

DE ARTSENPOSITIE IN INDIË

Wij ontvingen wederom enige bijdragen naar aanleiding van het verslag der reis-indrukken van den thans afgetreden voorzitter der Medische Coördinatie Commissie, alsmede naar aanleiding van de critiek, die op dit verslag is uitgeoefend. Zij geven opnieuw blijk van uiteenlopende meningen, ook over ons standpunt, dat er op dit oogenblik geen aanleiding is de gedachtenwisseling over een en ander voort te zetten.

Na rijp beraad besloot de Hoofdredactie haar standpunt niet te wijzigen; slechts geeft zij in dit nummer plaatsruimte aan een ambtelijke verklaring van den voorzitter van de Medische Coördinatie Raad te Batavia.

REDACTIE

DE TANDHEELKUNDIGE OPLEIDING OP BREDER BASIS

In zijn historisch overzicht vergeet de heer MARGADANT een enkele zeer belangrijke datum. Bij het tot stand komen van het Academisch Statuut in 1921 (*Staatsblad* 800) is ook het tandheelkundig onderwijs in principe geregeld en tot universitair onderwijs gemaakt.

Nooit is — voorzover mij bekend — door een student noch door een tandarts, of door enige organisatie gebruik gemaakt van de gelegenheid deze regeling effectief te maken door een desbetreffend verzoek. In deze 26 jaar heeft dus in de tandheelkundige wereld niet de behoefte aan een werkelijk academische opleiding bestaan. Sinds het jaar 1921 zijn verscheiden commissies (ik heb van alle deel uitgemaakt behalve in 1945) werkzaam geweest om het tandheelkundig onderwijs uit te breiden en te verbeteren. Eénmaal heeft een rapport het tot een wetsvoorstel gebracht onder Minister SLOTEMAKER DE BRUÏNE. Dit wetsvoorstel is tijdens de behandeling ingetrokken, naar ik meen op verzoek van tandheelkundige zijde. Zelfs in 1942 is de commissie onder voorzitterschap van prof. BOËKE tot het besluit gekomen, dat wel is waar de tandheelkundige studie in het academisch verband moest worden opgenomen, doch dat de examens grotendeels moesten blijven zoals zij waren. Nu is in 1947, wel onder de druk van het zeer grote aantal studenten (bestaat dat nergens anders?), de nieuwe wet tot stand gekomen. Dure opleiding van 6 jaar, met naar ik vrees tandartsen die van alles heel weinig en van weinig alles zullen weten, om dan nog doctor in de geneeskunde te worden. Ik ben het met den heer MARGADANT eens dat wij een moeilijke overgangstijd zullen krijgen met dalend aantal liefhebbers voor deze opleiding. Moge die tijd kort zijn.

Utrecht, 20 December 1947

A. J. P. VAN DEN BROEK

DE DENERVATIE VAN HET HEUPGEWRICHT

Met belangstelling heb ik het artikel van collega T. A. DONKERSLOOT over de denervatie van het heupgewricht gelezen 1). Het zij mij vergund, naar aanleiding hiervan enkele opmerkingen te maken. Sinds mijn eerste mededelingen 2) over de denervatie van het heupgewricht wegens arthrosis deformans, heeft deze behandeling nog twee maal ter discussie gestaan 3). Onze opvattingen over de waarde van de denervatie zijn sindsdien niet veranderd, zodat de uit mijn voordracht aangehaalde zin „De meeste bevrediging geeft de sensible denervatie” zijn geldigheid ten volle heeft bewaard, hetgeen ook uit de gunstige resultaten van

1) DONKERSLOOT, De denervatie van het heupgewricht, *N.T.v.G.* 3674, 1947.

2) CHAPCHAL, De behandeling van de arthrosis deformans van het heupgewricht. *Ver. v. Heelk.* 15 Dec. 1946. CHAPCHAL, De grenzen der conservatieve en de mogelijkheden der operatieve behandeling van arthrosis deformans van het heupgewricht. *Ned. Ver. van Rheumatologen* 15 Febr. 1947. *N.T.v.G.* 1758, 1947.

