



# **Sociale verzekeringsneurose na ongeval**

<https://hdl.handle.net/1874/346458>

*A. qu. 192, 1940.*

SOCIALE  
VERZEKERINGSNEUROSE  
NA ONGEVAL

DOOR  
L. HARDENBERG

A M S T E R D A M — H. J. P A R I S







SOCIALE  
VERZEKERINGSNEUROSE  
NA ONGEVAL

RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT



1089 0550

*Diss. Utrecht, 1940*

SOCIALE  
VERZEKERINGSNEUROSE  
NA ONGEVAL

P R O E F S C H R I F T

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN  
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-  
UNIVERSITEIT TE UTRECHT, OP GEZAG VAN  
DEN RECTOR MAGNIFICUS Dr F. H. QUIX, HOOG-  
LEERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEES-  
KUNDE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT  
DER UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN  
VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE  
VERDEDIGEN OP DINSDAG 4 JUNI 1940, DES  
NAMIDDAGS TE 4 UUR

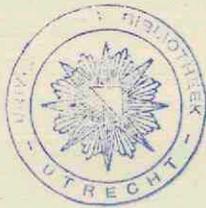
DOOR

LAMBERTUS HARDENBERG

GEBOREN TE AMSTERDAM

H. J. PARIS - AMSTERDAM - MCMXL

5205 15 72 4 11 2 10 1



*AAN MIJN VROUW*

ERRATUM

bladz. 47, regel 4 v.o., lees i.p.v. werkverschaffing:  
werkhervatting.

Het verschijnen van dit proefschrift biedt mij de welkome gelegenheid U, Hoogleraren, Oud-Hoogleraren en Docenten der Geneeskundige en Natuur-philosophische Faculteiten van de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam te danken voor het van U ontvangen onderwijs.

Niet minder dankbaar ben ik voor het leerzaam contact, dat ik met U, Hoogleraren en Assistenten der Geneeskundige Faculteit te Utrecht gedurende mijn assistentschap mocht hebben.

Eerbiedige hulde breng ik aan de nagedachtenis van den Hooggeleerden BOUMAN, mijn leermeester. Veel ben ik verschuldigd aan zijn grootmoedigheid. Zijn ijver en werkelijkheidszin mogen mij tot voorbeeld blijven.

Hooggeleerde RÜMKE, Hooggeachte Promotor, Uw warme belangstelling was mij een voortdurende aansporing bij den arbeid, welke aan dit proefschrift ten grondslag ligt. Ik dank U voor het vertrouwen, dat Gij in mij hebt gesteld. In het bijzonder dank ik U voor den deskundigen steun, dien Gij mij bij de bewerking van dit proefschrift in ruime mate hebt geschonken.

Hooggeleerde SILLEVIS SMITT, van onschatbare waarde waren de jaren, die ik onder Uw ervaren leiding in de Kliniek te Utrecht heb mogen werken, waarbij ik mij Uw groote kennis ten nutte kon maken. De vrijheid, die Gij mij na het overlijden van den betreurden BOUMAN hebt gelaten, mij zooveel mogelijk in de sociale psychiatrie en neurologie te bekwamen, stel ik op hoogen prijs.

Hooggeleerde BAART DE LA FAILLE, zeer erkentelijk ben ik voor de vriendelijke hulpvaardigheid, waarmede Gij mij in den aanvang van mijn studie voor dit proefschrift Uw aanwijzingen hebt gegeven.

Zeergeleerde VAN DER DOES DE WILLEBOIS, onvergetelijk zijn de jaren, die ik onder Uw leiding in de Academische Polikliniek werkte. Ik dank U voor de milde wijze, waarop Gij mij Uw kennis en raad hebt geschonken. Uw groote toewijding en Uw onvergelykelijke tact hebben een onuitwischbaren indruk op mij gemaakt.

Zeergeleerde ZIEDESSES DES PLANTES, Gij waart het, die mij snel in het klinisch onderzoek hebt ingeleid na de zoo geheel andere bezigheid mijner vroegere praktijk. Ik dank U voor de blijvende vriendschap, welke gedurende onze samenwerking in de kliniek ontstond.

Aan alle assistenten en oud-assistenten, in wier gezelschap ik in de Psychiatrisch-Neurologische Kliniek heb gewerkt, breng ik mijn oprechten dank voor hun vriendschappelijken omgang; niet zonder leedwezen mis ik onze aangename gedachtenwisselingen. Collega KRIJGER en Mejuffrouw DE BOER dank ik voor de hulp, die zij bij de samenstelling der enquête naar schedeltraumata verleenden.

Tenslotte dank ik allen, die op eenigerleiwijze bij het tot stand komen van deze dissertatie behulpzaam zijn geweest.

## INLEIDING

In de geneeskundige praktijk doen zich vele gevallen van neurose na ongeval voor. Eensgezindheid omtrent de gedragslijn, welke ten opzichte van deze neurose gevolgd dient te worden, schijnt nog niet in voldoende mate te zijn bereikt, mede doordat men over de pathogenese in het onzekere verkeert.

In dit proefschrift zal ik trachten mijn inzicht in den stand van het vraagstuk weer te geven, voorzover ik dat heb verkregen gedurende mijn assistentschap te Utrecht en later als zenuwarts te Amsterdam.

Getracht wordt het standpunt aannemelijk te maken, dat het vraagstuk voor Nederland in geneeskundig opzicht niet meer als principieel onoplosbaar mag worden opgevat in het meerendeel der gevallen.

Dit geneeskundig standpunt zal worden toegelicht aan de hand van door mij waargenomen gevallen in verband met de literatuur, welke over het onderwerp bestaat. Deze literatuur is zóo omvangrijk, dat reeds daarom niet naar volledigheid zal worden gestreefd bij de weergave daarvan. De waarde van het geschrevene hangt af van het doorzicht van den auteur en van de plaatselijke verhoudingen en het tijdsgewricht, waarin de auteur zijn ervaringen heeft opgedaan.

Zeer veel literatuur bestaat omtrent de neurose na ongeval als maatschappelijk verschijnsel, betrekkelijk weinig omtrent de neurose in het concrete geval.

## I - HISTORISCH OVERZICHT

Trachtende een definitie te geven, schrijft KLIENEBERGER, dat men onder ongevalsneurose of traumatische neurose aanvankelijk verstond: organische, later functioneële of voorloopig functioneële ziekten van het centrale zenuwstelsel, die onmiddellijk of middellijk met een ongeval samenhangen. In deze definitie weerspiegelt zich datgene, wat niet alleen bij de leer der traumatische neurosen, maar in den ontwikkelingsgang der psychiatrie in het algemeen valt waar te nemen en in het bijzonder bij de leer der neurosen. Aanvankelijk werden onder neurosen verstaan allerlei ziekte-toestanden, gepaard gaande met in hoofdzaak nerveuze verschijnselen; hoewel het meerendeel der onderzoekers geen organische afwijkingen in het centrale zenuwstelsel als oorzaak van deze functiestoornissen kon aantoonen, verwachtten zij deze wel.

Later begint de overtuiging veld te winnen, dat vele psychiatrische stoornissen ook zonder organisch letsel kunnen ontstaan; in het bijzonder wordt het begrip neurose later gebezigd voor stoornissen, waarvan de oorzaak in het zieleleven wordt gezocht. Zelfs tracht VON WEIZSÄCKER aannemelijk te maken, dat organische afwijkingen op den duur kunnen ontstaan als gevolg van langdurige spanningen in het zieleleven.

Voor de traumatische neurosen geldt nu bij uitstek deze geleidelijke ontworsteling aan het postulaat van een organischen, in casu traumatisch-organischen grondslag en een doorbreken van het inzicht, dat de oorzaak van de ongesteldheid in geest en gemoed van den betrokkene moet worden gezocht.

Voorts bleek een sociale factor de voornaamste aanleiding tot het ontstaan van neurosen na ongeval, voorzoover deze neurosen van meetaf aan tot progressie neigden en niet vluchtig waren, zooals schrikreacties. Deze sociale factor blijkt gelegen te zijn in het feit, dat de betrokkene een belang heeft, daar hij namelijk verzekerd is tegen geldelijke gevolgen van ongevallen. Elk duidelijk overzicht van de geschiedenis der ongevalsneurosen kan ons dat

leeren. (STERN; KLIENEGER.) Enkele geschiedkundige gegevens zal ik vermelden.

De chirurg ERICKSEN wijst in 1867 op het voorkomen van rugklachten bij lieden, die bij een spoorwegongeluk aan een lichamelijk letsel zouden hebben blootgestaan; een meningomyelitis wordt aanvankelijk als organische grondslag van deze rugklachten aangenomen; (railway-spine). Na de invoering der sociale verzekering, (in Duitschland 1884), ontstonden na vele ongevallen bij verzekerde arbeiders ziekelijke stoornissen, welke opvielen door haar hardnekkigheid en er den neuroloog OPPENHEIM toe brachten een afzonderlijk ziektebeeld, genaamd traumatische neurose, op te stellen. Weliswaar merkte hij de hypochondrisch-melancholische ontstemming op, welke zich weerspiegelde in de gelaatsuitdrukking der getroffenen; ook vermeldt hij hun „weibisches Gebaren” en kende hij althans in 1892 een belangrijken invloed toe aan den schrik ten tijde van het ongeval, doch nog vele jaren nadien bleef OPPENHEIM aan een organische verandering in het zenuwstelsel, als het gevolg van een mechanische „Erschütterung”, waarde hechten; de prognose stelde hij in het algemeen ongunstig.

De leer van OPPENHEIM werd echter spoedig bestreden: CHARCOT vatte de toestanden op als hysterisch en sprak van hysterotraumatische. STRÜMPELL zag in de rentebegeerte het psychologisch moment dezer neurosen; vandaar ook de naam rente-neurose. KNAUER wees op het ontbreken van deze toestanden in landen, waar geen sociale wetgeving ingevoerd is. KNUD MALLING vermeldt in 1927, dat de meeste rente-neurotici, bij wie een definitieve schaderegeling was getroffen door afkopen van de rente, daarna spoedig aan het werk gingen en genazen; het grootste deel werkte en verdiende na eenigen tijd evenals vroeger. Ook NAEGELI en HORN wezen op snelle genezing na „Kapital-Abfindung”.

Al begon men hier en daar te beseffen, dat de traumatische neurosen geen gevolg waren van het ongeval als zoodanig, eischten toch slechts enkelen, zooals bijvoorbeeld H. SACHS reeds in 1909, dat men den neurotici dienovereenkomstig geen rente zou geven. STERN wijst er op hoe duidelijk SACHS destijds al doorzag, dat volstrekt noodeloos velen tot rentetrekkers werden en met een klein inkomen in kommervolle omstandigheden met hun

gezin voorttobden, terwijl zij nuttige leden der maatschappij gebleven zouden zijn, indien men hun maar geen rente had toegekend. SACHS kende het onderscheid tusschen de verschillende stoornissen na schedeltrauma reeds goed; hij begreep, dat bij radicaal afwijzen van rente aan neurotici wel eens een enkel foutief oordeel zou insluipen. Hij eischt daarom ook een diepgaand en nauwgezet geneeskundig onderzoek en expertise; hij wil de enkele fouten desnoods op den koop toe nemen, indien maar de traumatische neurose uit de bevolking zal worden uitgeroeid.

Ook REICHARDT maant aan tot nauwgezetheid bij het vervaardigen van geneeskundige rapporten; men moet bij het onderzoek rekening houden met de geheele persoonlijkheid en niet alleen op het lichaamsdeel letten, dat mogelijk door het ongeval is geschaad. Al zegt men, dat de ontwikkeling der geneeskundige wetenschap gestimuleerd wordt door het bestaan der sociale verzekering, REICHARDT vreest, dat de wetenschap juist in gevaar verkeert vervalscht te worden. En terecht. Men staat achteraf verbaasd over wat al niet als gevolg van een ongeval werd beschouwd. Een geleidelijk proces van zuivering valt wel op te merken. Als voorbeeld noem ik het probleem herpes zoster - trauma; het verband tusschen deze beide wordt steeds minder aannemelijk geacht, hetgeen uit de diverse handboeken, dateerende uit verschillende decennia, blijkt. WILSON constateert, dat naarmate onze kennis toeneemt, steeds minder ziekte-toestanden als traumatisch van oorsprong worden opgevat.

De beteekenis van traumatische letsels wordt door leeken en artsen in het algemeen overschat. REICHARDT laakt typische fouten, die door deskundigen worden gemaakt; het misplaatst sentimenteete oordeel: de artsen kunnen niet „neen” zeggen, ook als het moet. Zij behooren er zich rekenschap van te geven, dat het streven naar onrechtmatig voordeel een algemeen-menschelijke eigenschap is: „Nicht ganz mit Unrecht wird der Ausübung der Arbeiterversicherung vorgeworfen, dass die staatlichen Fürsorgevorrichtungen zur Erwerbsquelle degradiert werden.” De deskundige behoort daarmee echter den strijd aan te binden. Het op losse gronden toekennen van invaliditeitsrenten acht REICHARDT niet alleen een verspilling van geld, maar ook van arbeidskracht. Overigens is hij voorstander der sociale verzekering: „Die Reichs-

gesetzliche Arbeiterversicherung ist sogar eine Quelle Deutscher Kriegsbereitschaft geworden."!

Voorzooover de neurose na ongeval een (ongewenscht) nevenverschijnsel is der sociale verzekering, zal ik haar in het vervolg aanduiden als „verzekeringsneurose”.

Reeds voor den wereldoorlog zagen dus enkelen in, dat het belang der arbeiders de bestrijding van ongewenschte nevenverschijnselen der sociale verzekering vereischt, dus zoowel van de verzekeringsneurose na ongeval als ook, a fortiori, van bewust parasitisme. In de praktijk kwam hiervan echter niet veel terecht. Na een gering letsel bleef menig arbeider als blijvend invalide te boek staan, bedorven door hooge rente, badkuren, versterkende middelen, enzoovoorts. Dit was mogelijk, zoolang de „dira necessitas” ontbrak; STERN bedoelt hiermee, dat in Duitschland de middelen nog toereikend waren om dezen onzin te doen voortduren: „aus episodisch-neurotischen Menschen wurden Ruinen und Rentenartefakte.”

KAUFMANN noemt een percentage van 1 à  $1\frac{1}{2}$  % neurosen na ongeval; een derde hiervan zou ontstaan door foutieve behandeling. Het aantal ongevalsneurosen in Duitschland schatte hij in 1922 op 14.000.

Het inzicht in de verzekeringsneurose na ongeval werd meer verbreid ten gevolge van de ervaringen, opgedaan met de aan haar verwante oorlogsneurose, welke bij het staken van de vijandelijkheden in 1918 veelal plotseling genas. Men kwam in Duitschland tot maatregelen, waarvan als voornaamste kan worden genoemd de beslissing van het Reichsversicherungsamt van 24 September 1926:

„Für die Frage des Zusammenhangs zwischen nervösen Erscheinungen und Unfällen bedarf es nicht der Feststellung welcher Art die für den Zustand des Rentensuchers massgeblichen Wunschvorstellungen sind; es genügt die Feststellung, dass der Unfall nicht geeignet war auf die Dauer derartige neurotische Erscheinungen zu verursachen. Das ist in der Regel festzustellen, wenn die auftretenden Erscheinungen nach Unfällen gleicher Art bei nichtentschädigungsberechtigten Personen nicht vorzukommen pflegen.”

Voorts de uitspraak van 27 September 1926:

„Hat die Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten ihren Grund

lediglich in seiner Vorstellung krank zu sein, oder in mehr oder minder bewussten Wünschen, so ist ein vorangegangener Unfall auch dann nicht eine wesentliche Ursache der Erwerbsunfähigkeit, wenn der Versicherte sich aus Anlaß des Unfalles in den Gedanken krank zu sein hineingelebt hat, oder wenn die sein Vorstellungsleben beherrschenden Wünschen auf eine Unfallentschädigung abzielen, oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verstärkt worden sind."

De discussie over het onderwerp wordt door deze maatregelen eerder aangewakkerd. KLIENEBERGER verzucht: evenals de neurotici strijden voor hun rente, evenzoo strijden de auteurs in de verschillende kampen voor hun meening. Maar hij constateert toch ook een streven om boven de verwarring uit te komen tot de mogelijkheid van vruchtbaren arbeid: „Die Zersplitterung der Medizin ist Folge der Erkenntnis der eigenen Unzulänglichkeit; dabei haben wir alle den Wunsch nicht im Einzelgebiet unter zu gehen, sondern von höherer Warte aus zu übersehen und zu wirken." HOCHÉ constateert, dat men het er althans over eens is, dat in Duitschland aanspraken op rente worden gemaakt en dat deze renten ook worden toegekend in vele gevallen, waarbij men er zeker van kan zijn, dat diegene, die de aanspraak maakt, wel degelijk in staat zou zijn om te werken, wanneer hij niet verzekerd was en dat dit verschijnsel aanleiding heeft gegeven tot zoo ernstige misstanden, dat er wat aan gedaan moet worden. Overigens vindt hij de bovenvermelde uitspraken van het Reichsversicherungsamt „te mooi". Zijn bezwaren zijn onder andere, dat een wensch geen ziekte-oorzaak kan zijn; ook vreest hij, dat velen den maatregel als onrecht zullen voelen.

Hij wil de redactie van de uitspraak van September 1926 als volgt wijzigen: „nicht entschädigungspflichtig sind diejenigen nervösen und psychischen Störungen, die ihre Entstehung nicht einem Unfall als solchem sondern der Tatsache des Versichertseins verdanken." KLIENEBERGER vermeldt hoe het Reichsgericht een al te schematische toepassing van de bovengenoemde uitspraken van het Reichsversicherungsamt vermijdt: „Die ausgewählte geprüfte Übersicht zeigt dasz die frühere Rechtsprechung des Reichsgerichts

und die neuere des Reichsversicherungsamts sich nicht wesentlich unterscheiden. Das Reichsversicherungsamt folgt aber neuerdings der grundsätzlichen Entscheidung vom 24 September 1926 auf Grund der Stellungnahme führender Psychiater und Neurologen. Das Reichsgericht legt seinen Entscheidungen die Rechtslage und Personenfrage von Fall zu Fall zugrunde."

Der Richter musz feststellen ob die neurotischen Erscheinungen die einen Neurotiker von einem gesunden Menschen unterscheiden, und welche die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeitserklärung zur Folge haben können, ursächlich adäquat mit dem angeschuldigten Unfall zu tun haben. Es ist Aufgabe des Richters Ursächlichkeit und Vorliegen eines Haftungsgrades, z. B. eines Verschuldens festzustellen. Es ist Aufgabe des Arztes, das Vorhandensein von Krankheit oder krankhaften Reaktionen festzustellen, die Diagnose zu fixieren, über die Erwerbsfähigkeit zu urteilen, ursächlichen Zusammenhang mit einer Schädigung zu begründen."

Voorts schrijft hij: „Mir scheint es biologisch-medizinisch richtiger, dem individualisierenden Standpunkt des Reichsgerichts einstweilen zu folgen und jeden einzelnen Fall individuell zu prüfen. Die Prüfung wird wohlwollend im Sinne des allgemein menschlichen Standpunktes und streng im Sinne, dasz man für die Allgemeinheit prüfen und entscheiden soll, sein müssen." — „Rein nervöse Folgen werden überhaupt nicht entschädigt. Wie weit vorübergehende Behandlung erfolgen musz, ist individuell zu regeln."

In Nederland werd 4 October 1928 bij uitspraak van den Centralen Raad van Beroep vastgesteld, dat subjectieve klachten en bezwaren, welke hun oorsprong en hunne instandhouding danken aan de suggestieve werking, welke het verwerven of het behoud eener rente op den geest van een verzekerde uitoefenen, niet beschouwd kunnen worden als ongevalsgevolg in den zin der wet. KASTEIN, GRELINGER en FORTANIER (1940) vermelden, dat in 1939 de Centrale Raad een neurotisch lijdende als ongevalsgevolg erkende; de behandeling werd opgedragen.

Een merkwaardig verschijnsel is, dat sommigen aan het bestaansrecht van de sociale verzekering gaan twijfelen.

Bekend is het boek van ERWIN LIEK, „Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung”, (1928): „Die heutige soziale Fürsorge ist mehr Krankheitszüchtung als Gesundheitspflege. Schon vor der sozialen Versicherung kannten wir den Vorgang der Krankheitszüchtung, aber doch nur im einzelnen, zum Beispiel in Einkinderehen, in gewissen Sekten.” Hij citeert den Zwitser BRUNNER, die zegt, dat Duitschland den oorlog heeft verloren: „infolge seines durch die Sozialversicherung geschädigten Nervensystems”. LIEK fulmineert tegen de parasieten; vermeldt een man, die zich schaamde, omdat hij in zijn dorp de eenige was, die niet elke week een rente van de post haalde. Hij erkent, dat afschaffing van de sociale verzekering onmogelijk is, maar acht haar een verschijnsel van een „Volk ohne Raum”. De arbeiders hebben geen schuld aan de wantoestanden, maar de verzekering. Dan weer acht hij de verzekeringsgedachte voortreffelijk.

Zoo spreekt LIEK zichzelf nogal eens tegen. In zijn „Wege zur Besserung” is hij onduidelijk. Zijn boek is mijns inziens de klacht van een man vol goede bedoelingen, die de bezwaren van het nieuwe ziet en terughunkert naar het oude.

Een bijzondere plaats in de literatuur neemt VON WEIZSÄCKER in. Hij vat het probleem der neurosen van de sociologische zijde aan. Hij verdiept zich in de genese der concrete gevallen, niet alleen van neurose na ongeval, maar in het algemeen van sociale neurose. Een en ander in verband met problemen van werkloosheid en in het algemeen met de sociale verhoudingen in Duitschland in het bij uitstek kritische tijdvak vóór de opstanding van dat land.

Hij noemt als de twee voornaamste oorzaken van het ontstaan van de sociale neurose na ongeval:

1. de sociale voorzorg in haar toenmaligen vorm, waarbij hij als groot bezwaar het gebrek aan centralisatie noemt.
2. de artsen, die zoo dikwijls foutieve geneeswijzen toepassen, waaraan elke werkelijkheidswaarde ontbreekt.

Ad 1 is te bedenken, dat destijds Duitschland in sociaal opzicht noodlijdend was; von WEIZSÄCKER vermeldt in het jaar 1930 voor geheel Duitschland het getal van  $\pm$  13.000.000 personen, die rente, ziekengeld, steun en pensioenen ontvingen, waarvan

ongeveer 1.000.000 ongevalsrente. Hij schrijft: „genaue ökonomische Analyse unserer Fälle beweist, dass die meisten Arbeiterneurotiker sich infolge ihrer Neurose absteigend auf schiefer Ebene befanden.“ Hij spreekt van een biologischen grenstoestand: „die Situation des Arbeiters und Angestellten in der Neurose ist heute oft der nackte Existenzkampf, während der Neurotiker der Privatpraxis bekanntlich oft an der Abwesenheit dieser nackten Not krankt.“ Was bij den heerschenden toestand van werkloosheid een arbeider na herstel van een of andere ongesteldheid aangegeven op een geringer budget aan werkloozensteun dan het ziekingeld bedroeg, dan was de neiging tot het ontstaan eener „zweite Krankheit“ begrijpelijk: iets doet nog pijn, er is nog enig gevoel van malaise, wat hoofdpijn, enzoovoorts. Daaraan verbindt zich dan de voorstelling: ik heb recht op ziekingeld, want ik ben nog ziek. Sanctionneert nu de arts den toestand als ziekte, dan is de mogelijkheid van een sociale neurose gegeven: de betrokkene kan zich gaan inleven in de opvatting ziek te zijn, met de daaraan verbonden rechten. Van den parasiet of luiaard onderscheidt zich de neuroticus, doordat hij zich althans den zedelijken eisch van het niet-parasiteeren stelt, maar hoezeer hij daaronder lijdt, toch kan hij er niet toe komen naar dezen eisch te leven. Hij „kan niet werken“; dit is immers ook de typische klacht van den geïnvetereerden ongevalsneuroticus. Hij kan niet willen, ofschoon hij wel zou willen; de wil ligt onder een ban. In de neurose maakt de mensch zich als het ware af van een zware opgave door zich van deze opgave slechts schijnbaar te kwijten, namelijk op een lager vitaal niveau dan dat, waarop deze opgave eigenlijk was gesteld. Terugkeeren naar een vroegeren toestand is hem even onmogelijk als voortschrijden naar den nieuwen toestand onder gevaar en offer. VON WEIZSÄCKER stelt den eisch voor elk afzonderlijk geval de oorzaak van dezen ban op te sporen. Deze oorzaak is veelal gelegen in een „Sicherungsstreben“, een streven naar geborgenheid. Het psychiatrisch onderzoek moet sociologisch gericht zijn. Alleen een dynamische ziekteleer, die erkent, dat de toestand het gevolg is eener historische ontwikkeling en niet vraagt, wie of wat voor soort mensch de neuroticus is, maar wat en hoe dit uit hem geworden is, kan inzicht geven. Men moet trachten de „Schicksalsbildung und -lenkung“ te doorgronden en

den aard van het „Sicherungsstreben” bloot te leggen. Begrippen als „sedes morbi” en karakter acht VON WEIZSÄCKER te statisch om bij dit onderzoek te kunnen dienen. Veelvuldig berustte destijds in Duitschland de sociale neurose op een streven naar maatschappelijke of financieele veiligheid; maar het streven naar geborgenheid kan ook op iets anders gericht zijn, bijvoorbeeld op het vermijden van een gevaarlijk beroep.

Door VON WEIZSÄCKER wordt de mogelijkheid van een psychotherapie bepleit, waaronder men dan in dit geval heeft te verstaan een instrueeren van den neuroticus omtrent zijn werkelijken toestand en rechtspositie, en waarbij men dan ook alleen succes kan hebben, omdat zijn aanspraken op rente door den rechter nietig zullen worden verklaard. Alle paedagogie behoeft immers een reële instantie als stok achter de deur. „Wirksam ist beim Patient nicht die Logik meiner Ausführungen, sondern die im Glauben an meine Autorität möglich gewordene Wahrnehmung einer Realität. Niemals bekäme der Arzt wohl die Macht, wenn nicht hinter ihm die Realität des bevorstehenden Rechtsverfahrens mit seinen ungünstigen Aussichten stünde.” De patient helt over tot de genezing, omdat de werkelijke kansen hem zonneklaar worden. Gelukt de behandeling, dan is de ban gebroken, de wil bevrijd en kunnen de krachten van den betrokkene zich weer ontplooien. Doch hoe, indien geen werk te krijgen is? Typisch is, dat VON WEIZSÄCKER in dit verband schrijft over een vrij maken van den wil tot politieke kracht.

In aansluiting op dit kort résumé van de inzichten van VON WEIZSÄCKER moge een voorbeeld van streven naar geborgenheid hier volgen.

A. Koperslager, geboren in 1891, valt op 14 September 1937 van een ladder. Als aard van het letsel wordt in de ongevalsangifte vermeld: commotio cerebri; contusio vertebrae thoracalis IX; pijnlijk acromion links; kleine galea-wond. Het letsel wordt als waarschijnlijk niet ernstig vermeld; de vermoedelijke duur der ongeschiktheid tot arbeiden wordt op 2 à 3 weken geschat. Later wordt het ongeval als veel ernstiger opgevat, daar men een fractura cranii vermoedt, (lengtefractuur van het rotsbeen zonder labyrinthbeschadiging, doch met verscheuring van het trommel-

vlies); een lenstroebeling in het linkeroog wordt opgevat als het gevolg van een contusio bulbi oculi; (visus =  $\frac{1}{2}$ ). In Maart 1938 wordt tewerkstelling beproefd bij denzelfden werkgever; (de ongeschiktheid tot arbeiden wordt als 75 % gequalificeerd). De poging mislukt reeds den eersten dag.

5 Mei komt getroffenene voor onderzoek in gezelschap van zijn vrouw.

Hij huilt herhaaldelijk, antwoordt niet of zegt: „dat weet ik niet precies” of kijkt eerst zijn vrouw aan als om toestemming te vragen; „ik mag het toch wel vragen aan mijn vrouw”, zegt hij dan en barst in theatraal snikken uit. Zij is blijikbaar de domineerende figuur; zoodra zij de kamer verlaten heeft, wordt getroffenene geleidelijk minder terughoudend en vertelt onder andere, dat hij vroeger in Gemeentedienst was en meer dan 40 gulden verdiende; door hooger loon liet hij zich verlokken chef te worden in de fabriek eener onderneming, welke spoedig failleerde. Na korten tijd kreeg hij een vaste aanstelling in een groote bierbrouwerij. Hij werd tenslotte ontslagen wegens inkrimping van het bedrijf. Het gesprek verloopt, zeer verkort, als volgt: (En toen?) „Heb ik werk gezocht”. (Wanneer gevonden?) „Toen ik een half jaar werkloos was”. (Blij, dat je werk gevonden hebt?) „Ja, (begint te schreien), en nu hebben we dát weer” (het ongeval). „Ik was daar al eens meer geweest, (bij de dokmaatschappij namelijk, waar hij nu weer sedert ongeveer een half jaar werkte vóór het ongeval), om te vragen; een paar maal: nee, misschien wel drie of misschien wel 10 maal, dat weet ik niet zoo precies; dat je 's morgens de deur uitgaat om te kijken of je brood voor je kinderen kunt verdienen; (pathos); ik was de hemel te rijk, dokter!” (Hoe gebeurde het ongeval?) „Dat weet ik niet; dat ik 's morgens uit mijn bed wou en dat mijn vrouw zei: je hoeft niet te werken, want het is Zondag, of zoo iets; dat zei ze maar, omdat ik niet hoefde te werken, omdat ik een ongeval had gehad; het is gebeurd op een olieboot, dat weet ik wel”. (Welke?) „Die naam, die weet ik niet meer”. (Wat voor dag?) „Een dag in September”. (Hoe zou het gebeurd zijn?) „Ik ben toen eens een paar uur aan den gang geweest en toen is er een ladder gebroken; eerst ben ik thuis geweest en toen moest ik weer gaan werken; toen ben ik een paar uur aan den gang geweest; en toen hebben zij mij naar huis gebracht; het ging niet, zooals ik gewoon ben; ik heb het nu ook nog wel eens; als ik wat doen wil, dan wil het niet; alles loodzwaar; ben bang, als ik op een trapje ga staan; een naar, eigenwijs gevoel, suf, alsof ik in den kolendamp heb gestaan; ik kan het feitelijk niet zeggen, wat het is; naar, suf en lusteloos; alles is me te veel; net of ik de ongelukkigste mensch van de wereld ben; zooiets heb je bij je”. (Over de poging tot werkhervatting:) „Gewone tijd begonnen, een uur of 8; toen naar boord gestuurd; toen ik gevraagd, of ik in de werkplaats blijven mocht; toegestaan; het ging hoe langer hoe stroever, het werken; om een uur of 12, 12.30 was ik weer thuis;

hebben ze me weggebracht; kan ook 1 uur geweest zijn, weet ik niet zoo precies; ik zal (dien ochtend) een kwartiertje vroeger van huis zijn gegaan; fietsen durfde ik niet aan; heelemaal nog niet op de fiets gezeten; durf ik niet. Ik zou toch gemakkelijk eenig werk kunnen doen; ik zou het tenminste willen probeeren. Als ik iets zwaars optil, is het net of het door mijn heele body heengaat en dan werkt het op mijn hoofd. Het is net of ik die kracht niet meer heb, die ik gehad heb; het is net of ik lamgeslagen ben; ik weet niet, wat het is. Ik heb gevraagd of men niet een makkelijk baantje voor mij had; ik ben van meening, dat ik voor mijn gewone werk niet geschikt ben; die ruimen zijn zoo enorm diep; en klauteren en klimmen met allemaal smalle laddertjes". (En dat ben je heelemaal ontwend?) „Ik zou er bang voor zijn ook, zooals ik nu ben; er zullen toch wel andere werkplaatsen zijn, waar zooiets voor me te vinden is?" (Of het in de brouwerij ook gevaarlijk was?) „Ja, minstens even gevaarlijk; glad en tegelmuren; maar in de schepen gaat het ruwer; in de brouwerij gaat het rustiger; in het ketelhuis of in de machinekamer ook levensgevaarlijk; als die ladder niet gebroken was, dan was er niets gebeurd. Ik ben van idee, dat de gereedschappen niet in orde zijn; (in de dokken). Als ik een plank gebruik, dan ga ik hem eerst toetsen; bij de brouwerij veel beter in orde; (getroffene komt hoe langer hoe meer los en spreekt thans als een normaal mensch). In de brouwerij, als je daar wat had, dan schreef je er op: kapot; maar hier is het zoo ordelijk niet; ze gaan er ook ruwer mee om; (met het materieel); ik heb toch 3 weken in Rotterdam ook gewerkt op een scheepswerf, maar daar ging het ordelijker; (dan betreft zijn gezicht) ik zal maar denken: noodlot; ik wou altijd aan de kop staan van mijn vak; en dat leerde ik; tegen mijn 35-ste wou ik een vaste positie hebben, het heeft me tegen gezeten; ik ben daar baas geweest en verdiende er f 3000.— meen ik".

Bij nader ondervragen van de echtgenoot en van een getuige van het ongeval blijkt, dat getroffene van  $\pm$  6 m. hoogte viel en ruggelings op een kleine ladder terecht kwam, welke brak, zoodat hij met het achterhoofd op den vloer terecht kwam. Hij bleef een minuut of 10 stil liggen, sloeg de oogen op en vroeg herhaaldelijk: wat is er gebeurd? Hij heeft niet gebraakt, niet uit neus en ooren gebloed; werd naar huis vervoerd, liep de trap op, zat wezenloos op een stoel, beefde, was 's nachts onrustig. Na ruim zes weken knapte hij aardig op; het wandelen ging uitstekend. „Daarop, (aldus de vrouw), kreeg hij toen ineens die onrust, dat hij weer werken moest van de Rijksverzekeringsbank; hij zei: mijn hoofd lijkt wel zoo groot; hoofdpijn kan ik niet zeggen, maar het is inwendig in mijn hoofd. Hij prakkiseert over zijn huishouden. Ik wou maar, dat ze hem naar een rusthuis deden van de Rijksverzekeringsbank".

Hij is eenmaal zeer benauwd geweest, 14 dagen geleden; hij wist niet, waar hij het zoeken moest. Zij vindt, dat zijn toestand erger wordt. De libido sexualis is verdwenen. Desgevraagd deelt zij mede, dat getroffene nooit eenige vrees uitte voor gevaar bij het werk in de schepen.

Bij het intellect-onderzoek blijken geen afwijkingen; bij het lichamenlijk onderzoek geen neurologische afwijkingen; (middenoordooftheid links); geen fracturen in de fchedelfoto's.

Naar aanleiding van het hiervoor omfchreven onderzoek (Mei 1938) worden de ongevalsgevolgen door het Bestuur der Rijksverzekeringsbank als geweken beschouwd en wordt dienovereenkomstig de rente geëindigd. Getroffene gaat in beroep, doch aanvaardt intusschen door bemiddeling van de A. V. O. een betrekking als koperslager in een werkplaats tegen een uurloon van 48 cent. Bij informatie in Augustus 1938 blijkt, dat hij voldoet; hem wordt werk gegeven, waarbij hij niet behoeft te klimmen.

Samenvattende kan gezegd worden, dat de maatschappelijke levenslijn van dezen koperslager dalende was. Hij verliet eertijds de geborgenheid eener gemeentebetrekking; na verlies van zijn positie in een brouwerij zag hij zich aangewezen op een meer gevaarlijken werkkring in de dokken. Het ongeval werd aanleiding, dat de niet of onduidelijk bewuste neiging zich aan het meer riskant bedrijf te onttrekken tot uiting kwam door vlucht in de verzekeringsneurose. Deze neurose werd mogelijk gemaakt, doordat geneeskundigen de beteekenis van het letsel overschatten, nadat dit aanvankelijk juist beoordeeld was geworden.

In ons land noemt K. H. BOUMAN in zijn rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het Hoogleeraarsambt (1916), de traumatische neurose een echt product van onzen tijd, een ziekte, die wij onder onze oogen hebben zien ontstaan, in bepaalde kringen welhaast epidemisch. Dat hier de wetgeving, als direct maar onverwacht gevolg, een klinisch ziektebeeld in het leven heeft geroepen, acht hij boven twijfel verheven.

KORTEWEG wijst op het heilzaam gevolg der Ongevallenwet; namelijk, dat men onder genezen is gaan verstaan een terugvoeren in een toestand, die de restitutio ad integrum heel wat nader komt dan vroeger mogelijk was. De genezing mag daarbij wel wat meer tijd vorderen; doch bovendien is een extra-vertraging merkbaar bij de genezing van heelkundige afwijkingen, nadat de sociale verzekering haar intrede had gedaan. In Nederland genazen 200 onderbeenbreuken in gemiddeld 127 dagen; na de invoering van

de Ongevallenwet had in 1906 een ongeveer gelijk aantal 280 dagen noodig. Frappant zijn locale verschillen: in Keulen genas 70% der onderbeenfracturen binnen 3 maanden, terwijl de getroffen en er zelden rentetrekters werden; in Bonn waren van de 110 patienten met onderbeenfracturen na 3 maanden nog allen volledig invalide, behalve één, die gestorven was. Na een half jaar genoten nog 108 een rente, waarvan 52 naar 100% invaliditeit; na een jaar nog 76, waarvan 34 boven de 50%; na twee jaar nog 54, waarvan 18 boven de 50%; na drie jaar nog 38, waarvan 14 boven de 50%; na tien jaar nog 24, waarvan 4 boven de 50%.

KORTEWEG acht het vanzelfsprekend, dat een en ander niet is toe te schrijven aan het verschil in mentaliteit van de getroffen en en de rechters, doch dat veeleer aangenomen moet worden, dat in Keulen met veel grooter toewijding door de artsen werd gewerkt. Hij wijst dan ook op de groote verantwoordelijkheid, die het behandelen van ongevalspatienten aan den arts stelt; dat deze verantwoordelijkheid niet slechts begrepen moet worden als een behandeling alleen van de zuiver-lichamelijke afwijking. Vóór de wetgeving vond de geneigdheid, die den getroffene tot staken van zijn arbeid dreef, een heilzaam, zij het dan ook een onbillijk drukkend tegenwicht in de noodzakelijkheid ter wille van het loon zoo spoedig mogelijk te moeten hervatten. Deze onvrijwillige arbeidstherapie van vroeger werkte krachtig mede tot het bereiken van een althans redelijk functioneel herstel.

KORTEWEG wijst op den verkeerden invloed van rust, voorgeschreven als therapie. Vooral in het geval van eenvoudige contusies en distorsies, maar ook van schrikreacties. In de eene groote stad werd een wagenbestuurder van de paardetram na een aanrijding alleen behandeld met een dag vrij-af. In de andere groote stad kwam hij onder geneeskundige behandeling; een schrikneurose was echter in deze tweede stad veel frequenter. KORTEWEG houdt het er voor, dat rust in het algemeen zooveel mogelijk beperkt moet worden.

Bij lijdens aan syringomyelie, die reeds op jeugdigen leeftijd hulpbehoevend werden en die van de Centrale Landbouw-Onderlinge wel uitkeering ontvingen voor de eerste gevolgen van de hun telkens overkomende ongevallen, maar geen uitkeering kregen

voor de blijvende gevolgen, zag hij duurzame maatschappelijke lotsverbetering, doordat zij andere bezigheden zochten. Slechts bij uitzondering zag hij dergelijke lotsverbetering bij degenen, die een blijvende vergoeding kregen.

Naar aanleiding van ongevalsneurosen noemt KORTEWEG een man, bij wien na een ongeval, waarbij een groote teen verbrijzeld werd, een neurose ontstond. Hij acht deze neurose niet het gevolg van het ongeval, maar van de wet. De wet is daar echter niet voor gemaakt en zijns inziens moest uitkeering in dit geval worden gestaakt. Merkwaardig is, dat destijds de beroepsrechter dezen man tegen het advies van KORTEWEG een, zij het ook gehalveerde rente, toekende.

Volgens KORTEWEG kan een man zelfs maatschappelijk verloren gaan, indien hem uitkeering wordt gegeven in een dergelijk geval. Hij spreekt voorts van onbehoorlijke begeerten, die onder den invloed van de wet worden wakker gemaakt en waarbij den getroffen diens gepleegd bedrog niet recht duidelijk bewust is. Tegen eventueele rentejacht acht hij hardheid op haar plaats. Van groot belang acht hij het te zorgen, dat geen gevoel van verongelijking opkomt, of, zoo het reeds ontkiemd mocht zijn, het met zorg en tact uit te roeien, waarbij met een onderrichtende, populaire verklaring meer te bereiken is, dan met hardheid en autoritaire gezagsuitspraken.

Het onderscheid tusschen de neurose na ongeval als verzekeringsgevolg of Ongevallenwetsgevolg eenerzijds en als ongevalsgevolg (schrik) anderzijds, wordt door KORTEWEG nog niet scherp genoeg doorgevoerd. Hij onderscheidt de traumatische neurose (blijkbaar ongeveer zoo opgevat, als ook Oppenheim dat deed), en de renteneurose; buitendien een ernstigen vorm, de zoogenaamde sinistrose, (de naam is ontleend aan de Fransche literatuur), welke gekenmerkt wordt door verandering van karakter en wilskracht en nauwe verwantschap toont met een echte depressieve psychose.

In 1921 komt de „traumatische neurose” uitvoerig ter sprake in de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie; (Gen. Tschr. R.V.B., 1921). Men beschouwt de oorspronkelijke opvatting van OPPENHEIM als afgedaan; in het algemeen is men geneigd geen rente toe te kennen aan de lijders, maar

men erkent voor groote moeilijkheden te staan in de concrete gevallen.

STENVERS (Gen.Tschr.R.V.B., 1921) vindt geen reden iemand met een organische laesie, welke dan ook, die niet doodelijk is en niet progressief is, en die hem niet belet te werken, invalide te verklaren.

BROUWER (Ned.Tschr.v.Geneesk., 1927) merkt op, dat de diagnose traumatische neurose herhaaldelijk wordt gesteld in gevallen, waar een organische aandoening van het zenuwstelsel bestaat; hij wijst op het groote belang van het somatisch onderzoek der getroffen.

L. BOUMAN (BOUMAN en BROUWER, Leerboek der zenuwziekten, 1930) wijst op het bijzondere cachet der traumatische neurose. Hij noemt den slechten invloed van den geneesheer als factor van beteekenis bij het ontstaan der neurosen; bijvoorbeeld, wanneer deze een groot woord als hersenschudding gebruikt of een bedenkelijk gezicht trekt.

CARP (de Neurosen, 1939) wijst op den ziekelijken drang naar geborgenheid bij de lijdens aan neurose na ongeval. Hij acht de meening onjuist, dat een eenvoudige rente-onttrekking reeds een voldoende hulpmiddel zou zijn om den lijder te dwingen het opgegeven werk wederom op te vatten. Niet weinigen wellicht blijven in ledigheid volharden, verrichten hoogstens lichte huishoudelijke bezigheden of vinden op straat en in de kroeg in een geregeld verkeer met lotgenooten en werkloozen overvloed van gelegenheid hun wrok te voeden en in algeheele ontmoediging weg te zakken. CARP acht dan ook het afbreken van deze beide — de neurose voedende — factoren één der belangrijkste doeleinden eener rationeele psychotherapie, welke eerst daarna de verslagen activiteit zal kunnen herstellen.

KASTEIN, GRELINGER en FORTANIER (1940), zien in het ongeval één factor uit de geheele constellatie van factoren van verschillenden aard, die samen de neurotische reactie veroorzaken. FORTANIER verlangt een verdieping van inzicht in de structuur van deze geestesstoornissen. Hij bepleit de rustige begrijpende houding en keurt de agressief afwijzende, evenals de slappe houding van den geneesheer af; zoo ook aarzelen en gebrek aan doortastendheid in rapportaangelegenheden.

## II - DE SOCIALE VERZEKERING ALS OORZAAK VAN NEUROSE NA ONGEVAL

### I - ALGEMEENE BESCHOUWINGEN

Défaitistische gedachten ten aanzien van het bestaansrecht der sociale verzekeringen wortelen mijns inziens in een miskenning der historische realiteit. Miskend wordt, dat de arbeidersstand als een nieuwe verschijningsvorm binnen het kader der menscheit moet worden opgevat, of zelfs, zooals Keyserling zegt: „wie es einst eine Welt des Priesters, des Ritters, des Bürgers gab, in sofern deren Eigenart das ganze Leben bestimmte, so kommt jetzt die Welt des Arbeiters.“

Wilde deze nieuwe arbeidersstand zich handhaven, dan ligt het voor de hand, dat hij zich door politieken strijd rechten moest veroveren. Oorspronkelijk gerecruteerd uit bevolkingslagen, die zich eertijds geborgen voelden, gebonden aan den bodem, of in ander verband, vervielen de arbeiders na de groote uitbreiding der industrie bij ongeval, ziekte of werkloosheid spoedig tot ellende. Het vormen van toereikende reserves is voor den arbeider in het algemeen niet mogelijk. Het is dan ook niet te verwonderen, dat in vele landen van Europa sociale wetgevingen ontstonden, welke beoogden den arbeiders een nieuwen vasten grond onder den voet te verschaffen. Men hoede zich echter voor de gedachte aan de mogelijkheid een utopie te realiseeren. EVERSEN schrijft: „Nooit is de bedoeling geweest van de sociale verzekering om alle ingezetenen te ontlasten van de zedelijke verplichting voor eigen toekomst enzoovoorts te zorgen, doch slechts een middel om de misstanden, welke voortvloeiden uit de ongelijke positie van werkgever en arbeider in het sociale leven te bestrijden.“

Al schijnen wetten als het ware het tijdelijk skelet in het organisme eener volksgemeenschap en zijn zij wellicht in het algemeen ten achter bij het denkbaar wenschelijke, of ook als menscheijk werk vergankelijk en onvolkomen, toch is het onvruchtbaar te

klagen over eventuele ontoereikendheid der voorzieningen zonder te waardeeren, wat uit de juiste toepassing der sociale wetten kan worden bereikt.

Was dus de arbeider „nieuw onder de zon”, dit waren ook de Ongevallenwetten. In dit proefschrift bepaal ik mij in hoofdzaak tot het onderzoek van de verhoudingen, welke bestaan ten opzichte van de industrieele ongevallen; deze ressorteeren onder de Ongevallenwet 1921. In Nederland komen thans ongeveer 700 van dergelijke ongevallen per werkdag voor. De wet voorziet in schade-loosstelling tegen geldelijke gevolgen van bedrijfsongevallen. Door het instellen van de Rijksverzekeringsbank, welke spoedig een geperfectionneerd verzekeringsorgaan werd, scheen het alsof de Ongevallenwet op de juiste wijze zou kunnen worden toegepast in elk speciaal geval.

Had een getroffenene vóór de wetgeving veelal den vollen last te dragen van de lichamelijke ongevalsgevolgen, gewoonlijk had hij niet veel te lijden onder eventuele misvattingen omtrent zijn toestand; hoewel een krenking van het gevoel van eigenwaarde en van het zelfvertrouwen zeer wel mogelijk is, wanneer ten onrechte wordt gezegd: gij zijt ongeschikt tot arbeiden; zoodat een dergelijke uitspraak nooit als indifferent is te beschouwen.

Na de invoering der Ongevallenwet is de maatschappelijke positie van den verzekerde echter direct afhankelijk van de geneeskundige opvatting, die omtrent zijn validiteit geldt. Wanneer ten onrechte wordt aangenomen, dat de verzekerde ongeschikt is tot arbeiden, wordt de betrokkene uit zijn gewonen doen geplaatst in een toestand van onnoodige geborgenheid, zoodat een sociaal trauma aanwezig is.

