

verplegingsfondsen in de provincie Groningen de basis vormt van mijn ongunstig oordeel over deze fondsen in het algemeen. De hier geuite meening over den Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in de provincie Groningen moet ik geheel voor rekening van den schrijver laten. Persoonlijk draag ik den ziekenhuisverplegingsfondsen, ook die in Groningen, een warm hart toe, getuige het feit dat ik zelf in mijn woonplaats een dergelijke vereeniging heb opgericht. Zij zijn zeker een sociale noodzakelijkheid geworden en een zegen voor de bevolking. Hopelijk zullen zij zich echter houden aan de taak in hun naam vervat.

De ziekenfondsen worden van nalatigheid beschuldigd, omdat zij nog niet verzekeren tegen opneming in het ziekenhuis en klinische hulp. Een nalatigheid is dit niet, het voert echter te ver, de historische ontwikkeling van het ziekenfondswezen hier na te gaan. De conclusie ligt echter zeer voor de hand; spoedige invoering van de genoemde verstrekkingen in alle ziekenfondsen, opdat ten behoeve der patiënten de geneeskundige behandeling een éénheid zal blijven.

Met 1½ miljoen verzekerden wordt geschermd, waarom niet liever het aantal tienduizenden genoemd, dat onder het contract zal vallen?

Eén gulden per ziel per jaar zou géén lukraak bedrag zijn? Men leze hieromtrent het ingezonden stuk van dr. J. M. PLANTEYDT in het *Tijdschrift* van 13 Juni j.l.

Wat de inzender schrijft over het drukken van het specialisten-honorarium, is voor de specialisten van belang om te lezen, zij kunnen dan zich een oordeel vormen, wat er staat te gebeuren als het contract eenmaal is afgelopen.

Dat het de bedoeling is om op den duur te komen tot eene volledige verzekering van klinische hulp ook voor de beter gesitueerden, kan ieder in de kringen der verplegingsfondsen beluisterén, zelfs in het bovenstaande artikel wordt overleg bepleit met de ziekenhuisverplegingsfondsen inzake het vraagstuk der middenstandsziekteverzekering, daar zij dit vraagstuk reeds van begin af aan ter *hand namen*. Wenscht men een beter bewijs voor het dreigende gevaar van het verdwijnen van de specialistische particuliere practijk?

Dat een huisarts, die honorarium voor zijn diensten moet hebben, in het gedrang komt bij den vrijen gang naar de specialisten; die een abonnementsysteem hebben, behoeft geen verder betoog.

Hoe weinig de inzender begrijpt van de geheele materie, ook van het door mij ingezondene, blijkt wel uit het feit, dat hij de huisartsen soms specialistische hulp wil zien verrichten.

Dat de ziekenhuisopneming zal stijgen, als de huisartsenhulp voor een gedeelte zal worden vervangen door specialistenhulp, is niet beschamend voor den geneeskundigen stand, zooals de inzender veronderstellenderwijs naar voren brengt; immers een onderzoekend of behandelend arts moet zijn patiënt veelal in zijn nabijheid hebben, een huisarts in de woning van den patiënt, een specialist in een ziekenhuis.

Hoe in de ziekenhuisverplegingsfondsen de beter gesitueerde mede betaalt voor den minder welgestelde is mij totaal een raadsel, daar er geen progressie in de contributie bestaat. Rijk en arm betalen juist evenveel.

Dat er in het contract, wat de contributie betreft, een onbillijkheid schuilt, wil ik gaarne den inzender ter overdenking geven; het platteland heeft veel minder ziekenhuisopnemingen dan de stad, procentsgewijs, waardoor als gevolg der uniforme contributie het platteland voor de stad gaat medebetelen, indien men de bij verzekering voor klinische hulp zou gaan invoeren.

Warffum, Juni 1936.

M. A. J. JANSMA.

HOEVEEL KAN EEN ARTS LEZEN?

In het vorige *Tijdschrift* maakt collega PINKHOF een vergelijking tusschen de lengte van de artikelen in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en die in eenige buitenlandse tijdschriften; hij komt hierbij tot de conclusie, dat in deze laatste slechts bij uitzondering mededeelingen voorkomen, die de door de redactie van ons *Tijdschrift* onverbiddeijk gehandhaafde limiet van 8 bldz. of 21200 letters overschrijden. Hij verwondert zich over de onredelijkheid van de inzenders, die moppen als hun artikelen tot deze afmeting beperkt moeten worden.

