

van 4 minuten in TYRODE-vloeistof van 38° het atropine reeds 100 maal minder werkzaam was geworden, zou het onmogelijk zijn, een pharmacologisch onderzoek met een dergelijk vergift te verrichten.

Tenslotte maakt VAN LIDTH DE JEUDE nog bezwaar tegen het volgende. DEN BESTEN en SLUYTERS vinden, dat physostigmine na atropine in kleine vaten van 15 cm³ een geringere werking schijnt te ontvouwen dan in de grootere; wat vreemd is, omdat de werking van het physostigmine waarschijnlijk afhankelijk is van de concentratie en men dus in het kleinste vat de meeste werking zou verwachten. VAN LIDTH DE JEUDE deelt mede, dat hij in zijn proeven hetzelfde verschijnsel vond bij „grootere pilocarpine-doses” na voorafgaande atropinevergiftiging, en hij meent dit verschijnsel te kunnen verklaren door aan te nemen, dat groote pilocarpinehoeveelheden in de kleine vaten een sterk toxische werking uitoefenen. Het verschijnsel deed zich bij DEN BESTEN en SLUYTERS niet alleen bij de *grote*, maar ook bij de *kleine* giften physostigmine voor. Het is de vraag, of men aan dit verschijnsel waarde mag hechten, zooals DEN BESTEN, en SLUYTERS ook in hun stuk laten uitkomen; maar zeker is, dat VAN LIDTH DE JEUDE's verklaring niet de juiste is.

Ten slotte veroorloof ik mij op te merken, dat m. i. het schrijven van een ingezonden stuk niet de weg is, om geschilpunten over zeer specifieke wetenschappelijke vraagstukken op te lossen, allermint wanneer het mededeelingen betreft uit eenzelfde instituut, en waarbij, zooals hier, een zeer langdurige mondelinge discussie is voorafgegaan. In een dergelijk geval is de plaatsruimte, die voor een ingezonden stuk beschikbaar is, zeker te klein. Ik mag dan ook wel van deze gelegenheid gebruik maken om mede te deelen, dat ik op dergelijke discussies als regel niet meer in zal gaan.

Utrecht, 25 October 1917.

W. STORM VAN LEEUWEN.

BEHANDELEND GENEESHEER EN CONTROLEEREND GENEESHEER.

Tot de zegeningen, die ons gebracht zijn door het verbod van ziekenbriefjes-afgeven, behoort ook, dat de controleerende artsen als paddestoelen uit den grond, zoo talrijk, zijn opgekomen. En nu zou ik toch graag eenige opmerkingen maken over de verhouding van controleerend en behandelend arts aan de hand van een paar gevallen uit de praktijk.

Eerste geval: Op een Zondagavond word ik geroepen bij menschen, die zeker slechts in geval van nood op dat uur den dokter halen. Ik vind een 21-jarigen jongen man ziek met hooge temperatuur en alle verschijnselen van een exsudatieve pleuritis aan den rechter kant. Voorgescreven wordt o. a. *bedrust* voor dezen patiënt, dien ik al eenige malen vroeger had onderzocht — zonder afwijkingen te vinden —, omdat het zoo'n tengere, bleeke jongen is. Zaterdagavond komt de vader van den patiënt bij mij; de controleerende arts van den vakbond was er geweest, had den zieke onderzocht, vastgesteld en meegedeeld, dat de huisdokter zich vergiste, en gelast, dat patiënt moest opstaan en den volgenden dag zijn werk hervatten. Ik gaf den vader een briefje mee voor den controleerenden arts met mijn meening over het geval, nadat ik mij eerst nog eens ter plaatse overtuigd had, dat ook nu nog een zeker drie vinger-breed exsudaat aanwezig was. Antwoord van den collega: wat de huisarts toch wou; — de jongen moest aan het werk. Gelukkig waren de geldelijke omstandigheden niet zóó slecht, of de vader kon den raad van den huisdokter volgen en den jongen in bed laten — op gevaar af van geen ziekteuitkeering te krijgen. Daarenboven werd herkeuring aangevraagd (in vele gevallen niet eens mogelijk!) en het gevolg daarvan was, dat door de uitspraak van de herkeurings-commissie de patiënt (en de huisarts) in het gelijk werd(en) gesteld. Sindsdien zijn weer een dag of tien verlopen, het exsudaat vermindert, doch is nog niet geheel verdwenen, de patiënt is nog te bed. Slechtere geldelijke omstandigheden hadden allicht gedwongen tot opvolgen van 's controleurs bevel en het loopen van aanzienlijk gevaar.