Niet voorzien werd, dat er veelal moeilijkheden zouden ontstaan bij de vorming van het geneeskundig oordeel, bij de wet bedoeld. Indien echter niet voldoende overeenstemming bestaat tusschen de als juist aangenomen opvatting enerzijds en den werkelijken toestand van den getroffenene anderzijds, dan geraakt deze in een scheeve maatschappelijke positie en deze schijnt mij de hoofdoorzaak van de verzekeringsneurose na ongeval.

Een scheeve positie ontstaat zowel, wanneer de validiteit als te ongunstig, als ook wanneer zij als te gunstig opgevat wordt. De

ervaring heeft geleerd, dat de eerst genoemde fout meer frequent is. Een derde oorzaak van verzekeringsneurose acht ik gegeven, wanneer belangrijk meningsverschil bestaat bij de geneeskundigen, die over den toestand oordeelen, hetgeen een sfeer van onzekerheid ten gevolge heeft.

Ik stel mij voor in dit proefschrift voornamelijk eenige oorzaken en gevolgen van de eerst genoemde fout te belichten; dat wil dus zeggen: van het ten onrechte aannemen van ongeschiktheid tot arbeiden. Want pas, wanneer men de oorzaken en gevolgen van deze fout kent, zal men ook de andere fout kunnen vermijden: het ten onrechte miskennen van invaliditeit, welke fout overigens minder frequent blijkt dan veelal wordt aangenomen. (Men zie de platen van vrij belangrijke verminkingen bij volledig valide arbeiders achter in KORTEWEG's „Algemeene Heelkunde”.)

Het gros der verzekeringsneurosen na ongeval, namelijk die, welke vroeger rente-neurose werden genoemd en welke men de banale neurose na ongeval zou kunnen noemen, ontstond mijns inziens door het sociaal trauma, het ten onrechte aannemen van ongeschiktheid tot arbeiden. Immers het streven naar maatschappelijke zelfstandigheid, de voorwaarde van zijn vrijheid, kan onderdrukt worden, wanneer ten onrechte wordt aangenomen, dat de arbeider invalide is. Hij mag dan niet zijn, wat hij is of kan zijn; de arbeider in hem kan verdrongen worden.

Vragen wij ons daarom thans af, hoe de omtrent den toestand van den getroffenene geldende opvatting tot stand komt.

## 2 - HET SOCIAAL-GENEESKUNDIG BELEID

Onder geneeskundige behandeling, toezicht en beoordeeling komen thans alle bedrijfsongevallen, dus ook vele lichte, welke vroeger buiten den gezichtskring der geneeskundigen bleven. Het spreekt vanzelf, dat ook aan de behandeling van de ernstige ongevallen hogere eischen werden gesteld, met als gevolg een uitbreiding en verdieping van de reeds bestaande heelkunde. (Er is wel gezegd: de Ongevallenwet heeft ons wondbehandeling geleerd.)

De zorg voor de geneeskundige behandeling berust bij de behandelende geneeskundigen, doch in Nederland zijn de geneeskundigen der Rijksverzekeringsbank mede verantwoordelijk, daar

zij krachtens de Ongevallenwet het toezicht daarop uitoefenen. Behalve de reeds genoemde uitbreiding van de taak der geneeskundigen, bracht de invoering der wet een nieuwe, omvangrijke sociaal-geneeskundige taak met zich mede, daar de artsen zich een oordeel moeten vormen omtrent de ongevalsgevolgen; niet alleen omtrent den aard van het letsel en den ernst ervan, maar vooral omtrent den duur en de mate van de ongeschiktheid tot arbeiden als gevolg van het ongeval.

Elk dergelijk oordeel is een sociaal-geneeskundig oordeel, gegrond op:

1. toereikend inzicht in den geneeskundigen, (heelkundigen), toestand van den getroffene; (de geneeskundige component in het oordeel.)
2. toereikend inzicht in de sociale beteekenis van de ongevalsgevolgen in verband met de strekking van de Ongevallenwet; (de sociale component.)

Het sociaal-geneeskundig oordeel ontstaat door samenwerking van den getroffene, diens geneesheer, de geneeskundige ambtenaren, en voor zoover noodig de deskundigen.

Getroffene is mede verantwoordelijk bij het ontstaan van het oordeel, onder andere op grond van de door hem te verschaffen anamnese, bovendien voorzoover deze bestaat, door de vrije artsenkeuze.

In hooge mate zijn de geneeskundige ambtenaren krachtens de wet verantwoordelijk voor de juistheid van het oordeel, voornamelijk voor de juiste schatting van de invaliditeit. In het meerendeel der gevallen hebben zij te doen met een spoedig verdwijnende, of reeds verdwenen ongeschiktheid tot arbeiden, veelal met een afnemende, minder dikwijls met een blijvende, (al of niet gedeeltelijke) ongeschiktheid tot arbeiden. Praktisch beteekent hun taak het voeren van een sociaal-geneeskundig beleid, opdat de getroffenen zooveel mogelijk en niet ontijdig in hun gewonen doen kunnen terugkeeren. Het spreekt vanzelf, dat dit beleid zoowel door juistheid als door vastheid behoort te zijn gekenmerkt. Aannemelijk is, dat de geneeskundige ambtenaren door hun scholing in de praktijk betrekkelijk snel het vermogen konden verwerven aan den nieuw-gestelden eisch te voldoen. Aannemelijk is echter ook, dat dit bij de deskundigen langzamer geschiedde,

niet alleen omdat zij de moeilijkeren vraagstukken hebben op te lossen en omdat aanvankelijk een achterstand in wetenschap bestond, maar ook, omdat zij niet zoo geregeld met deze materie in aanraking kwamen.

Een achterstand in wetenschap moest aanvankelijk bestaan; de wetenschap ontwikkelt zich immers in het algemeen hand aan hand met de praktijk en de eischen, die deze stelt. Zoo eischte de Ongevallenwet de ontwikkeling van een ongevallengeneeskunde, bovendien een verdere ontwikkeling der verzekeringsgeneeskunde.

Dat men psychiaters als deskundigen raadpleegde, is niet te verwonderen, want reeds vóór de sociale wetgeving was de psychiatrie als praktisch bedrijf sociale geneeskunde van het individu. Dat echter de psychiaters ondanks geoefende menschenkennis niet steeds berekend waren voor de nieuwe taak, is begrijpelijk, vooral omdat het arbeidsveld hunner sociaal-geneeskundige oordeelsvorming zich gewoonlijk uitstreckte over een andere groep van menschen dan juist verzekerde getroffenenen; (krankzinnigen-  
wezen en behandeling der maatschappelijk beter gesitueerden.)

Bij de klachten en verschijnselen van verzekerde getroffenenen moet rekening worden gehouden met minstens twee aetiologische factoren:

1. de gevolgen van het ongeval;
2. de gevolgen van het bestaan der sociale verzekering.

REICHARDT wijst er zelfs op, dat dikwijls drieërlei moet worden onderscheiden en gewaardeerd bij één onderzochte: „dasz der gleiche zu Begutachtende ebensowohl organisch unfallbeschädigt wie organisch unabhängig vom Unfall krank oder defekt, wie seelisch in besonderer Weise eingestellt sein kann.“ En wordt niet van ouds het samengaan van meer dan één ziekte bij één lijder een bijzondere beproeving voor den diagnosticus genoemd? Een eenvoudig voorbeeld moge hier volgen.

B. Arbeider in werkverschaffing, geboren in 1897. Hij diende bij de marine; wilde na 7 jaren dienst ontslagen worden en stal een bliksemafleider. Ontslag met rood paspoort; een half jaar gevangenisstraf. 23 December 1927 wordt hij na ruzie met zijn vrouw, terwijl de dokter dementia paralytica vermoedt,

opgenomen in een kliniek. Hoekige pupillen met goede reacties; luesreacties in bloed en liquor negatief. Liquor Nonne negatief, pleocytose 46. In de anamnese een sjanker, tien jaar geleden; (ulcus molle?). Hij wordt met een malariakuur behandeld wegens lues cerebri.

10 October 1929 wordt hij aan het hoofd getroffen door een blok van een laadboom; diagnose: vulnus capitis, geen bewusteloosheid. Hij vraagt 25 November 1929 verlenging van de uitkeering krachtens de Ongevallenwet. Een zenuwarts constateert slechte inprenting, oordeelsstoornis, langzaam rekenen; hij acht beginnende dementia paralytica waarschijnlijk. 3 December 1929 wordt hij opgenomen; hij heeft zijn vrouw mishandeld en uitgescholden; zegt, dat de medicijnen vergiftig zijn, loopt met het hoofd tegen den muur op; dreigt met suicide. Sedert het ongeval van 10 October heeft hij last van duizelingen, waarbij hij bleek wordt en hem het zweet uitbreekt; ook zou hij dan even buiten kennis zijn. Twee broers zouden aan toevallen lijden; (hetgeen later wordt ontkend). Luesreacties in het bloed negatief; ongelijke kniepeesreflexen; ontslag uit de verpleging 19 December 1929.

29 Januari 1938 krijgt hij door sterken winddruk een keetdeur tegen den rechter slaap; hij zou bewusteloos zijn neergevallen, stond na 10 minuten alleen op. Van 29 Januari tot 23 Februari 1938 wordt hij verpleegd wegens ongecompliceerde commotio cerebri; geen aanknoopingspunten voor actieve lues. 28 Februari geen klachten. 3 Maart hervat hij in de werkverschaffing, doch staakt den arbeid na 2 uren wegens barstende hoofdpijn en wordt op 5 Maart voor drie maanden ongeschikt verklaard wegens minderwaardigheid door oude lues + commotio.

9 Maart 1938: hij slaapt de laatste nachten niet en moet 2 à 3 maal urineeren des nachts, hetgeen hij tevoren niet had; gisteravond had hij barstende hoofdpijn. Zijn beurt in de werkverschaffing duurt maar tien weken; nu hij niet werkt derft hij ruim 1/5.— per week. Links lichte ptosis, lichte anisocorie; Achillespeesreflex rechts laag, links practisch afwezig; goede pupilreacties; pupillen niet rond; geen intellectstoornissen.

In het beschreven geval ziet men de „Zweite Krankheit“ ontstaan onder den invloed van de weinig kritische voorstelling: lues + commotio = 3 maanden ongeschiktheid. In werkelijkheid is hij een psychopathische persoonlijkheid met lichte niet-actieve resten van een oude lues cerebros spinalis; na een lichte hersenschudding vertoont deze getroffene een in de werkverschaffing zoo bij uitstek veelvuldige tegenzinreactie bij werkhervatting.

Evenals elders in de psychiatrie is dan ook de structuurgedachte als kritische methode van onderzoek in de psychiatrie der sociale verzekering noodzakelijk.

Wil men uit den huidige chaos geraken en wil men, dat er een eind komt aan het kritiek-loos afschuiven van den patient door den eenen dienst naar den anderen, dan worde deze methode de grondslag van denken en handelen van iederen arts, die sociaal-geneeskundig werk doet.

In de literatuur wordt gewezen op de hogere eischen, welke in de laatste decennia aan het geneeskundig denken worden gesteld. Een aanwijzing hiervoor is mede het verschijnen van „Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“ van BLEULER in 1919.

Aannemelijk is, dat den deskundigen de omvang der nieuwe taak dikwijls niet duidelijk voor den geest staat. SMIT (Gen.Tschr. R.V.B., 1938, blz. 234) wijst er op, hoe zich het gebruik inburgerde den deskundige te verzoeken ook de invaliditeit te schatten, hoewel dit feitelijk behoort tot de taak van het verzekeringsorgaan en in beroepszaken tot de taak van den rechter. Mijns inziens kan van een extra-belasting van de deskundigen worden gesproken, met het gevolg, dat de nauwelijks of niet bewuste neiging kon ontstaan de moeilijkheden te ontwijken door „het zekere voor het onzekere te nemen“ en dan maar tot een goedig hoog geschat invaliditeitscijfer te adviseren. Daarbij werd dan wel op vaak naïef-formalistische wijze aan het verantwoordelijkheidsgevoel eenigszins voldaan door het aantonen van traumatische restverschijnselen, welke in wezen onbelangrijk waren, of van verschijnselen, die daarvoor werden gehouden; (asymmetriën, niet pathologische nystagmus en dergelijke).

Eenzijdige bezorgdheid voor het lichamelijk heil en een zekere

beduchtheid de getroffen en in hun geldelijke aangelegenheden te beknebbelen, lagen ook voor de hand, zoolang de mogelijkheid van nadeeligen invloed eener slecht gefundeerde invaliditeitsverklaring niet werd voorzien.

Niet te verwonderen is dan ook, dat het oordeel van den deskundige dikwijls eerder een blok aan het been van den geneeskundigen ambtenaar was, dan dat het aanleiding gaf tot verruiming van diens inzicht.

Is er dan geen verbetering in dezen toestand gekomen? Stellig wel! Een geval, als het door KORTEWEG vermeldde, (zie boven) waarin bij den man, wiens groote teen verbrijzeld was, een verzekeringsneurose in rechten bestendigd werd, ondanks KORTEWEG's advies, is thans in Nederland niet zoo licht meer te verwachten. Minder gunstig staat het echter nog met de beoordeeling van den toestand van getroffen en, wier letsel naar verhouding minder zichtbaar en minder tastbaar is; mijns inziens wordt na letsels van het zenuwstelsel het onderscheid tusschen ongevalsgevolg en verzekeringsreactie slechter gemaakt dan bij de heelkundige letsels van het skelet het geval is. A fortiori ontbreekt dergelijk onderscheid dikwijls bij de imponderabilia der psychiatrische letsels, dus wanneer een schrikreactie in een secundaire verzekeringsreactie overgaat.

In het volgende zullen enkele oorzaken op psychiatrisch en neurologisch gebied, welke de juistheid en vastheid van het sociaal-geneeskundig beleid bedreigen, nog nader worden bezien.

### III - BELEID BIJ LETSELS OP PSYCHIATRISCH EN NEUROLOGISCH GEBIED

#### 1 - PSYCHIATRISCH ONGEVALSLETSEL: SCHRIK

Voor het aannemen van verband tusschen ongeval en stoornis formuleert Oberregierungsrat E. KNOLL, (Arbeit und Gesundheit, Heft 13), den eisch, dat een „innere wesenhafte wirkende gestaltende Beziehung” tusschen beide aanwezig moet zijn.

Bij welke gevallen van psychiatrische stoornis na ongeval is een dergelijk verband aannemelijk? Dit is zeker het geval bij de schrikreacties, welke door REICHARDT in 1916 scherp van de overige neurosen na ongeval werden gescheiden en welke hij als eenige „echte” traumatische neurosen wilde erkennen. Later gaf hij in „Die psychogenen Reaktionen einschliesslich der sogenannten Entschädigungsneurosen” (1933), meer uitvoerige, zeer lezenswaardige uiteenzettingen omtrent den invloed van schrik en ontsteltenis bij ongevallen.

Volgens REICHARDT is de schrik niet een pathologische reactie; ook is zij niet te beschouwen als een primaire gemoedsbeweging, maar als een primair-vitale reactie, welke zich afspeelt op lager niveau dan dat van het gemoedsleven. Na den schrik kunnen gemoedsbewegingen volgen; ook kan het verstand bij den betrokkene secundair ingrijpen. De schrik zelf werkt onmiddellijk in op de vegetatieve centra, met individueel zeer verschillend gevolg. (Dikwijls zou de diastolische bloeddruk verlaagd worden.) Een soort schemertoestand met gedeeltelijk onnauwkeurige of zelfs ontbrekende herinnering kan het gevolg zijn. Indien de schrik gepaard gaat met doodsangst is een voorbijgaande psychose mogelijk.

Gewoonlijk is de schrik na enkele uren of dagen uitgewerkt; na hevigen schrik kunnen de gevolgen langer blijven bestaan, in zeldzame gevallen enkele maanden. Er kan na heftigen schrik een stupor volgen, die daarna juist omslaat in een verhoogde

prikkelbaarheid van het gemoedsleven. Daarbij bestaat dan de neiging het ongeval steeds weer opnieuw in gedachten te doorleven. Ook moet rekening worden gehouden met individueele verschillen. Een betrekkelijk groot aantal menschen is van nature geneigd tot naar verhouding sterkere en meer langdurige vegetatieve reactie. Dit zijn de vegetatief-gestigmatiseerden, (BERGMANN), of neuropathisch-gestigmatiseerden, (REICHARDT). Ook in gewone omstandigheden zou bij deze menschen zonder eenige neiging tot hypochondrische instelling het subjectieve gezondheidsgevoel meer labiel zijn. De vegetatieve reacties, waartoe deze menschen neigen, kunnen ontstaan door schrik en daarna psychogeen in stand gehouden worden; ook kunnen zij psychogeen ontstaan. („Der depressive Affekt lastet auf den erhöht ansprechbaren vegetativen Zentren und Organen, und steigert die Krankheitsgefühle”).

Kenmerkend voor elke sterkere neuropathische of vegetatieve reactie, (hetzij zij na schrik, hetzij zij psychogeen of door beide oorzaken tezamen is ontstaan), is, dat het lichaamsgewicht van den betrokkene daalt, zelfs meer dan 10 kg., zonder dat voor dit gewichtsverlies andere oorzaken zijn aan te wijzen.

Het is in het belang van den betrokkene, dat men hem ondanks allerlei klachten en subjectieve gewaarwordingen na schrikreactie zoo spoedig mogelijk weer aan het werk zet, zij het dan ook niet dadelijk op den meest verantwoordelijken post. De betrokkene mag niet den tijd hebben op zichzelf te letten! Anders doen is een kunstfout. (Zie ook KORTEWEG.)

Ook wanneer een betrekkelijk sterke vegetatieve reactie in het spel is, moet men den betrokkene vooral niet lang laten rusten. Zelfs de ernstigste vegetatieve reactie verdwijnt geleidelijk na hoogstens enkele maanden. Tot zoover REICHARDT.

„Schreckneurose und volle Arbeitsfähigkeit vertragen sich sehr gut zusammen. Das praktische Leben und der Kampf ums Dasein heilt jede Schreckneurose in kurzer zeit.” (MEIER-MÜLLER).

Wanneer echter de verzekerde arbeider na schrik niet tijdig her- vat en men nog ongeschiktheid tot arbeiden als gevolg van een ongeval blijft aannemen, met de daaruit voortvloeiende faciliteit, dan kan de echte traumatische neurose, de schrik, gefixeerd worden en overgaan in verzekeringsneurose.

Welke funeste gevolgen dit kan hebben moge blijken uit het volgende geval, waarbij een sterke vegetatieve reactie miskend werd.

C. (P.N.K.U., No. 13401), (Zie ook Psych. en Neurol. bl., 1937, blz. 581, D.). Een los arbeider, oud 30 jaar, kwam 23 Juni 1930 een oogenblik met de linker hand met spanning in aanraking, (wisselstroom van 220 volt), terwijl hij in een kelder met de voeten in het water stond. Hij werd achteruit geworpen, was niet bewusteloos, schrok hevig. Hij kon alleen naar huis loopen, maar had het gevoel of hij neer zou vallen, beefde en zweette. Aanvankelijk kon hij wel spreken, maar thuis gekomen kon hij geen woord uitbrengen. Hij had het gevoel, dat hij „ongelukkig geslagen was”. Den volgenden dag trachtte hij te werken, maar hij kon het niet. Nadien zou hij vermagerd zijn, in korten tijd van 80 tot 65 kg. zijn afgevallen. Men vreesde voor nier-tuberculose, omdat er erythrocyten in de urine werden gevonden. Bij observatie in een geneeskundige kliniek, (October 1930) werden geen teekenen van actieve tuberculose gevonden, de reactie van VON PIRQUET was sterk positief, de bezinkings-snelheid der erythrocyten normaal; de grondstofwisseling normaal. Er werden geen neurologische afwijkingen gevonden, doch wel een opvallende tremor. Met het oog op den slechten algemeen toestand werd een rustkuur noodig geacht. In December 1930 vindt een neuroloog een tremor in beide armen en handen, doch geen neurologische afwijkingen. In 1931 wordt getroffen herhaaldelijk door verschillende geneeskundigen onderzocht en behandeld zonder verbetering van den toestand. Hij klaagt over slechten eetlust; meent, dat hij tenslotte sterven zal aan de gevolgen van het ongeval. Hij zegt: „Of de dokters weten niet wat ik mankeer, of het is ongeneeslijk, wat ik heb.” In den winter 1931-1932 wordt hij in een sanatorium behandeld met arbeidstherapie. Hij werkt tot tevredenheid een uur of vijf per dag, waarna hij eer minder dan meer klaagt over zijn vermoeidheid en zwakte. Hij laat zich van de wijs brengen door gesprekken van mede-patienten over politiek, waardoor het secundair tot conflicten komt. Maart 1932 onttrekt hij zich aan de behandeling in het sanatorium;

daarna is de toestand weer spoedig zooals voor de behandeling. Augustus 1933 wordt hij in de kliniek te Utrecht onderzocht. Zijn klachten zijn: slap gevoel, vermoeidheid des morgens meer dan des avonds; huilbuien, gejaagdheid, het gevoel van door de beenen te zakken; duizeligheid, wanneer hij naar boven kijkt; af en toe een waas voor de oogen. Hij droomde eens, dat een hand naar zijn keel greep; sedertdien heeft hij last van „stotteren” en van opboeren. Wanneer hij de trap afloopt, wordt hij duizelig en heeft het gevoel, dat hij „in een dierenkuil zakt.” Zelf schrijft hij alle klachten toe aan den schrik. „Geen enkele behandeling heeft geholpen,” zegt hij. Geconstateerd wordt een tremor in de rechter hand, welke gedurende het onderzoek erger wordt; zeer geringe knijpkracht in de handen; overigens geen somatische afwijkingen; de spraak is soms hortend. De grondstofwisseling wordt normaal gevonden. Het lichaamsgewicht neemt in één week, tijdens de observatie, af van 65 tot 63,6 kg. Het intellect is normaal; geen querulante houding.

Februari 1937 zegt getroffene, dat zijn klachten geleidelijk zijn verminderd; het beven is opgehouden. Hij acht zich gezond. Toch is hij overtuigd tot zwaar werk niet in staat te zijn. Hij verveelt zich. Hij is thuis wat prikkelbaar, heeft soms de neiging om den boel kort en klein te slaan en loopt dan maar gauw de deur uit. Hij meent, dat elke gemoedsbeweging schadelijk moet werken. Het oprakelen van de oude ongevalskwestie maakt, dat hij gaat huilen; hij meent, dat dit dan weer slecht moet werken op zijn zenuwstelsel. Hij heeft voortdurend het gevoel, dat hem wat overkomen zal. Hij durft niet meer te zwemmen in diep water, durft niet meer op een ladder te klimmen. Wanneer de ramen gewasschen moeten worden, durft hij niet buiten het raam te gaan. Den coitus durft hij niet uit te oefenen, meenende, dat dit zijn krachten nog zal verminderen. Lichte bezigheden kan hij soms goed verrichten; hij wilde eens hyacintebollen planten, maar hij „kon” het niet. Hij kan geen verderen uitleg daarvan geven; het was alsof hij werd tegengehouden. Hij ging het huis weer in, en moest er zelf om lachen, dat hij dát werk niet eens kon doen. Den volgenden dag probeerde hij het weer en toen ging het dadelijk goed.

Bij somatisch onderzoek worden geen bijzonderheden gevonden. Lichaamsgewicht 65,8 kg. Van intellectstoornissen is geen sprake. Inprentingsproeven worden zeer vlot uitgevoerd.

Het electricisch trauma bij dezen getroffenene kan betrekkelijk zwaar zijn geweest, wanneer men bedenkt, dat hij met de voeten in het water stond en hij dus goed „geaard” was.

Duidelijke organische stoornissen worden bij hem niet gevonden. Het basaal-metabolisme werd tot driemaal toe normaal gevonden. Teekenen van hyperthyreoidie ontbraken steeds. Opvallende vermagering, zooals deze bij hem wordt aangegeven korten tijd na het ongeval, vindt men vermeld in sommige door JELLINEK beschreven gevallen. De vondst van erythrocyten zou men desnoods in verband kunnen brengen met de haematurie, die na „zuivere” electricische ongevallen zou kunnen voorkomen.

Het komt niet aannemelijk voor bij dezen getroffenene een organisch letsel van het centrale zenuwstelsel te onderstellen als direct gevolg van den electricischen stroom, bijvoorbeeld in den zin van een electro-traumatische encephalomyelose. LÖWENSTEIN en MENDEL hebben dezen naam voorgesteld voor ziektebeelden, welke zouden berusten op een diffuus lijden van hersenen en ruggemerg, als gevolg van electricische ongevallen. Het klinisch beeld zou in sommige gevallen zeer sterk gelijken op dementia paralytica, met dementie, pupilstoornissen en spraakstoornissen, doch met negatieve luesreacties in bloed en liquor. In andere gevallen zouden epilepsie of op multiple sclerose gelijkende ziektebeelden het gevolg zijn. De argumenten voor de opstelling van deze encephalomyelose zijn niet sterk, mede omdat deze benaming een histologisch grondslag suggereert, of althans een histologisch onderzoek, hetgeen de schrijvers echter niet hebben verricht.

Mijns inziens heeft men in het onderhavige geval waarschijnlijk uitsluitend, of practisch uitsluitend te doen gehad met een schrikreactie, met vrij sterke vegetatieve reactie gepaard gaande, en ware een zeer spoedige werkhervatting ondanks deze reactie mogelijk en om psychiatrische redenen tevens wenschelijk geweest. Mede omdat geen juist geneeskundig inzicht in den toestand van getroffenene bestond, hervatte hij niet en had hij ruimschoots gele-

genheid tot secundaire psychogene fixatie van zijn klachten en zelfs van de vegetatieve reactie. De individuele aard van den getroffenene speelt mede een rol; doch wanneer men bedenkt, dat de geneeskundige, die de eerste hulp verleende, van oordeel was, dat de getroffenene alleen geschrokken was en het werk niet behoefde te staken, doch dat nadien door vele andere geneeskundigen achtereenvolgens vermoed of gediagnosticeerd werd: nier-tuberculose, longtuberculose, zwaktetoestand, electriche neurose, (op te vatten als analoog aan de traumatische neurose); zware neurose van depressief karakter, hyperthyreoidie; neurose refractair voor elke opwekking, vastgelopen-zijn-in-neurose, dan behoeft het niet te verwonderen, dat de behandeling nog des te meer verschillend was. Nu eens werd hij aangespoord te werken, dan weer werd hem rust voorgeschreven, opdat zijn zenuwen sterker zouden worden. Het meeningsverschil der geneeskundigen kan slechts verwarrend op dezen getroffenene hebben ingewerkt.

Bij het laatste onderzoek overwoog bij hem een vreesachtige instelling, zelfs ten opzichte van de al te geringe eischen, die hem het leven stelde, en was uitsluitend een verzekeringsneurose aannemelijk, welke niet als direct gevolg van het ongeval is te beschouwen.

Het is noodig den overgang van de schrikneurose naar de verzekeringsneurose te leeren kennen, indien men de genese van andere psychiatrische toestanden na ongeval bij verzekerden wil duiden en de problematiek van sommige op zichzelfstaande gevallen ter hand wil nemen. In de structuur van deze gevallen kunnen de navolgende factoren eventueel in aanmerking komen:

1. de persoonlijke dispositie van den getroffenene;
2. momenten in zijn voorgeschiedenis;
3. krenkende invloeden afkomstig van het ongeval; (schrik, verminking).
4. sociale omstandigheden, in het bijzonder ook die, welke in verband staan met de sociale verzekering; onder andere krenking van het zelfvertrouwen door verkeerde adviezen, door onjuiste ongeschiktverklaring en de sociale gevolgen daarvan.

Voor de beoordeeling der gevallen is het noodig het gewicht van de afzonderlijke factoren zoo goed mogelijk af te schatten.

Als op zichzelf staand geval het volgende:

D. schildersknecht, 24 jaar oud, wordt 10 Mei 1939 aangereden door een auto; hij wordt opgenomen in een heelkundige kliniek, met eenige gebroken ribben (rechts) en contusio pulmonis. Wegens haematothorax wordt hij tweemaal gepuncteerd, waarbij opvalt, dat hij buitengewoon angstig is gedurende dezen ingreep. Nadien neemt zijn angst toe, ofschoon hij in heelkundig opzicht voorspoedig geneest.

8 Juli 1939 komt hij voor onderzoek. Hij is angstig; zit des nachts op van den angst; hij durft niet te gaan slapen, omdat hij dan dood zal gaan. Hij krijgt hartkloppingen, wanneer hij loopt: „de long is kapot; er moet een röntgenfoto worden „gemaakt; de gedachte werkt in mijn binnenste: het zal mijn „eind wel zijn; het hart zegt, dat het moeilijk is, dat ik er boven „op zal komen.” Een en ander wordt gesproken met een doffe stem; hij spreekt betrekkelijk snel, met primitieve zinswendingen. De vader is 46 jaar oud; hij heeft, na moeilijkheden in zaken, gedurende meer dan een jaar aan angstneurose geleden, waarmee hij op advies van een zenuwarts doorwerkte. De moeder is 52 jaar oud; zij heeft veel last van hoofdpijn. Er zijn drie dochters; de oudste dochter had struma, de tweede leed aan enuresis; de derde is gewoon. Vaders zuster zou een aangeboren hartgebrek hebben gehad.

Getroffene zelf is de eenige zoon; hij leed aan stuipen; hij liep en sprak pas toen hij ongeveer 3 jaar oud was; hij zou een tijdlang hardhoorend zijn geweest en bezocht een school voor hardhoorenden; nadien volgde hij bijzonder onderwijs, waarna hij in 3 jaren de ambachtsschool doorliep; (teekenen en schilderen, waarvoor hij een bepaalden aanleg heeft.) Hij werkte bijna drie jaren in een gordijnenfabriek en was nadien eenige jaren werkloos, waardoor hij zenuwachtig en korzelig is geworden. In dien toestand kwam hij 5 weken vóór het ongeval in dienst bij een huisschilder.

Zijn habitus is licht doch duidelijk dysplastisch. Lengte 1.63 meter; glanzende ietwat prominerende oogbollen; nystagmus; eigenaardige langwerpige kin; langwerpige neusgaten. De grondgewrichten van de vingers van de rechter hand kunnen niet verder worden gebogen dan tot 110-120°; links tot ongeveer 90°. Urine eiwit zwak positief, korrelcylinders; bloeddruk 155/90.

Geadviseerd wordt tot situatieve therapie; dat wil zeggen, dat getroffene indien mogelijk zijn werk zal hervatten onder het gebruik van een sedativum. De werkgever, bij wien getroffene nog maar zoo korten tijd voor het ongeval had gewerkt, voert aan, dat hij hem niet meer noodig heeft, doch door bemiddeling van een agent van de Rijksverzekeringsbank wordt een modus gevonden.

Een gunstige uitwerking valt op te merken; getroffene doet alle werk, ook klimmen, zonder merkbare bezwaren; af en toe houdt hij op met werken en huilt; ook loopt hij soms weg. Het komt tot hypochondrische crisisen, waarin hij een gevoel heeft alsof de borst geknakt is, zoodat hij den neus niet kan of niet durft te snuiten; alsof de buik stijf is en hij de ontlasting niet kan kwijtraken.

31 Juli 1939 is hij benauwd, blijft thuis, zit te prevelen; gaat liggen; slaat een barst in een linnenkast, omdat men hem niet gelooft; hij verbiedt den huisgenooten te lachen: het zal wel spoedig met hem gedaan zijn.

Na dien gaat het snel beter met hem.

8 Februari 1940: revisie. Hij deelt mede gezond te zijn; hij is goed-lachs; hij werkt sedert ongeveer een half jaar onafgebroken in de gordijnenfabriek. Desgevraagd deelt hij mede nog wel eens pijn in het hart te hebben; hij durft geen gymnastiek meer te doen.

In het beschreven geval is de constitutioneele factor hoofdzak; reeds vóór het ongeval was getroffene van streek. Door het ongeval en de daarna volgende ingrepen, het verblijf in het gasthuis verergerde zijn toestand; er bestond wel eenige behoefte aan beklag; geen desiderium facilitatis krachtens de sociale verzekering. De situatieve therapie had een gunstigen invloed.

## 2 - LETSEL OP NEUROLOGISCH GEBIED: SCHEDEL-TRAUMA

De welhaast tragische vergissing van den neuroloog OPPENHEIM, in zijn leer der traumatische neurosen, (waarvan wellicht als eenig juiste kern is overgebleven, dat deze toestanden iets nieuws en iets aparts zijn), moet een waarschuwing zijn tegen het identificeren van neurologische diagnose en sociaal-geneeskundig oordeel.

Nog steeds is de verzekeringsneurose na schedeltraumata frequent, hetgeen er op wijst, dat het sociaal-geneeskundig oordeel in deze gevallen bijzonder moeilijk kan zijn. Een mogelijke oorzaak werd hierboven reeds aangeduid, namelijk het feit, dat letsels van het zenuwstelsel, althans van de hersenen, naar verhouding minder zichtbaar en tastbaar zijn dan bijvoorbeeld de heelkundige letsels der ledematen. Een restitutio ad integrum is bij letsels van het zenuwstelsel bovendien over het algemeen zeldzamer; de geoefende onderzoeker kan dikwijls restverschijnselen van een vroeger trauma aantoonen, terwijl de betrokkene reeds lang klinisch geheel genezen en a fortiori niet meer invalide is; (bijvoorbeeld een rest-Babinski na een gunstig verlopen contusio cerebri. Zoo ook blijft een schedelfractuur zichtbaar in het röntgenbeeld, terwijl zij reeds lang geen klinische beteekenis meer behoeft te hebben.)

Voorts zijn er gevallen, waarin de betrokkene geenszins klinisch genezen is en toch vele jaren werkt, als ware hij volledig valide. Als voorbeeld hiervan het volgende geval:

E. (Polikliniek P.N.K.U. 28298; pat.reg.823), spoorwegaarbeider, valt 13 Augustus 1914 van een spoordijk en komt met den linker kant van het hoofd in de punt van een zeis terecht. Bloedende wond boven het linker oor. De spraak is dadelijk gestoord. Geen bewusteloosheid; (geen amnesie). Hij loopt naar huis en raakt daar buiten kennis.

Opneming in de kliniek 14 Augustus 1914: de wond wordt per primam gesloten; impressiefractuur links parietaal; de pols is gedurende de eerste 8 dagen laag; (tot 48). Den eersten dag is getroffenene onrustig; den tweeden dag suf; den derden reageert hij op vragen, doch een zware aphasia belet hem te antwoorden. Hierna volgt een geleidelijk herstel; hij hervat een half jaar na het ongeval en doet zijn volle werk tot Juni 1935! De spraakstoornis is geleidelijk verbeterd, zoodat na 2 jaar een ongeveer stationnaire toestand met lichte paraphasieën overblijft. Intusschen bemerkte getroffenene ongeveer één jaar na het ongeval bij tijden een prikkelend gevoel, beginnend in den rechter voet en vandaar optrekkend door rechter been naar rechter arm en rechter gelaatshelft. Eénmaal zou hij bij een

dergelijke aanval  $\pm$  10 minuten bewusteloos zijn geweest. (Geen tongbeet; geen incontinentie). Hij zou in het geheel 20 tot 30 maal korter durende toestanden van bewusteloosheid hebben gehad bij dergelijke aanvallen, doch de laatste jaren niet meer; (vóór 1935).

De paraesthesieën ontstaan vooral bij inspanning en emotie. Gedurende de aanvallen spreekt hij ook moeilijk, met een gevoel alsof de tong dubbel slaat.

In 1935 wordt gevonden: in het linker os parietale een met huid bedekte deuk, waarvan de afmetingen ongeveer 7 bij 3 centimeter bedragen. Voorts een centrale facialis-parese rechts, benevens lichte reflexstoornissen zonder krachtsvermindering aan den rechter arm en het rechter been.

Een nadere overweging van de beteekenis van schedeltraumata en vooral van de mechanische hersenletsels moge hier volgen. Allereerst worde gewezen op de gevallen, waarbij het schedeltrauma twijfelachtig was of alleen maar bestond in de krampachtig volgehouden opvattingen van den getroffene en diens omgeving.

F. Sjouwerman, 40 jaar oud. In de familie geen zenuwziekten, geen krankzinnigheid, geen epilepsie. Hij zou 17 Augustus 1937 achteruit loopende gestruikeld zijn en op het hoofd gevallen, waarna hij in „bewusteloozen toestand” naar het gasthuis werd vervoerd. Gedurende de verpleging deelt hij mede sedert 7 maanden kortademig te zijn bij inspanning en dan last te hebben van hartkloppingen. Sedert 7 maanden is hij nerveus; vijf jaar te voren had hij last van zenuwen op de maag. Er worden geen afwijkingen van belang gevonden. De temperatuur en de polsfrequentie zijn ook in de eerste dagen gewoon geweest. 30 September 1937 ontslag, met geringe klachten over een dof gevoel in het hoofd. Men neemt aan, dat hij een commotio cerebri heeft gehad. Den dag van zijn thuiskomst wordt getroffene onwel; hij valt neer en is ongeveer een dag „buiten kennis”; hij roept echter voortdurend: „mijn hoofd, mijn hoofd!”. Geen tongbeet, geen enuresis. Nadien volgen aanvallen van wildheid. In October—November 1937 constateert een zenuwarts overdreven en hysterisch gedrag; geen neurologische afwijkingen.

Getroffene werkt van 15 tot 17 November, doch blijft daarna thuis; hij braakt.

2 December 1937 volgt opneming in een heelkundige kliniek wegens maaglijden; 4 December ontslag tegen advies. Januari 1938 wordt hij opnieuw opgenomen in dezelfde kliniek; op 17 Januari mediane laparotomie, waarbij een enorme ptosis van lever, maag en dikken darm wordt gevonden, doch overigens geen afwijkingen.

2 tot 22 Maart 1938 wordt hij geobserveerd in een kliniek voor inwendige ziekten wegens gewichtsvermindering van 5 pond in 3 weken tijd; witte vlokken aan de ontlasting; 2 tot 3 maal per dag hevige aandrang tot ontlasting. Bij het internistisch onderzoek worden geen afwijkingen gevonden.

Vanaf 15 April 1938 werkt hij en houdt dit 8 weken vol, maar de huisgenooten staan duizend angsten uit. Zij verwachten, dat hij van de stelling zal vallen. 9 Juni 1938 zegt hij, dat het „mis” met hem is; hij gaat naar het schaftlokaal; men vindt hem op den grond liggende en woest om zich heen slaande. Nadien ligt hij thuis. Volgens zijn zoon is de patient, die vroeger vroolijk, kalm en bedaard was, nu somber en zwijgzaam; bij het minste stuift hij op.

Ook 20 Juni 1938 zijn geen lichamelijke afwijkingen te vinden. Patient beschrijft de toedracht van het ongeval onduidelijk: hij zou met het verzetten van een stelling zijn gevallen, terwijl hij achteruit liep; hij schatte verkeerd; voelde ineens niets meer, geen grond onder de voeten. Hij schrok en herinnert zich verder niets meer. Thans hebben hem de zenuwen te pakken. Hij kan thuis geen moment stilzitten; op den beganen grond werkt hij vrijer dan op de stellingen. Op de stellingen werkt hij „in een soes en weet dan van voren niet, dat hij van achteren leeft.” De medearbeiders durven dan niet samen met hem op een stelling. Hij vreest voor ontslag. Men komt alle weken met een kwitantie aan de deur wegens de kosten van het verblijf in de ziekenhuizen; het is om gek te worden, zegt hij. Hij eet slecht, slaapt slecht; droomt en wordt angstig wakker. Gevraagd naar de mogelijke oorzaak van de bij de eerste observatie, (onmiddellijk na het ongeval), vermelde nervositeit, antwoordt hij ontwijkend.

Door informatie bij den werkgever blijkt, dat deze getroffene zich Februari 1937 op den voorgrond heeft gesteld bij een staking. Nadien is hij zenuwachtig geworden en had meermalen hysterische reacties. Ook blijkt, dat het „ongeval” van 17 Augustus 1937 als een vermoedelijk hysterisch acces moet worden opgevat.

Resumeerende kan men dus bij dezen patient een hysteric als uitdrukking van sociale onmacht aannemen; de aan het ongeval verbonden rechten kunnen als rugdekking bij ontslag dienen. De vrij plotselinge gewichtsvermindering einde 1937 is te beschouwen als een vegetatieve reactie op affectieven grondslag. 21 Mei 1939 deelt deze patient mede, dat hij sedert Juni 1938 slechts 22 dagen verzuimd heeft, omdat er geen werk was; ziek is hij niet meer geweest. Hij gaat gewoon de stellingen op en doet zijn werk goed. Hij is nog verbitterd over de geldelijke verliezen van het vorig jaar; hij moet thans nog ongeveer 17 gulden afbetalen aan ziekenhuiskosten; de dokters van de ziekenhuizen zijn leugenaars en over de Rijksverzekeringsbank is hij eveneens slecht te spreken.

Merkwaardig is dit geval, omdat het niet voldoende was bij dezen man de diagnose hysteric te stellen, of vast te stellen, dat er geen letsel was, (einde 1937). Noodig was het de beweegredenen bij deze hysteric te doorzien, (Juni 1938). Daarna koos hij eieren voor zijn geld en bleef aan het werk; zijn toestand verbeterde. Vooralsnog bleef een verbitterde stemming over, mede wegens de financieele schade, welke hij zich op den hals had gehaald en welke in 1939 nog niet was geliquideerd; (de sociale wond was nog niet geheeld).

### 3 - HET BEGRIP HERSENSCHUDDING

Zeer dikwijls vindt men in de ongevalsangifte hersenschudding of lichte hersenschudding vermeld bij getroffenen, bij wie zich een neurose ontwikkelt. Men vraagt zich af of het begrip hersenschudding wel altijd terecht wordt gebruikt. Het is daarom van belang zich althans in het kort te bezinnen omtrent het gebruik van dit begrip.

Er zijn geschriften over commotio cerebri, waarin men vergeefs

zoekt naar een bepaling, wat men in deze publicaties verstaat onder commotio cerebri en contusio cerebri. Deze geschriften verliezen daardoor zeer aan waarde.

Vermeldenswaard is de definitie van DE COCK; (Leerboek van BOUMAN en BROUWER). Deze schrijft, dat commotio en contusio cerebri uitsluitend traumatische aandoeningen zijn, welke niet scherp van elkaar zijn te scheiden en talrijke tusschenvormen vertoonen. Wanneer iemand door een val of slag op het hoofd hersenverschijnselen vertoont, heeft hij een commotio cerebri; welke hersenverschijnselen dat zijn, doet er niet toe; (hetzij bewustzijnsverlies, prikkelings- of verlamingsverschijnselen). De diagnose hersenschudding acht DE COCK feitelijk een verzamelnaam, geschikt om tegenover het publiek direct na het ongeval te gebruiken. Het verdere verloop moet uitmaken of men werkelijk alleen te doen heeft met een commotio, of dat zich in aansluiting hierop verschijnselen voordoen van contusie of compressie. Deze begripsbepaling van DE COCK zou men een grofklinische of populaire kunnen noemen. Juister lijkt mij de begripsbepaling van OTTO MARBURG in het Handbuch der Neurologie van BUMKE en FOERSTER, (deel XI). Hij wijst er op, dat voor vele auteurs evenals voor hemzelf commotio cerebri slechts een klinisch begrip is en geeft de volgende definitie:

„Funktionelle Störungen des Gehirns bzw. verschiedener Teile desselben, die durch eine stumpfe meist breit, mit einer bestimmten Geschwindigkeit und Intensität wirkende Gewalt hervorgebracht werden, akut einsetzen und nach kurzem Bestehen meist restlos verschwinden.”

MARBURG acht de bewusteloosheid een conditio sine qua non, maar hij geeft toe, dat deze opvatting door vele moderne auteurs niet wordt gedeeld. Hij noemt PLACZEK, die zelfs nog van hersenschudding wil spreken, wanneer bij verschijnselen na een schedeltrauma zoowel amnesie als bewusteloosheid ontbreken. Dat gaat MARBURG toch te ver: „denn wir arbeiten hier immer noch mit konventionellen Begriffen, und man sollte deshalb die Diagnose Commotio nur stellen wenn neben den geschilderten Symptomen des Hirndrucks auch die Bewusstlosigkeit vorhanden ist.”

REICHARDT zegt het weer anders: „Eine völlige Bewusstlosigkeit ist zur Diagnose auf Hirnerschütterung nicht nötig; wohl

aber musz eine als organisch an zu sehende Bewusstseinsveränderung vorgelegen haben". „Wenn jede auch nur leichte und subjektive anfängliche Bewusstseinsveränderung gefehlt hat, soll die Diagnose auf Hirnerschütterung nicht gestellt werden. Zuzugeben ist hierbei, dasz es Kopferschütterungen oder Kopfkontusionen gibt ohne Hirnerschütterungserscheinungen einerseits und ohne alle tiefgreifende Veränderungen im Schädelinneren andererseits, wobei eine gewisse Zeitspanne hindurch subjektive Beschwerden wie nach Hirnerschütterung, (Kopfschmerzen u.s.w.), bestehen können. Man kann hier aber von Kopferschütterung, Kopfkontusion mit ihren subjektiven Nachwehen und dergleichen sprechen und soll den Ausdruck „Hirnerschütterung" hierbei vermeiden."

Alvorens in te gaan op de verschillen, die tusschen de drie aangehaalde opvattingen bestaan, is het nuttig te wijzen op datgene, waarin zij met elkander overeenstemmen, namelijk, dat „hersenschudding" een klinisch en niet een anatomisch begrip is.

Verba valent usu. De begrippen *commotio cerebri*, *contusio cerebri* en *compressio cerebri* dateeren uit den tijd vóór de sociale verzekering. Men moet er dus rekening mede houden, dat deze begrippen thans niet meer voldoen, althans niet wanneer het nieuwe sociaal-geneeskundige, verzekeringskundige probleemstellingen betreft. Begrippen als tering en bleekzucht hebben in de praktijk immers evenzeer aan waarde moeten inboeten.

Men heeft mijns inziens met *commotio cerebri* niet het traumatisch hersenletsel willen aanduiden, maar den klinischen toestand met markante hersenverschijnselen, waarin de getroffene verkeert; deze toestand wordt principieel bedoeld als voorbijgaande phase; immers, wat daarna komt, ressorteert onder het begrip *post-commotioneële* verschijnselen.

Zoo was ook de *contusio cerebri* een klinisch begrip, dat een (anatomisch) hersenletsel impliceerde, doch zóo, dat zich dit letsel klinisch min of meer duidelijk manifesteerde, hetzij door verlammingen, temperatuursverhooging of anderszins. (Iets dergelijks is af te leiden voor het begrip *compressio cerebri*.)

Waarin verschillen nu de drie bovengenoemde auteurs onderling? DE COCK spreekt principieel van hersenschudding, wanneer er hersenverschijnselen door een schedeltrauma ontstaan; dus ook

al zijn het uiterst geringe. MARBURG en REICHARDT maken een voorbehoud: het moet althans tot een bewustzijnsstoornis komen. (Een kortdurende „Schwerbesinnlichkeit" is dus voldoende; (ref.) ) Ontbreekt de bewustzijnsstoornis geheel, dan spreken REICHARDT en anderen van *contusio capitis*. Waarom trachten zij dus hun begripsbepaling als het ware een onderste grens te geven? Het is mijns inziens duidelijk, dat een en ander berust op een poging het misbruik tegen te gaan, dat na de invoering van de sociale verzekering van het begrip hersenschudding is gemaakt.

Mede ten gevolge van de invoering van de sociale verzekering heeft zich de klinische pathologie der hersenletsels verder ontwikkeld en is gebleken, dat de ouderwetsche begrippen *commotio cerebri* en *contusio cerebri* wat eng zijn geworden, ook voor de kliniek. (Onder andere gaf dit aanleiding tot het ontstaan van het begrip *encephalopathia traumatica*.)

