

commissie eenig onrecht aan de specialisten zou willen doen. Integendeel, zij pleit in haar nota voor het goed recht der specialisten, en wijst hun de ruime plaats aan in het ziekenhuis, die hun toekomt. Maar zij keert zich tegen de engere groepsbelangen der specialisten, waar deze strijdig zijn met de ziekenhuisbelangen. Als zoodanig moet het streven genoemd worden naar de vrije toelating van specialisten in onze openbare ziekenhuizen. Weliswaar pleit BLES voor een gemitigeerden vorm van het beginsel, een soort van beperkt vrije specialistenkeuze, maar men moet al heel bijziende zijn, om daarin niet den wolf in schaapsvacht te ontdekken. BLES stelt voor, dat een specialist over een zeker aantal bedden in een bepaald ziekenhuis zal kunnen beschikken. Deze eisch steunt op de premisse (cursief gedrukt), dat hoe meer specialistische hulp, hoe meer specialismen, des te beter voor de zieken, des te beter voor de geneeskundige wetenschap. Zou BLES in ernst meenen, dat iedere Amsterdamsche specialist of die zich in Amsterdam wenscht te vestigen, de beschikking moest hebben over eenige ziekenhuisbedden, in het belang van zieken en van wetenschap? Ik kan het nauwelijks aannemen. Het klinkt mij te ongerijmd, om het „au sérieux” te nemen. Men denke zich de honderd en zoo veel specialisten, vertegenwoordigend tientallen van specialismen over de ziekenhuizen verdeeld, met ieder hun rechtmatige portie bedden aangewezen. Heeft BLES zich wel eens afgevraagd, hoe dit stelsel in de praktijk eruit zou zien? Mogen wij eens vernemen, hoe hij zich dat denkt, maar in bijzonderheden uitgewerkt met inachtneming van de eischen eener goede gemeentelijke ziekenhuispolitiek? Nauwkeurige omschrijving en toelichting is in de eerste plaats noodig, omdat wij ieder voorbeeld in de beschaafde wereld missen, dat de deugdelijkheid van het stelsel in het groot kan aantonen. Ik laat de gebruiken in kleinere provinciesteden buiten beschouwing, al hebben ook de goed geoutilleerde gemeente-ziekenhuizen aldaar hun bezoldigden staf van specialisten, en behoort het ook daar tot de uitzonderingen, als voor de 3de klasse-patiënten in particuliere ziekenhuizen geen vaste artsen zijn aangewezen. Daar het ziekenhuis een ingewikkeld bedrijf is geworden, in het bijzonder een overheidsbedrijf, hebben de bestuurderen een groote verantwoordelijkheid tegenover de gemeenschap, ook wat den geneeskundigen ziekenhuisdienst betreft. Deze dienst uit het algemeen verband te lichten, zou de organisatie van het ziekenhuis ontredderen met de chaotische gevolgtostanden van dien, allermint in het belang der zieken, noch voor de wetenschap. Aan jonge specialisten mag al onder de tegenwoordige ziekenhuisregeling een zekere beperking in hun maatschappelijke vlucht worden opgelegd. Dat het heil der menschheid daaronder lijden zou, vermag ik niet in te zien.

Amsterdam, 28 Januari 1922.

J. L. C. WORTMAN.

## II.

Met het laatste gedeelte van de beschouwingen van BLES (bldz. 431) kan ik niet meegaan. Mijn overtuiging is, dat wij na de aanneming met algemeene stemmen van de nota der commissie van „de vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen”, van deze vereeniging zeer weinig hebben te verwachten en mijns inziens zal het de vraag zijn, of het hoofdbestuur, de C. C. en de S. O. opgewassen zijn tegen die strooming. Wij zullen ons wel zelf moeten redden. Wel heb ik vertrouwen, dat de regeering, waar geen belanghebbende artsen de lakens uitdeelen, het belang der zieken — de vrije specialistenkeuze — zal weten te behartigen. Ik zou gaarne eens de afdoende motieven willen hooren, waarom de bovengenoemde vereeniging niet met algemeene stemmen den weg, door de S. O. ook als de meest gewenschte voor de zieken aanprezen, heeft aangenomen, en de bezwaren, die blijkens profondervindelijke ziekenhuisverzorging zoowel hier als elders theoretische bezwaren blijken te zijn, heeft trachten op te lossen. De organisatie van een ziekenhuis behoeft, door het toelaten van elken specialist op de zalen, niet in het gedrang te komen. Hier in Leeuwarden bestaat een protestantsch en een roomsch algemeen ziekenhuis. Geheel onvoldoende zou het hier dus wezen, als men slechts tot één dezer ziekenhuizen als specialist toegang had. De zieken-

huizen elders liggen ook niet voor het opscheppen en als de vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen wel den zieken het recht toekent zich naar het ziekenhuis hunner keuze te begeven, moesten zij dien zieken m. i. eveneens het recht toekennen zich aldaar te laten *blijven* behandelen door den arts hunner keuze.

