

## SOCIALE EN ASOCIALE GENEESKUNDE

Prof. Dr. P. FORMIJNE geeft in zijn artikel in het *N.T.v.G.*, dd. 23 October 1948 een aantal voorbeelden van foutieve beslissingen van keurende artsen.

Mijns inziens is Z.H.G. hier in zijn oordeel juist.

Wellicht zal het hem en ieder ander mogelijk zijn een soortgelijke, met voorbeelden gestaafde serie foutieve beslissingen uit enig ander onderdeel van het medische beroep, van huisarts tot hooggeleerde clinicus, op te sommen. Ook daar worden wel eens onderzoekingsmethodes misbruikt en „errors of judgment” gepleegd, die getuigen van gemis aan inzicht in de sociale gevolgen. Daarom is het mij niet duidelijk, dat hij aan deze minder gelukkige uitingen van enkele keurende artsen, die vermoedelijk niet eens altijd tot de „sociaal-geneeskundigen” worden gerekend (ook huisartsen en specialisten keuren), een minder vleiend oordeel over de sociale geneeskunde verbindt. Hij stelt zelfs de „erkenning” van de sociale geneeskunde door de clinici afhankelijk van zekere condities t.a.v. de gedragingen der sociale geneeskunde.

Wellicht heeft Z.H.G. zich nog niet gerealiseerd, dat het instellen van leerstoelen voor sociale geneeskunde de door hem signaleerde misstanden zou kunnen helpen bestrijden. Wellicht heeft Z.H.G. ook nog niet overwogen, dat het voorkomen van deze misstanden ten dele een gevolg kan zijn van het te kort schieten op sommige punten van het klinische onderwijs.

Gelukkig is Z.H.G. zich bewust geworden, en heeft dit als troost neergeschreven, dat er ook sociaal-geneeskundigen zijn, die de principes der geneeskunde en humaniteit niet verloochenen.

Misschien kan hij meevóelen met de keurende arts, die een kortgeleden „genezen” verklaarde tuberculoselijder te keuren krijgt. Moet hij hem goedkeuren, omdat hij de noodzaak voelt, de man aan het werk te helpen, wetende dat hij daarmee zijn bedrijf een minder gewenst risico en misschien te eniger tijd een besmettingsbron toebedeelt? Of zal hij hem afkeuren mede op grond van de overweging, dat de morele verplichting de man voort te helpen rust op het bedrijf, dat de man na zijn ziekte heeft laten „stikken”. Als wij de hand in eigen humane boezem steken, kunnen wij weten, dat zelfs verpleegsters in deze omstandigheden kunnen komen te verkeren.

Hoe zou Z.H.G. oordelen over de volgende situatie: Een man komt ter keuring met de mededeling, dat hij van zijn dokter mag werken, terwijl de man alleen geschikt blijkt voor een licht werkje. Moet het bedrijf hem dat baantje geven uit sociale overwegingen, of moet het bedrijf dat baantje reserveren voor invaliden of oudere werknemers uit het eigen bedrijf, waartegenover het ook zijn sociale verplichtingen heeft? Naar mijn mening is er hier geen sprake van afkeuren, doch van afwijzen (zij het dan op grond van een medische uitspraak). Het resultaat is echter voor de betrokkene hetzelfde en hij is van mening dat hij is afgekeurd, hoewel zijn dokter zegt, dat hij mag werken.

Met Z.H.G. ben ik het eens, dat er inderdaad moeilijkheden zijn en fouten worden gemaakt, ook op het gebied der sociale geneeskunde. Ondanks de verzachtende slotalinea van zijn artikel, vond ik de generaliserende conclusie t.a.v. de sociale geneeskunde minder gelukkig.

Tilburg, 27 October 1948

G. J. BRUIJEL

*bedrijfsarts N.V. Metaaldraadlampenfabriek „Volt”*

## SOCIALE EN ASOCIALE GENEESKUNDE

Het artikel van prof. FORMIJNE over „Sociale en asociale geneeskunde” zal waarschijnlijk niet alleen mij, maar ook vele anderen uit het hart gegrepen zijn. Met ergernis neemt men waar hoe sociale maatregelen die toch bedoeld zijn als hulp voor de enkeling, in vele gevallen een averechtse werking hebben en tot aanzienlijke nadelen leiden. In aansluiting aan de treffende voorbeelden, die prof. FORMIJNE geeft, kan ik wijzen op soortgelijke nadelen, die bij het op het ogenblik toch gewenste systematische onderzoek op *lues* ontstaan.