Bij toestanden, die men vroeger zonder bedenken onder het begrip hersenschudding rekende, vond men bij opzettelijk onderzoek kort na het trauma, nogal eens de zogenaamde *microsymptomen*, geringe stoornissen der reflexen en tonusverschillen, die gewoonlijk na 4 tot 8 dagen verdwijnen; (Stephan, Kuntzen, Flügel.) Veranderingen van de circulatie en de samenstelling van het bloed werden door VAN VALKENBURG en KAT bestudeerd.

Ook bij het pathologisch-anatomisch onderzoek werd, kort gezegd, meer gevonden dan vroeger en ook hier raakte alles wat op losse schroeven en bleef een reactie niet uit. NEUBÜRGER bijvoorbeeld tracht de *contusio cerebri*, (als anatomisch begrip blijkbaar!), een onderste grens te geven; hij schrijft: „Kleine multiple omschriebene Blutungen in das Hirngewebe und Blutinfiltrationen daselbst ohne Gewebstrennung, ohne Zerbröckelung oder Zermalmung von Hirngewebe, sowie ohne nachträglichen Gewebsuntergang, dürfen von der eigentlichen Hirnkontusion abgetrennt werden."

Aanleiding tot misvattingen omtrent de beteekenis van hersenletsels kan ontstaan, indien de verhouding tusschen de klinische werkelijkheid eenerzijds en het organisch substraat anderzijds niet met het noodige onderscheid wordt gezien. Denken wij ons een zeer onschuldig huidtrauma, waarbij het niet tot een zichtbare blauwe plek komt; mogelijk zouden dan bij microscopisch onderzoek toch wel enkele erythrocyten buiten de bloedvaten

gevonden worden en bestaat er dus een pathologisch-anatomische afwijking. Nu zijn de hersenen wel van een andere gevoeligheid dan de huid, doch dit hoeft geen aanleiding te zijn tot het koesteren van overdreven denkbeelden omtrent de klinische beteekenis van geringe, overigens zeer belangwekkende histologische afwijkingen in de hersenen, waarvan samenhang met een trauma is aan te nemen.

Eenzoo zou men een vergelijking kunnen maken bij de waardeering van de beteekenis van de bovengenoemde vluchtige microsymptomen bij hersenschudding met de voorbijgaande pijnlijke zwelling en vasodilatatie, welke in een huidgebied optreden na de inwerking van een betrekkelijk onschuldig mechanisch geweld. De bovenaangeduide onvastheid en oneenigheid bij het hanteeren der begrippen, waarmee toestanden en letsels na schedeltrauma worden aangeduid, was vanaf het begin der sociale verzekering een oorzaak van stoornis bij de waardeering van den ernst dezer letsels. Tevens was zij één der oorzaken van een hypochondre instelling, welke bij het publiek ten aanzien van schedeltrauma is gaan heerschen. Deze hypochondre instelling schijnt bovendien gevoed te worden door een primitief-bijgeloovige bezorgdheid: „het is je hoofd” is een argument, dat dikwijls door de getroffen en naar voren gebracht wordt.

BONHOEFFER schrijft: „Es sind Vorstellungen von mimosenhafter Empfindlichkeit des Gehirns entwickelt.” En omdat naar mijn ervaring ook in Nederland bij artsen en zenuwartsen overdreven opvattingen omtrent de gevoeligheid der hersenen nogal eens voorkomen, wil ik nog eenige andere citaten laten volgen.

KLIENEGER: „Die Bedeutung äusserer Traumen, (niet alleen schedeltraumata), und Schädigungen wird erfahrungsgemäss vom Publikum und vom Praktiker überschätzt. Die völlige Wiederherstellungsfähigkeit nach schweren Verletzungen und Erkrankungen, die gewollte und erzwungene Lebenseinstellung bei bleibenden körperlichen Veränderungen und Dauerschäden, wird allgemein unterschätzt. Was Rennfahrer, Reiter, Flieger, Turner, Kletterer an Komotionen, Brüche, Verschüttungen u. s. w., unversichert und unentschädigt, ohne längere Nachwirkung aushalten, ist bekannt. — Gerade die Katamnese schwerer Kopfverletzungen, weiter die Katamnese schwerer Kriegskopfverletzungen, besonders

bei Geistesarbeitern und bei Sportmensen, welche die Rente nicht erwarten, oder denen eine Abfindung schädlich wäre, zeigt welche Widerstandskraft und Anpassungsfähigkeit Kopf und Gehirn wirklich besitzen. Die Training-, Sport-, Berufs-, und Kriegserfahrungen zeigen, dass die laienhafte Auffassung von der Verletzlichkeit des Schädels, von der Bedeutung des Stoszes, der Erschütterung, des Schreckens, und dergleichen für Veränderungen im Zentralnervensystem irrig ist."

Stiet vroeger iemand het hoofd, zoodat hij sterretjes zag en een dag wat hoofdpijn had, dan werkte hij in het algemeen door; er werd verder niet bij stilgestaan. Na de invoering der sociale verzekering wist men echter dikwijls geen raad met de waardeering van de lichte cerebrale verschijnselen. Thans nog hoort men wel van een door dergelijk trauma getroffenene: „het is een hersenschudding en daar staat zes weken op". En dan vreest hij soms nog, dat hij later krankzinnig zal kunnen worden of sterven als gevolg van dit ongeval!

Een en ander is mede oorzaak geweest, dat de groote quantitatieve en kwalitatieve verscheidenheid der schedel- en hersenletsels in de sociaal-geneeskundige praktijk niet voldoende tot haar recht kwam. Dit geldt ook voor de bepaling van den duur der toe te passen rust en voor den duur van de ongeschiktheid tot arbeiden. Deze nivelleering maakt, dat met de geringe letsels wordt getraineed en de aandacht van de zware letsels, ten nadeele van de getroffenenen, wordt afgeleid. Een saneering van dezen toestand moet beginnen bij het hervinden van de juiste behandeling, beoordeeling en aanduiding der geringe letsels.

Indien in de anamnese na schedeltrauma bewusteloosheid ontbreekt, doch andere verschijnselen worden vermeld, welke als cerebrale kunnen worden opgevat, dan is te overwegen of de verschijnselen berusten op een direct (licht) hersenletsel of op een schrikreactie, vegetatieve, hysterische of psychogene reactie, (welke gepaard kunnen gaan met braken, polsstoornissen, bewustzijnsstoornissen), enzoovoorts.

Neemt men bij dergelijke gevallen na behoorlijk onderzoek aan, dat uitsluitend een gering mechanisch hersenletsel aan de verschijnselen ten grondslag ligt, dan dient het begrip hersenschudding mijns inziens òf te worden vermeden, (MARBURG), òf althans

niet zonder nadere kwalitatieve omschrijving te worden toegepast; men spreke dan van „uiterst lichte” of „geen duidelijke” hersenschudding, of desnoods van „subcommotio”, al naar gelang van den aard van het gegeven geval.

Een betere formuleering bij ontbreken van bewustzijnsstoornissen lijkt mij: contusio capitis met geringe cerebrale verschijnselen, niet vallende binnen het bereik van het verzekerings-geneeskundig begrip hersenschudding.

Het volgende geval, waarbij een (zeer gering) mechanisch hersenletsel meer aannemelijk is dan de tevens mogelijke invloeden van schrik, diene ter verduidelijking:

G. 24 November 1936 valt een acht-jarig meisje op het achterhoofd, ( $\pm 10.15$  uur). Geen bewusteloosheid, geen amnesie. Zij is geschrokken, huilt, klaagt over hoofdpijn. De hoofdpijn verdwijnt, doch komt  $\pm 11$  uur opnieuw; zij is misselijk, ziet bleek. Thuisgekomen braakt zij tusschen 11.25 en 15.45 uur zeven maal. Geen buil, geen neurologische afwijkingen. Polsfrequentie 65 à 70. Na 13 uur zakt de hoofdpijn en is te 15 uur geheel verdwenen; om 20 uur wederom hoofdpijnklachten.

25 November: klachten over een stijven hals; pols 65 tot 74.

26 November: geen klachten; pols 66 tot 70.

27 November: geen klachten; pols 70; opgestaan tegen advies.

28 November: gewandeld.

30 November: naar school; steeds vrij van klachten.

Het toepassen van een cliché-rustphase van drie tot zes weken zou in dit geval misplaatst geweest zijn!

BROUWER wees er op hoe in het algemeen een gewelddadige inwerking op den schedel op jeugdigen leeftijd veelal beter wordt verdragen dan in de volwassen periode.

In de sociaal-geneeskundige praktijk behielp men zich met min of meer geijkte rustphasen, welke nog al varieerden. Sommigen hielden zich star aan zes weken voor elke hersenschudding.

ANDREESSEN schrijft in het jaar 1939, (Hefte zur Unfallheilkunde, Heft 27, S. 48):

„Dauer der Bettruhe bei Hirnschädelbrüchen.”

„Während sich allmählich bei Behandlung der Hirnerschütterungen der Standpunkt durchgesetzt hat den Verletzten bald aufstehen

zu lassen, (in Lehrbüchern findet man immer noch angegeben bei Hirnerschütterungen eine 3-wöchige Bettruhe zu verordnen), wenn Schwindelgefühl und Kopfschmerzen nachlassen, ist man bei Behandlung der Schädelbrüche dabeigeblieden den Verletzten nicht zu früh aufstehen zu lassen. Im allgemeinen wird man keinen Verletzten mit einem Bruch des Hirnschädels vor 3 Wochen aus dem Bett lassen. Die Länge der weiteren Bettruhe — sowie auch der Schonungsbedürftigkeit — richtet sich nach der Dauer der Bewusstlosigkeit. Die Amerikaner stehen dabei auf dem Standpunkt, dasz man auf je 3 Stunden Bewusstlosigkeit etwa 1 Woche Bettruhe zu berechnen hat."

VAN VALKENBURG (Ned.Tschr. v. Gen., 1938, II, blz. 2688) acht het schematische 4 of 6, of zelfs 8 weken platliggen na hersenschudding stellig eenvoudig; het doet vermoedelijk niet zeer dikwijls veel kwaad aan den patient, maar het veronachtzaamt geheel de bijzonderheden van ieder geval op zichzelf. Na de bedrust laat hij een adaptatietijdperk volgen; globaal genomen moet de ongecompliceerde hersenschudding na ongeveer 3 maanden afgedaan zijn. Hierbij is op te merken, dat VAN VALKENBURG hersenschudding aanneemt, wanneer als gevolg van een letsel, dat den schedel heeft getroffen, de volgende hoofdverschijnselen worden gevonden: bewusteloosheid, lymphopenie (relatief of absoluut), retrograde amnesie na het ontwaken; en later: hoofdpijn, braken, polsverandering. Het ontbreken van bewusteloosheid, retrograde amnesie en lymphopenie tezamen sluit hersenschudding buiten; één der drie kan in zeldzame gevallen gemist worden.

Het is mijns inziens niet aan te bevelen om later nog bedrust in te lasschen, wanneer men van meening is, dat oorspronkelijk, in aansluiting op het ongeval, de bedrustphase te kort werd genomen. De autonome processen der natuur zijn niet vatbaar voor een dergelijke pseudo-arithmetica. Ook al schijnt op een dergelijken maatregel een gunstig resultaat te volgen, dan nog is dit niet aan de bedrust zelf toe te schrijven, maar aan den psychologischen factor. Dat psychiatrisch nogal eens slechts een schijngezeling volgt, bewijzen de niet zeldzame gevallen van getroffenenen, die later na een tweede soortgelijk ongeval een reactie met overdreven opvattingen omtrent den ernst van dit ongeval vertoonen. Bijvoorbeeld:

H. Terreinknecht bij een groothandel in brandstoffen, geboren 1897. Hij wordt 4 October 1929 naar aanleiding van een twist door twee mede-arbeiders mishandeld. De een werpt hem op den grond, de ander schopt hem tegen het hoofd. In de ongevals-aangifte worden eenige onbeduidende schrammen vermeld. Hij klaagde echter ook over hoofdpijn en duizeligheid. Hij hervat 14 October.

In Maart 1930 meldt hij zich wederom bij den controleerend geneeskundige, die onder andere vermeldt, dat dezen getroffenene den laatsten tijd andere werkzaamheden op het terrein zijn aangewezen. Zijn klachten komen terug; bovendien heeft hij last van kloppen in de rechter slaapstreek. Een zenuwarts vermeldt 21 Maart 1930, dat getroffenene destijds niet bewusteloos is geweest. De hoofdpijn verdween na het ongeval geheel, doch half December 1929 heeft hij een dag zwaar werk moeten doen en na dien dag is hij niet zonder hoofdpijn geweest; vooral des avonds heeft hij er last van. Hij wordt duizelig bij het kolenscheppen; het wordt hem dan zwart voor de oogen. Bij het lichamelijk onderzoek wordt een nerveuze tremor geconstateerd, overigens geen bijzonderheden. Aangenomen wordt, dat getroffenene in October 1929 een commotio cerebri heeft doorgemaakt en dat de tien dagen rust niet voldoende zijn geweest. Het optreden van de hoofdpijn na een dag zwaar werken wordt in verband gebracht met het ongeval. Een intensieve rustkuur gedurende drie weken acht men aangewezen. Getroffene wordt van 17 April tot 14 Mei 1930 in een ziekenhuis verpleegd. Nadien wordt nog tot 21 Juni 1930 50% invaliditeit aangenomen.

Dezelfde werkman glijdt 16 Februari 1939 uit en stoot het hoofd tegen een muur; hij ziet sterretjes; geen bewusteloosheid, geen amnesie. Hij krijgt hoofdpijn, zit even stil, doch werkt dan door. Ook den volgenden dag werkt hij, maar staakt na eenigen tijd wegens hoofdpijn en misselijkheid; hij heeft (ook nadien) niet gebraakt. Na den 24-sten zou hij in het geheel geen hoofdpijn meer gehad hebben; op straat is hij bang overreden te zullen worden door auto's, zelfs is hij bang voor fietsen. De laatste dagen moet hij opvallend vaak urineeren; dit wordt met den dag erger. Hij hervat 27 Februari 1939, maar staat te trillen op zijn beenen, terwijl hij een ton kolen moet scheppen; zijn

rechter ooglid trilt; wanneer hij bukt, draait alles in de rondte. Hij vraagt om licht werk, doch kan dat niet krijgen. Bij het onderzoek deelt hij onder andere mede, dat hij sedert het ongeval van 1929 niets meer aan het hoofd kon velen, dikwijls last had van hoofdpijn en hoogtevrees overgehouden heeft; hij heeft nooit meer het touw- en-blok durven uithangen. Thans is hij bang, dat werken slecht voor hem zal zijn en dat het er op uit zal draaien, dat hij evenals tien jaar geleden in een ziekenhuis opgenomen moet worden; dit wil hij vermijden. Bij het lichamenlijk onderzoek worden concentrisch beperkte gezichtsvelden en tremores in de handen gevonden; geen organische afwijkingen.

28 Februari hervat getroffene wederom; hij krijgt gedaan, dat men hem licht werk geeft voor dien dag en dat gaat goed; (terrein vegen). In den namiddag echter wordt hij plotseling zeer duizelig, wanneer hij van eenige hoogte naar beneden ziet; hij grijpt zich nog juist bijtijds vast. Hij wordt zeer bleek en trekt langzaam bij, nadat hij een kwartier in het schaft-lokaal heeft gezeten. Den volgenden dag kruit hij cokes; het wordt hem zwart voor de oogen, hij gaat even zitten, begint opnieuw en voelt zich wederom niet goed, maar wil het niet weten voor zijn kameraden. Hij valt neer. Onder geleide van een employé van den werkgever komt hij opnieuw voor onderzoek; in elkaars tegenwoordigheid worden zij ingelicht omtrent den toestand; daarna gelukt de werkhervatting verder zonder stoornis.

12 April 1939 deelt getroffene mij mede alleen af en toe nog de klachten over hoogtevrees en hoofdpijn te hebben, die hij van het ongeval van 1929 had overgehouden. Hij doet zijn volle werk en is tevreden. Hij is een naieve persoonlijkheid; de verstandelijke ontwikkeling blijkt bij onderzoek gering te zijn; in de familie komen geen lijdens aan toevallen voor.

Het beschreven geval toont aan, dat een vroeger gekweekte onjuiste opvatting omtrent aard en ernst van een licht ongeval nog jaren later van invloed kan zijn bij het ontstaan van een neurotische reactie op een als analoog opgevat ongeval.

Hoe zal men nu bij de schedel- en hersenletsels komen tot een

juist sociaal-geneeskundig oordeel? Niet door een regressie naar een denkform, waarbij bijvoorbeeld het simplistisch alternatief wordt gesteld: Heeft de betrokkene een hersenschudding gehad of een neurotische reactie, òf simuleert hij wellicht?

Steeds moet worden afgewogen: 1. hoeveel het letsel in neurologisch opzicht te beteekenen heeft gehad en nog heeft; 2. hoeveel mogelijkheid van psychogene fixatie van klachten bij den getroffen<sup>e</sup> aanwezig is. Hiertoe is een toereikend inzicht in de geheele persoonlijkheid en haar voorgeschiedenis noodig. Dienstig zijn de ervaringen van REICHARDT, (König en Magnus, IV, blz. 136):

„Die Hirnerschütterung mit ihren Folgen verläuft ausgesprochen regressiv und nicht nach längerer Zeit progressiv. Je mehr ein lediglich affektiv bedingter Zustand vorhanden ist, oder sogar eine hysterische Ausdruckstätigkeit gezeigt wird, um so weniger sind wesentliche organische erwerbsbeschränkende Unfallfolgen wahrscheinlich sodasz man geradezu sagen kann: das Auftreten einer echten hysterischen Reaktion beweist die Besserung oder das Verschwinden der organischen-traumatischen Hirnsymptome. Die echte hysterische Reaktion ist etwas der organischen Hirnschädigung gleichsam gegensätzliches.”

(Beter ware wellicht: Hirnfunktionssschädigung.)

#### 4 - TOESTANDSBEELD DER VERZEKERINGSNEUROSE IN STATU NASCENDI

Vrij algemeen bekend zijn de klassieke toestandsbeelden van voortgeschreden sociale-verzekeringsneurose na ongeval, welke STIER aanleiding gaven tot zijn definitie van de „Unfallneurose”, (1926):

Auffällige psychische und nervöse Zustände beziehungsweise Verhaltensformen, die zeitlich auf einen Unfall folgen, und als ursächlich durch ihn bedingt angesprochen werden.”

Hij onderscheidt voorts de volgende typen van neurose bij verze<sup>e</sup>kerden:

- A. het hysterische type, vooral gekenmerkt door hyperkinese en hypokinese; (dit type was frequent bij de oorlogsneurose; schudtremor, verlammingen, zwaktetoestanden, stomheid enzovoorts).

- B. het hypochondrische type, gekenmerkt door depressieve ontstemming met klachten over hoofdpijn, slapeloosheid, vermoeidheid, pijn in de ledematen, met het gevoel van ongeschikt te zijn tot werken, zwaar ziek te zijn, van geen hoop te hebben, van nooit meer gezond te zullen worden.
- C. het prikkelbare type, met neiging tot uitbarstingen van woede, met verontwaardigde, beleedigende zinswendingen, sprekende over den ondank van het vaderland.
- D. het type met pseudodement toestandsbeeld.

Deze formuleering der toestandsbeelden acht ik kernachtig. Eénzelfde neuroticus kan echter beurtelings één der genoemde aspecten vertoonen.

Voor de prophylaxe der sociale verzekeringsneurose is het noodig de ontwikkeling van het klassieke beeld der voortgeschreden neurose niet af te wachten. Het toestandsbeeld der sociale verzekeringsneurose in statu nascendi leert men kennen door de bestudeering der lichte gevallen van trauma capitis, (contusio capitis), waarbij men zekerheid heeft verkregen omtrent de geringe betekenis van het letsel, terwijl de getroffenen desondanks niet op dreef kunnen komen en om de een of andere reden niet hervatten. Telkens valt het op, dat bij de neurose in statu nascendi eigenlijk reeds dezelfde klachten en verschijnselen worden gevonden als ook bij de ernstige verzekeringsneurose, doch nog slechts in zeer geringe mate, als het ware als microsymptomen. Een lichte misnoegdheid of gemelijkheid is dan veelal van het gelaat van den getroffene te lezen of wordt ook door hem toegegeven: zijn vroolijkheid is weg, hij is lusteloos, vroeger was hij nooit zoo.

Zijn zelfvertrouwen is weg, hij is prikkelbaar en kan zijn omgeving niet verdragen. Duurt de toestand eenigen tijd, dan komt de klacht zich ellendig te voelen. Wat de klachten betreft zijn voorts het doffe, zware gevoel in het hoofd en de duizeligheid te noemen, welke bij nauwgezette anamnese quantitatief afhankelijk blijken van sociale invloeden, die in het onderhavige geval werkzaam zijn; (aansporing tot werkverschaffing door den medicus, oproeping om te verschijnen bij den geneeskundige enzovoorts).

Dikwijls bestaat reeds eenige ongerustheid over den toestand, immers „het is je hoofd”. Sedert eenigen tijd slaapt getroffene

slechter dan aanvankelijk na het ongeval, de slaap wordt bovendien nogal eens door angstige dromen gestoord. Tremores in de vingers van de uitgestoken handen zijn betrekkelijk zeldzaam. Veelvuldig zijn mededeelingen omtrent frequenten aandrang tot urineeren; (urina spastica). Bij de kookproef worden in de urine nogal eens phosphaten gevonden; het soortelijk gewicht der urine is daarbij dikwijls laag. Dikwijls valt het op, dat getroffene gedurende het onderzoek herhaaldelijk zucht.

Als typische micro-verschijnselen van verzekerings-neurotisch gedrag zijn te noemen: slecht gemotiveerde lichtschuwheid bij het oogspiegelen en overdreven pijnreactie bij palpeeren van het geheele schedeldak. Een zekere correlatie schijnt te bestaan tusschen een lichte neiging tot verstrooidheid en neurotische stoornissen der sensibiliteit, behalve wanneer deze een duidelijk psychogeen, bijvoorbeeld een halfzijdig karakter hebben. Polsstoornissen komen niet alleen post-commotioneel voor, doch ook als neurotisch symptoom; men moet dus voorzichtig zijn bij de waardeering. (Bij oudere gevallen van neurose kan extrasystolie aanwezig zijn, dat de polsstoornis neurotisch is.)

Allerlei diagnostische moeilijkheden zijn denkbaar; bijvoorbeeld, wanneer men de neurotische verstrooidheid van den getroffene voor een symptoom van nephrogene auto-intoxicatie houdt, omdat er albuminurie gevonden wordt.

Soms kan de geruststelling door het onderzoek van den deskundige en diens mededeeling, dat er geen kwaad te vinden is, het syndroom op slag wegvagen. De mededeeling, dat het werk hervat kan worden, kan ook een „Erschütterung” teweegbrengen, wanneer de getroffene dit oordeel niet verwacht.

Het komt voor, dat een getroffene in beroep gaat, doch na enkele weken toch hervat. Na de hervatting, welke leidt tot herovering van den toestand van „gewonen doen”, smelt het ziektebeeld in de lichte gevallen voor goed als sneeuw voor de zon weg. (In beroep vindt dan de deskundige „geen spoor van traumatische neurose”.)

Het toestandsbeeld van de beginnende verzekeringsneurose is natuurlijk gevarieerd: grove symptomen, hysterische verlamming en dergelijke zijn betrekkelijk zeldzaam. Klachten over duizeligheid, bevende knieën, angst, zijn wellicht wat frequenter bij arbeiders

ders, wier beroep gevaar oplevert; (stelling- en dakwerkers). Hoogtevrees wordt zelden dadelijk vermeld; men moet er ook niet te snel naar vragen. De hoogtevrees wordt door den getroffen dikwijls pas te berde gebracht, wanneer na afloop van het onderzoek over hervatten wordt gerept.

Ernstige klachten over duizeligheid en hoofdpijn komen ook zonder schedeltrauma voor, en zelfs zonder ongeval, bij gevallen van sociale neurose. Wellicht symboliseert de duizeligheid de wankelheid der maatschappelijke positie, bijvoorbeeld in het volgende geval:

J. Man, 37 jaar; ontslagen 1 Augustus 1938 na 22-jarigen dienst in een groot bedrijf; (hij had jaren geleden lichte fraude gepleegd en kwam daarom waarschijnlijk nu eerder in aanmerking voor ontslag.) 3 Augustus deelt hij mede, dat hij de laatste week duizelig is: het komt ineens op hem aanvliegen, zijn beenen kleppen dan tegen elkaar, hij moet zich vasthouden, ziet de straat op zich af komen; hij doet den geheelen nacht geen oog dicht, zoozeer was hij in spanning, hoe het met hem zou gaan. Hij eet slecht; heeft een brok in de keel. Wanneer hij achterover ligt, is het alsof de keel dicht geknepen wordt en dan moet hij erg hoesten. De ontlasting is slecht; de urine is branderig en zou er erg donker uitzien. Sedert een week wiegelt het hem voor de oogen, wanneer hij opstaat. Hij heeft pijn in slapen, achterhoofd en nek. Als hij zich rustig houdt, gaat dit weg. Er worden geen neurologische afwijkingen gevonden.

## 5 - POSTCOMMOTIONEELE KLACHTEN EN VERZEKERINGSNEUROSE

REICHARDT schrijft: „Zahlreiche Personen werden nach Hirnerschütterung oder Schädelbruch nur deshalb der neurologisch-psychopathologischen Untersuchung überwiesen, weil sie nebenher neuropathisch oder psychopathisch veranlagt sind, und nach dem entschädigungspflichtigen Unfall seelisch abnorm reagieren.“

„Sie sind dann also nicht mehr durch Hirnerschütterung und Schädelbruch erwerbsbeschränkt, aber der nicht genügend erfahrene oder der zu wohlwollend urteilende Gutachter vermag die sub-

jektivischen organischen en die reaktiven Erscheinungen niet auseinander te houden."

„Die Verwechslung solcher abnormer Reaktionen mit den Nachwehen von Hirnerschütterung und Schädelbruch, ist ungemein häufig, und zwar auch bei einzelnen hochangesehenen Ärzten und Klinikern."

BRUN, (Schweiz. Arch. f. N. & P., 1938, XLI, blz. 269), geeft een uitvoerig referaat over de neurosen na schedeltrauma, waaraan het volgende is te ontleenen:

„Ein groszer Teil der herrschenden Miszverständnisse dürfte zunächst darauf beruhen, dass vielfach immer noch nicht scharf genug zwischen den zweifellos organischen, d.h. auf im Prinzip irreversiblen Strukturveränderungen im Zentralnervensystem beruhenden Krankheitsbildern nach Schädel- und Gehirntraumen und den im Prinzip reversiblen, weil funktionell bedingten Zuständen unterschieden wird; (REICHARDT). So redet man immer noch aneinander vorbei, indem der eine dem andern vorwirft, er habe bei einem bestimmten Symptomenkomplex gewisse organische Zeichen „übersehen" oder vernachlässigt und sei so zur Annahme einer „bloszen Neurose" gelangt." Hij bespreekt uitvoerig de differentiaaldiagnose tusschen organische en psychoneurotische toestanden na schedeltrauma. „Die üblichen Intelligenz-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisprüfungen können recht trügerische Resultate ergeben, da man dabei oft allzu sehr auf den „guten Willen", d.h. auf die mehr oder weniger gute oder schlechte Applikation des Exploranden angewiesen ist." BRUN heeft nog nooit een ongetwijfeld-organischen defecttoestand gezien, waarbij geen neurologische restverschijnselen als gevolg van een contusio cerebri waren aan te toonen: „Die katamnestiche Untersuchungen einer meiner Doktoranden (KAVENOKI) haben eindeutig ergeben, dass die neurologischen Symptome sich im allgemeinen konservativer als die organisch-psychischen verhalten, und z.B. einen ausgeheilten psychischen Defekt meist noch jahrelang überdauern, — wogegen das Umgekehrte kaum je vorkommen dürfte." Voor het onderscheid tusschen „traumatische Komotionsneurasthenie" en een reeds te voren bestaande „genuine Neurasthenie" wijst BRUN op het groote belang van een zorgvuldig onderzoek der voorgeschiedenis. Het endocrino-vegetatieve systeem werkt

in op de hersenen, maar ook omgekeerd werken de affecten in op het genoemde systeem, zoodat objectieve verschijnselen van een stoornis in het vegetatieve zenuwstelsel evenzeer bij rentequerulanten worden gevonden als bij lijdens aan echte traumatische toestanden. De klachten over hoofdpijn zijn slechts te beoordeelen in het kader van den geheelen toestand; „noch schwieriger gestaltet sich meist die Beurteilung der Schwindelgefühle mit oder ohne Gehör- und Vestibularisstörungen. Sie entsprechen nach meinen Erfahrungen nur in den seltensten Fällen (wenigstens gilt das für die Spätstadien, die wir Neurologen ja meist allein zu sehen bekommen), dem Typus der vestibularen Schwindelanfälle (cfr. auch die übereinstimmenden Erfahrungen von BOUCHET, K. ULRICH u.a. Otologen).”

Belangrijk is zijn opvatting, dat de begrippen „Wiedererlangung der (vollen) Arbeitsfähigkeit” en „Beschwerdefreiheit” elkaar niet dekken.

BRUN heeft een geval van psychoneurose na schedeltrauma in enkele psychotherapeutische zittingen genezen zóo, dat de betrokkene zijn werk hervatte en afzag van alle verdere schadeloosstelling. Hij breekt een lans voor deze methode; men moet de verzekerden afhelfen van hun actueel conflict: te weten de fixatie aan het ongeval en aan de rente. „Es würde sich wahrscheinlich zeigen, dass der grösste Teil der frischen Fälle in verhältnismässig wenigen Sitzungen ohne Abfindung geheilt werden könnte.”

In verband met het voorgaande stel ik voor de volgende indeeling van klachten en verschijnselen na schedeltrauma bij verzekerden te gebruiken:

- a. klachten afhankelijk van het letsel.
- b. klachten afhankelijk van de neurotische fixatie van de sub.
  - a. genoemde klachten,
- c. neurotische klachten, welke onafhankelijk van de sub a genoemde klachten ontstaan.
- d. klachten afhankelijk van geheel andere oorzaken; (ziekte, ouderdom, constitutie).
- e. lichamelijke en geestelijke verschijnselen afhankelijk van het letsel.

- f. lichamelijke en geestelijke verschijnselen, welke als neurotisch zijn op te vatten.
- g. lichamelijke en geestelijke verschijnselen afhankelijk van geheel andere oorzaken; (ziekte, ouderdom, constitutioneele gebreken.)

*a* en *e* zijn ongevalsgevolgen; *b*, *c* en *f* zijn afhankelijk van angsten en belangen van den getroffene; in het algemeen zijn zij, of worden zij spoedig tot verzekeringsgevolg; van *d* en *g* interesseeren ons met het oog op dit proefschrift voornamelijk de constitutioneele eigenschappen, welke van belang zijn voor het ontstaan van de neurose.

Het spreekt vanzelf dat, zooals steeds in de geneeskunde, de diagnose niet gebouwd kan worden op het symptoom, doch slechts door den kenner gezien kan worden in het tijdruimtelijk verband der verschijnselen, of zooals KLIENEBERGER het formuleert: door de „Summe gegenwärtiger Arbeitserfahrung und augenblicklicher Anschauung.“

Wil men op een gegeven oogenblik bepalen welke ongevalsgevolgen (*a* en *e*), nog aanwezig zijn, dan realiseere men zich allereerst van welken aard het letsel is geweest, door reconstructie uit rapporten en ziektegeschiedenissen. Van bijzonder belang is de studie van den duur der bewustzijnsstoornissen, van het verloop van temperatuur en pols. KAR toonde herhaaldelijk karakteristieke veranderingen aan in de polsfrequentie bij commotio cerebri; namelijk in drie fasen; soms werd de bekende vaguspols aangetroffen, die afhankelijk is van de bewustzijnsdaling en tegelijk daarmee verdwijnt, om over te gaan in een frequenten en zeer labielen pols. Deze blijft gedurende één of twee dagen bestaan, om dan tot lage waarden te dalen. Tijdens deze periode van bradycardie, (tot 36 slagen per minuut), ontbreken de physiologische dag- en nachtschommelingen, waardoor de curve een „gedrukt“ uiterlijk krijgt. Hierna treden de dag- en nachtschommelingen in zeer versterkte mate op, waardoor de curve een springend uiterlijk krijgt en de polsfrequentie overdag herhaaldelijk de dubbele of drievoudige grootte heeft van de nachtfrequentie; op geringe physiologische prikkels reageert de curve met groote uitslagen.

Later, wanneer de patient uit de klinische phase in de sociaal-

geneeskundige phase van onderzoek is gekomen, moet men naar mijn ervaring zeer voorzichtig zijn bij de waardeering van pols-veranderingen en van vasovegetatieve stoornissen in het algemeen. Ik vond groote labiliteit bij getroffenen, wier letsel weinig beteekende en reeds lang achter den rug was en ook het omgekeerde.

De klachten en verschijnselen van rubriek *a* en *e* omvatten in het algemeen de gevolgen van contusio cerebri en de traumatische encephalopathie.

Ad *e*: indien nog neurologische afwijkingen als gevolg van het ongeval zijn aan te toonen, realiseere men zich in hoeverre zij nog van praktisch belang zijn. Stoornissen van het geestelijk initiatief moeten worden onderscheiden van pseudodementie; in verzekerings-geneeskundige gevallen zijn de resultaten van experimenteel-psychologisch onderzoek niet zonder voorbehoud te waardeeren; (zie BRUN).

Ad *a*: deze klachten ressorteeren in het algemeen onder het begrip postcommotioneele klachten. Vast staat, dat deze zeer onderhevig zijn aan invloeden van bijkomstige omstandigheden.

Zoo wordt er op gewezen, dat getroffenen na hersenschudding bijzonder weinig klachten hebben, wanneer zij tegelijkertijd een ander letsel van meer beteekenis gekregen hebben.

K. Man, 51 jaar oud, werd op 18 Februari 1938 bij het oversteken van een straat door de tram gegrepen: fissuur in het rechter schouderblad. Hoewel hij ruim een uur „bewusteloos” was na den val en zelfs een geringe doch duidelijke retrograde amnesie heeft, had hij na den eersten dag hoofdpijn noch duizeligheid. Den volgenden dag ging hij tegen het advies van den dokter wandelen en had in het geheel geen last van postcommotioneele klachten, zooals 16 Juni 1938 blijkt.

L. Man, 42 jaar, slipt 1 December 1938 met zijn motorrijwiel. Hij herrinnert zich er niets van; heeft bovendien eenige retrograde amnesie. Hij komt in het gasthuis bij kennis; heeft zeer veel pijn in den verlamden rechter arm; (ernstig plexusletsel, fractuur van het schouderblad). Hij heeft alleen den dag van het ongeval last van hoofdpijn gehad. Hij was duizelig en

misselijk, doch braakte niet. Getroffene verklaart uitdrukkelijk na den eersten dag geen klachten te hebben gehad, behalve over den arm.

MARBURG, (Handbuch BUMKE en FOERSTER), zegt over de postcommotioneele klachten: „Es scheint, dasz dem psychischen Faktor für die Fixation der Erscheinungen eine gröszere Bedeutung zukommt als man bisher glaubte.”

Klachten over lichamelijk ongemak zijn in het algemeen afhankelijk van de belangensfeer, waarin wij op een gegeven oogenblik verkeeren; een patient, die rust houdt, leeft meer op het niveau der lichamelijkheid. Bij de hervatting komt hij weer boven dit niveau uit en neemt de lichamelijkheid niet meer in die mate waar. De postcommotioneele klachten, dus de klachten van rubriek *a*, kunnen dan ook ongemerkt in die van rubriek *b* overgaan, (neurotische klachten), wanneer de omstandigheden van den getroffene ook zonder dat hij dat duidelijk beseft, daartoe aanleiding geven; dit is bij de verzekerde getroffenen dikwijls het geval.

Hoe komt men nu in het concrete geval tot een juist oordeel? REICHARDT noemt als reactieve verschijnselen, (dus de stellig neurotische klachten van rubriek *c*) welke eventueel door vegetatieve stigmatisatie in de hand gewerkt kunnen worden, (rubriek *d* en *g*): slechte eetlust, slecht slapen, angstig droomen, beven, zweeten, hartkloppingen, klachten over een slecht geheugen enzoovoorts. Zoowel traumatisch (*a*) als niet-traumatisch (*b*) van oorsprong, dus min of meer verdacht, kunnen volgens hem zijn: het gevoel alsof de hersenen bij bukken naar voren vallen, (loszitten); duizeligheid bij bukken; intolerantie voor hitte en alcohol, slaperigheid en doezeligheid; steken in het hoofd. Intolerantie voor geluid acht hij in het algemeen geen organisch verschijnsel. Hij waarschuwt tegen de fout de klachten als organisch-traumatisch op te vatten, omdat hysterische verschijnselen ontbreken of omdat de getroffene een betrouwbaren indruk maakt.

Terloops zij opgemerkt, dat neurotische klachten als reëel zijn te beschouwen; zij zijn even „werkelijk” als klachten tengevolge van organische afwijkingen; de werkelijkheidswaarde is echter een andere. Het ontbreken van hysterische stigmata is voor de diagnostiek der verzekeringsneurose zoo mogelijk van nog

minder belang dan elders in de psychiatrische diagnostiek. Uit een en ander volgt, dat in vele gevallen niet op grond van de phaenomenologie der klachten en verschijnselen na schedeltrauma is uit te maken of deze nog traumatisch van oorsprong dan wel reeds verzekeringsgevolg zijn. Er blijft slechts één weg open, namelijk die van geduldige psychiatrische bestudeering van elk afzonderlijk geval, waarbij men den toestand van den getroffene leert begrijpen in het kader van zijn persoonlijkheid; daartoe is een toereikend inzicht in zijn levensgeschiedenis noodig. Wanneer men dit verzuimt, bestaat de mogelijkheid van ontwikkeling en fixatie eener sociale verzekeringsneurose, zooals in het hiervolgende geval:

M. Schippersknecht, geboren 1915, wordt 1 November 1937 in een buitenlandsche haven door een hijsch houten palen aan het hoofd getroffen. Hij valt, komt met het hoofd op de reeling terecht en valt daarna in het water. Hij wordt naar een ziekenhuis ter plaatse vervoerd en 26 November 1937 uit de verpleging ontslagen; dienzelfden dag keert hij naar Amsterdam terug. 23 December acht een deskundige den getroffene in staat om te hervatten. De hervatting mislukt den eersten dag; (12-1-1938). Een zenuwarts, particulier geraadpleegd, adviseert opneming in een sanatorium. 16 Februari 1938 handhaaft eerstgenoemde deskundige zijn meening; hij vermeldt thans behalve hoofdpijn en braken bij de eerste poging tot werkhervatting bovendien, dat getroffene over een benauwd gevoel aan de keel klaagt; alsof iemand hem daar beetpakt; ook heeft hij nu en dan maagklachten. 18 Februari 1938 vermeldt de controleerend geneeskundige, dat getroffene des avonds in bed ligt te schokken en te schudden. Bij het loopen op straat wordt hij plotseling „zwak” en begint heelemaal te trillen. 17 Maart 1938 vermeldt een deskundige onder andere, dat getroffene na het ongeval 10 uren bewusteloos is geweest; hij vindt nu en dan bij het zien naar links een snellen nystagmus, bij het zien naar rechts in veel geringer mate. Dit verschijnsel wordt zeer inconstant en vluchtig genoemd; na eenige malen onderzoeken was het niet meer te vinden. De optokinetische nystagmus naar links is iets langzamer dan naar rechts. De ongeschiktheid tot arbeiden wordt geschat op 50%.

18 Juni 1938 vermeldt een otoloog, dat getroffene, volgens zijn anamnese, niet hardhoorend is geworden; hij heeft geen last van oorsuizen. Beide trommelvliezen zijn dof; beiderzijds ontbreekt de lichtreflex. Op het rechter trommelvlies in het bovenste achterste kwadraat is een verdikking; beide trommelvliezen goed beweeglijk. Weber onbepaald; Rinne beiderzijds positief. Bij uitspuiten der ooren met 50 cc water van 18° C. wordt beiderzijds een latentietijd van 20" gevonden. De duur der reactie is rechts 1' 25", links 50". Het gehoororgaan wordt geheel normaal bevonden. Bij het onderzoek op den draaistoel, bij draaien van links naar rechts nanystagmus van 15", bij draaien van rechts naar links nanystagmus van 20". Aangenomen wordt een verminderde prikkelbaarheid van het linker labyrinth als gevolg van het ongeval. De klachten over duizeligheid worden afhankelijk gesteld van deze afwijking; er wordt 50 % ongegeschiktheid tot arbeiden aangenomen.

29 Juni 1938 vermeldt een neuroloog onder andere uiteenwijken van den coronairnaad; (Röntgenologisch vastgesteld). Sterke vasolabiliteit, sterk zweeten. Optische nystagmus naar links iets beter dan naar rechts. Geen spontane nystagmus, doch bij de uiterste standen nystagmoïde bewegingen. De duimnagels zijn beiderzijds ingedeukt en wat misvormd. Links is de reflex van STRÜMPELL vlotter. (Bij het onderzoek met den campimeter worden de gezichtsvelden beperkt bevonden.) Aangenomen wordt, dat een ernstige commotio in casu met slechts 3 weken bedrust werd behandeld en dat patient te vroeg werd gemobiliseerd, zooals uit de nog bestaande uitgesproken vasolabiliteit blijkt, zoowel bij eenige inspanning als bij volledige rust. Met het oog op de labyrinthafwijking wordt in totaal 75 % invaliditeit aangenomen.

24 October 1938: advies tot plaatsing in een sanatorium op grond van postcommotioneële hersenverschijnselen; dit geschiedt in December. De geneeskundige van het sanatorium heeft den indruk, dat getroffene aggraveert, zoo niet simuleert. 1 Februari 1939 komt getroffene voor onderzoek uit het sanatorium. Hij antwoordt vlot en beleefd op de gestelde vragen. In de familie komen geen lijdens aan zenuwziekten, krankzinnigheid en toevallen voor. Zijn moeder is 55 jaar oud en heeft veel aan hoofdpijn geleden. Haar hoofdpijn is volgens hem een andere dan de hoofdpijn, waaraan hij sedert het ongeval lijdt, omdat zijn moeder het geluid van de radio niet kan verdragen en hij zelf er door in slaap kan komen. Eén zuster werd geduren-

de 3 jaren in een sanatorium verpleegd wegens heupziekte. Getroffene zelf was nooit ziek; hij had sedert eenige jaren voor het ongeval last van kuitkrampen. Als kind geen stuipen, geen dauwworm, geen netelroos.

Hij bleef zitten in de derde klasse van de lagere school, meer tengevolge van ondeugendheid, dan omdat hij niet kon leeren. Van zijn 14-de tot 18-de jaar diende hij als schippersknecht; de regeling in het bedrijf bracht mede, dat hij toen aan wal moest gaan werken, waarin hij geen lust had. Hij heeft er later altijd spijt van gehad, dat hij destijds naar een ander bedrijf overging, waar hij het werk niet kon volhouden. Het was daar dag en nacht werken en weinig verdienen, (*f.* 15.—). Ook in een garage voelde hij zich niet op zijn plaats: anderen werden voorgetrokken en hij verdiende niet genoeg; hij zegt, dat hij altijd erg op het geld was. In den voorzomer van 1936 werd hij weer knecht op het schip, waarop hem later het ongeval overkwam. Omtrent het ongeval (1 November 1937) deelt hij het volgende mede: hij herinnert zich, dat hij op den deklast heeft gestaan; niet, dat hij werd getroffen. Hij vermoedt den volgenden dag bij kennis te zijn gekomen; hij voelde zich doodziek en braakte; na den eersten dag heeft hij niet meer gebraakt. Hij had een grooten blauwen bult onder het rechter oor; (hij wijst een klein huidlitteken aan vóór den rechter tragus). Hij had een duizelig, zwevend gevoel, hetwelk na eenigen tijd minder werd. Na drie weken bedrust stond hij op; speelde kaart. Het ging goed, ofschoon hij hoofdpijn had. In de vierde week reisde hij per trein naar Amsterdam; hij moest 4 maal overstappen; voelde zich best gedurende de reis, die 7 uren duurde. Thuisgekomen voelde hij zich zeer vermoeid, ging op den divan liggen en braakte. Gedurende de reis had hij geen hoofdpijn; een drukkend gevoel in het hoofd is hij na het ongeval nooit kwijt geweest. Oorsuizen heeft hij nooit gehad; (hij vraagt of dit een strikvraag is). Wel heeft hij later last gekregen van piepen in het hoofd; hij kreeg dit meestal, wanneer hij ging liggen of wanneer hij aan tafel zat te prakkiseeren. Ook wanneer hij zich verveelde, had hij last van geklop in het hoofd.

Toen men hem zeide te hervatten, deed hij dat: den eersten

dag voer hij op een schip naar Weesp en bestuurde den motor; wanneer hij bukte, had hij een gevoel in het hoofd, alsof het opzette; te Weesp aangekomen was hij zeer vermoeid en braakte. Hij werd per auto naar huis gestuurd; dien dag was hij voor het eerst zijn evenwicht kwijt. Hij heeft er zich over opgewonden, dat de eene specialist zei, dat hij moest werken en de andere, dat hij naar een sanatorium moest. Er kwam twist in huis, zijn broer werkte wel en hij niet; later is dit bijgelegd. Al in Januari 1938 kreeg hij last van zijn maag. Toen hij later in proces was, kreeg hij duizelingen; hij kon niet meer; een vriend vergezelde hem; hij moest op een stoep gaan zitten; voelde zich als lam, zag lijkwit.

Na het ongeval, gedurende het verblijf in het ziekenhuis, at en sliep hij goed. Hij begon slechter te slapen tegen Pinksteren 1938; hij geeft er de tram, die voorbij het huis rijdt, de schuld van; hij hoort elk uur de klok van de ambachtsschool slaan. Tegen den morgen slaapt hij echter in; hij slaapt dan den geheelen ochtend. Sedert hij in het sanatorium is, is de slaap wel beter geworden. Ook de eetlust, welke aanvankelijk uitstekend was, werd in den loop van 1938 slechter en is nog niet goed; hij heeft voortdurend het gevoel een brok in de keel te hebben. Op verren afstand kan hij goed zien; maar wanneer hij schrijft, kan hij geen rechte lijn houden; de oogen worden vochtig, doen pijn. Hij kan goed hooren, maar het dringt niet altijd tot hem door, wanneer men hem toespreekt. Des morgens bij het ontwaken voelt hij zich het best; zoodra hij overeind komt, krijgt hij een zwevend gevoel in het hoofd. Het hangt er zoo van af met welk been hij uit bed stapt. Soms loopt hij goed, dan weer wordt hij als het ware naar den muur, waarlangs hij loopt, toe getrokken; dit heeft hij pas gekregen, toen hij destijds hervatte. Hij heeft last van een drukkend gevoel op het hoofd; nu en dan steekt het, zoodat hem de tranen langs de wangen loopen. Wanneer hij op het achterhoofd gaat liggen, „op den bult”, (getroffene heeft een sterk promineerende protuberantia occipitalis externa), gaat hij overgeven, als de onderlaag wat te hard is; het gaat hem dan zoo naar de keel. Sedert een half jaar heeft hij last van een droge keel, wanneer hij pas op bed ligt. Van nervositeit heeft hij zich

den rechter duimnagel gekrabd en gebeten. Nu en dan, wanneer hij niet oppast, gaan de beenen prikkelen; zij worden dan als dood, vooral het linker been; den eersten keer, dat hij het had, viel hij.

