

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.