3) MULDER, Denervatie van heup- en kniegewricht bij arthrosis deformans. *Ned. Orth. Ver.* 9 Nov. 1947. CHAPCHAL, Paravertebrale sympathicusblokkade met novocaine bij de behandeling van arthrosis deformans coxae. *Ned. Orth. Ver.* 9 Nov. 1947.

collega DONKERSLOOT blijkt. Ik vervolgde toen: „terwijl de uitkomsten der arthroplastieken twijfelachtig zijn en de arthrodese wel fraaie resultaten oplevert, echter de nadelen van de ankylose toont” — ook hieraan behoeft niets te worden gewijzigd. Ik kan ten volle met collega DONKERSLOOT overeenstemmen, dat de arthroplastiek van het heupgewricht routine vereist, meen echter te moeten opmerken, dat de resultaten onafhankelijk van de bekwaamheid van de operateur twijfelachtig zijn, zodat deze ingreep uitsluitend voor beiderzijdse localisatie van sterke arthrosis deformans coxae moet blijven voorbehouden. TAVERNIER geeft inderdaad als methode de extrapelvine obturatoriusresectie aan. Daar men echter meestal ingrijpt op een ogenblik, dat de rotaties en de ab-adductie van de heup zijn opgeheven, kan zonder bezwaar voor de functie en de stand van het been de N. obturatorius intrapelvien worden geresecteerd, hetgeen belangrijk gemakkelijker is en de zekerheid geeft, dat de zenuw voor de splitsing in zijn takken wordt weggenomen. De extrapelvine resectie blijft dus alleen voor heupgewrichten met behouden functie gereserveerd; hierbij rijst echter de vraag of deze gevallen niet toch nog tot het domein van de conservatieve therapie behoren. Het is belangrijk, op te merken, dat de N. femoralis veel vaker aan de innervatie van het heupgewricht meedoet, dan het uit de publicaties van TAVERNIER blijkt, zodat wij op grond van onze ervaringen bij 35 gevallen, de indruk hebben verkregen, dat de sensible kapseltakjes van den N. femoralis mede moeten worden geresecteerd 1). Het gelukte ons dan ook met deze kleine aanvullende ingreep de schijnbaar „mislukte” gevallen van denervatie vrij van pijn te krijgen. Thans wordt de N. femoralis in alle gevallen, waar anamnestic pijn lateraal in het bovenbeen en waar pijnlijkheid bij druk van den N. femoralis bestaat, van drie incisies uit (Nn. obturatorius, ischiadicus, femoralis) gedenerveerd. Niet te verwaarlozen is de sympathische factor bij de verklaring van de pijn bij arthrosis deformans coxae (LERICHE en PAYR), zodat de door mij bij de postoperatieve nabehandeling der denervaties aangegeven paravertebrale injecties van novocaine niet achterwege mogen blijven. Tenslotte zij nog opgemerkt, dat de arthroplastieken niet geschikt zijn om de pijn te doen verdwijnen, tenzij hierbij de kapsel geheel wordt verwijderd 2). Op grond hiervan kunnen we de stelling poneren, dat hier combinatie met denervatie de aangewezen behandeling is.

G. CHAPCHAL

ARTSEN VOOR INDIË

Indien men het Indische probleem als een nationale zaak beschouwt, wat het ook inderdaad is, dan bestaat er slechts één mogelijkheid. Alle goedgekeurde huisartsen met kleine praktijken (5 tot 6 duizend) worden, vrijwillig of niet, naar Indië gestuurd. Deze medici kunnen hier zeker worden gemist. Een kleine praktijk kan veel gemakkelijker weer worden opgebouwd dan de grotere praktijken. Voor deze artsen die hier toch gemakkelijker kunnen worden gemist, bieden de tropen vele voordelen en ze krijgen een grote ervaring. Op dorpen die nauwelijks gehuchten zijn, zitten soms 4 artsen. Vaak lopen twee plaatsen ineen. Er is zeker op het platteland over het algemeen geen tekort, maar een teveel aan medici. Een enquête, ongeveer 20 jaar geleden gehouden, gaf aan dat ongeveer 30 pCt. der artsen een inkomen van niet meer dan f 4000.— hadden.

In militaire dienst gaan ze financieel niet achteruit. Een verband van op zijn minst 2 tot 3 jaar is noodzakelijk, omdat het behouden van het gezinsverband een belangrijke factor is. Onder de gewone militairen zijn er velen die ook liever hier waren gebleven, maar toch verplicht waren te gaan.

Ten slotte zou misschien een groot deel der beroepsmilitaire artsen naar Indië kunnen worden gedetacheerd en de behandeling der militairen aan burgerartsen worden opgedragen. Dit laatste is wel meermalen ook inderdaad toegepast.

Den Dolder, 28 December 1947

G. F. WESENHAGEN

1) CHAPCHAL, Discussie ad MULDER l.c.

2) GADE, *The surgical treatment of osteoarthritis of the hip-joint*. Oslo 1947.