Soms drukt getroffene zich plotseling heel onduidelijk uit en spreekt haperend, bijvoorbeeld: „Als ik het hoofd omdraai, een gevoel in de nekpees, alsof deze een schok en pijn, wanneer deze er door heen gaat; als ik niet rechtop draai, dan ben ik meteen mijn rechte lijn kwijt met omdraaien.”

Hij heeft momenten, dat hij zich heel goed voelt, maar als hij eerlijk moet zijn, dan vindt hij niet, dat hij in het sanatorium verbeterd is. Hij is moe in de beenen; het is alsof alles van lood is.

Bij het lichamelijk onderzoek gaat hij voorzichtig liggen; gevraagd, waarom hij dat doet, zegt hij, dat het eigenlijk een gewoonte van hem geworden is: „een zekere angst en toch nooit bang.” Het gelaat is wat bleekrose van tint; af en toe verandert de kleur. De pols is regulair, behoudens een af en toe zich voordoende extra-systolie. In liggende houding is de frequentie 76, in staande houding 92, bij vooroverbukken 92, zittend 80, voorovergebogen zittend 88, daarna weer rechtop zittend 84 per minuut. Beide duimnagels zijn sterk verdikt en vertoonen in het midden een merkwaardige inzinking; een en ander is blijkens de anamnese op te vatten als een artefact; (zich verbijten!). Behalve den uiteenwijkenden kroonnaad worden geen neurologische afwijkingen van eenig belang gevonden. Bij het zien naar opzij worden eigenaardige nystagmoïde bewegingen der oogbollen opgemerkt; deze geschieden echter synchroon met knipperende bewegingen der oogleden; het geheel maakt een duidelijk psychogenen indruk. Vermoed wordt, dat getroffene door dergelijke psychogene nystagmoïde bewegingen ook het otologisch onderzoek heeft bemoeilijkt; daarom wordt tot hernieuwd otologisch onderzoek geadviseerd. Daarbij wordt geconstateerd:

Het acustisch orgaan is beiderzijds normaal.

Geen nystagmus bij onderzoek met den bril van FRENZEL.

Geen afwijkingen bij onderzoek op fistelsymptoom, noch op positie-nystagmus; geen Romberg; geen gangstoornis.

Bij het onderzoek op draainystagmus:

na 10 maal draaien naar rechts: nystagmus, horizontale rotatoire nystagmus naar links: 41 slagen in 24 seconden.

na 10 maal draaien naar links: nystagmus, horizontale rotatoire nystagmus naar rechts: 40 slagen in 23 seconden.

Calorisch onderzoek: 5 cc water van 20° C. gericht op het achterbovenkwadrant van de trommelvliezen:

rechts: horizontale rotatoire nystagmus naar links: 49 slagen in 60 seconden;

links: horizontale rotatoire nystagmus naar rechts: 50 slagen in 58 seconden.

Kipreacties: bij kippen om de lengte-as naar rechts en naar links geen afwijkingen; evenmin bij kippen om de bitemporale as.

Slotsom: het acustisch gedeelte is intact. Het statisch gedeelte van het labyrinth is beiderzijds gelijk prikkelbaar, wel is de prikkelbaarheid iets verhoogd, maar beiderzijds in gelijke mate. Een verhoogde prikkelbaarheid op nerveuzen grondslag wordt mogelijk geacht.

Uit het ziekenhuis, waar getroffen na het ongeval werd opgenomen, komt het volgende bericht: Is 1 November 1937 des avonds bij het laden van boomstammen van de havenkade op het door lagen waterstand lager gelegen schip gevallen. Zou naar men zegt bewusteloos zijn geweest; 2 maal gebraakt. Zware hoofdpijn. Bloeding uit de omgeving van het rechter oor. Onmiddellijk vervoerd naar het ziekenhuis.

Bij opneming: middelmatige lengte; krachtig gebouwde jonge man; gezicht van pijn verwrongen. Braakt bij het onderzoek. Het rechter oor is bloedig. Bij oorspiegelen blijkt echter de uitwendige gehoorgang en het trommelvlies vrij van bloed. Onder het oor een matig bloedende huidontvelling. Andere letsels, in het bijzonder ook inwendige zijn niet aan te toonen.

Diagnose: zware hersenschudding.

Therapie: bedrust, ijsblaas op het hoofd.

Verloop: heeft in den eersten nacht 8 maal gebraakt. Voelt zich heden beter. De hoofdpijnen nemen af.

15 November 1937: heeft nu geen klachten meer. Röntgenonderzoek van den schedel: geen fractuur aan te toonen.

22 November 1937: staat na 3 weken bedrust op. Vrij van klachten.

26 November 1937: verbeterd ontslagen; niet geschikt tot arbeiden.

Samenvatting: Als gevolg van het ongeval van 1 November 1937 is een flink schedeltrauma met hersenschudding aannemelijk. De bewusteloosheid heeft niet lang geduurd. Mededeelingen omtrent de polsfrequentie in den tijd kort na het ongeval ontbreken. In de gehoorgangen werden geen afwijkingen geconstateerd. Het uiteenwijken van den kroonnaad wordt aanvankelijk niet gevonden. Deze afwijking is op zichzelf van geen belang voor de validiteit,

doch is een aanwijzing voor de mate van het mechanisch geweld, dat aangegrepen heeft.

De bedrustkuur heeft niet lang geduurd. Denkbaar is, dat getroffene, die in het buitenland verbleef, zijn klachten eenigszins dissimuleerde. De langdurige treinreis, binnen 4 weken na het ongeval, is hem blijkbaar niet slecht bekomen. De poging tot werkhervatting ruim twee maanden na het ongeval geschiedde aan den vroegen kant, de heerschende opvattingen in aanmerking genomen. Dat dit mislukte, zegt op zichzelf niet zoo veel. Een hervattingsreactie met braken, hoofdpijn en vasomotorische verschijnselen wordt vooral bij daartoe gedisponeerden ook na zeer onschuldige schedelletsels dikwijls gevonden. Wordt na korter of langer tijd een tweede poging gedaan, dan gelukt de hervatting dikwijls zonder moeite, vooral wanneer de getroffene omtrent zijn toestand gerustgesteld is. Juist van deze zoozeer gewenschte geruststelling is in casu bitter weinig terecht gekomen.

Uit de voorgeschiedenis van dezen getroffene blijkt een neiging tot onvergenoegdheid in verband met beroepswisselingen vóór het ongeval. In de voorgeschiedenis is sprake van kuitkrampen. Na de mislukte werkhervatting komt deze aldus tot neurose gedisponeerde getroffene terecht in den maalstroom van tegenstrijdige opvattingen der betrokken autoriteiten, zoodat hij spoedig in een toestand van sociale verzekeringsneurose geraakte.

Op grond van de gegevens, afkomstig uit het ziekenhuis, en gezien den jeugdigen leeftijd van dezen getroffene, is aan te nemen, dat niet langer dan drie maanden ongeschiktheid tot arbeiden als gevolg van het schedeltrauma behoorde te worden aangenomen.

April 1940: getroffene ziet er veel evenwichtiger uit; heeft eenige malen een dag of wat gewerkt, het laatst in Januari 1940. De werkgever heeft niet veel aan hem en wil hem maar / 12.— betalen. Hij geeft niets om zijn leven; hij is echter toch bang van het schip te zullen vallen. Hij heeft nog last van angst, draaierigheid en benauwdheid.

## 6 - DIAGNOSE DER VERZEKERINGSNEUROSE TEN OPZICHTE VAN EPILEPSIE

Het gevaar is niet denkbeeldig, dat klachten over neurotische duizeligheid of over duizelingen en toestanden van sufheid ten

onrechte voor traumatische epilepsie worden aangezien. Deze laatste diagnose wordt nog dikwijls zonder voldoende grond gesteld.

REICHARDT is van meening, dat de echte traumatische epilepsie voornamelijk voorkomt bij schedelbreuken met letsel van dura en hersenen. Na gedekte hersenletsels, (met intacten schedel), is epilepsie zeldzaam. Het voorkomen van petit mal is eerder een aanwijzing voor genuiene dan voor traumatische epilepsie.

Naar mijn ervaring zijn voorts gevallen van duidelijke neurose na ongeval niet zeldzaam bij een getroffene, bij wien tevens epilepsie, hetzij genuiene, traumatische of haard-epilepsie bestaat. Het is noodzakelijk de structuur van dergelijke gevallen te analyseeren, doch daartoe zijn de gegevens veelal niet toereikend. Slechts door een vroegtijdig en gedétailleerd onderzoek van alle verschijnselen en een uitvoerig vastleggen vooral van de anamnestiche gegevens in de woorden van den getroffene zelf, kan de noodzakelijke grondslag worden gelegd, waardoor ook later kritische beschouwing van deze gevallen mogelijk blijft. Op den duur kan de rentekwestie namelijk aanleiding geven tot vertroebeling der anamnestiche gegevens. (Zie ook STERN, Neurologische Begutachtung.)

In het volgende geval vond ik voldoende gegevens om de structuur te kunnen benaderen.

N. Scheepsmonteur, geboren 1885. 25 Juni 1927 krijgt hij blijkens de ongevalsangifte een vallenden balk op het hoofd. Als aard van het letsel wordt vermeld: hoofdwondje, één agraphe. Hij staakt den arbeid. Hij heeft den klap op het hoofd gevoeld; hij roept tot zijn kameraden: „er gebeurt wat!“ ; voelt zich daarop niet lekker, (valt neer?) voelt met de hand, dat hij een gat in het hoofd heeft, loopt met hulp van anderen naar boven, wordt onderweg duizelig en valt neer, staat weer op en wordt door een dokter behandeld. Hij vaart met het bootje van de scheepsbouw-maatschappij naar huis. In het bootje zou hij, naar hij in 1938 mededeelt, last hebben gehad van rare gedachten: „spring in het water, spring in het water!“ Hij heeft niet gebraakt, geen bloeding uit neus en ooren. Hij hervat 13 Juli 1927, doch staakt den arbeid 16 Juli 1927, omdat

hij zenuwachtig is en bang, dat hij krankzinnig zal worden; hij heeft last van bloedaandrang naar het hoofd. Hij heeft geen hoofdpijn, wel last van oorsuizen vooral in het linker oor; (het geluid van wind in een schelp). Ongeveer 7 weken na het ongeval ziet hij gedurende 3 à 4 dagen voortdurend een groene streep, die wegvaagt, opnieuw opkomt en weer verdwijnt, enzovoorts. Hij heeft last van een prikkelend gevoel om de kruin; bij bewegen worden deze sensaties erger.

23 Augustus tot 17 September 1927 wordt hij geobserveerd in een neurologische kliniek. De diagnose wordt gesteld op traumatische neurose. In de anamnese: epilepsie van familieleden; de echtgenoot heeft 6 maal abortus gehad. De luesreacties worden in het bloed van den getroffen negatief gevonden. De Achillespeesreflexen zijn zeer laag; aan de handen een fijne tremor; overigens geen neurologische afwijkingen. Getroffene deelt mede, dat hij slecht slaapt; gedurende het onderzoek zucht hij af en toe; als verklaring geeft hij, dat hij sedert het ongeval onrustig is. Nadien tracht getroffen 3 of 4 maal te hervatten; zijn werk is het aanleggen van pijpleidingen, spreekbuizen en scheeps-telegrafien. Hij kan het onmogelijk volhouden; hij heeft te veel last van de herrie aan boord; hij kan zijn gedachten niet concentreren. Op de stellingen heeft hij last van duizeligheid, zoodat hij niet durft vol te houden. Hij wil alles tegelijk doen, is bang het te zullen vergeten en dan loopt alles door elkaar. (Zijn invaliditeit als gevolg van het ongeval wordt gedurig als 40% opgevat.) Hij houdt met zijn oorspronkelijke werk op en wordt aan de Arbeidsbeurs ingeschreven, waar hij nu en dan wachtdienst doet. Hij heeft er aldoor last van, dat hij niet goed wordt en moet gaan liggen, zoodat hij ook met dat werk ophoudt. In 1928 voelt hij zich goed, wanneer hij in een stoel zit; wanneer hij een uur of drie op de been is, krijgt hij onaangename sensaties in het hoofd; het begint te steken en te prikkelen en hij moet dan gaan liggen. Hij is schrikachtig, kan het geluid van de tram niet verdragen. De diagnose wordt op commotio-neurose gesteld. In 1929 zegt hij niets waard te zijn; hij ziet vaak wolken voor de oogen; krijgt soms aanvallen, waarbij hij de geheele wereld om zich heen ziet schommelen en op en neer gaan; het bonst zoo sterk in zijn hoofd, dat hij vreest een hart-

kwaal te hebben. Hij is nerveus, prikkelbaar en gejaagd; geluiden hinderen hem sterk. Hij maakt een zeer geprikkelden indruk, is schrikachtig en klaagt over heftige pijn in de lendenen. Geen veranderingen van het lichamelijk toestandsbeeld. Rekenen gaat matig; een getal van 5 cijfers wordt vrij slecht gereproduceerd. De invaliditeit als gevolg van het ongeval wordt thans op 60% geschat. In 1931 werkt getroffene als krantenbezorger. In 1933 doet hij dit werk nog, doch kan het niet alleen. In 1936 blijken de vroegere klachten verminderd; hoofdpijn heeft hij sporadisch. Een deskundige merkt op, dat getroffene schijnt te hallucineeren; getroffene geeft toestemmen te hooren van menschen, die er niet zijn. Hij praat in zichzelf. De laatste jaren moet hij strijden tegen een drang, die hem aanspoort andere menschen te vermoorden. Intellect, inprenting en oriëntatie worden normaal gevonden. Getroffene zegt vergeetachtig te zijn. Een andere deskundige echter stelt in 1936 vast, dat getroffene dement is; er bestaan belangrijke geheugenstoornissen. De stemmen worden als pseudo-hallucinaties of abnormaal levendige voorstellingen geduid. Voorts worden geconstateerd een soort dwangvoorstellingen, respectievelijk dwangimpulsen. Geconcludeerd wordt tot een duidelijken defecttoestand van organischen aard. Er worden geen aanwijzingen gevonden voor een niet-traumatischen oorsprong; een eenigszins belangrijke arteriosclerose is niet aanwezig. (Een duidelijke herpes zoster wordt in de rechter lendestreek geconstateerd.)

Juni 1938 komt bij mijn onderzoek het volgende naar voren: Familie-anamnese: De vader leed aan vallende ziekte; blijkens zijn zakboekje verliet de vader in 1875 den militairen dienst met paspoort uit hoofde van lichaamsgebreken bestaande uit vallende ziekte, ontstaan vóór zijn indienst-treding. Getroffene deelt mede, dat de vader zwaarmoedig werd en op 46 jarigen leeftijd suicide pleegde. De moeder leeft nog en is 91 jaar. De ouders hadden 3 zoons. Eén broer van getroffene leed aan toevallen en zou in een toeval omgekomen zijn. De andere broer zou zielsziek zijn geweest en syphilis hebben gehad; deze broer zou bovendien doof zijn geweest. De echtgenoot leed aan ulcus cruris en varices, doch is overigens gezond.

Er zouden 12 kinderen hebben kunnen zijn, doch er zijn er slechts 6 in leven. De oudste dochter heeft last van wegrakingen; één dochter heeft een krommen rug.

Voorgeschiedenis van den getroffene: Hij heeft typhus gehad op 12-jarigen leeftijd; overigens was hij nooit ziek. In 1906 kreeg hij een ijzersplinter in het rechter oog, waardoor een definitieve lenstroebeling van dat oog ontstond. Speciaal gevraagd naar verschijnselen van epilepsie vermeldt getroffene geen toevallen te hebben gehad; men zou er wel bij hem op gelet hebben; ze zeiden: „je mag wel oppassen, want je vader heeft epilepsie en je broer heeft het; ze loerden er op, omdat mijn vader het ook had; U weet, het zit er toch bij een mensch in, als je vader en broer aan toevallen lijden; een klein streepje ook; maar ik zeg er U uitdrukkelijk bij, dat ik nog nooit ben neergevallen. Nu zal ik niet zoo sterk van hoofd zijn geweest. Als ik een dag, een nacht en nog een dag achtereen moest werken, werd mijn hoofd warm, alsof ik 40° koorts had.” Hij hield dan zijn hoofd tegen een koude buis om af te koelen. Voorts is hij als jongen eens met bokspringen op zijn handen terecht gekomen en was toen even buiten kennis; (lichte commotio?) Voor het ongeval zou het in zijn werk eens voorgekomen zijn, dat een ander, met wien hij samen een pijp droeg, deze plotseling los liet; getroffene voelde de „drilling” van de pijp en raakte weg; hij moest gaan liggen; binnen 10 minuten was hij weer in orde.

Terwijl aldus geen zekere aanwijzingen voor het bestaan van epilepsie vóór het ongeval in de anamnese te vinden zijn, is dit evenmin het geval voor de eerste jaren na het ongeval. Hij is de laatste jaren echter herhaaldelijk even weg, zooals hij zegt: „zijn huis kwijt”. Dit zou eens in de 2 à 3 maanden voorkomen; hij is daarna niet lekker en heeft hoofdpijn. Onlangs vergat hij in een dergelijke absence twee kranten te bezorgen; hij sloeg namelijk twee huizen over.

De echtgenoot deelt mede, dat hij voor het ongeval altijd zeer zenuwachtig was en driftig; na het ongeval werd dit dadelijk erger; hij wilde met iedereen vechten. Zij beschrijft hem als „poezelig lief en plotseling wild” en dan paars van drift. Eenmaal in de paar weken zou hij wegraken

en daarbij wit zien. Vóór het ongeval had hij dit nooit. Lichamelijke toestand: Sedert een paar jaar heeft hij last van kloppen in de hartstreek. Eenige jaren geleden had hij maagklachten; hij braakte om de paar maanden zeer veel. Soms heeft hij een rauw gevoel in maag en keel en knijpt het hem op de borst. Hij kan niet goed meer tegen bier. De mictie is niet gestoord; wanneer hij zich zenuwachtig maakt, zou hij het in de punt van den penis voelen en dan niet kunnen urineeren. Ook begint het dan in zijn hoofd te steken, in zijn ooren te kloppen en te fluiten. Desgevraagd zegt hij, dat hij ook wel steken in de kuiten heeft of vlak onder de kuiten, alsof er met een dolk in gestoken wordt, alsof men er een waterstraal op richt; dit heeft hij alleen 's nachts; hij gaat dan het bed uit en om de tafel loopen.

Blozend uiterlijk; lengte 1.64 meter; gewicht 72 kg; een weinig platvoeten; de huid van de onderbenen wat gemarmerd; het gehemelte in het midden wat spits; de rechter pupil iets grooter; pupilreacties goed; geen duidelijke stoornissen van de oogbewegingen; geen klachten over dubbelzien; geen nystagmus; geen paralytische spraakstoornis. Wel valt op, dat hij dikwijls zijn zinnen herhaalt. Geen ataxie(?). Diepe gevoel intact; Achillespeesreflexen beiderzijds laag, doch aanwezig; overigens geen stoornissen der reflexen. In het bloed worden de reacties van WASSERMAN, SACHS-GEORGI, MEINICKE en KAHN en de citocholreactie negatief gevonden.

Geestelijke toestand: Onmiddellijk na het ongeval zou hij last van aanvechtingen of stemmen hebben gekregen, welke hem aanzetten tot daden, die hij zeer veroordeelt. Zichzelf te dooden is een bijna dagelijks voorkomende aanvechting. De stemmen zeggen: „spring in het water!” of „ga op den grond liggen, je vrouw is er niet; nu je jas over je heen en dan de gasslang er onder!” Ook wordt hij tot moord op anderen aangezet; vooral op zijn moeder, voor wie hij groote genegenheid koestert. Wanneer hij bij haar zit, bekruipt hem de aandrang haar de keel dicht te knijpen. Ook komt de neiging bij hem op zijn kleinzootjes met een scheermes den nek af te snijden. Van deze aanvechtingen heeft hij in het algemeen minder last, wanneer zijn aandacht in beslag genomen wordt; ook heeft hij er minder

last van gedurende het onderzoek; toch kwam het een oogenblik bij hem op zijn hoofd dwars door het vensterglas te duwen. Hij houdt het er voor, dat het een geest geweest is, die hem het een en ander bezorgt; hij heeft wel eens over „shock” na ongeval gehoord en meent, dat hij iets dergelijks heeft. Hij heeft tijden, dat zijn gedachten te snel gaan, vooral des nachts; aanvankelijk is hij sterker geweest tegen deze aanvechtingen en gedachten; nu hij wat ouder wordt, is hij minder sterk, zijn hoofd is zwakker, zijn weerstandskracht wordt minder. Hij is bang, dat de aanvechtingen hem de baas zullen worden, vooral wanneer hij zijn rente zou verliezen; hij vreest dan zelfmoord te zullen plegen. Zijn geheugen is zwakker geworden; iets „scherp” weten, kan hij niet.

In het gesprek is de getroffen omstandig en uitvoerig, wat overbeleefd, steeds zeer vriendelijk. Hij maakt een naieven, euphoren indruk. Soms persevereert hij. Bij het uitvoeren van intellectproeven is hij zeer gewillig, doch blijkt duidelijk dement. Gedurende het rekenen telt hij op de vingers. Van 100 telkens 7 aftrekken gaat als volgt: (langzaam!) 93, 93, 93, 76, 76, 76, 69, 69, 62, 55, 48, 48, 41, 41, 34, 34, 34, 34, 26, 26, 26, 26, 19, 12 en 7, 19, 12, 12, en 4, 5, . . . 19, 12 en 5! De inprenting van getallen van 5 cijfers gelukt soms. Een eenigszins langen zin nazeggen kan hij niet. De volgende reacties worden gegeven, wanneer hem zinnen worden gezegd, welke een onmogelijkheid bevatten: Er was een spoorwegongeluk gebeurd; het was niet ernstig, er waren slechts 50 dooden. Hij antwoordt prompt: dat kan niet, wat U me daar vertelt; dan is het ernstig, of heb ik het mis? Dan: Iemand zei: ik ben sprakeloos van schrik. Hij antwoordt: de schrik heeft hem zijn spraak ontnomen. Vervolgens: Kan iemand dat zeggen, ik ben sprakeloos van schrik? Hij denkt even na: Wis en waarachtig, dokter, ik ben verstomd van schrik. Daarop: Welk jaar hebben we? Antwoord: 1937. (Het is 1938).

Samenvatting: In de familie van dezen lijder komen vele gevallen van vallende ziekten voor. Zelf toont hij het beeld eener dementia epileptica. Duidelijke aanwijzingen voor het bestaan van meta-lues van het zenuwstelsel zijn er niet. Aannemelijk is, dat deze epileptische dementie zich bij hem op heriditair-constitutioneële

basis is gaan ontwikkelen, waarschijnlijk met een zeer sluipend begin en sneller toenemen van het proces in de laatste jaren; ten slotte kwamen ook absences voor.

Het ongeval, gepaard met een schedeltrauma en lichte hersenschudding, heeft met het ontstaan en het voortschrijden van deze epilepsie niet te maken. Na het ongeval heeft zich echter een verzekeringsneurose ontwikkeld; behalve vele banale verschijnselen van neurose na ongeval kwamen bij dezen getroffenene ook dwangverschijnselen voor.

Bij lijdens aan sociale neurose komen dwangverschijnselen met homicide aanvechtingen wel meer voor. Het ontstaan van sthenische en agressieve reacties bij neurotische getroffenen is wellicht als volgt te verklaren: de neurotische arbeider komt niet meer tot de daad, hij vermag zich niet meer te integreren tot arbeider in den werkelijken zin des woords, omdat hij immers niet werkt. In hem is de arbeider verdrongen. De aldus gevangengehouden arbeidskracht tracht zich door kwalijk of niet ingehouden agressiviteit een uitweg te zoeken. Van de individueele structuur der persoonlijkheid hangt het onder andere af, welken vorm deze agressie zal aannemen.

In het hierboven beschreven geval was het dwang-neurotische beeld der neurose van meet af aan epileptoid gekleurd door eigenaardige drangverschijnselen en pseudo-hallucinaties.

#### 7 - KATAMNESTISCH ONDERZOEK VAN SCHEDELTRAUMATA

De katamnese werd gevraagd van 73 patienten, die in aansluiting op een ongeval, gepaard gaande met fractura cranii of commotio cerebri, in 1937 werden opgenomen in de Psychiatrisch-Neurologische Kliniek te Utrecht. Professor SILLEVIS SMITT en collega KRIJGER betuig ik gaarne mijn groote erkentelijkheid voor hun welwillende medewerking ten deze.

De navolgende vragen werden aan deze patienten ter beantwoording toegezonden; (November 1939 tot Januari 1940):

- 1 - Heeft U klachten gehad na het ontslag uit de kliniek?
- 2 - Zoo ja: welke klachten? Hoofdpijn? Duizeligheid? Misselijkheid? Of andere klachten?
- 3 - Hoe lang heeft elk van deze klachten afzonderlijk nog bestaan?
- 4 - Wanneer hebt gij uw bezigheden hervat?
- 5 - Hebt gij uw bezigheden dadelijk op volle kracht hervat, of hebt gij dit geleidelijk gedaan? Hoe hebt gij dit dan ongeveer gedaan?
- 6 - Welken arbeid verricht gij?
- 7 - Hoe maakt gij het thans?
- 8 - Zijt gij na de verpleging in de kliniek ziek geweest; zoo ja, waaraan?
- 9 - Zijt gij of waart gij verzekerd tegen geldelijke gevolgen van ongevallen?
- 10 - Zoo ja: krachtens de Ongevallenwet, of door andere verzekeringen?

19 Brieven kwamen als onbestelbaar terug; op 19 kwam geen antwoord. 35 Antwoorden zijn verwerkt in het navolgend overzicht.

- 1 - *man, 23 jaar, leerling-monteur.* Ongevallenwet.  
 23-X-1937, aangereden terwijl hij fietste.-  
 Verblijf P.N.K.U. (12657) 1-ste tot 40-sten dag: commotio cerebri.  
 Opneming: geheel verward, doch herkent de kliniek; (werd in 1932 wegens  
 psychose bij debilitas verpleegd; was nadien 1½ jaar in een gesticht).  
 1-ste dag: pols 64—110; amnesie; overigens geen bijzonderheden.  
 2-de dag: rustig; 4-de dag: wat hoofdpijn.  
 7-de dag: bezonnen. Geen neurologische afwijkingen; schedelfoto negatief.  
 Was vroeger reeds intolerant voor alcohol en nicotine.  
 Enquête: heeft geen klachten gehad; is niet ziek geweest; ± 1 maand  
 na het ontslag geleidelijk hervat met werk in de garage.  
 Thans: „heel goed”.
- 2 - *vrouw, 44 jaar, gehuwd.* Niet verzekerd.  
 1-I-1937, aangereden door auto.  
 Verblijf P.N.K.U. 1-ste tot 26-sten dag: commotio cerebri; (17257);  
 was even bewusteloos; niet gebraakt; pijn in nek en achterhoofd.  
 Na 7-den dag geen klachten.  
 Eerste 5 dagen ± 38°; pols 80. X-foto: dubieuze fractuurlijn links tem-  
 poraal.  
 Enquête: heeft hoofdpijn gehad; hervatte de huishouding.  
 Thans: „goed”.

- 3 - *vrouw, 77 jaar, weduwe.* Niet verzekerd.  
 29-I-1937, viel over de tramrails tegen een tram aan.  
 Verblijf P.N.K.U. 1-ste tot 22-sten dag: commotio cerebri? (17290).  
 Opneming: was niet bewusteloos; compos; loquax; erge neusbloeding;  
 is reeds 18 jaren diabetica; leed aan hoofdpijn en duizelingen.  
 Verloop: nu en dan verward; hoofdpijn; nu en dan duizelig; bloeddruk  
 170/110; temp. en pols geen bijzonderheden; 13-de dag: geen klachten.  
 Enquête: zeer weinig last van hoofdpijn; werd nog tweemaal opgenomen  
 wegens diabetes; geen bezigheden; is en pension.  
 Thans: zeer veel last van slijm; soms duizelig, doch niet om er ongerust  
 over te zijn; met insuline gaat het vrij goed.
- 4 - *vrouw, 21 jaar.* Niet verzekerd.  
 30-I-1937, met de fiets gevallen.  
 Verblijf P.N.K.U. 1-ste tot 5-den dag: zeer lichte commotio; (17293).  
 Opneming: is 10 minuten bewusteloos geweest; amnesie; braakt niet;  
 bult op het hoofd; geen neurologische afwijkingen; dubieus fractuur-  
 lijntje in rechter ala parva. 2-de dag: voelt zich goed; beste eetlust;  
 wat pijn aan het achterhoofd.  
 Enquête: geen klachten gehad; begon een half jaar na het ontslag met  
 een nieuwen werkkring, (hulp in de huishouding), heeft later cham-  
 pignon-vergiftiging gehad.  
 Thans: „best“.
- 5 - *man, 47 jaar, chauffeur.* Ziektewet.  
 1-I-1937, door auto aangereden; in heelkundige kliniek opgenomen;  
 zou vrij lang bewusteloos zijn geweest; commotio; bij opneming  
 compos, euphoor, ruikt naar alcohol; schedelhuid-lapwond; fractura  
 claviculae.  
 Verblijf in P.N.K.U. 3-de tot 38-sten dag; (17322).  
 3-de, 4-de en 5-de dag: prikkelbaar, vloeken, gedesorïenteerd; des nachts  
 verward, agressief; pols  $\pm$  90.  
 6-de dag: temperatuur 39.6.  
 10-de dag: temperatuur gewoon; pols  $\pm$  70; compos; na 11-den dag geen  
 klachten.  
 Enquête: hervatte 4 weken na het ontslag, met bakkerijwerk.  
 Thans: maakt het goed; heeft nog wel eens last van duizeligheid. Heeft  
 na het ongeval nog een lichte hoofdwond gehad.
- 6 - *vrouw, 38 jaar, gehuwd.* Niet verzekerd.  
 12-I-1937 sloeg haar de werklooze echtgenoot met een tasch, (waarin  
 een flesch), op het hoofd.  
 Verblijf P.N.K.U. 1-ste tot 28-sten dag: commotio, wond boven het  
 linker oog; (No. 17316). Was korten tijd bewusteloos; hoofdpijn;  
 geen neurologische afwijkingen; X-foto negatief. Na 3-den dag geen  
 klachten; doch temperatuurverhooging van 17-den tot 24-sten dag,  
 (tot 38.4). Voelde zich nadien wat mat.

9-III-1937: alopecia areata; overigens goed.

Enquête: zou aanvankelijk nog last hebben gehad van duizeligheid, kon langen tijd niet tegen drukte; was niet meer ziek; hervatte op advies 4 weken na het ontslag.

Thans: „geheugen slechter geworden; ik weet echter niet, of dit hiermede in verband kan staan”.

7 - man, 16 jaar, slager.

Ongevallenwet.

28-I-1937: op het achterhoofd gevallen.

Verblijf P.N.K.U. 1-ste tot 22-sten dag; commotio; (17348).

$\frac{1}{4}$  uur bewusteloos geweest; nausea, geen emesis; ongedurig; pijn in het achterhoofd.

Eerste twee dagen pols 56—80; nadien gewoon; X-foto negatief. Na 2-den dag geen klachten. Zou haastig en driftig van natuur zijn.

Enquête: geen klachten gehad; hervatte op advies van geneesheer, na nog 5 weken ten volle te hebben gerust. Heeft lichte hersenschudding gehad 3 maanden vóór het ongeval en nog één, een jaar later.

Thans: „uitstekend”.

8 - vrouw, 56 jaar, (gescheiden).

Niet verzekerd.

17-II-1937: door auto gegrepen en medegesleurd.

Verblijf P.N.K.U.: 1-ste tot 28-sten dag; commotio; (17425).

Reageert niet bij de opneming; komt bij; is wat suf, koud; kleine pols; na een uur weet zij, wat er gebeurd is; schudbewegingen in den linkerarm; links onzuivere voetreflex. X-foto negatief.

2-de dag: pols 72—100; later 60 tot 80.

Na 2-den dag toestand zeer goed.

Enquête: geen klachten gehad; geleidelijk hervat; (huishouding). Niet meer ziek geweest.

Thans: „goed”.

9 - vrouw, 19 jaar, dienstbode.

Ongevallenwet?

21-III-1937: met de fiets gevallen.

Verblijf P.N.K.U.: 1-ste tot 13-den dag; commotio; (17488).

Bij opneming bleek, koud; geeft goed antwoord; eenmaal gebraakt; zou  $\pm \frac{1}{2}$  uur bewusteloos zijn geweest. Pols gedurende de eerste 4 dagen 52 tot 98; temperatuur practisch normaal. X-foto negatief. Na 2-den dag geen klachten. Had 9 jaar tevoren een hersenschudding; (op het ijs).

Enquête: had aanvankelijk hoofdpijn; is niet meer ziek geweest; hervatte 3 Mei 1937 ten volle.

Thans: „uitstekend”.

10 - jongen, 3 jaar.

Niet verzekerd.

30-IV-1937: gevallen; lag op den grond en schreeuwde. Na een vrij interval van  $\pm \frac{3}{4}$  uur werd het kind suf; déviation conjuguéé naar links; trekkingen in linker arm; hikken.

- Verblijf P.N.K.U.: 1-ste tot 18-den dag: fractura cranii; (17647).  
 Bij opneming vrijwel comateus; pols irregular; linker arm paretisch; links Babinski; rechtszijdige subtemporale decompressie: fractuur, geen haematoom; intradurale drukverhoging; veel liquor; cerebrum goed; volgende dag: huilt, stijfkramp in de beenen; 3-de dag: goed. (Stuipen op ½-jarigen leeftijd?)  
 Enquête: geen klachten gehad; is „goed”, den laatsten tijd wat doof; de amandelen moeten geknipt worden.
- 11 - *man, 17 jaar, expeditieknecht.* Ongevallenwet.  
 28-IV-1937, auto-ongeval.  
 Verblijf P.N.K.U.: 1-ste tot 37-sten dag: commotio cerebri; (17694).  
 Heeft griep bij de opneming; temperatuur 38.9°; na 3-den dag normaal. Is bij het ongeval bewusteloos geweest; amnesie; was gedesoriënteerd; braakte?; 4-de dag: duizelig bij het omdraaien van het hoofd; 5-de dag: geen klachten. X-foto negatief; geen neurologische afwijkingen.  
 Enquête: geen klachten gehad; hervatte 2 weken na het ontslag op volle kracht; is doof aan het rechter oor door het ongeval, meent hij. Hij maakt het „goed”.
- 12 - *vrouw, 60 jaar, gehuwd.* Niet verzekerd.  
 1-V-1937, aangereden door motorfiets.  
 Verblijf P.N.K.U.: 1-ste tot 45-sten dag: flinke commotio cerebri, huidwond; (17735).  
 Bij opneming compos; is bewusteloos geweest; amnesie; braakte; haematoom; X-foto negatief; rechts Babinski; links neiging tot Babinski. Temperatuur tot 10-den dag  $\pm$  38°; daarna  $\pm$  37.5°. Pols 1-ste dag 62—72; daarna 100—120, later 80—90. 4-de dag erge hoofdpijn, daarna niet meer.  
 Enquête: een half jaar na het ontslag geleidelijk de huishouding hervat; is niet meer ziek geweest; had „enkele klachten: hoofdpijn; geheugen minder goed”.  
 Thans: redelijk, doet het huishouden.
- 13 - *man, 60 jaar.* Niet verzekerd.  
 8-V-1937, door een toeval gevallen.  
 Verblijf P.N.K.U. (17737): 1-ste tot 39-sten dag: commotio cerebri. Is bewusteloos geweest; neusbloeding; hoofdpijn; braakneiging. 1-ste dag pols 46—58; geen neurologische afwijkingen. X-foto negatief; 6-de dag hoofdpijn; nadien goed; heeft toevallen sedert een paar jaar.  
 Enquête: hervatte op volle kracht; werkt thans niet; behoudens verdere toevallen is hij niet ziek geweest; heeft na het ontslag wel hoofdpijn gehad.  
 Thans: „goed”.

- 14 - *jongen, 10 jaar, scholier.* Niet verzekerd.  
 12-VI-1937, aangereden door een fiets.  
 Verblijf P.N.K.U. (17751): 1-ste tot 7-den dag; licht schedeltrauma.  
 Was niet bewusteloos; huilde erg; moest herhaaldelijk urineeren; klaagde  
 $\pm$  7 uren na het trauma over hoofdpijn; braakte dien avond een paar  
 maal; een paar schaafwondjes; geen neurologische afwijkingen.  
 Vanaf 3-den dag geen klachten.  
 Enquête: ging naar school 14 dagen na het ontslag uit de kliniek; bleef  
 nog lang nerveus en klaagde eenige maanden over hoofdpijn; een  
 verblijf aan zee deed goed.  
 Thans: „goed”.
- 15 - *vrouw, 15 jaar, dienstbode.* Niet verzekerd.  
 17-V-1937, van tandem gevallen.  
 Verblijf P.N.K.U. (17780); 1-ste tot 43-sten dag; commotio cerebri.  
 Bewusteloos geweest; braakt; is suf; verward; onrustig; geen contact  
 mogelijk. Pols niet lager dan 52; 3-de dag; geen klachten; 8-ste dag;  
 links Oppenheim. Zij is te voren altijd nerveus geweest; had  $\pm$  7 jaar  
 geleden een commotio.  
 Enquête: had last van duizeligheid en hoofdpijn, doch hervatte dadelijk  
 op volle kracht.  
 Thans: maakt het goed; doch heeft nog last van duizeligheid en hoofdpijn.
- 16 - *meisje, 3 jaar.* Niet verzekerd.  
 14-VI-1937, kreeg een trap van een paard.  
 Verblijf P.N.K.U. (17793): 1-ste tot 18-den dag; gecompliceerde schedel-  
 fractuur; terstond geopereerd onder opoffering van enkele been-  
 stukjes; (frontale impressiefractuur).  
 Enquête: geen klachten; speelde den volgenden dag; is niet meer ziek  
 geweest: „altijd goed”.
- 17 - *man, 38 jaar, verkeersagent.* Niet verzekerd.  
 29-V-1937, met den motor tegen fiets gereden.  
 Verblijf P.N.K.U. (17817): 1-ste tot 42-sten dag; ernstige commotio  
 cerebri; fractura baseos cranii.  
 Is bewusteloos geweest; heeft niet gebraakt; sensorium bleef langen tijd  
 gestoord. Temperatuur, 1-ste dag: 38°; 2-de dag: 38.6°; 3-de dag:  
 38°; 4-de dag: 37.8°; pols 50—70; gesprongen achterhoofdsnaad;  
 fractuur rechts parietaal; luesreacties negatief in het bloed.  
 Enquête: hervatte 1-IX-1937 op volle kracht; ging dadelijk motor-  
 rijden; heeft na het ontslag nimmer klachten gehad, noch over hoofd-  
 pijn, noch over duizeligheid, noch over misselijkheid. Maakt het goed;  
 (had 1 tot 8-XI-1939 een koude achter het schouderblad).

18 - *vrouw, 17 jaar, dienstbode.*

Niet verzekerd.

4-VI-1937, met de fiets gevallen.

Verblijf P.N.K.U. (17835): 1-ste tot 42-sten dag: fractura baseos cranii. Goed bij kennis bij de opneming; wordt geleidelijk soporeus; braakt paar maal; bloeding uit rechter oor; des nachts licht verward; 2-de dag: nekstijfheid en Kernig; links aanduiding van Babinski; lichte stuwing in fundis; lage pols gedurende eerste week; Trousseau-stand der handen, (3-de dag).  $\pm$  18 dagen na het ongeval goede toestand (had vorigen winter veel last van verstopten neus).

Enquête: had enkele maanden veel hoofdpijn; zij kon enkele oogenblikken niet zien en kreeg 10 minuten later hevige hoofdpijn; hervatte September 1937 geleidelijk, met hulp voor het zware werk.

Thans: gezondheid goed; zij is doof aan het rechter oor, vooral wanneer zij verkouden is.

19 - *man, 40 jaar, werkloos controleur.*

Verzekerd bij een particuliere verzekeringsmaatschappij.

9-VI-1937, aangereden door auto.

Verblijf P.N.K.U. (17839): 1-ste tot 48-sten dag: commotio cerebri. Wond aan het achterhoofd; bij opneming: amnesie, verward; braakt niet; hoofdpijn; pijn in linker heup; beiderzijds geen fraaie Strümpell; pols 70—100; daarna 50—90; X-foto geen afwijkingen; aan den rechter voet twee teenen aaneengegroeid; maakte zich altijd druk over kleinigheden; werd afgekeurd voor den militairen dienst wegens zenuwachtigheid of wegens kromme ruggegraat? 4-de dag: is rustiger; 11-de dag: geen klachten.

Enquête: kan niets doen; werkt niet; beklagt er zich over, dat hij slechts f 5000.— ontving van de verzekering, ofschoon hij recht had op f 10.000.—; „schande over hen”; procedeert nog met dengene, die hem aanreed; krijgt invaliditeitsrente; rijdt in invalidewagen; kan niet loopen; kan niet ruiken en niet proeven; is meer dan de helft van het gezichtsvermogen kwijt; het linker been is 7 centimeter korter geworden van de pijn; kan niet zitten zonder luchtkussen; heeft veel pijn in den rug en in het hoofd en in het linker been. Is niet meer ziek geweest.

20 - *vrouw, 15 jaar, kindermisje (werkloos).*

Niet verzekerd.

1-VII-1937, aangereden door vrachtauto; was even buiten kennis; kreeg des avonds neiging tot braken; 4-de dag: zwart voor de oogen.

Verblijf P.N.K.U. (17855): 5-de tot 21-sten dag: commotio cerebri.

Erg nerveus; pols 65—108; 7-de dag: geen klachten; een dochter van haar zuster lijdt aan toevallen; zelf is zij spoedig van streek, om kleinigheden.

Enquête: zij had destijds geen werk; doch werkt thans ten volle; huishouding; heeft  $\pm$  1 jaar last gehad van hoofdpijn en van duizeligheid; is niet opnieuw ziek geweest.

Thans: „heel goed”.

- 21 - *man, 21 jaar, arbeider.* Ziektewet.  
 12-VI-1937, van duo van motorfiets afgevallen.  
 Verblijf P.N.K.U. (17856): 1-ste tot 41-sten dag: commotio cerebri.  
 $\frac{1}{4}$  uur bewusteloos geweest; raakte nadien opnieuw bewusteloos; amnesie;  
 heeft en behoudt een langzamen pols: (40—70); temperatuur normaal;  
 geen neurologische afwijkingen; X-foto negatief; heeft practisch geen  
 klachten gehad; (vroeger spoedig nerveus).  
 Enquête: had nu en dan hoofdpijn; is niet meer ziek geweest; hervatte  
 ten volle 14 dagen na het ontslag.  
 Thans: „ik maak het best; nu en dan hoofdpijn”; is in militairen dienst.
- 22 - *man, 17 jaar, kruideniersbediende.* Ziektewet.  
 13-VI-1937, met de fiets gevallen.  
 Verblijf P.N.K.U. (17922): 1-ste dag tot 59-sten dag: commotio cerebri,  
 fractura cranii, steriele meningitis, fractura claviculae.  
 Begint bij te komen bij de opneming; amnesie; pols 70 tot 80; daarna  
 een paar dagen 50, daarna  $\pm$  60. Meningisme gedurende ruim 10  
 dagen; rechts Babinski; links onzuivere voetreflex; liquor bloedig,  
 later xanthochroom; des nachts onrustig; eerste twee avonden  
 38.5°; zeer groote fractuur, gaande van het lambdapunt mee met de  
 lambda-naad, langs de sutura temporoparietalis dwars door de  
 squama temporalis naar de basis; aanvankelijk veel hoofdpijn; na  
 4-den dag worden weinig klachten vermeld; bij het ontslag geen  
 neurologische afwijkingen; (beiderzijds genezen otitis media).  
 Enquête: geen klachten behalve hardlijvigheid, hetgeen hij vóór het  
 ongeval niet zou hebben gehad; hervatte  $\pm$  half September 1937  
 zijn gewone werk; een jaar later machinist op een zandzuiger; behalve  
 hardlijvigheid en wel eens maagpijn, zeer gezond.
- 23 - *man, 47 jaar, vrachtrijder.* Niet verzekerd.  
 2-VII-1937, had hollend paard bij den teugel en werd door auto gegrepen.  
 Verblijf P.N.K.U. (17929): 1-ste tot 42-sten dag: commotio cerebri.  
 Even bewusteloos geweest; 2 maal gebraakt; hevige hoofdpijn; rugpijn;  
 bloedde uit het linker oor; X-foto negatief; geen neurologische af-  
 wijkingen; Pirquet positief; bezinkingssnelheid van het bloed wat  
 verhoogd; ronchi; 8-ste dag geen klachten; 30 jaar geleden typhus;  
 heeft appendicitis gehad; werd in de kinderjaren met een bijl op het  
 hoofd geslagen.  
 Enquête: is 3 maanden duizelig geweest; hervatte één maand na het  
 ontslag aanvankelijk met licht werk; heeft nadien griep gehad; is  
 nog erg gevoelig aan het linker oor, waaruit hij heeft gebloed.
- 24 - *vrouw, 40 jaar (werkt in de huishouding bij moeder).* Niet verzekerd.  
 16-VII-1937; van de trap gevallen; van 21 treden.  
 Verblijf P.N.K.U. (17973): 1-ste tot 39-sten dag: commotio cerebri, frac-  
 tura baseos cranii, liquorrhoe.

- Even bewusteloos geweest, compos; gebraakt; erge hoofdpijn, duizelig; zeer sterke liquorrhoe uit het linker oor; beiderzijds verdachte voet-zoolreflexen; geen nekstijfheid; pols vrij goed; eerste dagen wel eens 54 en onregelmatig; 6-de dag nog hoofdpijn; daarna geen klachten. Werd 2 maal geopereerd wegens maagzweer; graciele lichaamsbouw; intersexueel type; rechter pupil groter dan linker; bloedhaemoglobine 70%; lues negatief; extrasystolie, systolische soufflé.
- Enquête: heeft de bezigheden direct na het ontslag hervat; niet dadelijk volledig; had zij een goeden dag, dan deed zij alles; had zij een minder goeden dag, dan deed zij hetgeen gedaan moest worden; zij had veel last van hoofdpijn, doch was niet zoo ziek, dat zij op bed moest blijven. Zij acht zich geen 100%; haar interesse is weg; zij is altijd doodvermoeid, nooit geheel zonder hoofdpijn.
- 25 - *jongen, 3 jaar.* Niet verzekerd.  
6-VIII-1937, van 10 treden gevallen, (14 uur).  
Verblijf P.N.K.U. (18000): 1-ste dag, (17.30 uur) tot 29-sten dag; commotio cerebri, fractura cranii.  
Zou niet bewusteloos zijn geweest; braakte een paar maal; hoofdpijn; haematoom rechter oog; X-foto: fractuur margo supraorbitalis en orbitaaldak; 3-de dag; geen bijzonderheden.  
Enquête: geen klachten gehad; niet meer ziek geweest; na het ontslag nog eenige dagen te bed; daarna al gauw weer naar school.  
Thans: „uitstekend”.
- 26 - *vrouw, 67 jaar, was vroeger kinderjuffrouw.* Niet verzekerd.  
23-VII-1937, door auto tegen de straat geworpen.  
Verblijf P.N.K.U. (18004): 1-ste tot 43-sten dag; commotio cerebri.  
Wond aan het achterhoofd; bewusteloosheid?; braakte; verward, zeer onrustig; bloedde uit het linker oor; X-foto negatief; geen neurologische afwijkingen; pols 1-ste week 90—100; temperatuur tot 38.4°; pols later 70 tot 90; na 14-den dag toestand goed; het rechter oog is coecus door phthisis bulbi.  
Enquête: een paar dagen na het ontslag had zij erge pijn; geen reuk en geen smaak; hartkloppingen; zij kon niet liggen; het hart werd spoedig beter; de reuk en de smaak keerden na 1½ jaar terug; aanvankelijk voelde zij zich zeer onrustig; leerde zich zelf weer loopen, hield zich daarbij vast aan de hekken; had pijn in voeten, knieën en lendenen; zij hervatte geleidelijk haar huishouding.  
Thans: „uitstekend”.
- 27 - *man, 27 jaar, betonvlechter.* Ziekte wet.  
6-IX-1937 fietste hij tegen een stilstaande auto aan.  
Verblijf P.N.K.U. (18016): 1-ste tot 4-den dag; commotio cerebri.  
Wond aan kin; was eenigen tijd bewusteloos; gedeeltelijke amnesie; braakte niet; pols 96, temperatuur 37.5°; 3-de dag geen klachten; 4-de dag

huilbui; pols 58 tot 84; geen neurologische afwijkingen; vertrek tegen advies.