Wij zijn er op uit zoveel mogelijk lijders aan syphilis op te sporen en onder behandeling te brengen en verrichten daarvoor bij grote groepen personen systematisch serologisch onderzoek. Vinden wij daarbij positieve reacties, dan is het natuurlijk noodzakelijk de patiënten op te roepen voor verder onderzoek en dan is soms het leed al geschied, want via de schakels die een dergelijke oproep voor onderzoek moet passeren wordt dan dikwijls al te veel bekend, waarom het gaat. Vinden wij bij verder onderzoek, dat de patiënt zich nog in een vroeg besmettelijk stadium van syphilis bevindt, dan is het volkomen verantwoord en zelfs noodzakelijk te handelen, maar het komt ook voor, dat positieve serumreacties blijken te bestaan bijv. bij een oudere patiënt, die zich misschien 20 of 30 jaar tevoren met lues heeft besmet, misschien zonder dat hij zich daarvan iets weet te herinneren. Wij zijn het er langzamerhand wel allemaal over eens, dat het weinig zin heeft een dergelijke oude latente lues nog te gaan behandelen, in de eerste plaats omdat het in den regel toch niet meer gelukt de serumreacties negatief te krijgen en ook het beloop der ziekte door verdere behandeling dikwijls niet gunstig zal worden beïnvloed. Wij weten bovendien, dat van onbehandelde syphilispatiënten 25 pCt. serumnegatieve reacties gaan krijgen en nooit meer iets van deze ziekte merken, terwijl een andere 25 pCt. onbehandelde patiënten serumpositieve reacties houden, maar ook in het gehele verdere leven van de syphilis niets meer merken. Vinden wij dus bij een dergelijke patiënt bij klinisch onderzoek en eventueel ook bij lumbale punctie geen enkele afwijking dan bestaat er m.i. geen enkele reden om nog door de positieve serumreacties moeilijkheden te doen ontstaan en toch is dit jammer genoeg dikwijls ten nadele van de persoon en van de plaats waar hij zijn arbeid verricht het geval. Men weigert hem goed te keuren omdat hij lues heeft, begrijpt het standpunt van de dermatoloog niet, — die niets voor behandelen voelt — en door al het heen en weer geschrijf is het voldoende bekend geworden, waaraan de patiënt lijdt en deze ondervindt door de stemming in zijn omgeving dikwijls meer psychische nadelen dan het gehele ziektegeval waard is.

Ik hoop, dat dit inzicht in een bepaald gebied van de Sociale Geneeskunde er toe zal bijdragen, dat voor de volkomen verkeerde opvattingen, die in bepaalde gevallen door prof. FORMIJNE werden gesignaleerd, een betere oplossing zal worden gevonden.

Rotterdam, 1 November 1948

E. H. HERMANS Sr.

### ECZEEM BIJ VROUWEN

In aansluiting aan de klinische les van prof. PRAKKE onder bovenstaande titel, waarin hij wijst op het detectivewerk, dat nodig is bij een causale eczeembehandeling, wil ik hier het geval vermelden van een 74-jarige dame, die sinds bijna drie jaren gekweld werd door een eczeem aan de voorzijde en de zijkanten van de hals, dat zich uitstrekte op de borst en de schouders. Voor dit uitslag, die afwisselend droog of vochtig, dikwijls schilferend, doch steeds zeer jeukend was, waren verschillende artsen en specialisten geraadpleegd, met — helaas — slechts tijdelijk resultaat. Wegens een tevens bestaand fistelopeningetje links aan de hals ter hoogte van de isthmus glandulae thyreoideae stuurde de huisarts patiënte, die door de voortdurende jeuk niet kon slapen, zeer vermagerd was en zelfs suïcidium overwoog, naar mij, met de vraag of hier misschien tóch tuberculose of carcinoom zou kunnen zijn. Bij excochleatie van de diepe fistelgang en klieving van de sterk verdikte fascia colli kwam als pièce de résistance een 4 cm lange visgraat uit de diepte te voorschijn. Achteraf bleek deze drie jaar geleden, bij het eten van tong, te zijn ingeslikt. Patiënte had een paar weken lang last ervan ondervonden, die echter geheel was verdwenen, om plaats te maken voor die door het eczeem veroorzaakt. Enige dagen na de ingreep was het halswondje geheel genezen, het eczeem was iets later volkomen verdwenen, en patiënte, die er goed uitziet en al dikker is geworden, scheidt weer vreugde in het leven.

Rotterdam, 25 October 1948

A. G. J. HERMANS