

ontbrekende bijpast. Zoo is er wel een quantitatief verschil tusschen armenpatiënt en ziekenfondslid (in de mate van gemiddelde bijbetaling door de overheid), maar geen kwalitatief verschil. Op verschillende plaatsen is men de crisisregeling weer gaan liquideeren, omdat zij ten gevolge had, dat vele in het fonds geblevenen de hand kwamen ophouden.

Thans de praktische bezwaren van de commissie tegen verzekering van de armenpatiënten in de ziekenfondsen:

1e. *slechte risico's*. Sedert wanneer houdt de Ned. Mij. v. Geneesk. bij de ziekenfondsen rekening met den risicofactor? Ten plattelande bedingt men immers, ook als het risico veel lager is, dezelfde artsenhonoraria. Overgang van het beperkte aantal paupers met verhoogd risico geeft zeker op de totale ziekenfondsbevolking geen risicoverhoging van eenige beteekenis; 2e. *wachttijdmoeilijkheden* kunnen worden ondervangen door doorlopende inschrijving van alle geneeskundige-armenverzorging-behoevenden bij de ziekenfondsen, resp. door betaling van de artsenhulp per „ziektegeval” (event. per „kwartaalbehandelingsgeval”); 3e. *alle minvermogen-den lid van de ziekenfondsen* (zie 4); 4e. *te verwachten invoering van artikel 50 der Ziekte-wet*; 5e. *vrees voor inmenging der gemeenten in de ziekenfondsen* ongegrond; 6e. *de zoo-genaamde „vlottende armenpraktijk”* geeft geen moeilijkheden; 7. *de positie van de armenartsen* kan radicaal worden gewijzigd zonder dat de grondslagen wankel behoeven te worden (zelfs beter worden!).

Hecht de commissie geen waarde aan de vrije artsenkeuze voor deze groepen?

Toekomstige ontwikkeling: de geneeskundige verzorging dient meer dan voorheen overheidszorg te worden, met praevaleren van het sociale en van het nationale doel, de zorg voor de volksgezondheid op den grondslag van verzekeringsplicht. Werkgever en werknemer zullen samen de kosten moeten dragen en samen deel hebben aan het toezicht op de in hoofdzaak territoriale organisatie van het geheel. In de plaatselijke verzekeringsorganen zullen artsen en gemeenten geen rol van eenige beteekenis behoeven te spelen. De rechtspositie van de artsen, en zoo voort, zal afdoende geregeld kunnen worden door een mantelverdrag tusschen de vereenigde territoriale organen en de bevoegde standsorganisaties. Moeilijkheden tusschen standsorganisaties en verzekeringsorganen kunnen door arbitrage worden beslecht (met hooger beroep op rijksinstantie).

Om de gemeentelijke geneeskundige armenverzorging te doen aansluiten bij die der sociale verzekering behoeven de gemeenten slechts een overeenkomst te sluiten met de genoemde standsorganisaties op overeenkomstige grondslagen als de sociale verzekeringsorganen. Dit stelsel bestaat sedert jaar en dag in Duitschland. De voor- en nadeelen van de ontwikkeling in deze richting (zie ook mijn artikel in *Weekblad voor gemeentebelangen* van 13 December 1940) zijn naar het mij wil voorkomen, thans belangrijker dan alles, wat de commissie in haar rapport naar voren gebracht heeft.

Wil de Nederlandsche artsenwereld zich zijn invloed op den gang van zaken op dit terrein niet zien ontglippen, dan zal hij rekening moeten houden met, althans zich voldoende rekenschap moeten geven van, bovenstaande perspectieven. Om een grooter of kleiner gedeelte van het op ziekenfondsgebied in ons land historisch geworden tijdelijk of blijvend te behouden, zal men deugdelijker argumenten moeten aanvoeren, getuigend van volledige beheersching van sociale-verzekerings- en ziekenfondsrecht in binnen- en buitenland, met terzijdestelling van oude vooroordeelen. Daarbij zal men moeten toonen te kunnen samenwerken en opbouwen.

Utrecht, 12 November

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

LEUGEN OF WAARHEID?

De eenige, absolute norm voor ons handelen ligt in het goddelijk gebod: Gij zult geen valsch getuigenis geven. Dit geldt voor geloovigen en ongeloovigen; óók voor zieken, die niet om de leugen mogen vragen of erin genieten. Alle andere redenen om waarheid of leugen te spreken, zijn slechts utiliteitsredenen. Leugen is, op zijn best, de waarheid niet aandurven; een kiezen van den weg met den minsten weer-

stand; daarom bij dokter en patiënt een uiting van geestelijke slapte. Leugen is een soort „opium” voor den mensch.