Enquête: geen klachten gehad; niet meer ziek geweest; hervatte geleidelijk 2 à 3 weken na het ontslag.

Thans: „goed”.

28 - *man, 23 jaar, taxi-chauffeur.*

Ongevallenwet.

17-VIII-1937: geslipt met den motor.

Verblijf P.N.K.U. (18025): 1-ste tot 28-sten dag; commotio cerebri.

Wond boven het rechter oog; bewusteloos geweest; bij de opneming compos; heeft niet gebraakt; geen neurologische afwijkingen; X-foto negatief; zeer dun schedeldak; 2-de dag pols 56—90; nadien 50—80; temperatuur goed; 3-de dag geen klachten; maakt zich ongerust over allerlei; was te voren nerveus; 2 jaar geleden „waterbreuk”.

Enquête: ± 10 dagen na het ontslag hervat in het niet druk beklante taxi-bedrijf; verricht thans kantoorarbeid; in 1939 geopereerd aan den blinden darm.

Thans: „uitstekend, doch bemerk af en toe, dat mijn herinneringsvermogen niet meer zoo is als voorheen, alhoewel ik er niet van overtuigd ben, dat dit zijn oorzaak vindt in de in 1937 opgelopen lichte hersenschudding”.

29 - *vrouw, 22 jaar, serveerster.*

Ongevallenwet.

21-IX-1937: ± 11 treden van de trap gevallen.

Verblijf P.N.K.U. (18133): 1-ste tot 28-sten dag: commotio cerebri?

Stond zelf op en ging zitten; zou niet bewusteloos zijn geweest; was duizelig, braakte niet, was niet misselijk; bloedde wat uit den neus; heeft erge hoofdpijn; rechter voetreflex niet fraai; 9-de dag: een weinig hoofdpijn; X-foto negatief; pols en temperatuur geen bijzonderheden; 10-XI-1937: poliklinische contrôle: is goed, werkt. Had vroeger nooit last van hoofdpijn.

Enquête: had nog eenigen tijd last van pijn rechts boven in het hoofd; heeft dadelijk ten volle hervat; werkt thans in de huishouding; heeft later bedrust moeten houden wegens nieraandoening.

Thans: heeft af en toe pijn rechts boven in het hoofd; voelt zich overigens goed.

30 - *man, 16 jaar, bakker.*

Niet verzekerd.

2-X-1937: van 5 meter hoogte gevallen.

Verblijf P.N.K.U. (18192): 1-ste tot 35-sten dag: commotio cerebri.

Kneuzing pols; zou 5 minuten bewusteloos zijn geweest; amnesie; niet gebraakt; suf; slaapt veel; hoofdpijn boven de oogen; 2-de dag: woelig, temperatuur 38.4°; pols 90—58; 5-de dag pols 44; 6-de dag: „wat vreemd”; 9-de dag: gewoon; 26-ste dag: droomt hardop, is dikwijls druk.

Enquête: geen klachten gehad; werkte 4 maanden na het ontslag op volle kracht; is niet meer ziek geweest; is thans in militairen dienst; is „goed”.

- 31 - *jongen, 3 jaar.* Niet verzekerd.  
 18-VII-1937: aangerezen door motorfiets; commotio cerebri; frontale impressiefractuur; was 1½ dag bewusteloos; braakte 4 dagen; geen paresen; bleef suf; ± 14 dagen na het ongeval; loopende neus.  
 Verblijf P.N.K.U. (18248): 27-X-1937 tot 23-XI-1937, wegens frontale impressie, welke tot duidelijke psychische stoornissen aanleiding had gegeven; 3-XI-1937 operatie: klein deel van het bot weggenomen, het overige gereponeerd. 5-IX-1937: na inbrengen van kleurstof in den duraalzak wordt deze niet in het neussecret teruggevonden.  
 Enquête: thans uitstekend; niets opvallends in zijn manier van doen; speelt als de andere jongens; ter plaatse van het letsel pulsatie; loopende neus: dun vocht.
- 32 - *man, 66 jaar, apotheker-provisor.* Niet verzekerd.  
 30-X-1937: door epileptisch insult een vrij ernstige commotio; fr. cran.  
 Verblijf P.N.K.U. (18327): 1-ste tot 48-sten dag; gedesorienteerd bij de opneming; jammert; onrustig; neusbloeding; braakte; links wat onzuivere voetreflex; Rinne rechts negatief; X-foto: fractuur links frontaal; cyste mediaan aan de hals; varices; de laatste jaren epileptische insulden; pols aanvankelijk 70—90; later 52—72; op den 25-sten dag klacht over dubbelzien; overigens geen klachten na 8-sten dag; rechts doof.  
 Enquête: geen klachten behalve doofheid rechter oor; hervatte geleidelijk, doch spoedig op volle kracht; niet meer ziek.
- 33 - *man, 20 jaar, militair.* Niet verzekerd.  
 19-XII-1937: bij het voetballen het hoofd gestoten.  
 Verblijf P.N.K.U. (18382): 1-ste tot 11-den dag; commotio cerebri. Hij zou onmiddellijk zijn opgestaan; was volkomen in de war; sprak onzin; sliep in tijdens het vervoer; hoofdpijn, duizelig; geen nausea, geen emesis; bij opneming georiënteerd; amnesie, weet echter, dat hij abnormaal gedaan heeft; na 6-den dag geen klachten over hoofdpijn en duizeligheid; 9-de dag: pols 48.  
 Enquête: absoluut geen klachten gehad; direct na het ontslag lichte dienst; na 3 dagen: volle militaire dienst; 14 dagen na het ontslag voetballen zonder eenig bezwaar.  
 Thans: „uitstekend”.
- 34 - *man, 41 jaar, timmerman.* Ongevallenwet.  
 23-XI-1937: van 7½ meter hoogte in een sluis gevallen; was bewusteloos; daarna zeer suf; braakte; opgenomen in heekkundige kliniek; 1-ste week: pols 90—100; temperatuur 38,5°—39,5°.  
 Verblijf P.N.K.U. (18432): 8-ste tot 50-sten dag: ernstige commotio, hoofdwond, fractura cranii; niet volkomen georiënteerd in den tijd; cuphoor; maakt grapjes; slaperig; pols 80—90; temperatuur goed; brilhaematoom; 15-de dag helder sensorium; klaagt nadien over doofheid en oorsuizen rechts; X-foto: fractuurlijnen in het rechter

temporale en de beide rotsbeenderen; impressiefractuur van het frontale; behandeld met 8 weken bedrust. Werd vroeger veroordeeld wegens ontucht met minderjarigen; had als kind typhus en nier-aandoening; werd verwend.

Juni 1938: reageert vlot.

Februari 1940: links doof; oorsuizen beiderzijds; papil rechts te bleek; ruikt rechts niet; corneareflex links lager; facialis links zwakker; miswijzen naar links; invaliditeit 25% blijvend.

Enquête: slapeloosheid; doof linker oor; beiderzijds veel last van oorsuizen; enkele malen een harde knal in het rechter oor, voordat hij gaat slapen; hinderlijke evenwichtsstoornis; een jaar na het ontslag gedeeltelijk hervat; is overigens niet meer ziek geweest.

Thans: „ik maak het naar omstandigheden vrij goed; ik berust in mijn narigheid”.

35 - man, 20 jaar, banketbakker.

Niet verzekerd.

28-XII-1937: aangereden en meegesleurd door elektrische tram.

Verblijf P.N.K.U. (18781): 1-ste tot 116-den dag; commotio cerebri, schedelbasisfractuur; bij opneming bewusteloos; onrustig; onregelmatige pols; niet beneden 50, doch soms zeer frequent; Babinski beiderzijds; in den rechter fundus is de papil nasaal wazig; de linker facialis paretisch; liquor sanguinolent, druk verhoogd; 6-de dag: reageert op aanspreken; 7-de dag: krampaanval; tonische krampen: de armen half gebogen; wijde niet reagerende pupillen; 10 Januari rustig, reageert niet op toespreken; 3-II-1938: leest de krant; geeft soms antwoord. Februari 1938: torpide; begrijpt niet; des avonds onrustig; spreekt binnensmonds, monotoon; gedesoriënteerd; vindt zelf, dat hij nog slecht denkt. Maart 1938: traag; kan niets onthouden; hoort links minder goed; Romberg; geen pathologische reflexen. April 1938: spreekt nagenoeg niet spontaan; schrijft goed; spraak gestoord; ziet minder goed met het rechter oog. Hij had vroeger een tic: rimpels trekken in de huid van den neus; deze tic was verdwenen na het ongeval, doch kwam geleidelijk terug gedurende de verpleging. Hij was vroeger eigenwijs en koppig.

Revisie Mei 1939: geen hoofdpijn; is minder vergeetachtig geworden; geen lichamelijke klachten. Visus OS = 5/5; OD = 1/2 (aan het rechter oog ontbreekt een groot deel van het nasale deel van het gezichtsveld); peesreflexen aan de beenen rechts hooger dan links; rechter facialis iets paretisch; getroffen is soms wat afwezig en traag in zijn doen en laten; hij vergeet spoedig; er is een rest van aphatische verschijnselen. Volgens zijn moeder doet hij bijna al het werk zooals voor het ongeval; hij heeft belangstelling voor allerlei; is driftiger dan vroeger; is nu en dan kinderachtig; kan des morgens moeilijk uit bed komen; zij vindt, dat hij langzamerhand opknapt.

Juni 1939 wordt hem verzocht een taart te bakken in de keuken van het ziekenhuis; hij doet het netjes, morst weinig; het gaat hem handig

af; zelf is hij niet tevreden over het resultaat, hetgeen hij toeschrijft aan het feit, dat hij werkt met een vreemden oven.

Enquête: (Januari 1940): heeft na het ontslag geen klachten gehad over hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid; geen andere klachten; hij hervatte geleidelijk vanaf October 1938, bijvoorbeeld 9 tot 1 uur en 3 tot 6 uur; hij is niet opnieuw ziek geweest; maakt het thans „goed“.

De resultaten van de katamnese zijn gunstig wat betreft de geschiktheid tot arbeiden, met uitzondering van No 19; deze getroffene was verzekerd bij een particuliere verzekeringsmaatschappij. Wat betreft de andere getroffenen blijkt geen duidelijk verschil tusschen verzekerden en niet-verzekerden; geschiktheid tot arbeiden kan bestaan ondanks de aanwezigheid van klachten. De katamnese der kinderen is opvallend gunstig.

Ter verduidelijking nog het volgend overzicht der enquête:

kinderen: . . . . .	10, 14, 16, 25, 31
bijzonderheden vermeld omtrent praemorbide persoonlijkheid:	
1, 3, 7, 15, 19, 20, 21, 24, 28, 32, 34	
praemorbide epilepsie: . . . . .	13, 32
affect-storende omstandigheden: . . . . .	6
fractura cranii: . . . . .	10, 16, 17, 18, 22, 24, 25, 31, 32, 34, 35
dubieuze fractuurlijn: . . . . .	2, 4
oorbloeding: . . . . .	23, 26
passagère reflexstoornissen: 8, 10, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 29, 32	
blijvende neurologische afwijkingen . . . . .	34, 35
blijvende liquorrhoe: . . . . .	31
voorbijgaande psychiatrische verschijnselen van niet-zeer-	
korten duur: . . . . .	1, 3, 5, 17, 22, 26, 31, 34
encephalopathie waarschijnlijk: . . . . .	(34), 35
defecttoestand waarschijnlijk: . . . . .	35
ernstige klachten: . . . . .	19
matige klachten: . . . . .	(3), 24, 34, 35
geringe klachten: . . . . .	5, 6, 15, 18, 21, 22, 23, 28, 29, 32
opvallend goed, gezien den aard van het trauma: 16, 17, 25, (31)	
opvallend vlot herstel ondanks reflexstoornissen, etc.: 8, 10, 22	
opvallend snel hervat: . . . . .	27, 33
„kan niet werken“: . . . . .	19
verzekerd: Ongevallenwet: . . . . .	1, 7, 9?, 11, 28, 29, 34
Ziektewet: . . . . .	5, 21, 22, 27
Particuliere verzekering: . . . . .	19

#### IV - INVLOED VAN GESTEL EN KARAKTER

Velen, onder anderen REICHARDT, meenen, dat zonder een bepaalden (minderwaardigen?) aanleg geen verzekeringsneurose kan ontstaan. Ook HOCHÉ meent, dat de na ongeval neurotisch-ontsporende arbeiders ab origine abnormaal zijn. Hij meent bij hen dikwijls een „mangelhafte Gewebsrüstigkeit” te hebben gevonden. (Wij zouden zeggen: de man steekt niet in een goed vel.)

SILLEVIS SMITT wijst er op, dat vele neuroselijders tot de zoogenaamde vegetatief-gestigmatiseerden behooren, bij wie op grond van hun aanleg een verhoogde prikkelbaarheid van het sympathische en parasymphatische stelsel bestaat. Hij noemt ook CURTIUS en WAGNER, die bij een groot aantal neuroselijders neuropathische belasting vaststelden.

KLIENEBERGER beziet het een weinig anders. Doorsneemensch en vertoonen volgens hem van gewone gezondheid tot neurose allerlei overgangen van neiging tot nerveuze, neurasthenische, hypochondrische, querulatorische, paranoïde, hysterische en hysterische trekken. Hij acht het gebrek aan zelfvertrouwen overigens wel van invloed, ook het gevoel van verminderende levenskracht bij het klimmen der jaren.

STERTZ wees er op, dat neurasthenische reacties te verwachten zijn bij alle prestaties, welke met sterke gemoedsspanningen gepaard gaan, bij arbeid onder den last van groote verantwoordelijkheid, zooals bij speculanten, bij overdreven eezuchtigen, maar ook bij een al te harden strijd om het bestaan.

Reeds voor den oorlog wees KRAEPELIN er op, dat ontwikkelde en plichtsgetrouwe menschen onder overigens gelijke omstandigheden eerder neurasthenische reacties kregen dan de minder ontwikkelde en minder plichtsgetrouwe.

Het hangt er dan ook wel van af, van welk standpunt men de dingen beziet. Waarschijnlijk immers is de neuropathische diathese niet alleen de bodem voor mogelijke neurose, maar voor vele begaafdheden welhaast voorwaarde.

VON WEIZSÄCKER schrijft, dat de meeste menschen geen neurose kunnen krijgen; er is een zekere begaafdheid voor noodig; verder dat de mensch zich in de neurose niet opgewassen toont tegen een (nog) te groote opgave; maar hij heeft zich deze opgave tenminste gesteld, terwijl deze opgave voor anderen zelfs niet kan bestaan.

Het komt mij vruchtbaar voor te trachten bij elk geval na te gaan of al of niet constitutioneele bijzonderheden van invloed zijn. Men wordt dan getroffen door het feit, dat in de anamnese van vele lijdens aan neurose na ongeval neuropathische en neurotische verschijnselen zijn te vinden, en omgekeerd, bij anderen een volledige gezondheid met vroolijke gemoedsstemming steeds aan de neurose zou zijn voorafgegaan. Doch ook in deze gevallen zijn vergissingen mogelijk; onder den druk van de tegenwoordige lusteloosheid en het gevoel van malaise schijnt het verleden zonnig. Meermalen viel mij op, dat bij een hervattingsreactie na een licht ongeval, bijvoorbeeld braken en hoofdpijn bij hervatting 6 weken na een dubieuze hersenschudding, een of ander stigma was te vinden, hetzij een lingua geographica, of plethorische habitus, of eenige andere aanwijzing, terwijl in de voorgeschiedenis niets was vermeld. Het volgende geval diene als voorbeeld van een groote dispositie tot neuropathische en neurotische reacties, welke reeds vóór het ongeval bestond.

O. Timmerman, geboren 1907. Blijkens de ongevalsaangifte valt hij 3 December 1938 door een vloer; hij komt (ongeveer 3 meter lager) op het hoofd terecht, zoodat de linker kant van het hoofd verwond wordt. Als aard van het letsel wordt vermeld: schedelbasisfractuur. Hij wordt in een ziekenhuis opgenomen; hij braakt, heeft een haematoom aan het linker ooglid, hoofdpijn, lichtschiuwheid. De pols daalt in den eersten nacht tot 48 per minuut; is nadien steeds boven de 50; na de eerste week praktisch normaal. Geen stoornissen van de temperatuur, (behoudens eenmaal 39° op 6 December). 5 December is hij „psychisch helderder”; hij wordt gecatheteriseerd wegens retentio urinae completa; nadien heeft hij geen mictieklachten. Gevonden wordt een fractuur van de linker bovenkaak, nagenoeg zonder dislocatie. Men constateert nystagmus naar beide zijden,

slecht gehoor, (binnenoordofheid beiderzijds), sensibiliteitsstoornissen over de geheele linker lichaams helft en hardnekkige slaapstoornis. Wegens vele klachten over pijn in de maagstreek en elders in den buik wordt röntgenologisch onderzoek gedaan; gevonden wordt: groote, slappe, laagreikende maag; weinig peristaltiek; na een kwartier wordt een kleine, wat spastische bulbus zichtbaar; geen retentie; laagliggend spastisch colon. Faeces: benzidine negatief. 20 Februari 1939 wordt getroffen in vrij goeden toestand uit het ziekenhuis ontslagen; (diagnose: fractura baseos cranii, commotio cerebri; hersenbloeding in het corpus restiforme; fractura maxillae; contusio abdominis, oud ulcus duodeni).

9 Maart 1939 komt getroffen voor onderzoek. Familie-anamnese: de vader,  $\pm$  57 jaar oud, heeft „ischias” gehad aan beide armen en beenen; de moeder, 54 jaar oud, lijdt aan hoofdpijn en heeft eenige malen per jaar last van „gal”. Zij is zenuwachtig en spoedig ongerust. In de familie geen toevallen, andere zenuwziekten, noch krankzinnigheid.

Voorgeschiedenis van getroffen: diphtherie op  $\pm$  10-jarigen leeftijd; buikkachten gedurende den schoolleeftijd. Op  $\pm$  24-jarigen leeftijd: operatie wegens liesbreuk en wegens zakaderbreuk. Geen venerische infecties; geen alcoholisme. Op  $\pm$  21-jarigen leeftijd aanvallen van onwel zijn, met duizeligheid en zweeten, vooral des morgens, wanneer hij een leege maag had; geen bewusteloosheid, geen hoofdpijn; veel last van maagpijn; geen zwarte ontlasting; de dokters zeiden, dat het nervositeit was; hij was destijds zeer neerslachtig; de klachten verdwenen, doch kwamen omstreeks 1935 terug. Een paar maal per jaar braakte hij gal. Hij had erge diarrhee en pijn in de maagstreek. Het laatst is dat voorgekomen in September 1938. Tot zijn 18e jaar werkte hij op een kwekerij, werd daarna timmerman, werd werkloos omstreeks 1932; werkte voor eigen rekening als carrosseriebouwer en ging failliet. Destijds braakte hij dikwijls. September 1937 werd hij timmerman bij den scheepsbouw; aanvankelijk viel hem dit werk zwaar; hij was vermoeid en zenuwachtig, maar na een paar maanden was hij er aan gewend en zeide niet meer terug te willen; (aldus de echtgenoot). Omtrent het ongeval van 3 December 1938, dat te 10.45 uur

plaats greep, deelt hij mede: hij herinnert zich den val niet. Hij kwam bij kennis, toen hij al weer overeind stond. Hij ging zitten, een minuut of 10; liep zonder hulp een trap op en een trap af naar den verbandmeester, die hem vroeg of hij weer aan het werk wilde gaan; hij had echter het gevoel niet te kunnen. Hij ging met een taxi naar huis, voelde zich steeds slechter, was misselijk; braakte nog niet. Thuisgekomen viel hij op zijn bed neer en wist daarna niet veel meer. Hij braakte (om  $\pm 14$  uur); even later kwam er bloed uit den neus en den mond. Hij herinnert zich goed het vervoer naar het gasthuis; ( $\pm 15.15$  uur). In den tweeden nacht had hij in het ziekenhuis erge buikpijn; hij had hoofdpijn; pijn in het aangezicht links. Vanaf ongeveer de tweede tot de zevende week na het ongeval had hij last van pijn in de hartstreek, vooral des morgens; hij lag dan naar adem te snakken, wilde de zuster roepen, maar kon het niet. Aanvankelijk kon hij niet urineeren; doch wanneer men met de katheter dreigde, kwam de urine van angst los. (Ook ter gelegenheid van de vroegere breukoperatie kon hij de eerste twee dagen niet urineeren; de mictie werd mogelijk, wanneer er een warm kussen op den buik werd gelegd.) Ongeveer 7 weken na het ongeval kwam getroffene voor het eerst uit bed, doch kreeg last van borrelen in den buik, opboeren en buikpijn.

Thans (9 Maart 1939) heeft hij een drukkend gevoel in het hoofd, alsof de schedel te klein is en het hoofd zal barsten; hij heeft pijn links in den slaap; als hij loopt, wemelt het voor de oogen en gaat de pijn uit den slaap naar boven, naar het linker oog, naar het voorhoofd en vandaar over het hoofd naar rechts. Hij slaapt slecht; hij ligt doodstil te bed en dan is het alsof alles slaapt, van onder af tot aan zijn wenkbrauwen toe; maar daarboven leeft alles. Hij wil slapen, maar kan het niet. Wanneer hij op den linker kant ligt, heeft hij pijn in den schouder en deze pijn gaat naar den hals en naar het linker oor. Ook heeft hij pijn op zij aan de borst tot aan de heup toe. Ondanks vele slaapmiddelen kon hij in het ziekenhuis niet slapen. De eetlust is nogal slecht; de mictie en de defaecatie zijn niet gestoord. Sedert een week of vier heeft hij last van oorsuizen; vóordien had hij dat niet. De reuk en smaak zijn goed. Hij heeft last van vlokken voor de oogen; dubbel gezien heeft hij niet.

Bij het lichamelijk onderzoek is de tengere, asthenische habitus opvallend; (lengte  $1.74\frac{1}{2}$  meter; gewicht 64 kg.) Pols 64 slagen per minuut. De linker testis is kleiner dan de rechter; (varicosis). Tengevolge van de breuk in de linker bovenkaak bestaat een sensibiliteitsstoornis in het gebied van den linker nervus infra-orbitalis; in de linker bovenkaak ontbreekt de linker 2-de incisivus; het bovenkaaksskelet is daar een weinig onregelmatig van vorm, (bij palpatie); het aangezicht is practisch niet misvormd. Naar beide zijden bestaat symmetrische instelnystagmus, welke spoedig verdwijnt; overigens worden geen neurologische afwijkingen gevonden. Opvallend is, dat getroffene niet rustig kan blijven liggen; hij krijgt dan buikpijn.

Bij dezen getroffene was een fractuur van de linker bovenkaak aannemelijk en een betrekkelijk lichte hersenschudding. De klachten over oorsuizen gedurende de laatste 4 weken en de slaapstoornis zijn, mede in verband met de voorgeschiedenis, die vol is van allerlei nerveuze bezwaren, niet op te vatten als het gevolg van een organische afwijking in de hersenen. Geadviseerd wordt getroffene met meer dan de helft invaliditeit te laten hervatten. Hij doet dat; de eerste avonden is hij doodmoe en kan niet slapen; den derden nacht gelukt dit met een slaappoeder, waarna de hardnekkige slaapstoornis voorgoed verdwijnt.

In Juni 1939 werkt hij met een rente naar 40% invaliditeit; hij wordt dienovereenkomstig gespaard en heeft hoogtevrees; hij klaagt over pijn in den linker schouder; de pijn trekt naar het hoofd, wanneer hij een balk draagt op dezen schouder; (geen afwijkingen). Hij kan niet hebben, dat men hem op de handen kijkt bij het werk. Bij tijden heeft hij last van een gejaagd gevoel; ook staat hij nog al eens te soezen, maar hij handhaaft zich in het werk en wil volhouden.

In Maart 1940 deelt hij mede, in Augustus 1939 twee weken te bed te hebben gelegen; hij at slecht, had hoofdpijn; nadien hervatte hij ten volle, doch na enkele weken werd hij gemobiliseerd. De militaire dienst ligt hem beter dan het werk in de schepen, waarbij hij zich steeds gejaagd voelde. De hoofdpijn is nu vrijwel weg; soms voelt hij zich zoo gezond als een visch; hij weet niet, waar het aan ligt, maar soms voelt hij zich niet erg lekker. Hij slaapt nu uitstekend; in den dienst heeft hij

daarmede getobd, de eerste maanden. Eerst at hij slecht; wanneer hij hachée at, had hij den volgenden dag diarrhee; van het „kuch” kreeg hij aanvankelijk maagpijn; gedurende 3 maanden mocht hij wittebrood eten, doch moest geleidelijk tot „kuch” overgaan; thans eet hij geen wittebrood meer en heeft nergens last van.

Bij de vaststelling van het te volgen sociaal-geneeskundig beleid moest rekening gehouden worden met de groote gevoeligheid van dezen man, die in zekeren zin niet geschikt was voor het ruwe werk in de schepen, doch geheel onafhankelijk van de gevolgen van het ongeval.

Men zou zich kunnen afvragen in hoeverre een getroffene, herstellende van de gevolgen van een ongeval, geneigd is onlustgevoelens te overwinnen en weer aan het werk te gaan, of omgekeerd: hoe weinig is hij daartoe geneigd en bestaat er bij hem een desiderium facilitatis. Het is duidelijk, dat dit desiderium facilitatis na ongeval en ziekte ten deele afhankelijk is van de maatschappelijke omstandigheden en ten deele van den betrokkene. Wat hem zelf betreft zullen groote verschillen kunnen bestaan op constitutioneele basis in verband met schommelingen in zijn vitaliteit en naar gelang van zijn levenstijdperk; (RÜMKE). (Zie ook SILLEVIS SMIT, Ned. Tschr. v. Gen., 1939). Onder andere moet ook onderscheid worden gemaakt tusschen een natuurlijke behoefte aan bezigheid eenerzijds, (eventueel op te vatten als temperamentskwaliteit), en een wil tot arbeiden uit plichtsbesef anderzijds. Met het oog op het laatstgenoemde is niet te onderschatten de invloed, die uitgaat van de in een bepaald tijdsgewricht heerschende publieke opinie omtrent de wenschelijkheid van plichtsbetrachting.

Voorts kan men zich afvragen: in hoeverre is de verzekerde getroffene er toe geneigd, zich uitkeering of rente te laten welgevalven, die hem niet toekomt; of: hoe groot is zijn neiging tot parasitisme? Individueele verschillen ten deze zijn aan te toonen; gebleken is, dat echte rentejagers zeldzaam zijn. Overigens is ook de neiging tot parasitisme afhankelijk van het in het tijdsgewricht heerschend ethisch besef. In onzen tijd wordt veelal niet de nadruk gelegd op werkelijke arbeidsvreugde, maar eerder op de materieele vruchten, die de arbeid zal afwerpen. Gesproken kan worden van een

overwaardige beteekenis, die in het maatschappelijk leven thans aan het geld wordt toegekend. Buitendien wordt, zooals KLIENEBERGER zegt, oneerlijkheid tegenover den staat veelal niet als misdaad opgevat. Hij wijst ook op locale verschillen in mentaliteit en beweert: „Die Amerikaner stellen menschliche Profitgier und Fehlen von Verantwortlichkeit gegenüber die Allgemeinheit als normale Quote.” In een dergelijke mentaliteit zou ook passen: „Wer die Deutsche soziale Gesetzgebung nicht als Maximum ausnutzt, ist ein Rindvieh.” In Amerika bestaat echter geen sociale wetgeving; (de bevolkingsdichtheid is er geringer dan in Europa). Krachtens de sociale wetten heeft de arts wel te maken met het sociaal belang van de verzekerden, doch niet met de financieele zijde van dit belang, omdat hij alleen te oordeelen heeft over de validiteit. Wel moet de arts begrijpen, dat de getroffene, die aan zijn validiteit twijfelt, er toe neigt zijn geldelijk belang eenzijdig te overschatten ten nadeele van zijn werkelijk sociaal belang. In het algemeen is de rentebegeerte of rentezucht van den neuroticus niet zoozeer een bewijs voor zijn geldzucht als constante karaktereigenschap, dan wel een krampachtige (spastische) verhooging van zijn behoefte aan geld. Men legt toch ook den diabeticus geen vraatzucht ten laste, wanneer zijn honger verhoogd is! In den toestand van sociale neurose is de mensch te zeer verwrongen, dan dat men zijn waren aard zou kunnen afleiden uit zijn oogenblikkelijk gedrag.

Zooals reeds vermeld, wil VON WEIZSÄCKER geen al te groote beteekenis hechten aan het karakter, (als al te statisch begrip), voor het ontstaan van de sociale neurose.

Achteraf kan worden vastgesteld, dat aanvankelijk het beleid der geneeskundigen vrij eenzijdig beperkt was tot het onderscheid maken tusschen rentejagers, simulanten en aggravanten eenerzijds en betrouwbare verzekerden anderzijds. Daarbij heeft het onderscheid tusschen bewuste en onbewuste begeerte naar rente den onderzoekers dikwijls parten gespeeld. Men heeft immers vaak te doen met een min of meer vaag besepte neiging om rente te verkrijgen, lang niet altijd met een bewuste of in het geheel niet bewuste neiging daartoe. In expertises zijn opmerkingen over het karakter dan ook meestal misplaatst. Wanneer men met geringe appreciatie over de „malengers” hoort spreken, wordt men onwillekeurig herinnerd aan het: „Ce ne sont que des gueux.”

## V - ONNOODIGE GEBORGENHEID

### 1 - INVALIDITEIT — FACILITEIT

Gezondheid noch validiteit zijn begrippen, welke met lichamelijke intactheid mogen worden verward. Het practisch oordeel over gezondheid en validiteit is dan ook een zaak van gezond verstand, uitgaande boven het wetenschappelijk-geneeskundig denken in engeren zin, dat evenwel aan een dergelijk oordeel ten grondslag moet liggen. Een versch, nog rood litteken van een genezen huidwond, of een groote callusmassa bij een geconsolideerde fractuur zijn als zoodanig niet van beteekenis voor de validiteit, hoewel een duidelijke anatomische verandering zichtbaar of voelbaar is. Met de eenzijdig-materialistische tegenstelling: — organisch of functioneel — komt men er dan ook niet.

VON WEIZSÄCKER schrijft: „Die Pathologie bestimmt die Natur der Krankheit, aber nicht die Form der verbleibenden Funktionen. Ein Mensch lebt ja nicht mit seinem Krankheitsherd, sondern mit seinen um diesen herum sich neu ordnenden Funktionen. — um die(se) praktische Leistungsminderung zu messen besitzen wir so gut wie keine wissenschaftliche Methode. Es gibt unbedeutende Ausnahmen, wie die Prüfung von Sehschärfe und Farbensinn für die Arbeit der Eisenbahn-angestellten oder bestimmter Spezial-Industriën, und auch hier handelt es sich streng genommen nicht um Arbeitsfähigkeit.”

Voor het schatten van een blijvende invaliditeit na een ongeval wordt veelal gebruik gemaakt van de nagenoeg in elk land bestaande tabellen; DEN HARTOG, (acad. proefschr. Utrecht, 1939), wijst er op, dat de tabellen geen absolute waarde aangeven, doch slechts dienen te worden opgevat als richtlijnen. (Zie ook Smit, Gen. Tijdschr. der R. V. B., 1938, blz. 240.)

SILLEVIS SMIT belicht welke hooge eischen de differentiaaldiagnostiek tusschen organisch en psychogeen herhaaldelijk stelt in het geval van traumata, die het zenuwstelsel hebben getroffen. Maar indien is vastgesteld, dat een organische afwijking bestaat,

en tevens, dat deze traumatisch of waarschijnlijk traumatisch van oorsprong is, rijst mijns inziens nog de vraag, in hoeverre deze afwijking nog van invloed is op de validiteit of wellicht daarvoor als onbeteekenende rest niet meer van belang is. Wanneer de afwijking betrekkelijk uitgebreid is, is met het oog op de validiteit nog te overwegen in hoeverre compensatie door aanpassing is te verwachten of reeds is verkregen.

Houdt men geen rekening met compensatie door aanpassing en schat men invaliditeit toe op grond van de aanwezigheid der anatomische afwijking alleen, dan maakt men een kunstfout, analoog aan die, welke gemaakt wordt bij de kritieklooze toepassing van digitalis bij den gecompenseerden cardiacus.

Bij infectieuze processen, waarbij men met een levenden vijand, de pathogene microbe te doen heeft, is het voorschrijven van rust als therapeuticum te verdedigen. Men kan daarmede beoogen de weerstandskrachten van het organisme te verzamelen voor den strijd tegen dezen vijand. Dat ook hier overdrijving schaadt, is den tuberculose-artsen duidelijk geworden. Belangrijk zijn de methoden van Thomassen, die bijvoorbeeld zijn spondylitispatienten van een apparatuur voorzag, zoodanig, dat de beperking van hun bewegingsvrijheid tot een minimum teruggebracht werd. Bij de traumatische afwijkingen, waarbij een levende vijand ontbreekt, is het den heelkundigen reeds lang duidelijk geworden dat rust tot een minimum behoort te worden beperkt en actieve bezigheid, zoodra zij mogelijk is geworden, een beter therapeuticum is dan heilgymnastiek en massage. Verwonderlijk is, dat bij de behandeling van zenuwziekten en van psychiatrische afwijkingen dergelijk inzicht nog onvoldoende is doorgedrongen en men nog al te dikwijls rust ziet voorschrijven, waar juist verzwaring van het pensum genezing in de hand kan werken.

Het stempel der invaliditeit wordt dan ook veelal lichtvaardig gehanteerd. Men houdt niet genoeg rekening met den demoraliseerenden invloed, die uitgaat van het doen voortduren van de inadequate faciliteit eener ongeschiktheidsverklaring op onvoldoenden grond. In figuurlijken zin kan van een vergiftige werking van te lang uitgekeerde rente gesproken worden; SILLEVIS SMITT vergelijkt haar met morphine, die zonder indicatie wordt verstrekt. Immers, wanneer men bij een verzekerden getroffene ten onrechte

invaliditeit aanneemt en het begrip invaliditeit aldus in gedevalueerden zin gebruikt, heeft dit tweërlei gevolg:

- 1 - de inadaequate faciliteit van de onnoodige lichamelijke en geestelijke rust.
- 2 - de asociale faciliteit van onnoodig uitgekeerde middelen ten laste van de gemeenschap, terwijl de verzekerde in een toestand van onnoodige geborgenheid wordt geplaatst.

Het volgende geval toont aan, dat een verzekerde na een ernstig ongeval zelfs neurotisch kan worden, wanneer hij op grond van een belangrijke verminking een hooge rente geniet. Het geval bewijst, dat een maatschappelijke reclasseering van den invalide van grooter belang is dan een definitieve rente.

P. (Polikliniek P.N.K.U., No 33297). Timmerman, geboren 1899. 2 Juli 1931 krijgt hij van 12 meter hoogte een badding van 60 kg op den rechter schouder: breuk en ontwrichting van den rechter bovenarm; verscheuring van den rechter plexus brachialis. Na een mislukte poging tot hechting van den plexus wordt de arm geamputeerd; (27 Januari 1932). Na korten tijd kan hij met zijn gezin een betrekking in een jeugdherberg krijgen; zijn vrouw heeft er echter geen zin in.

Overeenkomstig artikel 25 van de Ongevallenwet wordt hem aangeboden zich voor onderwijzer of kantoorbediende te bekwaamen, maar er komt niets van, omdat men hem na de nieuwverworven bekwaamheid geen betrekking kan garandeeren. Hij krijgt een definitieve rente van 80 % en tracht nu een betrekking als boodschapplooper of huurinner te krijgen. Hij leert links te schrijven; zoekt drie tot vier jaar lang serieus naar werk, daarna niet meer; hij neemt lessen in boekhouden en haalt in 1935 het diploma, doch niet voordat hij zich ervan heeft overtuigd, dat hij, als boekhouder werkzaam zijnde, niet minder rente zal genieten. Hij wordt penningmeester bij een vereeniging na bedongen te hebben, dat hij niet gesalarieerd zal worden; hij voelt zich hoe langer hoe meer als een minderwaardig invalide beschouwd; men kwetst hem in zijn gevoel van eigenwaarde, omdat men hem het werk niet waard acht; men gunt het hem niet; op den duur kan hij dat slecht verkroppen; men passeert hem op tactlooze wijze.

17 Januari 1937 wordt hij ernstig ziek; hij zit des avonds laat nog rustig te werken en te lezen; plotseling heeft hij het gevoel alsof er iets in het hoofd knapt; zijn hart begint te bonzen; hij heeft een strak gevoel in de borst; hij is kortademig, rilt en beeft; hij heeft een strak gevoel in het hoofd en is zeer angstig. Hij gaat naar bed; zweet dien nacht en de volgende dagen hevig; heeft pijn in de gewrichten; de temperatuur is niet hooger dan 37°.3. Hij is angstig, ziet doodkisten; de muren schijnen op hem te vallen; hij kan zijn beenen niet optillen, durft het dek geen oogenblik van zich af te doen, hij kan het minste geluid niet velen, geen bezoek verdragen, ook niet van de kinderen; hij voelt zich lamgeslagen. Na 4 dagen staat hij op, doch heeft nadien geregeld angstaanvallen, vooral des avonds. Hij durft niet naar buiten, is bang voor de koude; moet vaak urineeren; aanvankelijk gebruikte hij met eenig succes tegen deze aanvallen een sedativum. Op den duur kan hij zich tegen deze aanvallen verzetten en deze willekeurig doen ophouden. Op advies van den huisarts verhuist hij van de groote stad, waar hij woont en waar hem het ongeval is overkomen, naar de provincie; (September 1937).

November 1937 meldt hij zich aan op de polikliniek der Psychiatrisch-Neurologische kliniek. Van zijn tegenwoordige klachten is te vermelden: kribbigheid, teruggetrokkenheid, het gevoel niets te kunnen; hoofdpijn boven de oogen en pijn in de hartstreek. Hij vreest in den Dolder terecht te zullen komen; vindt zich een nietsnut. Na het ongeval maakte hij aanvankelijk groote fietstochten, doch is daarvoor den laatsten tijd te moe; wanneer hij zich in zijn tuintje vermoeit, gaat het mis.

Hij studeert wel eens. Hij heeft hartkloppingen, als hij te veel eet. Pijn in den nek en boven de oogen; een verstopt gevoel in neus en keel; 's morgens raakt hij slijm kwijt uit de keel; het rooken heeft hij gelaten, hoewel het hem niet verboden werd. Hij zegt, dat hij zich nooit over de rente bezorgd maakt; die kan hem niet worden afgenomen. Hij verwijt zijn echtgenoot, dat zij een domper heeft gezet op al zijn pogingen om aan den slag te komen; de echtgenoot meent, dat dergelijke pogingen funest op hem werkten, omdat zij niet slaagden.

Zij beschouwt hem als een sukkelaar. De libido sexualis is sterk verminderd.

Vóór het ongeval was getroffene altijd gezond; hij klaagde nooit, was opgeruimd van humeur, niet kleinzeurig, nooit angstig. Hij was zeer werkzaam; las graag, ook zwaardere lectuur. Hij haalde het diploma van adspirant-bouwkundig opzichter.

Bij het lichamelijk onderzoek worden geen neurologische, geen cardiologische, noch oto-rhinologische afwijkingen gevonden. Op de belangwekkende phantoomverschijnselen van den ontbrekenden arm zal ik niet ingaan.

De toestand, welken getroffene in Januari doormaakte, is als een hysterische aanval te duiden. Men kan zich niet aan de opgave onttrekken achteraf te diagnosticeeren; ook al zijn de gegevens niet overvloedig, zelfs bij volledige medewerking van collegae.

Het komt mij voor, dat de Ongevallenwet, zooals zij thans is, beter is en meer mogelijkheden ten goede bevat dan men gewoonlijk beseft. In het geval van dezen getroffene valt het op, dat hij liever de rente had dan gebruik te maken van de gelegenheid zich tot een nieuwe bekwaamheid (ex artikel 25) te laten opleiden. Hij verkoos de faciliteit der rente boven het risico aan artikel 25 verbonden. Op den duur was dit niet in zijn belang.

Is het dus al een ernstige zaak, ja zelfs een noodzakelijk kwaad, blijvende invaliditeit te moeten aannemen bij een verzekerde, die door een ernstig ongeval is getroffen, hoeveel te meer is dan voorzichtigheid geboden bij het aannemen van invaliditeit in het geval van de zeer velen, bij wie slechts voorbijgaand ongemak ontstond.

Volgens von WEIZSÄCKER is gezond-zijn: zich in den loop van den tijd kunnen veranderen, groeien, rijpen en sterven.

Het behoud der gezondheid is dan een voortdurende opgave, welke door velen welhaast spelenderwijs wordt volbracht; voor sommigen is het een voortdurende worsteling; soms vergt zij een ernstige crisis; (stirb und werde!).

Deze opgave impliceert het onderhouden en vernieuwen van een gezonde verhouding tot de medemenschen; (de sociale gezondheid).

De taak van den arts is weliswaar steeds een helpende, doch dit kan niet beteekenen, dat hij het den patient „gemakkelijk” maakt en hem in een scheeve sociale positie, welke in strijd met het geldende recht is, plaatst.

Elk sociaal-geneeskundig oordeel omvat dan ook persoonlijke verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid bestaat niet zonder aanvaarding van risico. Men kan zich minstens naar twee kanten vergissen; eenerzijds door lichamelijke afwijkingen te miskennen, anderzijds door deze in haar beteekenis voor de validiteit te overschatten. Hieruit moet wel de eisch van voorzichtigheid naast toereikend inzicht volgen, doch wanneer de deskundige den last der verantwoordelijkheid ontwijkt, bijvoorbeeld door een regressie in zijn denken van het niveau der validiteit naar dat van de lichamelijke intactheid, staat voor de onverantwoordelijkheid de deur reeds open en wordt de last op den onderzochte afgeschoven.

Het volgende geval bewijst welke ernstige sociale consequenties mogelijk zijn, wanneer onnoodig gedeeltelijke ongeschiktheid tot arbeiden wordt aangenomen.

Q. Een havenarbeider, geboren 1905, schijnt vrijwel geabonneerd te zijn op lichte ongevallen.

1. 27-4-1928: een buis, waaraan hij trekt, schiet plotseling los; hierdoor doet hij eenige stappen achteruit en komt met het achterhoofd tegen een ijzeren gangboord aan. Hij heeft klachten over duizeligheid, maar is volledig hersteld op 10-5-1928; (na 13 dagen).
2. 5-4-1929: een kist kantelt om en komt op de wreef van den rechter voet terecht: „kneuzing”. Volledig herstel op 15-4-1929; (dus na 10 dagen).
3. 16-5-1929: gedeeltelijke afscheuring van een vingernagel. Volledig herstel op 4-6-1929; (na 19 dagen).
4. 4-7-1929: krijgt zakken met beenderen op het hoofd: „lichte hersenschudding”; hij werkt door.
5. 7-8-1929: glijdt van een trap en valt op het achterhoofd; is even versuft, tracht door te werken; wordt misselijk, braakt en is duizelig. Diagnose: „commotio cerebri?”  
Na 6 weken bedrust blijft hij klagen over duizeligheid, licht-

schuwheid; geen hoofdpijn. Een praedispositie voor neurotische verwerking wordt door den zenuwarts, die hem 2-10-1929 onderzoekt, aangenomen. De invaliditeit als gevolg van het ongeval wordt op 50% geschat, mede met het oog op het zware werk, waarvoor getroffenē zal komen te staan bij hervatting. Getroffenē hervat zijn werk echter niet meer als havenarbeider; hij meldde zich wel aan, maar men zei, dat men geen halve kracht kon gebruiken. Hij verrichtte eenige lichte werkzaamheden als sjouwerman, maar niet meer in de haven.

22-3-1930 klaagt hij over „pijn in de randen van het hoofd”. De zenuwarts vermeldt voorts, dat getroffenē zijns inziens reeds 2-10-1929 geen lichamelijke gevolgen van het ongeval meer had; thans neemt hij simulatie of aggravatīe aan; geen invaliditeit.

6. 22-5-1930: hij valt achterover en komt met den rug op een ijzeren pijp terecht: lumbago traumatica. X-foto: geen afwijkingen. Volledig herstel op 4-6-1930.
7. 27-7-1930: Ongevalsletsel; pijn in de lendestreek; volledig herstel op 26-8-1930.
8. 6-11-1931: Licht schedeltrauma zonder bewusteloosheid, duizeligheid noch braken. Een zenuwarts twijfelt aan de diagnose, lichte commotio, en vermoedt een sterk neurotische reactie van meet af aan.

Nadien trok hij eenige jaren steun. In October 1934 werd hij veroordeeld tot 3 jaar gevangenisstraf wegens 300 fietsdiefstallen. In de gevangenis (vanaf 2 October 1934) sneed hij zich in den pols; ging in hongerstaking; sloeg meermalen alles kort en klein. Hij werd naar Veenhuizen overgeplaatst; hier zou hij goed gewerkt hebben; (tot 2 October 1937; hij zou het gebracht hebben tot drie roode strepen; hij mocht ten slotte op schoenen loopen).

9. 14-9-1938: In de werkverschaffing tijdens het kruien uitgegleden en met het voorhoofd op den kruiwagen gevallen; geen bewusteloosheid. Hij werd korten tijd later bleek en braakte, was duizelig; hij liep naar huis, zakte onderweg in elkaar, werd met een ziekenauto naar huis gebracht.

21-10-1938 durft hij niet alleen op straat; klaagt over „pijn

in de randen van het hoofd". Sedert 10 dagen is hij van zijn vrouw en kinderen weg. Zijn vrouw schold hem uit, omdat hij niet werkt. 24 en 29 October valt hij op straat neer en wordt door een ziekenauto naar huis gebracht.

Getroffene heeft een primitief uiterlijk, zeer terugwijkend voorhoofd, adipositas, met sterke vetontwikkeling om de heupen; (aldaar striae albicantes). Hij is van een goedmoedige naieve mentaliteit. Hij had typhus op  $\pm$  9-jarigen leeftijd; bleef op de lagere school nog al eens zitten; had moeite met rekenen. Hij stamt uit een gezin van 10 kinderen, waarvan er 4 jong sterven; eenige kinderen leerden niet goed. Volgens zijn vader was hij één van de best oppassende van de kinderen, totdat het ongeval van Augustus 1929 hem overkwam.

Men zou de verschijnselen, welke aanvankelijk volgden op het ongeval van 14-9-1938, kunnen verklaren als die, welke op een contusio capitis ook zonder een duidelijke hersenschudding kunnen volgen, maar waarschijnlijk is, dat van meetaf aan een hysterische reactie hoofdfactor was bij het ontstaan der verschijnselen.

In de geschiedenis van den volgenden getroffene is opvallend, dat zijn neurotische toestand gefixeerd werd, zoo lang de schadelijke invloed der overbodige, kleine rente bleef bestaan.

