

INGEZONDEN.

CONTRÔLE EN BINDEND BESLUIT.

■ Het antwoord van collega STURKOP heeft mijn bezwaren niet geheel uit den weg geruimd.

Wat moet verstaan worden onder „afgelegene streken waar slechts één geneesheer is gevestigd”, waarvoor dan uitzonderingsbepalingen zouden gelden? Bij het naslaan van het *Jaarboekje* blijken de plaatsen met één arts toch nog zéér talrijk te zijn. Maar bovendien: in alle dorpen, ook die waar 2 of 3 medici gevestigd zijn, zou dan de contrôle moeten geschieden van een stad uit met belangrijke onkosten en tijdverlies. Te zien hoe collegae van grooten afstand een patiënt gaan controleeren, die al weer aan zijn werk is gegaan, of bij wien voorloopig toch geen sprake is van werkhervatting, dat is zoo in ergerlijke mate oneconomisch! Waarom moet, vóór dat wij als huisartsen een inlichting geven aan een controleerend geneesheer, geeischt worden, dat hij onzen patiënt onderzocht heeft?

Waarom mogen wij niet op een formulier aan den controleerenden arts invullen den aard der ziekte, als ons de zekerheid gegeven wordt, dat dit beschouwd wordt als een ambtsgeheim van den eenen medicus aan den anderen, evengoed als wij dens pccialist onze bevindingen meedeelen van onzen patiënt? Waarom mogen wij niet laten weten, wanneer wij onzen patiënt geschikt bevonden om weer aan het werk te gaan?

Ik kan niet anders zien, dan dat de reden daarvan is: wantrouwen. Dat er niet altijd vertrouwen kan bestaan, is duidelijk, en daarom kan ik mij ook volkomen neerleggen bij het *recht* van den controleerenden arts om de patiënten te onderzoeken, maar om dit *verplichtend* voor te schrijven is m.i. verkeerd en voor het platteland zéér oneconomisch.

Terwolde.

P. J. A. VAN DER POT.

Collega STURKOP spreekt van „de Arnhemsche voorstellen”; ik heb slechts gezegd, dat het een leidraad ter aanknooping van gedachtenwisselingen betreft en dat daarover besprekingen te Arnhem worden gevoerd. Het onderwerp komt nog in den Kring ter behandeling en bij een voorloopige orientatie in een kleinere groep bleek reeds, dat de redactie van het schema met wijzigingen en aanvullingen van beteekenis in den Kring zal worden ingediend.

Voor het overige, op de zaak zelf terugkomend, stelt mij gerust de erkenning van collega STURKOP, dat in het ontwerp Bindend Besluit mogelijkerwijze onduidelijk of onvolledig de bedoeling is uitgedrukt.

Maar is ook collega STURKOP, gelijk ik, gekant tegen een Bindend Besluit, dat — verre van behandeling en contrôle te scheiden — inlichtingen, over den aard der ziekte, van den behandelenden arts toestaat (bedoelt men eigenlijk niet: wenschelijk acht?) ten opzichte van den controleerenden arts der Bedrijfsvereniging ter plaatse en categorisch verbiedt ten opzichte van den controleerenden medischen adviseur der Bedrijfsvereniging?

Wil men echter dit verschil onderstreept laten, dan is het m.i. ter voorkoming van ontarding van het contrôlewezen een gebiedende eisch, dat als criterium gelde niet den patiënt al of niet gezien te hebben, maar hem al of niet op doeltreffende wijze onderzocht te hebben om over het geval deskundig te kunnen oordeelen.

Arnhem, 21 Maart 1932.

J. G. SCHNITZLER.

Het verheugt mij, dat ik collega SCHNITZLER heb kunnen overtuigen; en ook het eenig geschilpunt, dat nog overblijft, meen ik uit den weg te kunnen ruimen.

Wanneer wij meenen, dat aan adviseurs van bedrijfsverenigingen inlichtingen moeten worden geweigerd, als zij den patiënt niet hebben gezien, bedoelen wij daarmee alleen die adviseurs, die in de plaats treden van controleerende geneesheeren en die met adviseurs niets anders gemeen hebben dan den naam.

Wanneer een bedrijfsvereniging in verschillende deelen van het land controleerende geneesheeren heeft en bovendien in het centrum een adviseur, dan kan men deze natuurlijk over statische en andere dingen inlichten zooveel men wil; maar wanneer een bedrijfsvereniging alléén een medisch adviseur heeft en geen controleerende geneesheeren en deze dan aan den behandelenden geneesheer inlichtingen vraagt over arbeidsgeschiktheid of ziekte, dan valt een dergelijk medisch adviseur onder ons bindend besluit.