Daar het mij leek, dat het toeval in de door PINKHOF verkregen resultaten grooten invloed gehad kon hebben, heb ik een soortgelijke telling gehouden. Ik koos hier-voor de laatste 3 nummers van 4 toonaangevende weekbladen voor den medicus practicus. Hierbij deed zich de moeilijkheid voor, dat artikelen in deze tijdschriften soms zeer ruim voorzien zijn van tabellen en graphische voorstellingen, die tusschen en direct aansluitend aan den tekst worden afgedrukt en hiermede als het ware één geheel vormen. Ik heb daarom berekend het aantal letters; dat op de door deze tabellen ingenomen ruimte had kunnen worden geplaatst en dit tusschen haakjes vermeld. Ziehier het resultaat:

Presse médicale, 10 artikelen, hiervan 1 van 28800 letters; 1 van 25000 (+ 8600); 2 van 25000; 1 van 21000 letters.

Journal of the Am. med. Ass., 27 artikelen, hiervan 1 van 34500 (+ 12500) letters; 1 van 28500; 1 van 27500; 5 van 22000; 1 van 21000 (+ 4500) letters.

Lancet, 17 artikelen, hiervan 1 van 68000; 1 van 34000 (+ 15000); 1 van 32400; (+ 5000); 1 van 39000 (+ 7600); 1 van 18000 (+ 3000) letters.

Klin. Wochenschrift, 26 artikelen, hiervan 1 van 42000; 2 van 29000; 1 van 25000; 3 van 21500; 1 van 20000 (+ 21500) letters.

Dus 27 van de 80 mededeelingen bestaan uit meer dan 215000 letters.

Nog meer in een uitzonderingspositie komt het *Tijdschrift* als men in aanmerking neemt, dat boven de hierin geplaatste artikelen een hoofd van bijna $\frac{1}{4}$ bladzij prijkt, terwijl de door de redactie geëischte vertaling van de samenvatting vaak $\frac{1}{2}$ bladzij vraagt. Voor een artikel in het *Tijdschrift* zijn dus niet 21200 doch slechts 19500 letters beschikbaar. Bovendien tolereert onze redactie niet den telegramstijl, waarin in buitenlandsche tijdschriften de ziektegeschiedenissen vermeld worden. Vermoedelijk zijn die artikelen uit de zusterperiodieken toch ook niet overbodig uitvoerig. In het buitenland bestaat een keur van meer specialistisch georiënteerde maandbladen, waarin details, die slechts een beperkten kring van artsen interesseeren, kunnen worden meegedeeld, iets wat in ons land nagenoeg ontbreekt. Ook merkt men vooral in de Angelsaksische tijdschriften overal de straffe hand van de redactie, die overbodige uitweidingen weert, het „op verzoek van de redactie bekort” komt men telkens tegen.

Als men bedenkt, dat bijna alle artikelen, die in de referatenrubriek van ons *Tijdschrift* ter sprake worden gebracht, de door onze redactie gestelde limiet overschrijden, komt er wel eenige twijfel op, of de door collega PINKHOF verdedigde beperking wel juist is.

Amsterdam, Juni 1936.

J. G. G. BORST.

KWAKZALVERIJ EN RECHTSPRAAK.

„Een vonnis betreffende de homoeopathie” van PINKHOF in het vorige nummer kan ik verder aanvullen.

Tijdens de laatste groote choleraepidemie te Hamburg behandelde een homoeopaat (geen arts) cholera-patiënten en genas hen. Wie geen arts is, mag in Duitschland o.a. geen besmettelijke ziekten behandelen. Dies werd de man vervolgd. De rechter, statistisch overtuigd van de gunstige werking, redde den man met de juridische vondst, dat in homoeopathische middelen in sterke verdunning geen geneesmiddelen kunnen worden aangetoond. Deze pijl zat, maar ten gunste van de homoeopathie. Zou de Italiaansche rechter zij het eenigszins anders zijn pijl óók in dezen zin toegespitst hebben?

Wat LAM in hetzelfde nummer op bldz. 3062 beweegt, juristen een schoen aan te meten die ons zelf past, door te beweren, dat „een minimale blik hun gegund in de exacte wetenschappen”, hen tot inderdaad merkwaardige toelichtingen beweegt, is mij volkomen onbegrijpelijk. Hebben wij artsen zooveel meer blik in de exacte wetenschappen, dat wij het woord „minimale” mogen weglaten, als we even een blik in het levende heelal werpen. Zien we niet, dat zieken ondanks onze exacte kennis toch beter worden. Dat geve ons de kracht om te erkennen, dat wij zelf zeer zwak in onze kennis zijn. Vooral als het bepaalde therapieën zijn. Dan de oogen geopend !!