R. Stucadoor, geboren 1902, Drenthe. Eerste ongeval, 14 November 1929: hij stapt mis, valt van ongeveer 2,5 meter hoogte, komt met den linker schouder tegen een trapleuning en dan met dezen schouder tegen den rand van een kuip terecht. Men stelt een contusie van den linker schouder vast. 13 Januari 1930, Röntgenfoto geen afwijking. 26 Maart 1930: hervat met licht werk; (60% ongeschiktheid). 28 April 1930: heffen en roteren van den linker bovenarm bijna niet beperkt. Hij heeft zich voornamelijk toegelegd op rieten en gronden; dit is het ruige werk aan de plafonds; het wordt staande op een steiger gedaan, zoodat het plafond ongeveer 30 duim boven het hoofd is; de specie moet met kracht met beide armen er tegen worden gedrukt; deze fungeeren dus „boven de macht". Mede daarom wordt nog eenige invaliditeit aangenomen, totdat de rente 9 Juli 1931 wordt beëindigd.

Tweede ongeval, 5 November 1935: hij valt door een trapgat en komt 4 meter lager terecht op de linker gelaatshelft en den linker schouder. Hij was niet bewusteloos, heeft niet gebrakt. 22 November 1935: een serratusparalyse links wordt geconstateerd. Klachten over een bevroren gevoel in de linker gelaatshelft, af en toe een dood gevoel in het linker been, af en toe een waas voor de oogen. 20 Januari 1936: duidelijke verbetering van de serratusparese; de electriche prikkelbaarheid van den linker serratus is iets minder dan die van den rechter, evenwel zonder dat er van ontaardingsreactie sprake is. Bovendien wordt een functioneel-psychogeen syndroom van de linker gelaatshelft vastgesteld, (zoowel motorisch als sensorisch). Een sterk dolichocephale, zeer asymmetrische schedelvorm, (Index 71,7), strabismus van het rechter oog worden als degeneratieve stigmata opgevat. 21 Juli 1937 wordt 25% invaliditeit voorgesteld op grond van een lichte rest der serratusparalyse. Gevonden wordt slechte fixatie van het schouderblad; beperkte functie van de bewegingen van den linker schouder. Een krachtsvermindering van de linker hand en arm wordt als zeker functioneel beschouwd, evenals een hemianalgesie, die juist in de mediaanlijn eindigt.

2 Maart 1938 verkeert getroffene nog steeds in den staat van rentetrekker; (invaliditeit 20%). Hij zegt, dat hij wel 30 maal (!) geprobeerd heeft te hervatten, maar hij was bang, dat hij zou vallen; het duurde ook te lang, wanneer hij werkte: de kalk werd al hard, terwijl hij nog bezig was, omdat hij niet opschoot. Hij vindt zelf, dat hij sedert het ongeval zeer zenuwachtig is geworden; voordien was hij dat nooit. Hij begint te klappertanden, wanneer hij aangesproken wordt. Eergisteravond werd hij duizelig, omdat zijn vrouw even tegen zijn stoel stiet. Vroeger gebruikte hij zelden alcoholica, maar nu in het geheel niet meer, want hij kan er niet meer tegen, wordt er dadelijk duizelig van. Hij is zeer schrikachtig geworden; eenmaal zag hij op straat, hoe een fietser bijna verongelukte. Het liep goed af, maar hij zelf kon van schrik niet spreken en durfde niet meer te fietsen. Overigens voelt hij zich nog het best, wanneer hij aan het werk is of buiten. Soms nam hij broom in; dit bekwam hem goed. Hij acht zich verder gezond.

Bij het lichamelijk onderzoek: grove tremores in den linker arm bij het opheffen. Aan het rechter been een spontane functioneele knieclonus. Hij kan den arm actief niet hooger heffen dan de horizontale. Links verminderde knijpkracht. De koppen van den serratus promineeren bij het voorwaarts heffen van den linker arm en zijn goed faradisch prikkelbaar. Geen scapula alata. Wisselende sensibiliteitsstoornissen in de linker lichaams-helft.

Invaliditeit als gevolg van het ongeval wordt niet aannemelijk geacht en dienovereenkomstig door het Bankbestuur de rente geeindigd. Deze beslissing wordt in beroep en in hooger beroep gehandhaafd. Intusschen heeft getroffene hervat.

Derde ongeval, half April 1939: 1 Mei 1939 komt getroffene, mank loopend en met een stok, voor onderzoek. Terwijl hij in 1938 een zenuwachtigen, gejaagden indruk maakte, is hij thans rustig en geeft een vlotte anamnese. Hij hervatte korten tijd na het onderzoek in Maart 1938; dit ging goed. Hij werkte daarna van Juni 1938 tot 27 Februari 1939 in Duitschland. De arm is spoedig beter geworden; de klachten over het hoofd duurden langer, doch ook deze verdwenen geleidelijk, reeds voor dat hij naar Duitschland vertrok. Het derde ongeval overkwam hem den eersten dag, dat hij bij een Nederlandschen werkgever werkte; hij zwikte, toen hij van een laddertje stapte, en kwam met de linker heup op den rand van een kalkkuip terecht. Er worden geen chirurgische, neurologische en röntgenologische afwijkingen gevonden. Houding- en gangstoornissen van duidelijk hysterisch type zijn te vinden.

De stoornis van het sociaal-geneeskundig beleid na het tweede ongeval zou men als volgt kunnen karakteriseeren: in plaats van een voorbijgaande invaliditeit werd ten onrechte gedaan, alsof een voorloopig blijvende toestand van (gedeeltelijke) ongeschiktheid tot arbeiden bestond.

In het algemeen kan gezegd worden, dat het aannemen van gedeeltelijke invaliditeit in vele gevallen gevaarlijk is en aanleiding kan geven tot het verspelen van maatschappelijke kansen van den betrokkene, althans bij arbeiders in lossen dienst. Men moet zoo-veel mogelijk bij deze arbeiders het aannemen van gedeeltelijke

invaliditeit vermijden. In de praktijk ziet men echter veelal ook zonder noodzaak gedeeltelijke invaliditeit aannemen, die dan uitsluitend als een blok aan het been van den betrokkene fungeert. Een voorbeeld hiervan is het volgende:

S. (polikliniek P.N.K.U., 33206). Los arbeider, oud 49 jaar. Sedert 1914 lijnwerker, de laatste jaren bij een provinciaal electrisch bedrijf gedurende 7 à 8 maanden van het jaar; de overige maanden van het jaar werkloos, of werkzaam bij een boer. 12 November 1935 wordt hij door een slippende vrachtauto aangereden; hij slaat met het achterhoofd op den grond. Geen amnesie, hij braakt, wanneer hij probeert op te staan; hij herinnert zich het vervoer naar het ziekenhuis, zou daar bewusteloos zijn geraakt en uit het linker oor hebben gebloed. Geen oorsuizen, geen draaiduizelingen; aanvankelijk langzame pols. 26 December 1935: sedert 2 weken geen hoofdpijn meer. Eind Maart 1936: klachten over hoofdpijn en duizeligheid bij het bukken; hij verricht licht tuinwerk; zou wel kunnen werken, maar niet bovengronds. April 1936: het provinciaal electrisch bedrijf wil hem niet terugnemen, tenzij hij volledig hersteld is. Mei 1936: bij neurologisch onderzoek worden spastische reflexen aan het rechter been gevonden; geen teekenen van intracranieele drukverhooging; 65% ongeschiktheid tot arbeiden wordt aangenomen; nadien nemen de klachten toe.

In Juli 1936 wordt hij door een controleur bezocht, die hem thuis aantreft, het hoofd voorover op tafel, een natte doek om het hoofd gewonden. Voor hem staat een medicijnfleschje. Hij zegt, dat hij nooit meer als lijnwerker zal kunnen werken; wanneer hij even bukt, wordt hij duizelig; 14 dagen geleden heeft hij gebraakt; er zou bloed bij geweest zijn; soms gaat hij fietsen of wandelen.

23 September 1937: de huisarts stuurt hem naar de polikliniek te Utrecht. Hij komt in gezelschap van zijn echtgenoot; beiden maken een naieven, kinderlijken indruk en barsten in tranen uit, wanneer zij het verhaal van hun ongeluk doen. Getroffene is een goedmoedig type, klein van stuk; hij spreekt snel en gemakkelijk; zegt, dat hij vroeger volkomen gezond was, steeds opgezuimd van humeur, op school geen uitblinker, maar „listig en

handig in zijn vak". Thans is hij „diep ongelukkig"; het wordt steeds slechter met hem; hij heeft hoofdpijn; valt bij aanvallen neer, het wordt hem dan zwart voor de oogen. Hij heeft nooit draaiduizelingen gehad. Bij tijden komt het voedsel naar boven; hij braakt niet. Hij kan in het geheel niet werken en niet fietsen, zou eventueel met een auto naar het werk gebracht moeten worden; hij is machteloos in de beenen. Hij prakkiseert voortdurend; zij hebben wel f 3000.— schuld; hij wilde maar, dat hij dood was. Merkwaardig is, dat getroffene geen eisch tot schadevergoeding heeft ingesteld tegen den chauffeur van de vrachtauto, ofschoon deze verzekerd was en schuld had.

Een bejaard oom van de vrouw is meegekomen; deze is aan-nemer en houdt zich bezig met verzekeringen. Hij houdt het ervoor, dat getroffene, over wien hij kennelijk overwicht heeft, wel vroolijker zou worden, wanneer men hem maar 10% meer rente zou geven. Getroffene staat thans op 40% invaliditeit.

Bij het lichamelijk onderzoek worden als eenige neurologische afwijkingen gevonden: aan den rechter voet een niet-constante Babinski, buik- en cremasterreflex rechts verlaagd. Deze verschijnselen zijn op te vatten als practisch reeds langen tijd niet meer belangrijke resten van een contusio cerebri en kunnen de ostentatieve, kennelijk hysterische hemiparese rechts, niet verklaren. Gedurende het onderzoek krijgt getroffene een hysterisch insult; hij vertoont een zwaren pseudo-Romberg en aggraveert een gehoorstoornis. Bij otologisch onderzoek wordt gevonden: alle stemvorken worden links verkort gehoord; onder-grens rechts 32 trillingen per seconde; links 64 trillingen; bovengrens rechts 10.000 trillingen per seconde; links 6500 trillingen. WEBER naar rechts gelateraliseerd; RINNE rechts positief; links negatief, (pseudonegatief?); SCHWABACH rechts normaal; links verkort. Fluïsterstem rechts 6 meter; links 3 meter voor lage en gemiddelde woorden;  $3\frac{1}{2}$  meter voor hooge woorden. Geen positie-nystagmus; geen blik-nystagmus. Bij calorisch onderzoek duurt de nystagmus rechts 2'16"; links 1'30". Op den draai-stoel krijgt getroffene een hysterisch acces.

Uit zijn geschiedenis blijkt, dat na het stadium van postcom-motioneele duizeligheid een steeds toenemende neiging tot hyste-

risch-neurotische duizelingen ontstond vanaf het oogenblik, dat, in plaats van algeheele ongeschiktheid tot arbeiden, gedeeltelijke ongeschiktheid werd aangenomen. Van belang is, dat hij nooit duizelingen van vestibulair type heeft gehad. Op grond van geringe neurologische restverschijnselen en resultaten van otologisch onderzoek, welke echter bij dezen aggraveerenden patient zeer twijfelachtig zijn, werd een rente naar 40% steeds maar voortgezet.

Bij een dergelijk beleid moet de prognose bij een arbeider in lossen dienst, die niet hervatten mag, zoolang nog eenige invaliditeit aangenomen wordt, vaak slecht zijn.

## 2 - INVLOED VAN ANDERE FACILITEITEN

In de dynamiek der neurose na ongeval vinden wij veelal de inadequate faciliteit eener rente, die den getroffenene in staat stelt zijn strijd om het bestaan noodeloos te staken; hij neemt een afwachtende houding aan, terwijl de ongevalsgevolgen geen aanleiding daartoe geven; intusschen kan hij bestaanskansen verspeelen, waardoor hij geleidelijk of snel maatschappelijk achterop raakt en de faciliteit des te slechter kan missen, hetgeen dan weer tot fixeeren van zijn neurotische klachten leidt.

Een typisch voorbeeld daarvan, waarbij een particuliere verzekering mede in het spel was, is het volgende:

T. Arbeider in werkverschaffing, geboren 1904. 24 April 1937 wordt de autobus, waarin hij rijdt, aangereden. 3 Juli 1937 vermeldt een zenuwarts een hersenschudding; in de anamnese een bloeding uit de linker gehoorgang; schedelfoto's negatief. 22 September 1937 constateert de zenuwarts duidelijke neurose en stelt de invaliditeit op 70%. 28 October 1937: opneming in een sanatorium; geen verbetering. 8 Februari 1938: getroffenene is zeer lichtgeraakt en wantrouwig; 50% invaliditeit wordt aangenomen. Maart 1938: de poging tot werkhervatting gelukt thans. Juli 1938: Er wordt aangenomen, dat getroffenene 20% invalide is.

Onderzoek op 6 Augustus 1938; reconstructie van de toedracht; getroffenene is kort na het ongeval zelf uit de autobus gekomen;

hij gaat aan den kant van den weg zitten, de hand onder het hoofd; hij wordt naar zijn woonplaats vervoerd; een geneesheer constateert retrograde amnesie; lichte sufheid en klacht over pijn bij het linker oor; er wordt geen bloeding en geen verwonding waargenomen. Getroffene loopt naar huis; braakt eenmaal. In Augustus zegt getroffene niets te weten omtrent de eerste weken na het ongeval! (hysterische amnesie.) Hij zegt, dat zijn toestand na het ongeval slecht geweest moet zijn; het kon niet slechter; men moest bij hem waken; pas na 14 dagen begreep hij weer een beetje, wat er om hem heen gebeurde. Hij deelt mede een klein sneetje links op de wang te hebben gehad; bloed uit het linker oor; hij merkte dit een week na het ongeval; het oor was verstopt, zoodat hij er niet mee kon hooren; het kussen zat met bloed; de linker wang zou dik zijn geweest; hij vermoedt, dat zijn gebit een knauw heeft gehad; zijn onderkiezen, achteraan, zijn bij het kauwen gevoelig. Hij had hoofdpijn, alsof hij gek werd; hij heeft daarna met bukken last gehouden, hoewel het minder werd. Bij het werk dreunt het in zijn hoofd; de hoofdpijn verdwijnt, als hij gaat zitten; vooral bij klimmen is hij duizelig. Hij eet slecht, is wel 20 pond magerder geworden. Hij slaapt goed; heeft veel last van diarree en kramp in den buik. Hij is nooit meer vroolijk; kan het prakkiseeren niet laten; hij heeft een grooten strop door het ongeval; elke week komt hij wel  $f$  10.— te kort; hij heeft schuld en wil het werk daarom in ieder geval volhouden, maar 'savonds voelt hij zich afgemarteld; zijn vrouw spoort hem wel eens aan te gaan fietsen, maar hij voelt zich daar niet toe in staat; hij betrapt zich er op, dat hij soms zoo maar doorloopt, zonder op het verkeer te letten. Vanaf zijn 14de jaar werkte hij in een textiel-fabriek; nadien enkele jaren in de buitenlucht als grondwerker; een jaar of 4, 5 ook aan de gemeente; hij had recht op een vaste aanstelling na 3 jaar onafgebroken dienst, doch zou dit op slechts enkele dagen na gehaald hebben. Hij was zelden werkloos; werkte een jaar of drie bij een waterleiding-maatschappij. Den laatsten tijd was hij zonder werk en moest kort voor het ongeval in de werkverschaffing; (voor het eerst). Na 3 weken kreeg hij het ongeval. Hij acht zich gedupeerd; zijn kameraden zijn kort na het ongeval al weer bij de waterleiding-maatschappij

te werk gesteld; bazen nemen niet graag iemand in dienst, die gedeeltelijk invalide is.

Bij het lichamelijk onderzoek: een lichte scoliose en varicocele en andere constitutioneele bijzonderheden; overigens geen neurologische afwijkingen; een krachtsvermindering van de linker hand is tendentieus.

In het beschreven geval moest de neurose ontstaan, omdat de deskundige de invaliditeit niet durfde te annuleeren, waarschijnlijk daar er over een bloeding uit het linker oor werd gerept.

Meermalen worden oorbloedingen in de anamnese van getroffenen vermeld, terwijl deze bloeding bij nader onderzoek blijkt te berusten op verwondingen in de omgeving van het oor of op besmeuring van het oor met een verwonde hand.

Blijkens het dossier eener particuliere verzekerings-maatschappij maakt getroffene aanspraak op schadeloosstelling wegens loonderving, aanschaffing van kleeding enzovoorts. De uitkeeringen, welke getroffene krachtens de sociale verzekering kreeg, kwamen overeenkomstig de wet slechts ten deele in de door hem geleden schade tegemoet. Begrijpelijk is, dat hij aanspraak maakte tegenover dengene, die het ongeval veroorzaakte; ten aanzien van het bedrag, waarop hij zijn aanspraak zou kunnen doen gelden, verkeerde hij in voortdurende onzekerheid. Blijkens de stukken heeft getroffene zijn eerste ernstige poging tot hervatten gedaan, toen de particuliere verzekerings-maatschappij een meer beslist afwijzende houding aannam.

De particuliere verzekeringen zijn „coulant”; de sociale verzekering niet; (mag het niet zijn.) Deze coulance kan een extra-pathogene factor zijn bij het ontstaan van verzekeringsneurosen. Een grove hysterie na een licht bedrijfsongeval kan een aanwijzing zijn, dat getroffene naast de sociale verzekering belang heeft bij de faciliteit tengevolge van een particuliere verzekering.

In het bovenvermelde geval is een lichte hersenschudding met een ongeschiktheid tot arbeiden gedurende slechts enkele weken waarschijnlijk.

Men kan neurose na ongeval ook buiten een verzekeringssituatie zien ontstaan, wanneer een andere faciliteit in het spel is. Bijvoor-

beeld: een leerling van een kostschool houdt na een contusio capitis hoofdpijn; de familie is bezorgd en hij zelf gaat liever des avonds om gezondheidsredenen naar huis dan dat hij in de kostschool overnacht.

Wanneer een getroffene met een rente naar gedeeltelijke invaliditeit hervat en de werkgever hem zijn volle loon geeft, (onder aftrek der rente), terwijl van den getroffene minder prestatie geëischt wordt, dan met zijn validiteit overeenkomt, bestaat een relatieve inadaequate faciliteit; getroffene wordt al te zeer gespaard; (aangenomen, dat de invaliditeit door de geneesheeren juist geschat is).

Deze relatieve faciliteit kan in bepaalde gevallen neurotiseerend werken.

### 3 - MAATSCHAPPELIJKE POSITIE EN TOESTAND VAN DEN VERZEKERDEN GETROFFENE IN STAAT VAN GEINVETEREERDE NEUROSE

De verzekerde getroffene laat zich ten onrechte een ongunstige opvatting omtrent zijn validiteit welgevallen, zelden uit een directe begeerte naar de rente, soms uit onverschilligheid, dikwijls uit de neiging den strijd om het bestaan te ontvluchten. Vooral kan deze neiging ontstaan, wanneer de positie bij den werkgever onzeker is, (dreigend ontslag), of wanneer het beroep gevaarlijk is, (stellingwerkers, glazenwasschers enzovoorts), of wanneer de verantwoordelijkheid, aan het beroep verbonden, betrekkelijk groot is, (chauffeurs en dergelijke); bovendien kan een individuele dispositie werkzaam zijn.

Veelal is de getroffene niet gelukkig in de keuze zijner raadgevers en is een onmiskenbare invloed aan te toonen van de echtgenoot of van familieleden, van adviseurs, in het bijzonder van geraadpleegde artsen. De ingewijde kent het feit, dat veel gevallen van neurose afkomstig zijn uit de invloedssfeer van steeds weer dezelfde artsen. Gewezen kan worden op de eigenaardige, schier magnetische aantrekkingskracht, die de artsenkeuze nogaleens schijnt te bepalen.

Het is begrijpelijk, dat een verzekerde, die geruimen tijd onnoodig

rente heeft genoten en aldus gewend is aan den toestand van onnoodige geborgenheid, in het algemeen niet spontaan in zijn gewonen doen terugkeert. Intusschen ontplooit zijn initiatief zich niet meer; de arbeider in hem wordt langzamerhand verdrongen, zooals ook bij andere lijders aan sociale neurose, in het bijzonder bij vele steuntrekkende werkloozen, op den duur de begeerte naar arbeid verdrongen wordt. Evenals anderen, die hetzij door ziekte, invaliditeit of gevangenschap, belemmerd worden in hun bewegingen, raakt de neuroticus maatschappelijk ten achter; hij geraakt „onder Jan”.

Ten opzichte van de gemeenschap verkeert hij in een toestand van onnoodige geborgenheid; zijn maatschappelijke positie is onzinnig en onwaardig. Bovendien wordt zij meer onzeker, naarmate men van andere zijde aan haar rechtmatigheid gaat twijfelen of zelfs apert meeningsverschil hieromtrent bestaat. Pogingen om voor den reeds lang neurotischen verzekerde uit billijkheidsoverwegingen het laten voortduren van de rente te rechtvaardigen, hebben een goedkoop bijmaak.

Van den rentenier onderscheidt de neurotische rentetrekker zich, doordat hij niet vrij is; hij kan de rente niet houden, tenzij hij in de schijn-invaliditeit ingekerkerd blijft.

Maatschappelijk ten achter geraakt, gaat hij strijden voor zijn onrecht, wanneer men hem dit wil afnemen; hij schuwt als het ware de bevrijding uit de armtierige beschutting der rente, zooals soms een gevangene na jarenlange gevangenschap de vrijheid kan schuwen. In de wijze, waarop hij strijd voert, valt een eigenaardige mineur-kwaliteit op te merken, in tegenstelling met den strijder voor recht. Men krijgt van hem de misvattingen afkomstig van zijn raadgevers te hooren, (VON WEIZSÄCKER). Niet de strijd maakt, dat hij zich ziek voelt, maar de richting, waarin hij dezen voert. Uit angst voor het volle leven met de daaraan verbonden gevaren, welke inmiddels grooter geworden zijn, nu hij er zoo lang „uit” is, wil hij niet bevrijd worden.

Deze angst ligt als een ban op zijn goeden wil; lui is hij niet; wanneer hij zegt, dat hij „niet kan”; hij boort zich in het denkbeeld niet te kunnen zijn wat hij is, in.

Een en ander weerspiegelt zich in zijn subjectieven toestand. De klachten, oorspronkelijk van het letsel afkomstig, werden

gefixeerd, naarmate zij als bewijs voor zijn ongeschiktheid tot arbeiden als gevolg van het ongeval moesten dienen. Daarbij voegden zich andere klachten, die het gevoel van onzekerheid en het min of meer duidelijk besef van de onwaarachtigheid van zijn positie weerspiegelen. Er komen klachten voor, welke wijzen op ongerustheid en angst, stijgende tot het gevoel van verscheurdheid.

## VI - BEHANDELING DER SOCIALE VERZEKERINGS- NEUROSE NA ONGEVAL

Te onderscheiden zijn:

1. Behandeling der beginnende gevallen.
2. Behandeling van de geïnvetereerde gevallen, die men vroeger renteneurose noemde.

### 1 - BEHANDELING DER BEGINNENDE SOCIALE VERZEKERINGSNEUROSE

De eischen, die de behandeling stelt, kan men het best leeren kennen uit de gevallen, waarin de beteekenis van het letsel zelf op den achtergrond staat en de gevolgen van de verzekeringssituatie hoofdzakelijk zijn.

Het kan nuttig zijn neurotische patienten, die in welstand leven, te adviseeren eenig sociaal risico te aanvaarden en iets te ondernemen zonder daarbij in de eerste plaats bedacht te zijn op maatschappelijke geborgenheid. Bij de behandeling van verzekerde getroffenen komt iets dergelijks niet in aanmerking. Het is niet in den zin der sociale wetten de sociale positie van den verzekerden arbeider zonder noodzaak te wijzigen. De getroffene behoort na het ongeval terug te kunnen keeren in zijn gewonen doen, zoodra zijn toestand dit toelaat.

De duur der ongeschiktheid tot arbeiden als gevolg van het letsel mag, met geringe speling, niet langer worden gesteld dan zonder het verzekeringsverband het geval zou zijn. Het niet juist afbaken van dezen duur geeft licht aanleiding tot het ontstaan van een toestand van sociaal ziek-zijn. De getroffene keert dan namelijk niet te rechter tijd in zijn gewonen doen terug, bouwt niet voort aan zijn bestaan en komt noodeloos ten achter.

Krachtens de Ongevallenwet is de wijze, waarop de geneeskundige

behandeling wordt toegepast ter beoordeeling van het Bestuur der Rijksverzekeringsbank. De behandeling omvat in het algemeen dat, wat kan dienen om de ongevalsgevolgen weg te nemen, voorzover zij de sociale reïntegratie van den getroffene tot arbeiden arbeider belemmeren.

De verzekeringsneurose is echter in geneeskundig opzicht geen ongevalsgevolg. Niettemin is het van belang, dat de arts zijn houding ten opzichte van deze neurose weet te bepalen. Daarom de hiervolgende beschouwingen:

Bij den neurotischen getroffene is de sociale reïntegratie niet tot stand gekomen; de duur der ongeschiktheid tot arbeiden als gevolg van het ongeval is overschat, ook al is, in zeldzame gevallen, deze duur aanvankelijk onderschat. De neurose verergert naarmate de reïntegratie langer op zich laat wachten. Anderzijds staat vast, dat de neurose na ongeval gewoonlijk na de sociale reïntegratie verdwijnt, dus na volledige werkhervatting. Aannemelijk is, dat resten van verbittering ook dan nog kunnen bestaan, wanneer de getroffene zich gedupeerd voelt wegens het verspeeld hebben van maatschappelijke kansen of wegens financiële verliezen, welke hij in zijn neurose-tijdperk heeft geleden. (Zie geval F) Op den duur zal de tijd ook deze sociale wonden heelen en de verbittering uitslijten.

Van belang is, dat de getroffene tot het besef komt, dat de gevolgen van het ongeval in voldoende mate zijn geweken, zoodat geen invaliditeit op grond daarvan meer kan worden aangenomen. In de lichte, beginnende gevallen van neurose kan de geruststelling, liefst in sobere woorden, door zijn arts of door het onderzoek van een deskundige voldoende zijn. Een veelvuldige fout van de artsen is het voorschrijven van rust bij onvermogen tot geruststelling.

Het wegnemen van ongegronde angsten is van belang: ik zag een getroffene, die zich zijn val niet herinnerde tengevolge van een retrograde amnesie en daarom vreesde aan toevallen te lijden. Wanneer hoogtevrees bestaat, moet men er den getroffene op kiesche wijze bewust van maken.

Bovenal is het gewenscht den getroffene er toe te krijgen om te hervatten; men moet hem duidelijk maken, dat verergering van zijn klachten na de hervatting op een voorbijgaande reactie berust, waarop de genezing volgt.

Het spreekt van zelf, dat de arts toereikend inzicht in elk afzonderlijk geval moet hebben en dus een in vrij hooge mate gedetailleerd begrip van alle bijzonderheden:

1. van den getroffene als mensch.
2. van zijn lichamelijke ongevalsgevolgen.
3. van zijn geestelijke ongevalsgevolgen; (schrik, ontsteltenis).
4. van andere (bijgeloovige) opvattingen omtrent den aard van zijn ongeval en van zijn toestand, door getroffene gekoesterd.
5. van de situatieve invloeden, die reeds bij het ontstaan van de verzekeringsneurose werkzaam waren.

Een hooge mate van scholing is dan ook noodig, wil men ter zake kundig zijn, vooral omdat de arts, indien eenigszins mogelijk, snel een voldoende inzicht moet kunnen verkrijgen, zij het ook zonder overhaasting. In het algemeen kan men den getroffene bovengenoemde punten toch niet duidelijk maken; wanneer dan de relatie met den arts lang duurt, kan dit bij den getroffene dikwijls aanleiding geven tot de misvatting, dat er nog ongevalsgevolgen aanwezig zijn, (punt 2 en 3), terwijl slechts andere, neurotiseerende factoren, (punt 1, 4 en 5), werkzaam zijn. Het tijdig verbreken van het contact tusschen arts en getroffene is dan ook meestal noodig. (Dit geldt niet voor de getroffenen, bij wie nog ongevalsgevolgen bestaan op lichamelijk gebied, welke behandeling vereischen.)

De wijze, waarop de arts de persoonlijkheid van den getroffene leert kennen, (No. 1), kan door de onderzoekers op verschillende wijzen worden opgevat. Mij lijkt het aanbevelingswaardig de sociale levensgeschiedenis van den betrokkene als uitgangspunt te nemen, dus de opeenvolging van beroepen, enzoovoorts. Immers het sociale facet van den getroffene is in verband met de sociale verzekering bij uitstek belangrijk en op deze wijze is men zoo snel mogelijk in medias res. De ervaring leert, dat de patienten er zeer gevoelig voor zijn, wanneer de arts snel inzicht in hun toestand verkrijgt. De persoonlijke relatie tusschen den ontstelden verzekerden getroffene en den begrijpenden arts is de bij uitstek gunstige therapeutische situatie. (Zie ook FORTANIER.) Van belang is, dat men in vele gevallen niet alleen met den verzekerde, doch ook met diens omgeving, (vooral de echtgenoot en den huisarts), te doen heeft en dus het contact met dezen, echter

zonder overdrijving, gezocht (en afgebroken) moet worden. (Zie ook KIJZER, Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1939, I, blz. 197.) Baat het een en ander niet, dan gaat de getroffene allicht in beroep. Voortschrijden en recidiveeren der neurose is dan alleen te voorkomen, wanneer het den betrokken autoriteiten in toereikende mate duidelijk is, dat de klachten neurotisch zijn, dus verzekerings- en geen ongevalsgevolg. Komen de bij de handhaving der sociale wetgeving betrokken autoriteiten niet in voldoende mate tot dit inzicht, dan ontstaat als het ware een lek in de wetshandhaving en komt de getroffene in het moeras der onnoodige geborgenheid terecht. Staat een getroffene daarna, in medischen zinnen onrecht, te boek als geheel of gedeeltelijk ongeschikt tot arbeiden als gevolg van het ongeval, dan kan zijn genezing in het algemeen niet slagen, voordat dit lek gedicht is.

Wordt in een volgend beroep geen ongeschiktheid tot arbeiden als gevolg van het ongeval meer aangenomen, dan staat de intuschen dieper neurotisch geworden getroffene er slechter voor. Mogelijk stort de opvatting, waarin hij zich ingeleefd heeft, ineens, kiest hij eieren voor zijn geld en krijgt hij het van zich gedaan te hervatten, waarna de neurotische ban geheel verbroken wordt. Men kan hem daarbij helpen door hem te zeggen, dat hij pas na praestatie zal genezen, dat hij zich beter zal gaan voelen, naarmate hij zijn toestand van gewonen doen herwint, dat pogingen tot praestatie vergezeld kunnen gaan van vrij hevige reacties, zelfs angstbuien, doch dat deze als onweders de lucht zuiveren, mits hij er steeds weer toe overgaat te werken. Ook andere populaire vergelijkingen kunnen dienstig zijn om hem den paradoxaal-heilzamen aard dezer reacties te verduidelijken, al naar gelang van het bevattingsvermogen van den betrokkene.

Terecht wijst VON WEIZSÄCKER er op, dat aanvallen van toorn van de zijde van den getroffene geen ongunstige prognose hebben; (Schlussknall). Naar mijn ervaring hebben deze reacties een kathartisch effect, mits getroffene werkt. (De getroffene zegt „neen” maar doet „ja”). De hierboven toegelichte geneeskundige hulp is niet op te vatten als een geneeskundige behandeling in den gewonen zin des woords. Het toekennen van geneeskundige hulp in dezen populaireren zin kan den getroffene versterken in zijn opinie, dat er nog ongevalsgevolgen aanwezig zijn, waaraan wat gedaan

moet worden en kan daarom een schadelijken invloed hebben. De houding tegenover den neurotischen getroffene zij tegemoetkomend, doch niet toegevend; suaviter in modo, fortiter in re. Ook in de sociale psychiatrie geldt, dat zachte chirurgijns stinkende wonden maken.

## 2 - BEHANDELING VAN DE GEINVETEREERDE VERZEKERINGSNEUROSE

Naarmate de neurose langer heeft bestaan, zal het den getroffene moeilijker vallen zijn initiatief tot ontplooiing te brengen in maatschappelijke werkelijkheid.

De betrokkene is als het ware verstard; zijn toestand is eenigszins te vergelijken met dien van een door een overbodig gipsverband noodeloos verstijvend gewricht. Het voortduren van de onnoodige faciliteit der rente werkt evenals het gipsverband verstarring in de hand.

Het is noodig toereikend inzicht te verkrijgen omtrent de historische ontwikkeling van elk afzonderlijk geval. Nuttig ook is het den neuroticus dit inzicht mede te deelen op een voor hem bevattelijke wijze, (VON WEIZSÄCKER); maar genezing is in het algemeen niet te verwachten, zoolang de inadequate faciliteit der rente blijft voortbestaan. Ontnemen van de in medischen zin schadelijke en onrechtmatig verkregen rente, is dan ook wegnemen van een beletsel der genezing. Genezing zal uitblijven, wanneer den betrokkene van andere zijde maatschappelijke faciliteiten worden geboden, bijvoorbeeld door ondersteuning in zijn woonplaats. Ook daarom is het gewenscht, dat het inzicht in de dynamiek der neurosen meer wordt verbreid.

De vroeger wel toegepaste „Kapital-abfindung” was als sociologisch experiment gerechtvaardigd, zoolang nog de behoefte bestond het inzicht omtrent de neurosen te toetsen, doch is thans overbodig. VON WEIZSÄCKER merkt op: „einem rentenbeziehenden Neurotiker ist ja mit Rente von der Ebene der menschlichen Würde aus gesehen, auch gar nicht geholfen.” Hij en KLIENBERGER achten eventueel gedwongen arbeid noodig voor de oudere gevallen van neurose. Met het oog op het vrijheidsbeginsel zou men zich kunnen voorstellen, dat de betrokkene om behan-

deling zou verzoeken en zich op loyale wijze aan een ernstige arbeidskuur zou onderwerpen. Behandeling met rust is slecht. REICHARDT en vele anderen waarschuwen tegen de opneming in sanatoria.

Nu is de verzekeringsneurose in geneeskundig opzicht geen gevolg van het ongeval, maar van het feit, dat de verzekerde een asociaal leven leidt. Krachtens de Ongevallenwet komt den verzekerde alleen geneeskundige behandeling toe wegens toestanden, welke het gevolg van een bedrijfsongeval zijn. De vraag, in hoeverre den lijder aan geïnvetereerde neurose al of niet krachtens de Ongevallenwet geneeskundige behandeling toekomt, ligt op juridisch terrein.

In het bovenstaande zijn algemeene gezichtspunten naar voren gebracht. Elk concreet geval vordert een afzonderlijke beoordeeling. Ook KLIENEBERGER acht individualiseeren noodig; enkelen neurotici komt rente toe, bijvoorbeeld lijdens aan dwangneurose, die bovengrondschen arbeid moeten verrichten.

### 3 - PROPHYLAXE DER VERZEKERINGSNEUROSE NA ONGEVAL

De verzekeringsneurose na ongeval wordt in de hand gewerkt door misverstand en gebrek aan inzicht bij artsen en leeken, die bij de handhaving der sociale wetgeving betrokken zijn; vooral onvastheid van het gevoerde sociaal-geneeskundig beleid geeft aanleiding tot het ontstaan der neurose. De prophylaxe beoogt dit misverstand te voorkomen en een toereikend inzicht te bevorderen.

Wie behoort in het concrete geval het initiatief tot deze prophylaxe te nemen?

Stellig is het in den geest der Nederlandsche Ongevallenwet, dat SILLEVIS SMIT verlangt, dat de controleerende geneeskundigen der Rijksverzekeringsbank de leiding in handen moeten nemen en vooral in den aanvang, kort na het ongeval, een snel en volledig deskundig onderzoek bevorderen.

De juistheid van hun beleid is echter niet gewaarborgd, wanneer zij al te zeer op de invaliditeitsschatting der deskundigen steunen. SMIT, (Gen. Tijdschr. der Rijksverzekeringsbank, 1938, blz. 237),

acht een redelijke schatting van de invaliditeit gewaarborgd, indien deze door de samenwerking van geneeskundig-deskundige en technisch-deskundige tot stand komt. Hij wijst echter op de bedroevende ervaring, dat verschillende geneeskundige onderzoekers bij het doen van dezelfde waarnemingen en het vinden van dezelfde afwijkingen bij denzelfden patient tot invaliditeitsschattingen komen, die 50% en meer uit elkaar loopen. Zulke groote verschillen in schatting moeten op de psyche van den onderzochte ongunstig werken. SMIT's conclusie is, dat er ergens iets niet in orde moet zijn.

SILLEVIS SMIT, (Ned. Tijdschr. v. Gen., 1939, blz. 291), laakt deskundigen, wier rapporten steeds tot zeer hooge invaliditeit besluiten, hetgeen de objectiviteit dezer onderzoekers zeer twijfelachtig maakt.

De gevallen, waarin van vrijwel moedwillig gebrek aan objectiviteit zou kunnen gesproken worden, (Gefälligkeitsgutachten), behoeven hier geen nadere beschouwing. Zij zijn eventueel als een onderwerp van criminologische studie op te vatten. Meestal ontstaan de fouten der deskundigen te goeder trouw op grond van gebrekkig inzicht.

Wel zijn de wetenschappelijke grondslagen thans in toereikende mate aanwezig, zoodat de geneeskundige problemen, welke de handhaving der sociale wetgeving stelt, over het algemeen als principieel oplosbaar zijn te beschouwen, doch de kennis is nog niet in voldoende mate door artsen en specialisten geassimileerd. Een specialist is eo ipso nog geen deskundige.

Aanvechtbaar is de opvatting van GRÜNTAL, dat de deskundige slechts verstandelijken arbeid verricht en dat het „Gebiet der humanen Tätigkeit des Arztes anderswo liege". Is het werk van den chirurg niet human, ofschoon hij het mes hanteert? Zoo is ook de arbeid van den deskundige een bij uitstek humanitaire bezigheid, welke met ernst moet worden beoefend. Merkwaardigerwijze ontbreekt dikwijls niet de wil tot ernstigen arbeid, maar wel het vermogen daartoe. (Men ziet dan wel den ernst ge-projecteerd in het ongeval of letsel, welke als ernstig overschat worden!)

RIESE, wiens werk over de neurose na ongeval in sociaal-genees-

kundig opzicht vele zwakheden verraadt, geeft een fraaie redactie voor een werkelijk-humanitaire instelling bij de expertise: „Die Leidfähigkeit des Gutachters ist eine Bedingung zum Zustandekommen einer Gemeinschaftsbildung mit dem kranken. Die Leidfähigkeit musz als eine höhere Stufe des menschlichen Daseins betrachtet werden, denn sie geleitet den Menschen über seine Vereinzelung hinaus. In der vollzogenen Gemeinschaft ist das Leid überwunden. Solange und so weit aber das Leid als Zielsetzung um seiner selbstwillen erstrebt wird, sind wir dem Kranken noch keine Helfer, . . . . . tun wir ihm wohl Gutes, aber nicht das Beste. Denn in jedem Mitleid steckt bekanntlich ein Wenig Verachtung, grosz genug, um dem Gegenstand unseres Mitleides durch Caritas und tätige Gaben die Distanz wissen zu lassen, aus der heraus wir ihm zuwinken.“

De deskundige verwarre de onbegrensde van het wetenschappelijk onderzoek niet met den practischen eisch van het verkrijgen van toereikend inzicht; in de practijk van het concrete geval moet de duur der ongeschiktheid tot arbeiden tijdig en juist worden afgebakend. Onzekerheid door onbedrevenheid of quasi-voorzichtigheid is hierbij evenzeer af te keuren als onzekerheid van de hand van den chirurg.

Terecht laakt Silleviss Smitt deskundigen, die hun deskundigheid trachten te bewijzen door het nimmer met een ander eens te zijn. Het kan heilzaam zijn de juistheid van het door den controleerend geneeskundige gevoerde beleid te toetsen. Indien correcties noodzakelijk zijn, behooren deze zoo veel mogelijk met soepelheid te geschieden, zoodat de vastheid van het beleid niet noodeloos verloren gaat en het beleid niet in gesol met de getroffenen ont-aardt. De deskundige taste het door den geneeskundige der Bank gevoerde beleid niet zonder opgave van redenen en in geen geval noodeloos aan.

Indien een deskundige een afwijking ontdekt, die vroegeren onderzoekers is ontgaan, dan straffe hij den getroffene niet door klakkeloos het advies tot hoogere invaliditeit aan zijn vondst te verbinden. Dit wil niet zeggen, dat men niet het volle licht op de gevonden afwijking moet laten schijnen; maar een schedelfractuur (meestal klinisch na 3 tot 6 maanden genezen), of een wervel-impresiefractuur van het onschuldige type, gevonden vele maan-

den na het ongeval, behoeven niet dadelijk tot invaliditeit te doen besluiten.

Beter dan het abstracte rapport is het weergeven van de concrete anamnese en de beschrijving van toestandsbeeld en gedrag van den getroffene. Begrijpt de deskundige het geval zelf niet goed, dan kan een ander zich er bij deze wijze van rapporteeren desnoods jaren later nog een oordeel over vormen. De slotsom van het rapport worde zoo veel mogelijk in begrijpelijk Nederlandsch gesteld, zoodat het ook den bij de handhaving der sociale wetgeving betrokken leeken duidelijk kan worden, waarom in casu invaliditeit in de voorgestelde mate moet worden aangenomen. Het geestelijk niveau der expertise blijve op peil; beneden dit peil is de overweging: zoudt ge dezen man geld geven uit eigen zak? De vraag zou aldus gesteld kunnen worden: zou ik zelf ongeschikt tot arbeiden verklaard moeten worden, wanneer ik er zoo aan toe was als deze man?

Vermijden moet men alle vervlakking van het oordeel bij het maken van onderscheid tusschen gevolgen van ongeval, ziekte, sociale invloeden, constitutioneele factoren, tusschen letsel en de beteekenis daarvan voor de validiteit.

Voorts het verhaspelen of het gebruik in overwaardigen of gedevalueerden zin van begrippen als invaliditeit, hersenschudding en dergelijke.

Ook de waardelooze constructies, (STERN), en de pseudo-exactheid bij het onderzoek, welke ongevalsgevolgen doet constateeren, welke er niet zijn.

De pseudo-voorzichtigheid, die de groote schadelijkheid van de neurose miskent uit eenzijdige bezorgdheid voor het lichamelijke. De pseudo-therapie, welke behandelingen doet instellen, die de waarde van boerenbedrog hebben, terwijl de mogelijkheid tot spontane genezing wordt onderschat.

Het ziek-praten, inplaats van het opbeuren tot reïntegratie. De pseudo-humaniteit van de onnoodige hulp ten laste der gemeenschap.

Het is in het belang der zwaar getroffen arbeiders, dat het onderscheid tusschen de onbeteekenende en de ernstige ongevallen ook door de deskundigen scherper wordt gemaakt; naarmate deze aan het snel afdoen van de geringe letsels (contusio capitis!)

medewerken, kunnen de geneeskundigen der Bank de volle aandacht aan de ernstige letsels geven.

Terecht verwacht SILLEVIS SMITT, dat de neurosen na ongeval pas geheel zullen verdwijnen na verheffing van het ethische en sociale niveau.

Op de geneeskundigen rust de plicht naar toereikend inzicht in elk concreet geval te streven; de strijd tegen de sociale verzekeringsneurose valt samen met de saneering der sociale verzekering in geneeskundig opzicht.

Was in een vorig tijdperk de strijd tegen drankmisbruik, geslachtsziekten, zuigelingensterfte in het bijzonder aan de orde, thans is de uitroeiing der sociale neurosen van overwegend belang.

#### 4 - VERSLAG OMTRENT HONDERD VERZEKERDEN TE AMSTERDAM

Teneinde een overzicht te krijgen van de resultaten van onderzoek en beoordeeling der gevallen uit mijn practijk te Amsterdam, werd een reeks van honderd gevallen, waarover geneeskundigen der Rijksverzekeringsbank mijn advies vroegen, uitgekozen.

De rangschikking der gevallen geschiedde in chronologische volgorde, volgens den datum van mijn eerste onderzoek. De datum van dit eerste onderzoek van het honderdste geval ligt, gerekend vanaf Februari 1940, meer dan een jaar terug.

Voorzoover mij het verdere verloop niet reeds bekend was, werden de betrokkenen door mij aangeschreven. De verkregen katamnestiche gegevens zijn in het hiervolgend overzicht verwerkt.

Om verbreking der reeks te voorkomen, zijn ook de zeventien gevallen vermeld, waarover geen gegevens van het verdere verloop werden verkregen. Het zijn de gevallen 14, 44, 51, 60, 65, 67, 70, 76, 78, 83, 84, 87, 88, 91, 92, 95, 97. De gevallen 10, 25, 47, 84 zijn oude letsels.

#### OVERZICHT

1 - man, 17 jaar, *autoreparateur*.

Door voorvork van de fiets gezakt: lichte hersenschudding.

31-ste dag: vergeet de hoofdpijn, wanneer hij wat uitvoert; durft niet te fietsen. Vader heeft last van zenuwen.

Maart 1940: de vader deelt mede: getroffene heeft na het onderzoek ten volle hervat; thans is hij onder behandeling van een maag- en darmarts en gebruikt zoutloos dieet; hij is lusteloos; wilde niet gaan schaatsenrijden.

2 - *man, 37 jaar, timmerman.*

Door vallend steigerhout getroffen: contusio capitis; werkte 10 dagen door; braakte daarna, (des Zondags); bleef te bed.

47-ste dag: had vroeger zelf een bouwbedrijf, tot het overlijden van den vader, waarna hij werknemer werd. Hij heeft 16 jaar geleden een schedelbreuk gehad. Thans hoofdpijn; lichte albuminurie; sensibiliteitsstoornissen enz.: sociale neurose.

Maart 1940: hervatte terstond volledig; heeft niet meer verzuimd wegens ziekte. Urine albumen zwak positief. Bloeddruk 160/105. Heeft nog al eens hoofdpijn, vooral als het koud is.

3 - *man, 29 jaar, arbeider in werkverschaffing.*

1. Hoofd gestooten aan kiepkar: contusio capitis.

2. 29 dagen later: na hervatting door fietser aangereden: schrik?

41-ste dag: sedert de jeugd sterke nystagmus; choreoiditis cicatricialis; visus rechts 1/20. Werd onlangs afgekeurd voor het werk in den scheepsbouw; vreest tot misdadigheid te zullen vervallen. Sociale neurose.

Maart 1940: hervatte na het onderzoek volledig in de werkverschaffing, waar hij nog 1½ week moest werken. Zou nog 3 maanden last hebben gehad van hoofdpijn. Werd nadien goedgekeurd voor den scheepsbouw; werkte bij diverse werkgevers; reageerde na een contusio capitis korten tijd geleden wederom neurotisch.

4 - *vrouw, 44 jaar, filiaalchef.*

Contusio capitis; geen bewusteloosheid.

Kort na het ongeval zou zij een langzamen, onregelmatigen pols gehad hebben.

14-de dag: is 7 jaar geleden van een trap gevallen; klaagde nadien over vermoeidheid in het linker been; heeft 4 jaar geleden een lichte hersenschudding gehad; een zenuwvondt vond den 48-sten dag, dat zij den hals stijf houdt, waarvoor geen toereikende verklaring in den somatischen toestand was te vinden. Op 14-den dag na het onderhavige ongeval: beperkte gezichtsvelden; knijpkracht der handen practisch nihil; palpeeren van het geheele schedeldak geeft pijnuitingen; zij is overwerkt en aan vakantie toe.