RASSERS en anderen eischen de leugen voor zich op, op grond van onaangenaamheden, die de waarheid zou hebben veroorzaakt in bepaalde situaties. Maar de waarheid draagt hier geen schuld; wèl de mensch, die, vaak door eigen schuld, zulk een waarheid niet kan verwerken. En.... sinds wanneer zijn daden, ook al heeft men er in jarenlange practijk nog zooveel plezier van beleefd, norm voor verder handelen? Op het wereldleven toegepast, zou dit tot eigenaardige consequenties leiden.

Natuurlijk moet men ook maar niet „alles” tegen een patiënt zeggen. „Wie zijn ganschen geest uitlaat”, noemt de Bijbel „een zot”. Men zegge, dat de toestand zeer ernstig is en dat het goed zal zijn, op alles voorbereid te zijn, maar veel verder ga men liever niet. Vooral noeme men liefst geen diagnoses. Maar, wat men zegt, zij waar!

Ten slotte: ook in het gewone leven van elken dag, moeten we toch allen verder, zonder precies te weten, wat de toekomst ons zal brengen. Waarom zou een zieke dan wèl alles moeten weten? De dokter beslisse in ieder geval weer opnieuw, wat hij den zieke wel en wat hij den zieke niet zal mededeelen. Hij beoordeele, wat de zieke zal kunnen en moeten dragen.

Leiden, 25 Januari 1941

P. JASPERSE

OVER DE ZOOGENAAMDE PLEURITIS EXSUDATIVA

Het artikel van dr. J. H. REICHART in dit *Tijdschrift* van 25 Januari 1941 doet mij daarom zoo groot genoegen, omdat het voor de pleuritis exsudativa richtlijnen geeft voor de behandeling. Prof. SNAPPER leerde ook steeds, dat een pleuritis exsudativa, waarvan men geen behoorlijke oorzaak kan vinden, beschouwd moet worden te zijn van tuberculeusen aard. Toen ik röntgenoloog aan de afdeling van prof. SNAPPER werd, ben ik ijverig gaan zoeken naar den longhaard. Evenals collega REICHART was ik van meening, dat, indien tuberculose de oorzaak is, het meest voor de hand ligt, dat er hier een pleuraal gelegen longhaard is. Het onderzoek heeft deze verwachting niet beschaamd en in vele gevallen kon ik door het maken van photo's in verschillende richting en met verschillende hardheid van stralen gedurende het bestaan en na het resorbeeren van het exsudaat, met zekerheid den longhaard vaststellen. Deze is meestal niet groot en doet in vele gevallen denken aan een klein, pneumonisch infiltraat. Wil men echter den longhaard vinden, dan is een gewoon routine-Röntgen-onderzoek der longen geheel onvoldoende. Men moet staande, liggende, voorachterwaarts, achtervoorwaarts, in schuine richting en in de houding van TRENDLENBURG fotografieeren om zijn doel te bereiken en vaak kan de doorlichting de weg wijzen. Voor deze patiënten met pleuritis heb ik dan ook steeds dezen longhaard als de belangrijkste afwijking beschouwd; ik heb in het ontstaan van het vocht meestal een gelukkige omstandigheid gezien, waarbij de natuur zelf medehelpt aan de genezing van het proces. Langen tijd is voor het vroege infiltraat de pneumothorax als een goede methode aangeraden om genezing van het infiltraat zonder verweeking en holtevorming te verkrijgen. Zoo kon men aan het ontstaande exsudaat dezelfde werking toekennen als aan den aan te leggen pneumothorax, namelijk ontspanning van het longweefsel. Zoo ben ik het ook met collega REICHART eens, dat het goed is bij verdwijnend vocht, de ontspanning van het longweefsel te onderhouden door een zekere hoeveelheid lucht in de pleura te brengen. Mijns inziens mag men van den pneumothorax twee werkingen verwachten:

- 1e. De sluiting van cavernes, hetgeen een zeer goed effect heeft op het tuberculeuse proces en ook meestal lukt, indien de cavernes tenminste niet een al te fibreusen wand hebben.

- 2e. De ontspanning van het longweefsel, hetgeen een veranderde circulatie in de long teweeg brengt, die, zooals de ervaring leert, een gunstig resultaat oplevert bij de genezing van allerlei longprocessen. Dit zal dan ook de reden wel zijn, dat van Duitsche zijde goede uitkomsten werden vermeld van de pneumothorax-