Tweede geval: Een meisje, lid van denzelfden vakbond, laat mij des Vrijdags roepen voor een angina; ik schrijf haar *bedrust* voor. 's Maandags bezoek ik haar nog eens,

vind den toestand verbeterd en spreek af, dat zij, als zij zich goed gevoelt, Woensdag of Donderdag op mijn spreekuur zal komen, om te zien, of zij den daarop volgenden dag haar werk zal kunnen hervatten. Maar kort na mijn bezoek verschijnt de controleerende arts, dezelfde van geval één, en „plus royaliste que le roi” spreekt hij bij deze angina zonder verwickelingen het bevel uit, dat vóór den volgenden Maandag het werk niet hervat mag worden.

Nu vraag ik, waar moet dat naar toe? Wat is de taak van den controleerenden arts? Is het, om den *huisarts* te controleeren, na te gaan of de huisarts behoorlijk zijn plicht doet tegenover den patiënt, of is het de bedoeling den *patiënt* te controleeren, na te gaan of deze zich wel onder behandeling heeft gesteld en de voorschriften opvolgt, m. a. w. zijn plicht doet tegenover den huisarts? Ik meen onvoorwaardelijk het laatste. De controleerende arts moet den patiënt en niet den behandelenden geneesheer controleeren. Zijn collega controleeren — dat mag en kan hij niet.

Het zal m. i. noodig wezen, om, waar de bindende besluiten niet van de lucht zijn, ook bindende bepalingen te maken betreffende de verhouding van controleerend en behandelend arts. Daarin worde als eerste punt gesteld, dat de controleerende arts *geen* uitlatingen omtrent zijn bevinding doet tegenover den patiënt. Het vertrouwen in den huisdokter, het eerste wat wij noodig hebben, ieder op zijn beurt, wordt door optreden van controleerende artsen als in bovengenoemde gevallen, maar al te licht geschokt, tot nadeel van den geheelen doktersstand. Is de controleerende arts het met den behandelenden geneesheer niet eens, dan stelle hij zich met deze in verbinding, en komen beiden (wat m. i. uitzondering zal zijn) niet tot overeenstemming, dan dient een arbiter te beslissen. Zooals het nu gaat, deugt het niet. De huisarts loopt door zulk optreden van den controleerenden collega gevaar het vertrouwen van den patiënt, c. q. den patiënt zelf, te verliezen.

Amsterdam, 25 October 1917.

W. POLAK.

SANATORIUM-GENEESHEER EN HUISARTS.

Eenigen tijd geleden werd in het officieele orgaan van de Nederlandsche Vereeniging ter bestrijding der tuberculose de aandacht gevestigd op de geringe medewerking, welke de sanatorium-artsen ondervinden van de zijde der huisartsen van hun patiënten. Deze verhouding laat zonder twijfel iets te wenschen over, maar er is evenveel reden tot klagen over de geringe medewerking van de sanatorium-geneesheeren. Verscheidene minder prettige ervaringen op dit gebied brachten ons er toe, zoowel in het belang van onze patiënten, als in dat van de sanatorium-verpleging, hierop eens in dit *Tijdschrift* te wijzen.

De belangrijkste van bovengenoemde ervaringen komen in het algemeen en in het kort hierop neer: Wij zonden patiënten met zoo volledig mogelijke inlichtingen onzerzijds naar een sanatorium en verzochten als contrôle op onze eigen beoordeeling om mededeeling van de bevindingen van den sanatorium-arts en liefst na eenigen tijd van het verloop. Hierop kregen wij geen antwoord, hoorden langen tijd van bevoegde zijde niets van onze patiënten, totdat wij vrij plotseling van de familie van de patiënten hoorden, dat zij, hetzij verbeterd, hetzij in zeer slechten toestand, binnen eenige dagen zouden thuis komen of zelfs al thuis waren.

Dat hier iets niet in orde is, ligt voor de hand. Hoe meer zich het specialisme ontwikkelt, des te meer wordt men toch doordrongen van de noodzakelijkheid van samenwerking tusschen de verschillende specialisten onderling en tusschen specialist en huisarts. In bovengenoemde gevallen ontbrak deze nagenoeg geheel. Het is noodzakelijk op de groote wenschelijkheid van deze samenwerking te wijzen en wel om de volgende redenen:

Ten eerste vindt de sanatoriumbehandeling bij het publiek geen onverdeelde belangstelling en instemming en ziet men er gewoonlijk zeer tegen op, den patiënt weg te zenden naar een vreemde omgeving en aan andere handen over te laten. Het ligt dan voor de hand, dat de bezwaren geringer zullen zijn, naarmate de band tusschen patiënt en vroegere omgeving minder wordt verbroken. Zooals het meestal gaat, krijgt de