Ruim 3 maanden na het ongeval onderzoek door anderen deskundige. Hervatte ten volle op 65-sten dag.

Geen afwijkingen van organischen aard; slechts zeer weinig klachten; het ongeval wordt als zeer ernstig opgevat; diagnose commotio cerebri!

5 - man, 37 jaar, *electrisch lasscher; witvinder.*

1. Gelascht met verkeerden bril; keratitis electrica?

2. 7-de dag: hoofd gestooten; contusio capitis?

15-de dag: altijd nerveus; sensitief. Kon zijn eerste vrouw niet langer verdragen. Huilt; is zeer ongerust over de oogen; letsel elders overschat.

54-ste dag: ophthalmoloog: geen afwijkingen; getroffen heeft inmiddels hervat, doch heeft na het lasschen steeds pijn aan de oogen.

April 1940: nimmer meer ziek geweest; heeft zelf een bedrijf sedert 1-XII-1939; werkt soms zestien uren daags.

6 - man, 52 jaar, *timmerman.*

Door uitglijden op straat gevallen. Omarthritits dextra traumatica. Werkt door met 40% ongeschiktheid tot arbeiden. Geen neurologische noch röntgenologische afwijkingen, (42-ste dag); athletische gestalte.

Maart 1940: sedert lang geen invaliditeit meer. Vindt zelf, dat hij niet geheel genezen is: er is een minimale beperking van de bewegelijkheid van het schoudergewricht. Heeft niet verzuimd.

7 - man, 22 jaar, *glazenwasscher.*

Door glazen luifel gevallen; lichte commotio cerebri; vulnera brachii. Röntgenfoto wervelkolom geen afwijkingen.

26-ste dag: licht in het hoofd; waas voor de oogen des morgens.

Maart 1940: hervatte ten volle den dag na het onderzoek. Heeft in het geheel geen klachten gehad; was binnen een week op volle kracht. Thans in militairen dienst.

8 - man, 34 jaar, *ijzerwerker.*

Kreeg een klap van een voorhamer tegen het hoofd: huidwond, bewustzijnsstoornis?

32-ste dag: slaapt de laatste 14 dagen slecht; heeft een waas voor de oogen; het werk is gevaarlijk; hij wil liever hervatten, omdat hij vreest voor ontslag.

Maart 1940: hervatte  $\pm$  50-sten dag; heeft steeds pijn in den rug en hoofdpijn, is misselijk en duizelig, traag van begrip; niet meer ziek geweest.

9 - man, 40 jaar, *chauffeur.*

Kreeg een hijsch op het hoofd: commotio cerebri.

55-ste dag: nog wat draaierig bij plotseling wenden van het hoofd; het rooken smaakt hem nog niet goed; hij is bang wat van het ongeval over te houden.

Februari 1940: dadelijk ten volle hervat; nergens last van gehad; niet verzuimd wegens ziekte.

10 - man, 59 jaar, *schippersknecht ten tijde van het ongeval.*

Kreeg een pijp op een schouder: atrophie van den linker deltoideus; tot ruim 6 jaar na het ongeval wordt geringe invaliditeit aangenomen; daarna niet meer.

9½ jaar na het ongeval: heeft een administratieve functie; vraagt geneeskundige behandeling, daar hij moeite heeft een zware tasch te dragen. Een geringe rest van de atrophie is aan te toonen.

Maart 1940: gewoon doorgewerkt; geen last; zou niet met den linker arm kunnen chauffeeren.

11 - man, 27 jaar, *chauffeur.*

Van kozijn gegleden van 3 meter hoogte; geen trauma capitis; braakte; was angstig.

38-ste dag: moeders, zusters leden aan zwaarmoedigheid.

Sedert 6 jaren heeft hij zelf bij tijden last van hoofdpijn; dat duurt 14 dagen; hij braakt dan, is lusteloos; houdt hij dan 3 dagen bedrust; dan is het over.

Schildklier palpabel; smalle schouders; breed bekken; acne; bleek gelaat; vreest bloedarm te zijn; geen anaemie; is duizelig.

Maart 1940: hervatte den derden dag na het onderzoek ten volle. Gedurende de eerste week voelde hij zich niet goed; ging vroeg naar bed; had nadien geen last; verzuimde niet meer; thans in militairen dienst.

12 - man, 45 jaar, *assistent aan de spoorwegen.*

Viel met rechter schouder tegen een trein: werkt door.

61-ste dag: eenige bewegingsbeperving van het rechter schoudergewricht; röntgenologisch: tuberculum majus onregelmatig oppervlak, wijzende op afscheuring van banden en pezen; werkt ten volle door.

13 - man, 21 jaar, *piccolo.*

Stond op ladder, welke uitgleed; hij sprong er af en schrok; kreeg een lipothymie een uur later; beefde.

15-de dag: hartkloppingen; extra-systolie; asthenische habitus; infantiele stigmata; zeer weinig baardgroei; geldzorgen; verdient f 10.—; pas gehuwd.

Ten volle hervat 2-den dag na het onderzoek.

14 - man, 29 jaar, *expeditieknecht.*

Met fiets gevallen; wond onder het rechter oog; contusio capitis.

8-ste dag: heeft af en toe hoofdpijn; eet slechter; bij bukken hoofdpijn; keel wat rauw gevoel.

Dysplastische habitus; albumen positief.

15 - *vrouw, 25 jaar, werkster.*

Uitgegleden en op zitvlak gevallen; misselijk; pijn in het achterhoofd. 16-de dag: is „gedachtenloos”; vergeet alles; kramp in de beenen sedert 7-den dag; sedert 10-den dag ook in de bovenbenen. Het nietsdoen bekomt haar slecht; geen afwijkingen.

April 1940: ging in betrekking voor dag en nacht, 2 maanden na het onderzoek; niet ziek geweest; maakt het goed.

16 - *man, 19 jaar, dok-arbeider.*

Struikelde met het rechter been over een pijp; hydrops rechter knie. 42-ste dag: geen afwijkingen; klaagt over pijn in het been en hinkt; heeft hoogtevrees.

Februari 1940: hervatte ten volle den dag na het onderzoek; een dag of drie was hij wat stijf, maar hij liep het er gauw uit. Een jaar later brak hij een vinger bij een bedrijfsongeval.

17 - *man, 23 jaar, sjouwerman.*

Stiet met het hoofd tegen een muur; werkte dien dag door; des avonds misselijk; contusio capitis.

17-de dag: duizelig, wanneer hij wat optilt; verveelt zich; hij vindt, dat zijn klachten afnemen.

Hervatte ten volle den dag na het onderzoek.

18 - *man, 54 jaar, steenhouwer.*

Zou gevallen zijn op een marmeren trap, doch werkte door tot den 25-sten dag; werkgever verklaart, dat de verklaring van getroffene weinig geloofwaardig voorkomt; ontslagen.

42-ste dag: hoofdpijn; geeft toe, dat hij ontslagen werd wegens slecht werk; hij schrijft het slecht werken toe aan het ongeval. Zijn vrouw houdt een pensioen; daarin assisteert hij, doch oefent af en toe zijn vroeger beroep uit.

Maart 1940: zegt zich aanvankelijk niet te herinneren door mij onderzocht te zijn. Heeft hier en daar gewerkt na het onderzoek. Men was niet tevreden over zijn praestaties. Hij schrijft dat toe aan de minderwaardigheid ten gevolge van het ongeval. Hij toont een „wond” boven op het hoofd; er is een excooriatie te zien; hij krabt daar met iets scherp om andere gedachten te krijgen, wanneer hij hoofdpijn heeft en neemt daartoe een borstel.

19 - *man, 29 jaar, arbeider in den scheepsbouw.*

Kreeg vallenden dwarsligger op het hoofd; huidwond, welke geïnfecteerd raakte; werkte door tot erysipelas-aanval op den 26-sten dag. 51-ste dag: wond genezen; hoogtevrees: misselijk, duizelig.

Februari 1940: hervatte ten volle den dag na het onderzoek; was eerst een paar dagen wat licht in het hoofd; men gaf hem de eerste dagen werk gelijkvloers. Nadien geen stoornissen.

20 - *vrouw, 54 jaar, schoonmaakster, gehuwd.*

Bij het dweilen achterover gevallen; geen bewusteloosheid, pijn in het achterhoofd; 3 maal gebraakt.

56-ste dag: tendentieuze sensibiliteitsstoornis.

Maart 1940: dochter deelt mede, dat moeder het goed maakt.

21 - *man, 51 jaar, straatveger.*

Aangereden door een auto; kaakfractuur; commotio cerebri; zou 4 of 5 dagen buiten kennis zijn geweest. Bij informatie blijkt, dat een bewustzijnsstoornis hoogstens een dag heeft bestaan; heeft niet gebraakt; wond aan rechter slaap; geen stoornissen van belang in pols- en temperatuurkrommen. Na het ontslag uit het ziekenhuis zenuwachtig geworden. Schadeloosstelling van particuliere verzekering.

152-ste dag: hysterisch-neurotische toestand; pseudo-ataxie; onregelmatige tremor van de rechter hand; rechtszijdige hemi-anaesthesie, enzovoorts. Fixeert het rechter schoudergewricht; geen röntgenologische afwijkingen.

Maart 1940: „kan niet werken.” Over zijn zaak wordt strijd gevoerd tusschen twee overheidsdiensten. (Of namelijk de neurose gevolg is van het ongeval of niet.)

22 - *man, 38 jaar, grondwerker.*

Kreeg slang van een „kattetekop” tegen het hoofd; contusio capitis; huidwondje.

43-ste dag: is 10 jaar te voren een half jaar in de Ongevallenwet geweest na een licht ongeval; men constateerde, dat de Achillespeesreflexen ongelijk waren, hield het voor ischias? en kon niet instaan voor de traumatische aetiologie.

Thans: hoofdpijn, welke verergert tijdens het opnemen van de anamnese. De linker Achillespeesreflex is verlaagd. Getroffene is licht querulant.

Februari 1940: de huisdokter verbood hem nog te werken na het onderzoek op den 43-sten dag, aldus getroffene. In den loop van de week, die daarop volgde, voelde hij, dat hij weer beginnen kon; hij heeft nog een week of 4 last van hoofdpijn gehad; heeft dat nog wel eens; hij hervatte ten volle den 52-sten dag; is licht wantrouwig; heeft niet meer verzuimd wegens ziekte.

23 - *vrouw, 20 jaar, plakster.*

Werd fietsende aangereden door anderen wielrijder en viel; lichte hersenschudding.

46-ste dag: zij hervatte den 42-sten dag, doch kreeg hoofdpijn en braakte eenige malen. Thans is zij bang voor blijvende gevolgen; is lusteloos. Lingua geographica.

Maart 1940: hervatte ten volle den dag na het onderzoek: „reuze goed gegaan.” Heeft nog een week een beetje hoofdpijn gehad; had na dien nergens last van; verzuimde niet meer; vroolijk.

24 - *man, 51 jaar, betonwerker.*

Heeft een steen van  $\pm$  10 meter hoog op het hoofd gekregen; geen bewusteloosheid, misselijk, hoofdpijn, even duizelig? hoofdwond.

19-de dag: kan niet goed onthouden; zwaar gevoel boven de oogen, als hij veel denkt.

Februari 1940; hervatte  $\pm$  14 dagen na het onderzoek, omdat hij niet eerder werk had. De hoofdpijn verdween daarop.

„Ik geloof, dat ik de hoofdpijn eerder kwijt zou zijn geweest, als „ik direct aan den gang was gegaan.”

Is sedertdien gezond.

25 - *man, 40 jaar, monteur-chauffeur ten tijde van het ongeval.*

Liggende onder een auto, stiet hij het hoofd tegen de accumulatorbak; bult aan het achterhoofd; geen bewusteloosheid; braakte. 100% invaliditeit tot 4 maanden na het ongeval; daarna dalend invaliditeitscijfer; bijna 2 jaar na het ongeval 30%; dit invaliditeitscijfer wordt voortgezet tot ruim 8 jaar na het ongeval.

Ruim 8 jaar na het ongeval: debilitas mentis; aan de rechter knie afwijkingen, afkomstig van een ongeval,  $\pm$  12 jaar geleden; deze afwijking heeft geen belang voor de validiteit. Klachten over duizeligheid. Sedert twee jaar eczeem aan het gelaat; de huidarts ried hem aan te werken. Getroffene trachtte werk te krijgen, maar zijn gedeeltelijke invaliditeit was een groot beletsel; door voorspraak van den dermatoloog kreeg hij werk. Hij voelde zich beter, wanneer hij werkte.

9 jaar na het ongeval komt getroffene mij vragen of ik hem aan werk kan helpen. Maart 1940: werkt sedert December 1939 in de werkverschaffing; is zeer verheugd daarover; weet, dat hij zich beroerd zal voelen een paar weken nadat het werk afgelopen zal zijn; verzuimde 3 dagen door thorax-contusie.

26 - *vrouw, 21 jaar, verkoopster.*

Stiet het hoofd; geen bewustzijnsstoornis; duizelig; geen hoofdpijn, geen braken.

10-de dag: komt met de moeder; durft niet alleen op straat; is duizelig; huilt; zij zou altijd zenuwachtig zijn. Bloeddruk 165/100.

Februari 1940: hervatte ten volle den dag na het onderzoek; zij had de eerste dagen hoofdpijn, maar geen last daarvan. Griep Januari 1940. Overigens niet verzuimd. Bloeddruk 115/80.

27 - man, 37 jaar, bootwerker.

Contusio capitis; geen bewustzijnsstoornis; werkte 7 dagen door.

15-de dag: slaapt onrustig; is prikkelbaar; hoofdpijn. Neurose, (niet-organische sensibiliteitsstoornis); is bang, dat hem wat overkomen zal bij het werk in de scheepsruimen.

Februari 1940: heeft na het onderzoek terstond ten volle hervat; het is goed gegaan; heeft nadien nog een ongeval gehad; heeft onlangs een paar weken in bed gelegen wegens hoofdpijn en pijn in den rug.

28 - man, 37 jaar, classificeerder.

Kreeg een pijpleiding op het hoofd: huidschram; geen cerebrale verschijnselen; werkt door; hoofdpijn op Zondag, 9 dagen na het ongeval.

28-ste dag: heeft 7 jaar geleden een zak aardappelen op den hals gekregen: X-foto destijds geen afwijkingen; heeft nadien meermalen over den nek en over pijn in de armen geklaagd; steeds negatieve resultaten van onderzoek. Thans dof gevoel boven de oogen.

Maart 1940: deelt mede, dat hij ten tijde van het onderzoek geen werk meer had! Hij hervatte daarom pas een half jaar later, was na een maand weer werkloos; kwam in de werkverschaffing; begon daar weer te klagen over den „rugwervel“; werd afgekeurd voor de werkverschaffing, ofschoon men gezegd had, dat de klachten er met werken uit moesten gaan!

29 - man, 44 jaar, bootwerker.

Klap van een hijsch tegen het hoofd; zou ruim een uur bewusteloos zijn geweest; (bij informatie bij ooggetuigen blijkt dit 3 à 4 minuten te zijn geweest). Niet gebraakt. Geen retrograde amnesie. Geen duizeligheid.

38-ste dag: heeft 15 jaar te voren een laadboom op het hoofd gehad, was niet volkomen bewusteloos; na 1½ maand opgenomen in een kliniek: vader zwaar potator; moeder had epilepsie; getroffen eenige overlevende van 5 kinderen; (de 4 anderen stierven beneden het jaar). Getroffene was zeer zenuwachtig als kind. Hij diende 6 jaar bij de marine. Is gauw duizelig bij alcoholgebruik. Gehuwd; vrouw en 3 kinderen gezond. Zijn vrouw vindt hem een oppassenden, werkzamen man; doch wat zwak van karakter. Wordt na 4 weken ontslagen uit de kliniek, waarbij hij zich genezen verklaart van zijn klachten: (prikkelbaarheid, licht gevoel in het hoofd, angstige dromen, vermoeidheid). Na het ontslag dadelijk weer licht in het hoofd, benauwd, duizelig; durft niet te hervatten. Pas ruim een half jaar na dit ongeval hervatte hij volledig.

Thans, (38-ste dag na het onderhavige ongeval) verlangt hij behandeling met elektrische baden, (evenals hij vroeger kreeg). Hij braakte voor het eerst 3 à 4 dagen na het ongeval; licht in het hoofd; gevoel van een band om het hoofd; is prikkelbaar; wierp zijn vrouw een kruik naar het hoofd. Na samenspraak met de echtgenoot wordt aan getroffenene het advies gegeven te hervatten.

Maart 1940: heeft dadelijk ten volle hervat; ging goed; heeft nadien, (kortgeleden), hout op den schouder gekregen; hij hervatte na 5 weken. Thans is hij sedert kort werkloos; kan daar slecht tegen; wanneer hij zijn zin niet krijgt, „spant hij zich inwendig in; kan dat niet laten”.

30 - *man, 59 jaar, electricien.*

Viel van een ladder; was even weg „van schrik of van angst”.

42-ste dag: heeft hoofdpijn met bukken; bloeddruk 220/115; albuminurie; geen ongevalsgevolgen.

Februari 1940: hervatte den 48-sten dag; werd enkele dagen later ziek: pijn in de borst; 1½ maand later opgenomen: icterus, vergrootte lever; hypertensie, albuminurie; bloedureum 2½ gram per liter; defect neusseptum, (lues?), bloed Wassermann minder dan 1/10; Sachs-Georgi 4/10. Thans: zwak, spoedig duizelig, mager geworden; bloeddruk 175/90.

31 - *man, 49 jaar, bootwerker.*

Viel achterover tegen een luik; wist even niet waar hij was; braakte eenmaal.

24-ste dag; geen klachten; is ongerust; had liever een ongeval aan zijn hand gehad; anisocorie; facialis links parese met af en toe onwillekeurige contracties; linker Achillespeesreflex lager; lichte kyphose; luesreacties negatief.

Hervatte ten volle den tweeden dag na het onderzoek.

32 - *vrouw, 37 jaar, werkster.*

Door uitglijden gevallen; schrok; was misselijk; bewustzijnsstoornis dubieus.

143-ste dag: zij is sedert ± één jaar werkster, omdat haar echtgenoot niet regelmatig werk heeft. Zij hervatte 4 weken na het ongeval, doch staakte af en toe den arbeid wegens hoofdpijn en licht gevoel in het hoofd. Zij is lusteloos; den laatsten tijd braakt zij.

Maart 1940: zij hervatte dadelijk na het onderzoek ten volle; heeft niet meer verzuimd; is dikwijls duizelig en heeft dan last van hoofdpijn en van opvliegingen; is wantrouwig ingesteld ten opzichte van mijn informatie.

33 - *man, 31 jaar, expeditieknecht.*

Is met bakfiets tegen boom gereden; zou pols bezeerd hebben; geen letsel aan te toonen.

10-de dag: sterke myopie; versterkte lendenlordose; hernia inguinalis; bloeddruk 170/90; tendentieuze bewegingsstoornis in den rechter schouder.

Maart 1940: hervatte ten volle den derden dag na mijn onderzoek; doch werkte slechts kort, daar hem ontslag was aangezegd korten tijd voor mijn onderzoek; heeft niet meer gewerkt, doch geen klachten meer gehad.

34 - *man, 39 jaar, kliniker.*

Kreeg vallende ketting op het hoofd; schrok; draaierig; bleef staan; niet bewusteloos.

12-de dag: hoofdpijn; rumoer van de stad hindert hem; hij is bang voor de auto's.

Maart 1940: hervatte ten volle den tweeden dag na het onderzoek; had nog drie weken last van het hoofd en van de schrikachtigheid voor auto's; nadien nergens last van gehad.

35 - *man, 19 jaar, arbeider in den scheepsbouw.*

Kreeg revolver-hamer tegen het hoofd; huidwond; schrok; even bewusteloos?; geen nausea.

30-ste dag: de vader is rentetrekker; getroffene zelf is debiel; de moeder zegt, dat zij het hem aan kan zien, dat hij niet goed is; zij durft hem niet alleen te laten gaan; getroffene zelf heeft geen klachten; (anaesthetisch veld bij het litteken van de huidwond).

Maart 1940: was aanvankelijk het ongeval vergeten; herinnert zich dan, dat hij dadelijk ten volle heeft hervat; hij heeft het uitstekend gemaakt; de anaesthesie zou na 4 à 5 weken verdwenen zijn geweest. Is sedert 8 maanden werkloos.

36 - *man, 57 jaar, timmerman.*

Viel door trapgat,  $3\frac{1}{2}$  à 4 meter hoog; was niet lang bewusteloos, heeft niet gebraakt; behandeld met 6 weken bedrust in ziekenhuis; zonder klachten ontslagen.

81-ste dag: arthritische veranderingen aan groote gewrichten; omvang van het linker been geringer; geen stoornissen der reflexen; tendentieuze sensibiliteitsstoornissen; zwaar gevoel in het hoofd; moeite met lezen. Invaliditeit 40% tijdelijk; geëindigd 116-den dag.

Maart 1940: hervatte een half jaar na het onderzoek, daar hij zich nog zeer zwak voelde; is nog spoedig vermoeid; heeft het werk niet meer behoeven neer te leggen; heeft er zich met moeite door heen gewerkt.

37 - *man, 57 jaar, metselaar.*

Een stuk balkhout op het hoofd en op de vingers gekregen. Fractuur van den 2-den en 3-den vinger van linker hand; huidwond aan den schedel nabij de kruin; was niet bewusteloos.

77-ste dag: sedert  $\pm$  6 weken het gevoel van weg te zakken en geen vaste gang meer; sedert heden duizelig; heeft niet gebraakt na het schedel-trauma; werkte voor het eerst twee dagen geleden.

Maart 1940: genoot rente naar gedeeltelijke invaliditeit tot  $7\frac{1}{2}$  maand na het ongeval; is werkloos sedert een jaar na het ongeval; over het algemeen gezond; wanneer hij bukt en dan achterover gaat met het hoofd, draait alles.

## 38 - vrouw, 35 jaar, winkelchef.

Gleed van het trottoir, kwam met de stuit op den trottoirrand terecht; gleed verder en kwam met het achterhoofd op den grond. Was niet bewusteloos; geen retrograde amnesie; als aard van het letsel wordt vermeld: drukpijnlijkheid van het achterhoofd en van het heiligbeen; werkte den volgenden dag; doch staakte na ruim 8 uren den arbeid.

23-ste dag: de huisarts deelt mede niets te hebben gevonden van commotio cerebri; geen polsvertraging; patiente was te voren overspannen; later dacht hij toch aan hersenschudding; patiente deelt mede, wat wezenloos te zijn geweest; braakte eenmaal. Bleef te bed tot 6-den dag. Meende te hervatten; maar braakte 12-den en 13-den dag opnieuw; had het gevoel liever dood te zijn; durft thans de trap niet af; vreest zóo neer te zullen slaan; sedert een week droomt zij veel en angstig en wordt drijfnat van het zweet wakker. Zou graag willen werken, maar zal niet kunnen. Advies hervatten op 26-sten dag. Huisarts wil, dat zij dan hervat met halve dagen; hij raadpleegt specialist; deze neemt hersenschudding aan, acht hervatten gevaarlijk, en vreest encephalopathia traumatica, wanneer men haar niet zorgvuldig behandelt. In beroep spreekt een andere specialist van een ernstig ongeval, amnesie over de periode na het ongeval, geen bewusteloosheid; zij heeft volledig hervat den 49-sten dag; kan telefoonnummers niet zoo goed onthouden als voor het ongeval. Specialist meent: geen sprake van traumatische neurose.

## 39 - man, 56 jaar, motorschipper.

Herpes zoster rechts aan het achterhoofd; herinnert zich het hoofd te hebben gestooten den avond vóór den nacht, waarin de pijn begon. 17-de dag: genezende herpes; heeft pijn gehad alsof er met een mes in werd gestoken; werkt reeds sedert 16-den dag.

Maart 1940: heeft nog wel pijn, wanneer hij op het achterhoofd ligt; geeft hyperaesthesie aan boven protuberantia occipitalis externa. Heeft niet meer verzuimd. Is destijds in beroep gegaan uit bezorgdheid voor de toekomst; er werd een röntgenfoto gemaakt; zijn beroep werd ongegrond verklaard, hetgeen hem geruststelde.

## 40 - man, 56 jaar, caulker (caulken = dichten van scheepswanden).

Valt van een stelling; schedelbasisfractuur; fractuur van het linker bovenbeen boven de knie. Gedurende 3 weken verward en onrustig; waant zich aan den arbeid; niet gebraakt; na 3 maanden uit de verpleging ontslagen; reeds lang voordien georiënteerd in tijd en plaats. Vraagt 4 maanden na het ongeval licht werk te mogen doen; een maand later deelt hij mede ten volle te hebben hervat, doch nog wat sufferig te zijn; 6½ maand na het ongeval vergeetachtig, huilbuien; rechts aanduiding van Babinski; linker knie buigt tot 80°; 50% invaliditeit wordt aangenomen.

Ruim 8 maanden na het ongeval: is duizelig sedert 3 weken; heeft hoofdpijn; hij durft niet meer op de stellingen; hij wil ook niet meer op de stellingen. 8 jaar geleden verliet hij het werk in den scheepsbouw en begon een handeltje; verloor daarbij zijn geld en moest zijn werk in den scheepsbouw wederom opvatten. Debilitas mentis; (in de familie komt debilitas mentis voor). Volgens echtgenoot wilden de bazen niet meer, dat hij op de stellingen ging, omdat hij zoo beefde; vroeger was hij officieus ploegbaas; thans doet hij jongenswerk en voelt zich achteruitgezet. Hij was altijd rusteloos van aard, maar dat is nu erger; verhoogde libido sexualis; potentie zeker niet verminderd; wanneer zij weigert, beschuldigt hij haar van ontrouw.

Geen grove inprentingsstoornissen; de knie buigt tot 80°. Invaliditeit 40%.

11 maanden na het ongeval: querulant; zijn advocaat zond hem naar een arts; deze zond hem naar een otoloog; (getroffene is sedert vele jaren hardhoorend); hij is woedend, omdat zijn ooren zijn uitgespoten; hij heeft er hoofdpijn van gekregen en werkt sedert eenige dagen niet meer. Hij prakkiseert erover, dat men hem zijn volle loon uitbetaalt na aftrek van de rente; hij levert geen werk naar gelang van het geld, dat hij, exclusief de rente, ontvangt; hij vreest daarvan de dupe te worden. Caulken heeft hij nog niet gedaan, omdat het te veel leven maakt. Hij heeft soms ruzie met zijn maat. Hij is duizelig, korten tijd nadat hij gebukt heeft.

De knie kan thans buigen tot 50°. Een getal van 3 cijfers kan hij zich na 5 dagen prompt herinneren; geen rekenstoornissen. Invaliditeit 30%.

Na korten tijd wordt getroffene ontslagen, omdat hij slechts 25% praesteert hoogstens. Men erkent, dat hij van goeden wille is, dat hij zich achteraf gezet voelt, maar men betwijfelt of dit van invloed is op zijn praestaties.

1½ jaar na het ongeval: geringe geestelijke ontwikkeling; geen aanknoopingspunten voor een dementie als gevolg van het ongeval (luesreacties negatief). Geen meetbare invaliditeit als gevolg van het ongeval. Hij zegt, dat hij op de stellingen zou zijn gegaan, als men het hem maar had toegestaan. Hij is verdrietig, niet querulant, althans niet in de mate zooals vroeger.

41 - man, 42 jaar, nachtwaker.

Struikelde over rails en bezeerde linker knie en bovenbeen.

24-ste dag: zware acromegalie sedert meer dan 20 jaar; de Achillespeesreflexen ontbreken, (geen ongevalsgevolg); zwaar gevoel in het hoofd.

Maart 1940: hervatte ten volle den dag na het onderzoek, of een paar dagen later; is ruim een jaar na het ongeval opgenomen geweest wegens het gevoel van vermoeidheid.

## 42 - man, 58 jaar, gemeente-ambtenaar.

Kreeg vallende paal tegen het hoofd; korte bewustzijnsstoornis? Heeft niet gebraakt; was niet misselijk.

40-ste dag: stijf in de beenen; vermoeid; habitus apoplecticus (vader overleed aan beroerte); urine geen afwijkingen; bloeddruk 155/100; pols 72.

Maart 1940: hij hervatte kort na het onderzoek, doch men ontzag hem; een paar maanden later werd hij zenuwachtig, vergeetachtig; kreeg huilbuien. Men adviseerde hem de straat op te gaan en niet te peinzen; hij werd onlangs afgekeurd. Is dikker geworden; thans 88½ kg; pols 92; bloeddruk 195/125.

## 43 - man, 42 jaar, typograaf.

Fietsende door auto aangereden; lichte hersenschudding; (gedeeltelijke amnesie).

23-ste dag: verwacht schadevergoeding; heeft één dag hoofdpijn gehad; heeft last van flitsen voor de oogen; zwaait; de huisarts vindt zes weken rust noodig.

Maart 1940: hervatte ten volle den dag na het onderzoek; had 3 tot 4 dagen last van duizeligheid; nadien niet meer; onlangs verzuimde hij 3 dagen wegens griep; overigens is hij steeds gezond.

## 44 - man, 52 jaar, sjouwerman.

Gleed uit; kreeg ijzeren bal tegen het hoofd; (geen bewusteloosheid); stiet lendenen tegen een lichter; contusie van linker thoraxhelft en van linker tibia; niet gebraakt.

31-ste dag: durft niet alleen op straat wegens vlokken voor de oogen; slaapt niet goed; vermoeid; had vannacht hoofdpijn. Advies: hervatten; (niets meer van gehoord).

## 45 - man, 27 jaar, bontwerker.

Van de trap gevallen, 9 à 10 treden; hand bezeerd.

10-de dag: hysterische verlamming van de linker hand. Advies: hervatten. April 1940: hervatte een week na het onderzoek; gezond tot voor 2 weken; thans aandoening van het nierbekken, na griep.

## 46 - man, 50 jaar, brandmeester.

Klap van een laadbak van een vrachtauto; huidwond aan het aangezicht en lichte commotio.

66-ste dag: hij werd eenige weken naar buiten gezonden voor herstel; hij kon aldaar het gedrentel van de mede-patienten niet velen; heeft nog het gevoel van een band om het hoofd, wanneer hij trappen klimt. Geen afwijkingen.

Maart 1940: hervatte den tweeden dag na het onderzoek met bureau-dienst; een paar dagen later hervatte hij den gewonen dienst ten volle; heeft practisch geen last gehad. Hij heeft nog wel eens een

warm gevoel en hoofdpijn, wanneer hij trappen moet loopen; was eenmaal duizelig, toen hij van één meter hoogte sprong; is daar huiverig voor. Behoudens aanval van griep verzuimde hij niet meer.

47 - *man, 40 jaar, sjouwer.*

Rechter hand gekneld onder den rand van een kookpan; abusievelijk wordt ulnarisletsel als gevolg van het ongeval beschouwd; bij het ongeval alleen wijsvinger getroffen en ontvelling aan den handrug; ulnarisletsel dateert uit de prille jeugd: litteekens aan de volaire zijde van den pols, afkomstig van verwonding aan gebroken ruit. Invaliditeit 30%. Onderzoek 7 jaar na het ongeval: geen invaliditeit als gevolg van bedrijfsongeval; rente verlaagd; geen protest.

48 - *man, 44 jaar, walarbeider.*

Een vat dreigde over hem heen te rollen; hij zou zeer geschrokken zijn. 10-de dag: onregelmatige pols; inaequaal; hartpunt reikt tot mamilla; pijn aan linker pols; voorts pseudo-Romberg, lichtschuwheid bij het oogspiegelen; pseudo-stoornis van de sensibiteit.

Maart 1940: heeft gewerkt tot ruim een half jaar na het ongeval; kreeg nieuw bedrijfsongeval: absces aan de knie; chirurg deelt mede: bursitis praepatellaris purulenta; bovendien hysterische verschijnselen. Thans is hij sedert maanden lijdende aan gewrichtsrheumatiek.

49 - *vrouw, 37 jaar, bontwerkster, gehuwd.*

Gestruikeld; gevallen op linker been en bil; geschrokken.

28-ste dag: braakte dagelijks; slaapt slecht; kan steeds wel huilen; was vroeger nerveus; adipositas; moeder overleed aan diabetes.

Maart 1940: hervatte ten volle na het onderzoek; hetgeen haar geen kwaad deed; zij werkt graag. Het laatste half jaar nerveus; huilt spoedig; veel last van hoofdpijn en misselijkheid. Zij heeft ook tijden, dat zij heel vroolijk is. Werkt door.

50 - *man, 29 jaar, betonwerker.*

Kreeg ledigen emmer op het hoofd van af de tweede étage. Lichte hersenschudding.

39-ste dag: is gehuwd 5 dagen vóór het ongeval; vrouw is gravida; geldzorgen; is afwezig, wanneer men tegen hem spreekt; slaapt slecht sedert 14 dagen; letters dansen door elkaar, wanneer hij leest.

Maart 1940: hervatte dadelijk ten volle; was de eerste dagen vergeetachtig; heeft dat nog wel eens; in gesprek met chefs blijven hem de woorden in de keel steken; niet meer verzuimd wegens ziekte; bang zijn betrekking te verliezen.

51 - *man, 55 jaar, pakhuisknecht.*

Doos met 16 ledige fleschjes van 100 gram viel van  $\pm$  4 meter hoogte en trof hem aan den rechter slaap: geen bewusteloosheid; werkte dien dag door; bleef op advies nadien te bed.

39-ste dag: ligt nog te bed; sedert een week „tjilpt” het in het hoofd; hij heeft het benauwd, wil de straat op; is zenuwachtig, onrustig. Vóór 12 jaar observatie, wegens maagklachten; er werd niets gevonden. Heeft nu iatrogene neurose.

52 - *man, 41 jaar, grondwerker.*

Linker oksel bekneld geraakt tusschen staaldraad en rondsel van een lier: groote huidwond in den linker oksel; wond gesloten 6 weken na het ongeval. Hervatte 62-sten dag.

71-ste dag: meent niet te kunnen werken; heeft geen werk; anaesthesie in het gebied van den nervus cutaneus brachii medialis links; tendentieuze motiliteitsstoornissen.

Maart 1940: kreeg weer werk na 3 maanden; heeft nog last van den arm; het gebied van de anaesthesie is veel kleiner geworden; overigens geen afwijkingen; werkt.

53 - *vrouw, 35 jaar, gehuwd; werkster.*

Viel tengevolge van duizeligheid met het hoofd tegen de steenen; zij zou geschrokken zijn, omdat men haar iets toewierp; „bewusteloos”; braakte eenige malen; geen amnesie; na enkele dagen verpleging geen klachten; ontslag 18-den dag; thuis hysterische parese van rechter arm en been; deze wordt door suggestieve behandeling gecorrigeerd, (51-ste tot 53-sten dag); 50% invaliditeit wordt daarna aangenomen.

88-ste dag: ligt te bed; heeft niet hervat; werkte sedert 6 weken voor het ongeval; is erg vermoeid; alles trilt; eet slecht; (de huisarts deelt mede, dat patiente en haar zusters aan hystericie lijden;) gedurende het onderzoek laat zij zich voorover van den stoel vallen; zij urineert op den grond; geen cloni; staat op bevel op en loopt naar bed.

Maart 1940: „U hebt me uit den crapaud laten vallen.” zij heeft af en toe gewerkt; het is alsof er wat in het hoofd zit; zij heeft een naar gevoel in den rechter arm; overigens gezond; beklagt zich over een zenuwarts.

54 - *man, 30 jaar, glazenwasscher.*

Viel van 3-hoog, doordat ladder brak; niet buiten kennis; misselijk, pijn in rug, hetgeen na 3 weken verdwijnt.

38-ste dag: hoofdpijn sedert gisteren; geen ongevalsgevolgen.

April 1940: niet meer verzuimd; niet meer ziek geweest; heeft wel eens last van braken.

55 - *vrouw, 27 jaar, verpleegster.*

Kreeg terugvallend opklapbed op het hoofd; was niet buiten kennis; duizelig en beroerd; alsof het hoofd tweemaal zoo groot werd; braakte meermalen; bedrust.

16-de dag: ligt te bed; heeft één week hoofdpijn gehad; vóór het ongeval was zij reeds onder behandeling, omdat zij doodmoe was; de dokter adviseerde haar de betrekking te verlaten; thans vrijwel geen klachten; heeft vóór 4 jaar „chorea” gehad; de rechter hand zou atactisch zijn geweest; na de genezing had zij nog wel last van de rechter hand, wanneer zij hard werkte; van jongs af aan veel hoofdpijn; sedert een maand of zes het gevoel alsof er een wollen deken achter de oogen heen en weer gaat; papillen temporaal wat bleek; rechter buikreflex wat lager; advies: mobiliseeren; vervolgens geadviseerd te hervatten op 36-sten dag.

Maart 1940: heeft hervat den 40-sten dag; geen klachten gehad; nadien gehuwd; enkele dagen geleden eerste kind geboren; alles wel.

56 - *man, 58 jaar, timmerman.*

Door vallende 5/8 moer in den nek getroffen; werkt dien dag door; voelde zich beroerd; had strepen voor de oogen; 13 dagen later constateert een neuroloog nervositas; een lichte hersenschudding wordt aannemelijk geacht op grond van herhaaldelijk braken en hoofdpijnen; spoedig mobiliseeren wordt gewenscht geoordeeld.

49-ste dag: ligt met afgewend gelaat te bed; mompelt onverstaanbaar; later komt hij los; de laatste jaren veel werkloos; kan daar slecht tegen; hij werd zenuwziek en met hypnose behandeld; des avonds zette het hoofd daarvan op en werd hij angstig; sedert 12 dagen heeft hij het gevoel weg te zeilen; geen hoofdpijn meer; twee weken geleden kon hij 2 à 3 dagen niet zien; geen afwijkingen; pijndemonstratie; rente geëindigd op 53-sten dag; (in hooger beroep bevestigd).

Maart 1940: hervatte 3½ maand na het ongeval; had nadien geen werk vanaf ½ jaar na het ongeval; nadien werkt hij ten volle; is zwaar moedig en verdrietig; heeft steken in het hoofd.

57 - *vrouw, 47 jaar, verpleegster.*

Aangereden door vrachtauto; op den stuit gevallen; niet bewusteloos; liep naar huis; volgende dag hoofdpijn en misselijk; naar huis en naar bed;

28-ste dag: ligt te bed; droomt benauwd; geen pijn meer in den stuit sedert twee weken; zij is bang hoofdpijn te zullen houden uit deze „hersenschudding.” Zij heeft 8 jaar geleden kaakontsteking gehad en daar veel pijn van gehad.

Maart 1940: is zes weken in bed gebleven; is daarna langzaam aan begonnen; is goed gegaan; is boos, want het ongeval werd niet als bedrijfsongeval erkend, (eigen schuld van getroffene). Zij maakt het goed; werkt.

58 - *vrouw, 19 jaar, controleuse.*

Stiet het hoofd bij oprichten uit gebukte houding; niet bewusteloos; hoofdpijn en braken; twee uur later zou zij gedurende een half uur bewusteloos zijn geweest.

36-ste dag: was veel ziek als kind; asthma; bloedarmoede; keelabsces; flauwvallen bij den tandarts; bleef driemaal zitten op de lagere school; viel 2½ week na het ongeval weer flauw; braakte den 34-sten dag opnieuw; zij moest gaan zitten bij het kopjes wasschen; loopt erg zwaar; rechter keeltonsil vergroot; verminderde knijpkracht der linker hand, geen organische afwijkingen; huisarts zal haar adviseeren te hervatten 37-sten dag.

Maart 1940: is op eigen kosten twee maanden naar buiten geweest na het onderzoek; werkt sedertdien goed; verzuimde voor keelontsteking, overigens niet; veel last van hoofdpijn; altijd pijn bij de mens.

59 - vrouw, 22 jaar, noodhulp-verkoopster.

Kreeg een spiegel, dien zij optilde, tegen het hoofd; geen bewusteloosheid, geen amnesie; werkte door; schaafde dien dag den rechter onderarm; werd verbonden; moest daarna overgeven en viel; werd naar huis gestuurd.

23-ste dag: ligt te bed; licht in het hoofd; krachtsvermindering rechter hand; geen neurologische afwijkingen. Vroeger tonsil-operatie, eczeem. Advies: mobiliseeren.

Maart 1940: hervatte niet meer, want had geen werk; was er slechts als noodhulp; heeft met Sinterklaas korten tijd gewerkt; is verdrietig; is bang nekkramp te zullen krijgen; is een week in observatie geweest wegens buikklachten.

60 - man, 32 jaar, chauffeur.

Bij het opleggen van den velgving sprong deze op en raakte hem aan het hoofd; geen bewustzijnsstoornis; trachtte door te werken; het werk vlotte niet; kreeg hoofdpijn en braakte den heelen middag;

18-de dag: de hoofdpijn neemt toe; vreest ongelukken te zullen maken met chauffeeren. Advies hervatten.

61 - man, 27 jaar, schuivenvoerder.

Bleef haken met het been en viel op den rechter arm; fractuur van het radiuskopje, waarschijnlijk ook van den processus coronoideus ulnae; (heeft hervat gedeeltelijk).

3 maanden na het ongeval: geen neurologische afwijkingen; valsche bewegelijkheid in het elboogsgewricht. Werkt door met 50% invaliditeit.

April 1940: werkt steeds; 20% invaliditeit.

62 - man, 16 jaar, fietsjongen.

Fietsende aangereden door een motordriewieler; commotio cerebri. huisarts: hij zag getroffenene den avond na het ongeval, dat 16.30 uur plaats greep; getroffenene was toen niet bewusteloos; de pols was aanvankelijk 50 tot 55.

35-ste dag: zou pas een paar dagen na het ongeval hebben bemerkt, dat hij thuis was; geen retrograde amnesie; was voor zenuwen buiten, toen hij 12 jaar oud was; de moeder had vallende ziekte en aanvallen van hoofdpijn en braken, zij is thans zenuwpatiënte; vaders vader had toevallen; na het ongeval is getroffene loopend in huis gekomen, (met hulp); hij braakte niet; de hoofdpijn verergert sedert 33-sten dag; het borrelt in den buik; hij slaapt veel; aanraken van het voorhoofd en het gelaat veroorzaakt pijnuiting; lichtschuwheid bij het oogspiegelen; geen neurologische afwijkingen; schedel-foto negatief.

Maart 1940: hervatte een week na het onderzoek, had nog wel eens hoofdpijn, doch geen last er van; verzuimde wegens duimverwonding en wegens pijn in de borst korten tijd; is gezond.

63 - *man, 36 jaar, timmerman.*

Hamer sloeg opzij tegen het neusbeen; hevige pijn; geen commotioverschijnselen; kreeg huilbui.

29-ste dag: neus gebroken, toen hij 17 jaar was; had altijd neiging tot obstipatie; vooral als hij zich nerveus maakt; wanneer hij tegen den neus drukt, (links), heeft hij het gevoel alsof er aan den linker boven snijtand wordt geraakt.

Maart 1940: heeft dadelijk ten volle hervat; geen last gehad; heeft zoo juist twee dagen griep gehad; dankt voor de belangstelling.

64 - *vrouw, 33 jaar, naaister.*

Prikte zich met de punt van een schaar in den linker onderarm; lymphadenitis in den oksel.

48-ste dag: somatisch genezen; psychogene parese en anaesthesie van den linker arm; betert tijdens het onderzoek; is sedert 4 jaren zeer nerveus; was een jaar lang zenuwziek na het overlijden van vader.

April 1940: heeft volledig hervat dadelijk na het onderzoek; is goed gegaan; een half jaar na het ongeval griep gehad; nadien zenuwachtig, evenals vroeger.

65 - *man, 30 jaar, sjouwerman.*

Viel achterover; buil aan het achterhoofd; was misselijk, heeft niet gebraakt.

20-ste dag: beroerd, duizelig; durft niet op de stellingen; huisarts deelt mede, dat getroffene niet bewusteloos is geweest; hij aggraveert; getroffene zegt, dat hij vermoedelijk even bewusteloos is geweest.

66. - *man, 40 jaar, arbeider in werkverschaffing; (vroeger schipper).*

Fietsende door auto gegrepen; stond dadelijk op; zakte daarna door de knieën, had hoofdpijn en was misselijk.

28-ste dag: heeft het gevoel, dat hij niet zal kunnen werken; er is geen werk voor hem; gevoel alsof hij dronken is; gevoelig hoofd; geen hoofdpijn; oorsuizen; vlies voor de oogen, wanneer hij leest. Had vroeger een Rijn-aak; in 1935 werd het schip geëxecuteerd.

April 1940: goed gemaakt; kreeg na 5 weken weer werk; is sedert 14 dagen thuis wegens bronchitis; voelt nog wel eens, dat het hoofd niet zoo is, als het behoort te zijn; schrijft dat zelf toe aan de sociale omstandigheden.

67 - *vrouw, 14 jaar, atelier-werkster.*

Geslipt met de fiets; kreeg van de tram een klap tegen het voorhoofd; geen bewusteloosheid? braakte des avonds.

27-ste dag: huisarts: zij is een weekje wat suf geweest. Wanneer zij lang ergens naar kijkt, gaat het bovenste ooglid trillen; kan des morgens niet uit bed komen; slaapt niet goed; huisarts wil haar laten hervatten op 30-sten dag, maar moeder is daar tegen.

37-ste dag: hervatte den 30-sten dag, maar had hoofdpijn en werd door werkgever weggestuurd; slaapt nu goed; eet nog niet goed; tonsilectomie op 7-de jaar; advies: hervatten op 43-sten dag.

68. - *man, 48 jaar, expediteur.*

Kreeg kraanreep tegen het hoofd; contusio capitis; staakte het werk pas den 5-den dag.

30-ste dag: was misselijk en kreeg hoofdpijn; heeft nog hoofdpijn; gisteren was het, alsof hij wegraakte; niet duizelig.

April 1940: heeft terstond hervat; geen klachten gehad. Verzuimde onlangs wegens spierrheumatiek.

69. - *man, 31 jaar, vertegenwoordiger.*

Knelde het hoofd tusschen het portier bij het uitstappen uit den trein; niet bewusteloos; zou gebrakt hebben, doch werkte door; bleef 3-den dag in bed; ontbood pas den 16-den dag den dokter. Nadien wordt schedelfractuur aangenomen; een andere specialist verwerpt de schedelfractuur, doch neemt commotio labyrinthi aan.

7 maanden na het ongeval: was vroeger in de tropen als stuurmansleerling; had malaria; had een hersenschudding in Indië. Hem was ten tijde van het onderhavige ongeval ontslag aangezegd. Sedert 1½ maand werkt hij voor zich zelf, doch krijgt ondragelijke hoofdpijn, zoodra hij zich druk maakt; hij kan niet langer werken dan 10 minuten. Geen afwijkingen; X-foto's opvallend groote bijholten; geen fractuur; geen invaliditeit.

9 maanden na het ongeval: deskundige in beroep: geen organische afwijkingen, neurotische verwerking van het ongeval; neemt 25% invaliditeit aan; in hooger beroep verworpen.

70. - *man, 34 jaar, chauffeur.*

Reed tegen een boom op; niet buiten kennis; een seconde leek alles zwart.

51-ste dag: probeerde gisteren te rijden; werd zenuwachtig; beefde; sedert een week klopt het achter in het hoofd; slaapt slecht; vreest bovendien, dat hij over 2 maanden geen werk meer zal hebben; geen afwijkingen.

71 - *man, 43 jaar, bootwerker.*

Slipt met de motorfiets; hersenschudding en ernstig plexusletsel.

29-ste dag: totale verlamming van fasciculus posterior en een deel van den fasciculus lateralis van den plexus brachialis van den rechter arm; Horner rechts; veel pijn in den arm.