Collega VAN DER POT zal moeilijker te overtuigen zijn. Hij heeft blijkbaar nooit de ellende gekend, die voortspruit uit het controleeren van eigen patiënten. Juist in kleine plaatsen met 2 of 3 geneesheeren is het gevaar zoo groot, dat een „zachtzinnige” of gemakkelijk over te halen collega de patiënten tot zich zal trekken van een ander, die meer ruggegraat heeft.

En collega VAN DER POT zal toch begrijpen, dat het afgeven van de door hem bedoelde verklaringen aan een medicus, die den patiënt niet heeft gezien, gelijk staat met het controleeren van eigen patiënten. Immers de patiënt die weet, dat geen andere arts dan zijn eigen hem heeft onderzocht, weet ook, dat alle beslissingen over het ziektegeval direct of indirect van zijn eigen geneesheer afkomstig zijn.

De vergelijking met de mededeelingen aan den specialist is natuurlijk onjuist. In dat geval geldt het uitsluitend het belang van den patiënt, terwijl hier juist wel eens de belangen van den patient in het gedrang kunnen komen.

Als alle menschen op het platteland vanzelf onmiddellijk aan het werk gingen, zoodra zij daartoe in staat waren en dus aggravatie niet bestond, en wanneer elke geneeskundige onmiddellijk van de arbeidsgeschiktheid kennis zou geven, zelfs wanneer hij daardoor met een patiënt conflicten zou krijgen, of een deel van zijn practijk zou verliezen, dan ware inderdaad de voorgestelde maatregel onoeconomisch en onnoodig. Zoolang dit niet zoo is, durf ik nog met volle overtuiging te ijveren voor het doorons voorgestane bindende besluit.

Dr. S. STURKOP.

HET CHOLESTERINEVRAAGSTUK.

In zijn bovengenoemd artikel (dit *Tijdschrift* 76, I, 9 bldz. 956) zegt prof. HIJMANS VAN DEN BERGH met betrekking tot de verklaring der hypercholesterinaemie bij de zoogenaamde lipoidnephrose (bldz. 961): „Maar wat hebben wij aan al deze hypothesen, als er geen deugdelijke argumenten voor kunnen worden aangevoerd, of als zij niet tot nieuwe onderzoekingen aanleiding geven.”

Nu is het ongetwijfeld zeer te betreuren, dat de Utrechtsche hoogleeraar de door mij gegeven verklaring van het verband tusschen nierandoeningen in het algemeen en hypercholesterinaemie hierbij geheel buiten beschouwing heeft gelaten; met het volgende voorbeeld zal ik dit verband hier duidelijk maken.

1°. Bij de zoogenaamde retinitis albuminurica bestaat oedeem van het netvlies en dikwijls ook van de papil (dit is een pathologisch-anatomisch *feit*).

2°. In het oedeem van nierzieken nu is *ammoniak* in sterke concentratie aanwezig. Dit is een chemisch *feit*, tot voor kort evenwel aan alle medici (zelfs aan VOLHARD en SEITZ uit Frankfort!) geheel onbekend. De beteekenis dezer ammoniakvorming is door mij op eenvoudige wijze volkomen verklaard: Wanneer namelijk de nier niet voldoende ammoniak kan vormen voor de uitscheiding der zuren, m.a.w. wanneer er een relatieve nierinsufficiëntie bestaat, geschiedt de compensatie der acidosis *extra-renaal* en wel in de eerste plaats op de voor het organisme minst schadelijke wijze, d.w.z. door aanmaak van NaHCO_3 in de *weefsels*. Voor dit doel wordt water en keukenzout geretineerd en aldus heeft de omzetting van het NaCl in Na HCO_3 in het oedeem plaats volgens de vergelijking: $\text{NaCl} + (\text{NH}_4) \text{HCO}_3 = \text{Na HCO}_3 + (\text{NH}_4) \text{Cl}$.

Men kan in analogie met de overige nier-oedemen dus wel met volle zekerheid aannemen, dat bij de retinitis albuminurica in het oedeem van het netvlies eveneens ammoniak in sterke concentratie aanwezig is!

3°. Ook is het een pharmacologisch vaststaand *feit*, dat alle ammoniakzouten zeer sterk werkende celvergiften zijn, omdat de ammoniak gemakkelijk in de