zeer duidelijke demarcatie is ontstaan, kan het soms ook gelukken het geheel weg te nemen.

Dat collega KROON bij zijn patiënten geen gevallen van elephantiasis ulcerosa genitalis et anorectalis gezien heeft, beteekent bij het betrekkelijk zelden voorkomen van lymphogranuloma inguinale nog niet zoo heel veel; het voornaamste is, dat deze aandoening secundair aan lymphogranuloma inguinale voorkomen kan en dat ook inderdaad af en toe doet, zooals uit de publicatie van FREI en de daarop gevolgde mededeelingen van anderen blijkt.

Nadat ik dit *Tijdschrift* over dit onderwerp geschreven heb, is mij uit mededeelingen van verschillende collega's gebleken, dat zij gevallen van elephantiasis ulcerosa gezien hebben, waarbij eveneens bubonen-processen vooraf waren gegaan.

Dat de elephantiasis ulcerosa eenvoudig een voortzetting zou zijn van het lymphogranuloma inguinale-proces lijkt mij zeer onwaarschijnlijk. Niet zelden ligt er tusschen beide ziektebeelden een interval van verschillende jaren en het beeld van de elephantiasis ulcerosa met zijn duidelijke elephantiasis-achtige weefselwoekeringen aan vulva en anus lijkt niets op dat van de voorafgaande klieraandoening.

Ik wil zeker dus niet ontkennen, dat chirurgische therapie dikwijls van nut kan zijn, mits met de noodige voorzichtigheid en kennis van zaken toegepast, doch ik blijf mijn conclusie handhaven, dat, gezien onze nieuwe ervaring, het zooveel mogelijk sparen van het klierweefsel aanbeveling verdient en dat dus ook bij chirurgisch ingrijpen alleen à vue die zieke klieren verwijderd moeten worden, waarvan wij met groote zekerheid mogen aannemen, dat zij voor de verdere lymphfunctie toch geen rol meer kunnen spelen. Ik voor mij geloof trouwens, dat het niet zoozeer de oppervlakkige lymphklieren dan wel de meer in de diepte gelegene zijn, die bij uitschakeling aanleiding geven tot het prognostisch zoo ongunstige proces der elephantiasis ulcerosa.

E. H. HERMANS.

CONSULTATIEBUREAUX VOOR ZUIGELINGEN.

Ongeveer 2 weken geleden werd aan de 3 hier wonende artsen door den provincialen leider dezer bureaux verzocht, zich ook hier te belasten met de waarneming van een consultatiebureau voor zuigelingen. Na eenige dagen hebben wij geantwoord hiertoe niet bereid te zijn. Met groote instemming las ik nu de beschouwingen van POSTHUMA over dit onderwerp, daar de genoemde motieven bijna woordelijk door ons zijn gebezigd in ons antwoord aan den betreffenden geneeskundigen ambtenaar. Ook wij zijn van meening, dat er voor fonds- en particuliere patiënten voldoende gelegenheid bestaat hun geneeskundigen op het gewone spreekuur te raadplegen. Welke zuigeling is ziek? Welke gezond? Waar is de grens te trekken? Precies als POSTHUMA hebben ook wij de bezwaren gevoeld; ook het motief, dat het om beurten waarnemen van dit bureau (zooals ons werd voorgesteld) bezwaar zou *kunnen* opleveren voor de collegiale verhoudingen, is door ons volkomen beseft. Ons slotmotief was nog dit: Dat Rijk of organisaties, welke consultatiebureaux in het leven roepen, ook voor voldoende geneeskundige ambtenaren behooren zorg te dragen en het niet aangaat de zoowel met administratief als ander werk reeds zoo overbelaste huisartsen nog meer (gratis te verrichten) werk op de schouders te leggen.

Want er schuilt in de al te groote bereidwilligheid der plattelandsgeneesheeren om zich met de waarneming van consultatiebureaux te belasten een ander bezwaar. Men zal steeds verder gaan op dezen weg, steeds meer probeeren uit de practijk van den geneesheer naar de gratis-behandeling van een „bureau” over te hevelen. Heeft men in Weenen niet reeds consultatiebureaux voor diabetici opgericht? Wanneer volgen deze hier?! En dan wellicht dito voor „rheumatische aandoeningen” enz. Het kan nog een bonte rij worden!

Bovendien schaadt het den algemeenen arts moreel. Het publiek moet wel, en terecht, concludeeren, dat hun zuigelingen, hun diabetici enz. tot nu toe vrij miserabel door hun dokter zijn behandeld, wanneer met klem door de wegbereidende organisaties op het groote nut der verschillende bureaux wordt gewezen.