Februari 1940: in alle verlamde spieren is gedeeltelijk de bewegelijkheid teruggekeerd; het laatst in de duimstrekkers; 80% invaliditeit. Toen de invaliditeit van 100% op 80% kwam te staan, kreeg getroffen opnieuw pijn in den arm.

72 - *man, 27 jaar, knecht in een voddenfabriek.*

Stiet het hoofd aan een steekwagen: schaafwond; werkte door.

6-de dag: lijdt aan toevallen sedert 8-ste jaar; bezocht school voor buitengewoon onderwijs. Hij wordt geplaagd bij den werkgever; men commandeert hem; dementia epileptica.

April 1940: heeft niet hervat; kwam in de Ziektewet; werd opgenomen in een psychiatrische inrichting; had ruiten ingeslagen.

73 - *man, 48 jaar, machinebouwer.*

Viel door een vloer; fractura radii typica sinistra.

65-ste dag: verminderde functie van den musculus extensor pollicis longus; peesletsel?

April 1940: geen last meer gehad. Gezond.

74 - *man, 48 jaar, locomotiefpoetser.*

Op straat uitgeleden; klaagde over pijn in de borst.

10-de dag: simulatie; als toevallige vondst: diabetes levior.

April 1940: heeft nog eenige weken in bed gelegen; een week of vier in het geheel denkt hij; houdt eenigszins dieet wegens diabetes; werkt voortdurend, voor 300%! hij acht zich gezond.

75 - *man, 54 jaar; arbeider in werkverschaffing.*

Gleed uit bij het grondscheppen; contusio renis? zeker geen commotio cerebri.

55-ste dag: lymphangioom in het 4-de cervicale dermatoom; in de urine erythrocyten en enkele cylinders; bloeddruk 158/95; maatschappelijk teleurgestelde.

April 1940: urine zelfde afwijkingen; bloeddruk 160/100; lusteloos; heeft nog wel gewerkt, maar kan thans geen werk krijgen; geeft niets meer om het leven.

76 - *man, 39 jaar; electricien in gemeentedienst.*

Viel met het hoofd tegen een lantaarnpaal, terwijl hij fietste; geen bewusteloosheid; geen amnesie; onpasselijk.

43-ste dag: heeft 4 weken te bed gelegen; heeft practisch geen klachten gehad; linker testis klein.

77 - man, 55 jaar, *voorman-ijzerwerker.*

Een stuk hout viel hem op het hoofd; commotio cerebri.

53-ste dag: een neuroloog constateert tremor manuum; Romberg; frequente pols; arteriosclerosis cerebri wordt mogelijk geacht, (marche à petits pas); 50% invaliditeit.

88-ste dag: linker Achillespeesreflex verlaagd; (had een jaar geleden reumatiek, in den rug en in de beenen; de afwijkingen van den 53-sten dag zijn niet aanwezig; hij is den heelen dag op het werk, maar durft niet te klimmen; de laatste 14 dagen is de duizeligheid toegenomen.

April 1940: hervatte ten volle; ging enkele weken na het onderzoek van lieverlede weer de stellingen op; verzuimde niet meer; is nog wel eens duizelig, wanneer hij een ladder op gaat.

78 - man, 17 jaar, *bezorger.*

Omgeslagen met bakfiets; contusie rechter arm; fractuur? zenuwlaesie?

Op den 12-den dag neemt een specialist aan: spiercontusie en traumatische neurose als voorloopige diagnose.

8 maanden na het ongeval: vader mank door heupziekte; moeder lijdt aan ulcera cruris; oudste zuster onder behandeling van zenuwarts; een broer had fistel aan een knie; op 12-jarigen leeftijd leed getroffen eenigen tijd aan bewustzijnsstoornissen, waarschijnlijk epilepsie. Hij hervatte eenigen tijd na het ongeval; doch toen omstreeks Sinterklaas groote drukte ontstond in het bedrijf, werd de rechter arm machteloos; werkt niet sedert 3 weken, omdat zenuwarts dat verboden zou hebben; hysterische verlamming; hij wil niet hervatten tegen het advies van den zenuwarts en gaat over in de Ziektewet.

79 - man, 56 jaar, *arbeider in werkverschaffing; vroeger venter.*

Viel uit een zolder op een cementen vloer; commotio cerebri en fractura claviculae.

3 maanden na het ongeval; herinnert zich het vervoer gedeeltelijk; was aanvankelijk delirant; temperatuur tot 38.4°; Xanthochromie en pleocytose; geen fractura cranii; geen neurologische afwijkingen; bronchitis chronica.

Thans: debilitas mentis; „12 bazen en 13 ongelukken“; was aanvankelijk gehuwd met een 20-jaar oudere vrouw; zij dronk en maakte zijn geld op; hij scheidde van haar. Hij was voor het ongeval hardhoorend; asthenische habitus, lichte kyphose, linkszijdige ptosis; geringe postcommotioneële klachten; 40% invaliditeit; na 9 maanden geen invaliditeit meer; heeft niet hervat.

April 1940: heeft niet gewerkt; braakt af en toe; klachten over de ontlasting, (heeft van jongsaf aan obstipatie geleden). Wanneer hij ontlasting heeft gehad, lucht hem dat op, maar dan is het hoofd slechter.

80 - *vrouw, 25 jaar, verpleegster.*

Aangereden door auto; korte amnesie; korte bewusteloosheid; zou gebloed hebben uit het rechter oor; had 2 jaar geleden otitis media aan beide ooren.

37-ste dag: geen hoofdpijn; slap; geringe duizeligheid; advies: hervatten op 43-sten dag.

April 1940: heeft 43-sten dag hervat; best gegaan; nergens last van gehad.

81 - *vrouw, 22 jaar, magazijnbediende.*

Een ledig fleschje van 100 gram viel van niet hoger dan 50 centimeter op haar hoofd; wordt aangegeven als „verm. lichte commotio”!!

9-de dag: had erge hoofdpijn en temperatuurverhoging tot 38.1°; broer had griep; geen ongevalsgevolgen.

April 1940: goed gegaan; verzuimde niet meer.

82 - *man, 37 jaar, kantoorbediende.*

Gleed  $\pm$  7 treden van de trap af en brak de linker elleboog; wordt in het gasthuis behandeld met spijkerrekverband; ligt 6 à 7 weken te bed; hij lijdt vanaf  $\pm$  zijn 24-ste jaar aan progressieve spierdystrophie; na de bedrust loopt hij zeer bezwaarlijk.

3 maanden na het ongeval: zit thuis te werken; het kantoor bevindt zich op 10 huizen afstands; advies 50% tot  $\pm$  3 weken na het onderzoek met het oog op trainen. Invaliditeit wordt geëindigd  $\frac{4}{3}$  maand na het ongeval; getroffen begeeft zich dien dag naar kantoor; doch gaat in beroep: krijgt 30%.

83 - *man, 32 jaar, metselaar.*

Balk op het hoofd, van 3 meter hoogte; geen bewusteloosheid.

35-ste dag: heeft vroeger een hersenschudding gehad; heeft veel last gehad van de amandelen; thans: kan niets velen; is kregel; durft niet op de stelling; is de laatste dagen slap in de beenen. Advies: hervatten.

84 - *man, 35 jaar, timmerman.*

Van 6 meter hoogte gevallen; fractura baseos cranii met deformatie van den schedel.

2 jaar en 10 maanden na het ongeval: werkt op 75% invaliditeit; verlies van de functie van de nervi I, II, VIII aan den rechter kant; geen stoornissen van de hersenfunctie; heeft soms het gevoel, dat hij gek wordt, wanneer hij zich druk maakt; gebrek aan zelfvertrouwen. Advies: thans geschikt voor alle werkzaamheden op den beganen grond; later op te vatten als iemand, die rechts het gezichtsvermogen en het gehoor heeft verloren.

85 - *man, 58 jaar, gemeentewerkman.*

Viel op straat door gladheid; zou den rechter schouder hebben bezeerd.

12-de dag: meent koorts te hebben gehad; doch de thermometer stond op 37°; hij acht zijn toestand thans bevredigend; de pijn in den arm is om uit te houden, en de hoofdpijn is van een lichte soort; kan aanvankelijk den arm niet heffen. Advies: uit bed komen en zooveel mogelijk beweging nemen.

April 1940: is kort na het onderzoek aan het werk gegaan, (op den 16-den dag); heeft het volle werk kunnen doen; heeft niet meer verzuimd; de arm is niet zooals hij geweest is.

86 - *vrouw, 19 jaar, winkeljuffrouw.*

Een wasblikje van 120 gram viel haar van 40 tot 50 cm hoogte op het hoofd: commotio cerebri! letsel ernstig!

14-de dag: bevindt zich te bed, met de gordijnen dicht; is 5 uren buiten kennis geweest; daarna 9 dagen blind; zij braakt dagelijks; had vreeselijke pijn aan de oogen; men huilde van blijdschap, toen het gezichtsvermogen terugkeerde. Het waschblikje kwam juist op dezelfde plek terecht, welke getroffen werd bij een motor-ongeval, dat haar een half jaar tevoren overkwam; zij was destijds niet bewusteloos, doch 4 maanden in de Ziektewet; (geen afwijkingen).

April 1940: na het onderzoek bleef zij te bed tot 6 weken na het ongeval; het moet een verbloeding achter de oogspieren geweest zijn; er kwamen gele vliezen van de oogen; zij was in het geheel een week of tien in de Ziektewet; heeft niet meer gewerkt; heeft nog wel eens hoofdpijn; is gehuwd een half jaar na het „ongeval”.

87 - *vrouw, 20 jaar, blikbewerkster.*

Werd duizelig en viel; braakte en had hevige hoofdpijn.

9-de dag: vader potator; moeders moeder krankzinnig gestorven; zelf is getroffene ongehuwd; gravida sedert 5 maanden; menarche op 17-jarigen leeftijd; sedert 1½ jaar last van toevallen. Geen bedrijfsongeval.

88 - *man, 41 jaar, heibaas.*

Uitgeleden en op het zitvlak gevallen.

20-ste dag: lumbago van het neuralgische type; heeft vroeger ook lumbago gehad; linker Achillespeesreflex iets verlaagd.

89 - *vrouw, 27 jaar, werkster.*

Stiet het hoofd tegen een steenen muur; geen bewusteloosheid, geen amnesie; het was alsof zij van haar stokje zou gaan; braakte 3 dagen; at drie weken niet.

37-ste dag: heeft 3 jaar geleden een lichte hersenschudding gehad. Thans: sedert de vorige week een vlies voor de oogen; hoofdpijn, en pijn bij kammen op de plaats, waar de bult is geweest; heeft gevaarlijk werk op ladders.

April 1940: heeft ten volle hervat in aansluiting op het onderzoek; is goed gegaan; niet meer verzuimd.

90 - *man, 58 jaar, coupeur.*

Viel  $\pm$  8 treden van een steenen trap; kortdurende bewusteloosheid; braakte den eersten en den tweeden dag; hervatte den 48-sten dag; den 56-sten dag krijgt hij een standje; den volgenden dag is hij duizelig en blijft thuis.

67-ste dag: ligt te bed; heeft sedert een week geen trek in eten; practisch geen hoofdpijn; voelt zich bij momenten goed; doch heeft nog last van duizeligheid; is bang voor ontslag; sclerotische polsslagaderen; heeft sedert langen tijd Menière, (sedert 8 jaren); advies hervatten.

April 1940: heeft terstond ten volle hervat; heeft een dikke week last gehad van vermoeidheid en duizeligheid; was er toen aardig over heen; is niet meer ziek geweest; bij extra-drukke is hij nog wel eens een oogenblik duizelig.

91 - *man, 32 jaar, timmerman-voorman.*

Stiet het hoofd en viel op den grond; even bewusteloos geweest; hervatte ten halve den 67-sten dag; leed aan aanvallen van zweeten en beurtelings rood en bleek worden.

75-ste dag: heden griep; heeft in het gasthuis tusschen krankzinnigen gelegen; kon daar niet tegen.

82-ste dag: hersteld van griep; vasolabel type; advies: hervatten.

92 - *man, 42 jaar, tuinman-krantenbezorger.*

Uitgeleden en gevallen; was niet bewusteloos; geen amnesie; braakte. 27-ste dag: schrikachtig en bang bij het fietsen: advies hervatten.

93 - *man, 32 jaar, opperman.*

Kreeg een steen op het hoofd; geen amnesie, geen bewusteloosheid; 25-ste dag: heeft 10 dagen hoofdpijn gehad; draaierig, alsof hij dronken is.

April 1940: echtgenoot: hij is onder dienst; heeft destijds terstond hervat; had last van hoofdpijn, maar kon zijn werk goed doen; thans heeft hij nog wel eens last van hoofdpijn en van benauwdheid op de borst; hij is niet duizelig geweest.

94 - *man, 22 jaar, schippersknecht; (geval M van het proefschrift).*

95 - *man, 32 jaar, arbeider in werkverschaffing.*

Een tegen den muur staande plank gleed hem langs het achterhoofd; geen bewusteloosheid; werkte door; 2 dagen later griep.

14-de dag: geen hoofdpijn; pijn aan het achterhoofd; slaperig; advies: hervatten.

96 - *man, 38 jaar, havenarbeider.*

Stiet de linker elleboog; vage neuralgische pijnen in het gebied van nervus ulnaris; werkte door; aangifte 31-sten dag.

62-ste dag: geen afwijkingen; zwaar gevoel in den heelen arm; kreeg den 45-sten dag griep; knijpkrachtvermindering van de linker hand is psychogeen.

April 1940: heeft ten volle hervat in aansluiting op het onderzoek; heeft nog last van kramp in den arm, wanneer hij werkt; heeft onlangs 4 maanden verzuimd wegens infectie aan het been.

97 - *man, 25 jaar, timmerman.*

Aanrijding in auto; kwam met het hoofd tegen voorruit; huidwond; 25-ste dag: geen bewusteloosheid; geen amnesie; misselijk, niet gebraakt; af en toe hoofdpijn; soms even duizelig; advies hervatten.

98 - *vrouw, 29 jaar, spoelster.*

Geslipt met de fiets; waarschijnlijk fractuur van 5-den lendenwervel; opgenomen; gipsverband; na 4 $\frac{1}{2}$  maand gips verwijderd.

7 maanden na het ongeval: zij en haar broer hadden last van bedwateren; patiente tot haar 25-ste jaar; sedert een jaar voor het ongeval was zij vermoeid; moe gevoel in het achterhoofd; lusteloos; vlokken voor de oogen; thans brengt zij een „petit papier” mede: onpasselijkheid bij rijden in de tram, koude voeten, vergeetachtigheid, last van het achterhoofd, etcetera; geen neurologische afwijkingen; geen wervelfractuur.

April 1940: enkele weken na het onderzoek werd de rente geëindigd; zij hervatte ten volle; is nog steeds moe; maar zet door; de ruggewervel is „goed gegaan”; was nadien 6 weken thuis wegens enkelverzwikking; is ongerust, omdat zij 3 maal verkouden was dezen winter; maakte geen promotie, omdat men haar zoo nerveus vond.

99 - *man, 49 jaar, molenbaas.*

Bij het aanslaan van motor sloeg de slinger af en trof hem aan de bovenkaak; wond bovenlip; geen bewusteloosheid, geen amnesie; duizelig; werkte door; des avonds hoofdpijn; den derden dag naar bed op advies van huisdokter; bedrust telkens met een week verlengd; fietste nadien en was zijn gedachten kwijt; vergat links af te slaan; hervatte 24-sten en 27-sten dag; was duizelig op de steigers.

32-ste dag: ligt opnieuw te bed op specialistisch advies; is neusverkouden.

April 1940: heeft hervat een week of 3 à 4 na het onderzoek; heeft bij tijden, dat hij gedachtenloos is en niet weet, waar hij heen moet gaan; schrijft het er aan toe, dat hij praktiseert: hij is sedert 4 weken werkloos; een zoon en een dochter hebben tuberculose; zelf is hij overigens niet meer ziek geweest; hij heeft nog wel eens scheele hoofdpijn rechts in het voorhoofd.

100 - *man, 47 jaar, motorschipper.*

Baal valt uit hijsch op schouder van getroffen; lichte paraesthesieën van de vingers en de teenen rechts.

12-de dag: de balen schampten langs den linker schouder af, zoodat zij op zijn beide armen vielen, welke hij naar voren uitgestrekt hield; hij kon een oogenblik niets bewegen, van den schrik of van den val;

geen pijn; beefde niet; het linker been was na een uur normaal; het rechter is nog niet zuiver; geen afwijkingen te vinden behalve sensibiliteitsstoornis in de handpalm, welke functioneelen indruk maakt; advies hervatten;

21-ste dag: werkt ten volle; de vier laterale teenen van den rechter voet zijn gevoelloos, overigens geen afwijkingen.

39-ste dag: werkt door; koude rechter hand en voet; geen objectieve afwijkingen; iatrogene perturbatie.

## RANGSCHIKKING DER 100 GEVALLEN NAAR DEN AARD VAN HET LETSEL

Geen (practisch geen) letsel: . . .	18, 39, 47, 69?, 81, 86, 87, 95, 96, 98, 100.
Schrik: . . . . .	11, 13, 30?, 32?, 48, 53, 92?
Huidwond: . . . . .	19, 52, 64, 72.
Keratitis electrica?: . . . . .	5.
Contusio capitis: . . . . .	2, 3, 4, 5, 14, 17, 20, 22, 25, 26, 27, 28, 34, 37, 38, 39?, 44, 51, 55, 58, 59, 60, 63, 65, 68, 70, 76, 83, 89, 93, 97, 99.
Lichte commotio cerebri: . . .	1, 7, 8?, 23, 24?, 29, 31, 32?, 35?, 42, 43, 46, 50, 53?, 67?, 80, 90, 91.
Commotio cerebri: . . . . .	9, 21, 36, 40, 62, 71, 77, 79, 94.
Fractura cranii: . . . . .	40, 80?, 84, 94.
Korsakow: . . . . .	40.
Contusie van romp en nek: . .	15, 38, 49, 54, 56, 57, 66, 74?, 75, 88, 98.
Contusie der ledematen: . . .	33, 41, 45, 47, 78, 85.
Fractuur der ledematen: . . .	61, 73, 79, 82.
Verlamming der ledematen: . .	10, 71.
Licht gewrichtsletsel: . . . . .	6, 12, 16.

Er kwamen dus opvallend veel onbeteekenende letsels ter beoordeeling. In elf gevallen was er practisch geen letsel; (zie vooral 81 en 86!).

Bij sommige gevallen van schrik en contusio capitis is het nog

zeer de vraag of er een werkelijk ongevalsletsel heeft bestaan; (zie de gevallen 5, 26, 27, 28, 39, 60, 89.)

Het geval 58 toont een sterke vegetatieve reactie op constitutioneele basis.

Bijzonderheden en afwijkingen onafhankelijk van het ongeval.

Interne afwijkingen: . . . . . 2, 14, 30, 42, 45, 48, 74, 75,  
79, 90, 91, 96.

Neurologische afwijkingen: . . . 31, 36, 39, 41, 55, 82, 90.

Vegetatieve stigmatisatie, ver- 11, 13, 23, 26, 33, 58, 59, 67,  
groote tonsillen, enz.: . . . . . 83, 91.

Andere constitutioneele bijz.: . 3, 14, 33, 42, 49, 75, 76, 79.

Infantilisme: . . . . . 13.

Epilepsie, (niet traumatisch): . 72, 78, 87.

Debilitas mentis: . . . . . 25, 35, 40, 79.

Familiaire bijzonderheden: . . . 1, 11, 49, 53, 62, 78, 87.

In het meerendeel der honderd gevallen waren neurotische verschijnselen of bijverschijnselen te constateeren. In onderstaand overzicht worden eenige bijzonderheden en de uitzonderingen vermeld.

Neurotische persoonlijkheid: . . 1, 5, 11, 26, 29, 49, 50?, 53,  
56, 59, 64, 86, 98.

Reeds langer na het ongeval be- 21, 25, 32, 40, 46, 53, 69, 77,  
staande neurose: . . . . . 78, 91, 94, 98.

Geen of vrijwel geen neurose: . 6, 10, 12, 17, 30, 39, 47, 61, 73,  
76, 80, 81, 82, 87, 88.

Hoogtevrees in verband met het beroep wordt vermeld bij de gevallen: . . . . . 8, 16, 19, 27, 34?, 40, 65, 77,  
83, 89.

Zij hebben een gunstige katamnese, behalve het gecompliceerde geval 40.

Enkele neurotiseerende invloeden komen in het bijzonder tot uiting in de volgende gevallen in verband met:

Sociale omstandigheden: . . . 2, 3, 13, 18, 25, 28, 32, 40, 53,  
66, 69, 70, 75, 79, 90, 99.

Werkloosheid: . . . . .	18, 28, 33, 37, 59, 66, 75, 99.
Arbeiders in werkverschaffing: .	3, 41, 66, 75, 79, 95.
Vroeger ongeval: . . . . .	4, 22, 29, 35 (v/d vader), 89.
Particuliere verzekering: . . .	21, 43.
Iatrogene invloeden bij uitstek:	4, 5, 25, 38, 40, 51, 56, 69, 94, 98, 99, 100.

### HUIDIGE TOESTAND

Bij geringe klachten, welke niet van invloed zijn op de geschiktheid tot arbeiden, wordt niet stil gestaan.

Matige klachten: . . . . .	1, 28, 36, 40, 42, 45, 49, 56, 59, 61, 94.
Ernstige klachten: . . . . .	21, 30, 48, 71.
Niet hervat hebben: . . . . .	21, 71, 72, 79, 86.
Niet spoedig hervat hebben: .	(15), 18, 28, 36, 59, (94).
Thans werken niet of niet meer:	18, 21, 28, 30, 33, 37, 40, 42, 45, 48, 55, 59, 71, 72, 79, 86, 94.

Matige klachten, waarmee gewerkt wordt:

1, 49 en 56: neurotische persoonlijkheden.

36: oudere man met arthritis deformans.

61: fractura cubiti; (geen neurose).

Zes gevallen werken niet en hebben ernstige klachten: vijf daarvan hebben geen ongevalsgevolgen; hiervan hebben twee geïnvetereerde neurose, namelijk:

21: was in gemeente-dienst; had aanspraken op schadeloosstelling door een particuliere verzekering.

94: iatrogene perturbatie; zie geval M van het proefschrift.

Eén geval heeft een ernstig ongevalsgevolg, namelijk:

71: traumatische plexusverlamming; (de klachten reactiveerden neurotisch, toen hij van 100% op 80% invaliditeit werd gesteld).

Voorts werken niet:

18, 28, 33, 37, 40, 59 en 79: (werkloosheid).

42: (pensioen).

55, 86: inmiddels gehuwde vrouwen.

40: ontslag; (Korsakow; debilitas mentis, enz.).

72: niet-traumatische epilepsie.

Merkwaardig zijn nog de gevallen 24 en 25. Deze verzekerden vermelden, dat hun klachten verminderden naarmate zij werkten. Ook geval 29. Bij dezen getroffene verliep de neurotische reactie na het onderhavige ongeval veel beter dan na een vroeger ongeval.

## VII - NAAM EN BEGRIPSBEPALING

PEIPER (handboek van BUMKE, 1921) constateert: „Der irreführende Ausdruck, traumatische Neurose, ist glücklicherweise ausgemerzt worden.“ Dit is boud gesproken; in Nederland althans is men zoo ver nog niet.

KLIENEBERGER gebruikt den naam Unfallneurose in het Handbuch der gesammten Unfallheilkunde van König en Magnus (1934) en zegt, dat zich in de verschillende namen, die achtereenvolgens gebruikt worden, de verschillende inzichten weerspiegelen, welke bij de onderzoekers hebben bestaan. Te noemen zijn: rente-neurose, begeerte-neurose, rente-hysterie, onrechts-neurose, Sicherungs-neurose, Entschädigungs-reaktion, sinistrose, iatrogene neurose. (De laatste benaming wijst op den invloed der artsen bij het ontstaan der neurosen.)

Men twistte er over of de neurose een ziekte was of niet, of misschien geen ziekte, maar een lijden; (JOSSMANN). Een en ander was het gevolg van de impasse, waarin men zich bevond, zolang nog niet in voldoende mate onderscheid werd gemaakt tusschen gevolgen van het ongeval eenerzijds en de gevolgen van het bestaan der sociale verzekering anderzijds.

Daarom lijkt mij de naam sociale verzekerings-neurose na ongeval thans de beste en wel omdat het bestaan der sociale verzekering en niet het ongeval oorzaak is. Deze naam is bovendien beter dan rechtsneurose, omdat aangeduid wordt, welk speciaal recht in het spel is.

Als begripsbepaling stel ik voor:

De sociale verzekerings-neurose na ongeval is een ziekelijke toestand, waarin de verzekerde arbeider kan geraken na een bedrijfsongeval of na een vermeend bedrijfsongeval. De oorzaak van dezen toestand is, in geneeskundig opzicht, niet in het ongeval, doch in het bestaan der sociale verzekering gelegen. Dit oorzakelijk verband wordt door den verzekerde, althans aanvankelijk, in het geheel niet of slechts min of meer vaag beseft.

## SAMENVATTING

De invoering der Ongevallenwetten vergrootte het arbeidsveld der geneeskundigen, niet alleen omdat de mogelijkheid werd geschapen de lichamelijke verzorging der getroffen en te verbeteren, maar ook omdat een nieuwe taak werd gesteld, namelijk de juiste waardeering en afbakening van den duur der ongeschiktheid tot arbeiden, opdat de verzekerden niet ontijdig in hun gewonen doen zouden terugkeeren. Het belang van deze nieuwe taak werd aanvankelijk onderschat; bovendien ontbraken de daartoe noodige kennis en inzichten. Bij vele geneeskundigen bestond weinig belangstelling voor de medewerking aan een juiste wetshandhaving; velen twijfelden zelfs aan de mogelijkheid van een reëel sociaal-geneeskundig beleid.

Een en ander kon aanleiding geven tot misstanden, zelfs tot misbruik. De sociale verzekering werd niet altijd als een vaste grond onder de economische weerkracht van het geheele volk beschouwd: soms werd zij een bron, waaruit onrechtmatig kon worden geput. Wel poogde men dit misbruik tegen te gaan; gevallen van aperte tendenz, (simulatie en aggravatie) werden ontmaskerd, doch in vele gevallen bleef een element van onzekerheid in de wetshandhaving bestaan, waardoor de gemoedsrust van de verzekerden allerminst verzekerd was.

Eigenaardige reacties, die zich hierdoor bij vele verzekerden voordeden, werden ten onrechte als ongevalsgevolg opgevat en traumatische neurose genoemd; (OPPENHEIM). Aldus werden deze verzekerden ten onrechte als invalide tengevolge van een bedrijfsongeval beschouwd en in het genot gesteld van een ongevalsrente. Het voortduren van dezen asocialen toestand van onnoodige geborgenheid werkt demoraliseerend, zoodat het streven naar maatschappelijke zelfstandigheid bij den betrokkene geleidelijk wordt verstikt.

Hoewel men meer en meer tot een in geneeskundig opzicht juiste

wetshandhaving tracht te komen, is toch ook thans de rechtsbodem, dien de sociale verzekering dient te verschaffen, in sociaal-geneeskundig opzicht nog niet vast genoeg.

In dit proefschrift worden eenige oorzaken daarvan op psychiatrisch-neurologisch gebied belicht.

Het ten onrechte aannemen van invaliditeit bij verzekerden is een sociaal trauma en de belangrijkste oorzaak van de sociale verzekeringsneurose. Bij klachten en verschijnselen na ongeval bij verzekerden moet men steeds onderscheid maken tusschen 1. gevolgen van het ongeval; 2. gevolgen van het bestaan der sociale verzekering en 3. gevolgen van andere oorzaken.

Er moet onderscheid worden gemaakt tusschen de verzekeringsneurose eenerzijds en de echte traumatische neurose, (schrik), anderzijds; deze laatste is ongevalsgevolg; doch kan gemakkelijk tot verzekeringsneurose gefixeerd worden.

Het klinisch begrip hersenschudding blijkt in de sociale geneeskunde niet zonder voorbehoud bruikbaar.

Postcommotioneele klachten en vele postcommotioneele verschijnselen kunnen tot verzekeringsneurose gefixeerd worden.

Een katamnestic onderzoek naar den toestand van patienten, die in 1937 in de Psychiatrisch-Neurologische kliniek te Utrecht wegens schedeltrauma werden opgenomen, bevestigt de opvatting, dat blijvende ongeschiktheid tot arbeiden na schedeltrauma in het algemeen zeldzaam is.

De beginnende verzekeringsneurose toont dezelfde klachten en verschijnselen als de klassieke „renteneurose”, doch in geringe mate.

De behandeling en prophylaxe der verzekeringsneurose vereischt in hoofdzaak het wegnemen of voorkomen van onnoodige geborgenheid. De resultaten van dit beleid zijn blijkens het katamnestic onderzoek van gevallen te Amsterdam gunstig.

Er wordt op gewezen, dat krachtens de Ongevallenwet 1921 de geneeskundigen der Rijksverzekeringsbank verantwoordelijk zijn voor het voeren van het sociaal-geneeskundig beleid ten behoeve van de getroffenenen; derhalve hebben zij recht op de medewerking zoowel van de verzekerden als van de andere geneeskundigen.

## RÉSUMÉ

La loi réglementant l'Assurance contre les Accidents a étendu le champ d'activité des médecins. En premier lieu, on eut ainsi la possibilité d'améliorer les soins physiques accordés aux ouvriers victimes d'un accident. En second lieu une toute nouvelle tâche incombait aux médecins, c'est-à-dire celle d'estimer exactement la durée et la mesure de l'inaptitude au travail pour les ouvriers accidentés, afin qu'ils se remettent au travail au moment opportun. D'abord on sousestima cette nouvelle tâche. D'autre part, on ne disposait ni des connaissances ni de la compréhension nécessaires à ce sujet. Un grand nombre de médecins se montraient peu enclins à collaborer au maintien intégral de l'esprit de la loi sur les accidents du travail. Plusieurs d'entre eux ont même douté de la possibilité d'un régime médical dans le domaine des assurances sociales.

Tout cela a donné lieu à des anomalies et même à des abus. Non seulement on ne considéra pas toujours l'assurance sociale comme pouvant servir de base solide à la résistance économique du peuple entier, mais elle devint même une source d'abus. On essaya bien de combattre ces abus et on démasqua des cas avérés de telles tendances (simulation et aggravation), mais dans bien des cas un élément d'incertitude continua d'exister au sujet du maintien de la loi, de sorte que la tranquillité d'âme des assurés était loin d'être rassurée.

On admit, mais à tort, comme conséquences d'accidents, des réactions psychiques particulières manifestées dans cet état d'incertitude par un certain nombre d'assurés, et on les qualifia fautive-ment du nom de „névrose traumatique"; (OPPENHEIM). Les ouvriers atteints de cette névrose étaient considérés à tort comme inaptes par suite d'accident professionnel, et en conséquence on leur reconnaissait le droit à une rente d'accidenté. La permanence de cette situation asociale de sécurité inutile et dans laquelle se trouve l'ouvrier, a pour conséquence que ce dernier perd

graduellement toute aspiration à une indépendance sociale.

Quoiqu'on manifestât peu à peu un penchant à maintenir intégralement la loi au point de vue médical, maintenant encore, la base légale que doit procurer l'assurance sociale n'est pas assez solide au point de vue médico-social.

Dans cette thèse, quelques causes de ce travers social ont été examinées au double point de vue psychiatrique et neurologique. L'admission erronée d'invalidité exerce une influence démoralisante et constitue la cause la plus importante de la névrose d'assurance. En cas de plaintes et de symptômes posttraumatiques chez un ouvrier assuré, il faut que l'on discerne toujours: 1° les suites d'accident; 2° les suites possibles provenant de l'existence de l'assurance; 3° les suites provenant d'autres causes.

Il faut distinguer d'une part la névrose d'assurance, et de l'autre la vraie névrose traumatique; (névrose causée par l'effroi). Cette dernière provient d'accident, mais elle peut facilement se transformer en névrose d'assurance.

En médecine sociale, on ne doit pas appliquer sans réserve le terme de clinique „commotion cérébrale”.

Les plaintes et plusieurs symptômes postcommotionnels peuvent se transformer en neurotiques.

Un examen katamnétique de la condition des personnes qui furent soignées en 1937 dans la clinique neurologique d'Utrecht à cause de *trauma capitis*, confirme l'opinion qu'en général l'incapacité de travail permanente est rare après un *trauma capitis*.

La névrose d'assurance présente à son début les mêmes plaintes et symptômes que la „sinistrose” classique, mais à un degré léger. La thérapeutique et la prophylaxie de la névrose d'assurance exige avant tout que l'on supprime et que l'on prévienne la sécurité inutile. Les résultats d'une telle manière de procéder sont favorables, d'après un examen katamnétique qui a été fait à Amsterdam.

Il est montré qu'en vertu de la loi néerlandaise de 1921 sur les Accidents du Travail, les médecins de la *Rijksverzekeringsbank* (Banque d'assurances de l'Etat) sont responsables du jugement médico-social qu'ils prononcent à l'égard des ouvriers accidentés. En conséquence, ces médecins de l'Etat ont droit à la collaboration des assurés aussi bien qu'à celle des autres médecins néerlandais.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Einführung des Unfallversicherungsgesetzes hat das Arbeitsfeld der Ärzte vergrößert. Es wurde die Möglichkeit gegeben die körperliche Pflege der Verletzten zu verbessern. Ferner aber wurde den Ärzten eine neue, sehr wichtige Aufgabe gestellt, nämlich die genaue Bewertung der Dauer und des Maszes der Arbeitsunfähigkeit der Verletzten, damit diese nicht unzeitig in ihre Arbeit zurückkehren.

Die neue Aufgabe wurde anfangs unterschätzt; ausserdem fehlten Kenntnisse und Einsichten, so dasz viele Ärzte die Wichtigkeit einer, in medizinischer Hinsicht genauen Durchführung des Gesetzes verkannten. Viele empfanden die Möglichkeit der Durchführung einer richtigen sozial-medizinischen Politik als zweifelhaft. So hat die Einführung der Sozialversicherung zu unerwünschten Folgen Anlasz gegeben, insofern die Sozialversicherung nicht immer als eine feste Grundlage der Volkswirtschaft betrachtet wurde und sogar als Quelle ungerechten Vorteils miszbraucht wurde. Zwar hat man versucht den Miszbrauch zu bekämpfen und wurden Fälle offensichtlicher Tendenz zur Übervorteilung entlarvt, (Simulation und Aggravation), aber vielfach blieb die Durchführung des Gesetzes unfest, so dasz die Gemütsruhe der Versicherten gar nicht gesichert war.

Typische Gemütsreaktionen der Versicherten auf diese Atmosphäre der Ungewisheit wurden als Unfallfolge miszdeutet und „traumatische Neurose“ genannt; (OPPENHEIM). Infolgedessen wurden diese Versicherten zu Unrecht als Arbeitsunfähig infolge eines Betriebsunfalls betrachtet, und erhielten sie die unangebrachte Fazilität einer Unfallrente.

Das Fortbestehen dieses asozialen Zustandes in nicht notwendiger Geborgenheit demoralisiert; das Streben des Betreffenden nach sozialer Selbständigkeit wird allmählich erstickt.

Obgleich das Bestreben nach in medizinischer Hinsicht richtiger Durchführung des Gesetzes die Oberhand gewinnt, ist doch auch noch jetzt der Rechtsboden der Sozialversicherung in genannter Hinsicht nicht fest genug.

In dieser Doktorarbeit werden einige Ursachen dieses Mangels auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet erörtert. Eine fehlerhafte Invaliditätsannahme bei Versicherten ist ein soziales Trauma und die wichtigste Ursache der Versicherungsneurose. Es wird darauf hingewiesen, dass bei Beschwerden und Symptomen der Versicherten immer zu unterscheiden sind: erstens Unfallfolgen, zweitens Versicherungsfolgen, drittens Folgen anderer Ursachen.

Man muss einen Unterschied machen zwischen der Versicherungsneurose und der echten traumatischen Neurose; (Schreckneurose). Letztere ist Unfallfolge, doch kann leicht zur Versicherungsneurose fixiert werden.

Der klinische Begriff Hirnerschütterung ist nicht ohne Vorbehalt in der sozialen Medizin brauchbar.

Postkommotionelle Beschwerden und viele postkommotionellen Symptome können zur Versicherungsneurose fixiert werden. Eine Katamnese der Patienten, die im Jahre 1937 in die Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik in Utrecht wegen Schädeltrauma eingeliefert wurden, bestätigt die Auffassung, dass bleibende Arbeitsunfähigkeit nach Schädeltrauma im allgemeinen selten ist.

Die Versicherungsneurose im Anfangsstadium zeigt dieselben Beschwerden und Symptome wie die klassische „Renteneurose“, zwar in geringem Masse.

Die Behandlung und Vorbeugung der Versicherungsneurose fordert hauptsächlich das Wegnehmen, bzw. Vorbeugen nicht notwendiger Geborgenheit. Solches Vorgehen hat sich in Amsterdam in einer Anzahl Fälle günstig bewährt.

Es wird darauf hingewiesen, dass kraft des Niederländischen Unfallgesetzes 1921 die ärztlichen Beamten der „Rijksverzekering-bank“ für das sozial-medizinische Urteil zum Behuf der Verletzten verantwortlich sind. Deshalb haben diese Ärzte ein Anrecht auf die Mitwirkung der Versicherten und auch der übrigen niederländischen Ärzte.

## SUMMARY

The introduction of the Dutch Accidents-acts enlarged the sphere of medical employment. Not only because it created new possibilities of better care of the injured workmen, but especially because a new task presented itself: the exact valuation of the degree and of the duration of incapacity to work.

The importance of this new task was underrated in the beginning. Moreover there was a lack of knowledge and insight in consequence of which many physicians took little interest in the cooperation towards an exact maintenance of the law from a medical point of view. Many physicians were doubtful of the possibility of an actual socio-medical treatment of the cases.

One thing and another gave rise to abuses. The Social Insurance has not always been regarded as a firm foundation on which rested the industrial life of the whole nation, but has even been abused as a source of illegal parasitism.

Nevertheless there was a reaction against this abuse; cases of evident tendency, (simulation and aggravation), were unmasked but in many cases an element of uncertainty in the maintenance of the law continued to exist, consequently the peace of mind of the insured was by no means secured.

In the sphere of uncertainty the insured were often afflicted by certain peculiar mental reactions; these were misunderstood as sequelae of the accident and wrongly called „traumatic neurosis”, (OPPENHEIM), and accordingly the insured obtained the inadequate facility of a compensation. The continuation of such an unsocial position in unnecessary security is demoralising so that the ambition to be socially independent is gradually stifled.

Though gradually the practice of a maintenance of the law in a real medical sense predominated, the legal foundation is not firm enough in a medical aspect.

In these thesis some causes have been studied from a psychiatric and neurological point of view.

When a workman is wrongly considered to be disabled it has a demoralising influence and this is the essential cause of the compensation-neurosis. In complaints and symptoms following upon an accident to insured workmen, there are always to be distinguished: 1. sequelae of the accident; 2. consequences of the existence of the Social Insurance; 3. sequelae arising from other causes. The compensation-neurosis should be distinguished from actual traumatic neurosis, (terror-neurosis); the latter is caused by the accident, but is easily fixed and passes into compensation-neurosis.

It is shown that the clinical term „concussion of the brain” may only be used with some reserve in socio-medical science.

The complaints and many symptoms of the postconcussionnal syndrome may be fixed into a state of compensation-neurosis. A catamnestic investigation into the condition of patients, who were admitted to the psychiatric-neurological clinic of Utrecht because of trauma capitis confirms the opinion that generally permanent incapacity after trauma capitis is rare.

Initial stages of compensation-neurosis show the same complaints and symptoms as the classical „malingering”, though in a slight degree.

The treatment and prophylaxis of compensation-neurosis principally require the abolishment and prevention of the state of unnecessary security. The result of this proceeding is favourable by evidence of a catamnestic investigation of cases in Amsterdam. It is pointed out that in virtue of the Dutch Accidents-act of 1921 the medical officials of the „Rijksverzekeringsbank” are responsible for the socio-medical treatment of the cases. Therefore these physicians have a right to the co-operation of the insured as well as of the other Dutch physicians.

## LITERATUURLIJST

- Arbeit und Gesundheit, Heft 13, Die Unfallneurose.  
*Bernhard*, Unerwünschte Folgen der Deutschen Sozialpolitik, 1912.  
*Bleuler*, Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Ueberwindung, 1919.  
*Bonhoeffer*, Bemerkungen zur Unfallneurose, Deutsche Med.Wochenschr. 1927.  
*Bouman, K.H.*, Rede bij de aanvaarding van het Hoogleeraarsambt, 1916.  
*Bouman, L.*, in Bouman en Brouwer, Leerboek der Zenuwziekten.  
*Brouwer*, Ned.Tijdschr.v.Geneesk., 1927, I, blz. 3043.  
*Brouwer*, Maandschr.v.Kindergeneesk., 1932, blz.477.  
*Brun*, Schweiz.Zschr.f.Unfallmed.u.Berufskr. 1930, blz.280.  
*Brun*, Schweiz. Archiv.f.Neur.u.Psych., 1938, XLI, blz. 269.  
*Bumke*, Handbuch der Psychiatrie.  
*Bumke und Foerster*, Handbuch der Neurologie.  
*Carp*, de Neurosen, 2-de druk, 1939.  
*de Cock*, Leerboek van Bouman en Brouwer.  
*Eversen*, De grondslagen der sociale verzekering, 1932.  
*Folpmers*, Over de gevolgen van werkloosheid in Nederland.  
 Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank, 1921.  
*Grelinger*, Psychiatrische en Neurologische bladen, 1939, blz. 169.  
*Groeneveld en Stemberg*, de Ongevallenwet, 1922.  
*Hardenberg*, Psychiatrische en Neurologische bladen, 1937, No 4.  
*Hardenberg*, Geneeskundig Tijdschr. der Rijksverzekeringsbank, 1940, blz. 121.  
*Hoche*, Arbeit und Gesundheit, Heft 13.  
*Jossmann*, Der Nervenarzt, 1922, blz. 385.  
*Jossmann*, Der Nervenarzt, 1930, blz. 68.  
*Kastein, Grelinger en Fortanier*, Posttraumatische neurotische reacties bij verzekerden, 1940.  
*Kat*, Commotio cerebri, Academisch proefschrift.  
*Keyserling*, Wiedergeburt.  
*Klieneberger*, Handbuch der gesammten Unfallheilkunde, Band 1.  
*Knoll*, Arbeit und Gesundheit, Heft 13.  
*König und Magnus*, Handbuch der gesammten Unfallheilkunde.  
*Kortweg*, Ongevallengeneeskunde.  
*Kijzer*, Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1939, I, blz. 197.  
*Liek*, Die Schäden der sozialen Versicherung und Wege zur Besserung, 1928.

- Malling, Knud*, Acta psychiatrica et Neurologica, 1927, II.  
*Marburg*, in Handbuch Bumke und Foerster, Band XI.  
*Oppenheim*, Die traumatischen Neurosen, Berlin, 1892.  
*Reichardt*, Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung, 1916.  
*Reichardt*, Die psychogenen Reaktionen einschliesslich der sogenannten Entschädigungsneurosen, 1933.  
*Riese*, Die Unfallneurose als Problem der Gegenwartsmedizin.  
*Riese*, Schweiz. Zschr. f. Unfallmed. u. Berufskr., 1930, blz. 265.  
*Rümke*, Levenstijdperken van den man.  
*Sachs*, Unfallneurose.  
*Sillevis Smitt*, Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1939, No. 3. blz. 287.  
*Smit*, Geneesk. Tijdschr. der Rijksverzekeringsbank, 1938.  
*Stefan*, Neurologische Gutachtertätigkeit.  
*Stenvers*, Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., 1921.  
*Stern, F.*, Neurologische Begutachtung.  
*Stier*, Ueber die sogenannten Unfallneurosen, 1926.  
*Straus*, Geschehnis und Erlebnis, Berlin, 1930.  
*van Valkenburg*, Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1931, II, blz. 3056.  
*van Valkenburg*, Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1938, II, blz. 2688.  
*von Weizsäcker*, Der Nervenarzt, 1929, blz. 569.  
*von Weizsäcker*, Soziale Krankheit und Gesundheit, 1930.  
*von Weizsäcker*, Ärztliche Fragen, 1934.

Uitgebreide literatuurlijsten zijn bovendien te vinden in het „Handbuch der gesammten Unfallheilkunde“ van König en Magnus, 1934, deel I, blz. 470.

Eveneens bij:

*Brun*, Schweiz. Archiv.f.Neur.u.Psych., 1938, XLI, blz. 342.

# INHOUD

INLEIDING. . . . .	1
I - HISTORISCH OVERZICHT. . . . .	2
II - DE SOCIALE VERZEKERING ALS OORZAAK VAN NEUROSE NA ONGEVAL . . . . .	17
1 - Algemeene beschouwingen . . . . .	17
2 - Het sociaal-geneeskundig beleid. . . . .	19
III - BELEID BIJ LETSELS OP PSYCHIATRISCH EN NEUROLOGISCH GEBIED . . . . .	25
1 - Psychiatrisch ongevalsletsel: schrik . . . . .	25
2 - Letsel op neurologisch gebied: schedeltrauma . . . . .	32
3 - Het begrip hersenschudding . . . . .	36
4 - Toestandsbeeld der verzekeringsneurose in statu nascendi. . . . .	46
5 - Postcommotioneele klachten en verzekeringsneurose. . . . .	49
6 - Diagnose der verzekeringsneurose ten opzichte van epilepsie. . . . .	61
7 - Katamnestic onderzoek van schedeltraumata. . . . .	68
IV - INVLOED VAN GESTEL EN KARAKTER. . . . .	81
V - ONNOODIGE GEBORGENHEID . . . . .	88
1 - Invaliditeit — faciliteit . . . . .	88
2 - Invloed van andere faciliteiten. . . . .	100
3 - Maatschappelijke positie en toestand van den verzekerden getroffen in staat van geïnvetereerde neurose. . . . .	103
VI - BEHANDELING DER SOCIALE VERZEKERINGSNEUROSE NA ONGEVAL . . . . .	106
1 - Behandeling der beginnende sociale verzekeringsneurose. . . . .	106
2 - Behandeling der geïnvetereerde verzekeringsneurose. . . . .	110
3 - Prophylaxe der verzekeringsneurose na ongeval . . . . .	111
4 - Verslag omtrent honderd verzekerden te Amsterdam. . . . .	115
VII - NAAM EN BEGRIPSBEPALING . . . . .	144
Samenvatting. . . . .	145
Résumé. . . . .	147
Zusammenfassung. . . . .	149
Summary. . . . .	151
Literatuur. . . . .	153



# STELLINGEN

## I

Er bestaat een verzekeringsneurose.

## II

Alle postcommotioneele klachten kunnen neurotisch gefixeerd worden.

## III

De hyper-azotaemie, welke na groote maag- en darmbloedingen optreedt, heeft geen klinische beteekenis.

## IV

Bij zuigelingen uit familiés met congenitale heupluxatie is vroegtijdige röntgencontrôle vereischt, teneinde in geval van vlakke heuppan dreigende luxatie met een eenvoudig bandapparaat te voorkomen.

## V

De behandeling van de extra-uterine graviditeit dient ter wille van de integriteit van de vrouw zoo veel mogelijk exspectatief te zijn.

## VI

Treedt het symptoom van SALUS-GUNN op bij een beginnende of lichte retinitis albuminurica, dan is de prognose quoad vitam infaust.

L. HARDENBERG



## VII

Het erytheem van den negenden dag is geen infectieziekte.

## VIII

Bij kinder-diabetes verdient de oude therapie met insuline de voorkeur boven de moderne behandeling met protamine-zink-insuline.

## IX

In dubiis abstine wil in de sociale geneeskunde zeggen, dat men zich onthoude van ongeschiktverklaring.