Ten slotte kan ik het ook niet eens zijn met BLES, dat wij in de richting van het ziekenhuiswezen een stap nader kunnen komen tot de oplossing (ik zie het vraagstuk niet) van het vraagstuk betreffende de opleiding van specialisten. Het artsdiploma, dat ons het recht geeft tot uitoefening van de praktijk in haar geheelen omvang, geeft ons *ook* het recht die praktijk voor een gedeelte uit te oefenen. Trouwens zal een ongemotiveerd optreden als specialist zich zeker toch wel zelf wreken. Dat de geneeskundige faculteiten hier te lande in de eerste plaats, maar ook de directeuren der groote ziekenhuizen hun deuren wijd (en wijder dan tot nog toe) openen voor hen, die zich in de richting van het specialisme wenschen te bekwamen, zal de beste oplossing zijn voor een goede opleiding van specialisten

Leeuwarden, 29 Januari 1922.

D. A. DE GROOT.

#### DE TEGENWOORDIGE GRIEPEPIDEMIE.

Wij herinneren ons nog de ernstige grieplijders van het jaar 1918. Wanneer wij de, gewoonlijk krachtige, jonge menschen tusschen het 20ste en 30ste jaar zagen liggen, licht zweetend, met paars-blauw gelaat, een pols van 140 per minuut en sterken ademnood, dan stelden wij zonder verder onderzoek de prognose reeds ongunstig.

De influenza-epidemie van 1921—1922 maakt hier ook haar slachtoffers, maar onder een andere groep. Gewoonlijk wordt het geheele gezin aangetast. De ouderen zijn na een paar dagen ernstige ongesteldheid weer beter, maar de kinderen onder het vijfde jaar blijven ziek. Het begint met een bronchitis en na enkele dagen vertoont het patiëntje hetzelfde beeld als de zware grieplijders van 1918. Het gelaat is licht-zweetend, bleek met livide wangen en lippen, de oogen half-gesloten en ingezonken, pols 140—160, ademhaling 80 en meer per minuut, temperatuur boven 40°. Bij onderzoek vindt men een duidelijke pneumonie met massieve demping en bronchiaal ademen, soms aan beide zijden. De prognose van deze gevallen is zeer ongunstig. Na enkele dagen hoort men grove vochtige reutelgeruischen over de geheele long en de zieke gaat snel achteruit. Soms treedt schijnbaar eenige verbetering in, de dyspnoe wordt minder, maar de snelle pols en de bleeke, livide gelaatskleur blijven, en na tien of twaalf dagen treedt toch de dood in. Het resultaat van het bacteriologisch onderzoek kan ik nog niet mededeelen.

Doel van dit schrijven is om te weten te komen, of ook op andere plaatsen ditzelfde ziektebeeld zich voordoet.

Zevenaar, 29 Januari 1922.

J. G. A. HONIG.

#### HET VERBAND TUSSEN TUBERCULOSE EN DEMENTIA PRAECOX.

Aan LEENDERTZ wil ik naar aanleiding van zijn schrijven in het vorige nummer enkele vragen stellen.

Heeft inderdaad langdurige ervaring een vrij stevig verband gelegd tusschen tabes dorsalis, dementia paralytica en syphilis? Of heeft de ervaring steeds in het onzekere gelaten en ten slotte de serologie het verband aangetoond?

Waarom mag het in plaats of tijd naast elkander voorkomen van twee ziekten geen reden zijn tot het *zoeken* van eenig verband tusschen die ziekten?

Waarom is een statistiek, die niet alle gevallen omvat onbruikbaar? Welke statistiek voldoet aan dien overdreven eisch?

Aan LEENDERTZ is van een oorzakelijk verband tusschen dementia praecox en tuberculose nooit iets gebleken. Mag ik vragen, op welke wijze hij naar dat verband heeft gezocht? Heeft hij de tuberculine-gevoeligheid van zijn praecoxlijders onderzocht? Heeft hij tevergeefs getracht in de anamnese van lijders aan dementia