

Bij een bespreking van het Nederlandse aandeel in de ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg binnen de keerringen gedurende de eerste helft van deze eeuw, vroeg ik onlangs opnieuw de aandacht voor de ervaring, dat men „onder primitieve sociale omstandigheden precieser dan in Europa de betekenis van orde en welvaart voor de gezondheidsvoorziening erkent”. Ik herinnerde daarbij aan de lessen van het thans historische Nederlandsch Indië, waar „*stelsels van gezondheidszorg hun gedifferentieerde ontplooiing dankten aan de middelen, die een gedifferentieerde economische ontplooiing*”^{*} verschaften.

Met de ervaringen van tropische dwanggemeenschappen liet zich dit toelichten: „De administratieve macht der Delische cultuurmaatschappijen” — die ik als voorbeeld koos — en haar beschikking over *uit de productie behaalde winsten*^{*}, schiepen de mogelijkheid met geneeskundige middelen de ziekte- en sterftcijfers van de plantage-arbeiders omlaag te brengen en op laag peil te houden”.

Inderdaad vertegenwoordigen dergelijke koloniale ervaringen de verwezenlijking van WINSLOW's ideale wisselwerking tussen gezondheid en productiviteit. Maar tevens geven zij een argument voor MYRDAL's stelling, dat verbetering der gezondheid van primitieve volken niet mogelijk is zonder *economische* steun en leiding van een „pays évolué”.

Literatuur: BROCK CHISHOLM (1952) *Chron. de l'Organisation mondiale de la Santé* 6, 188. J. J. VAN LOGHEM (1952) *N.T.v.G.* 96, 178. GUNNAR MYRDAL (1952) *Chron. de l'organisation mondiale de la Santé* 6, 224. C.-E. A. WINSLOW (1952) *ibidem*, 6, 211; (1952) *Le Coût de la Maladie et le Prix de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, Série de Monographies*, no. 7).

October 1952

^{*}In het oorspronkelijke niet gecursiveerd. v. L.

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.



TWEE DIKKE-DARMLIJERS

Dr. HULST¹ schrijft in zijn artikel over „Dikke-darmlijders”:, . . . gezien de uitleg die door aanhangers van sommige stromingen in de geneeskunde aan klachten van het rectum wordt gegeven. . . .”. Het is hem dus bekend, dat van medisch-specialistische zijde pogingen tot verklaring en behandeling worden ondernomen bij neurotische ziektebeelden zoals de beschreven „proctalgia fugax”.

Het is het goede recht van elk individu, ook van de medicus, de vaak onaangenaam schijnende consequenties van het psycho-analytische denken voor zichzelf uit de weg te gaan. De psychiater, die hem toevoegt: „Je wilt dit alles uit weerstand niet aanvaarden”, bemoeit zich met iets dat hem niet aangaat. Maar bedenkelijk wordt het wanneer door deze weerstand tegen de psychotherapie als vakwetenschap, aan de patiënt een genezingskans wordt onthouden.

Zeker zal ook de psychiater vaak tot de conclusie moeten komen, dat hij de patiënt alleen maar „kan laten genieten van hetgeen hem rest” (de psychiater in de gerontologie!), doch niet alvorens hij zijn psychiatrische methoden van onderzoek en eventueel behandeling heeft toegepast, zoals collega HULST zijn interne.

Literatuur: ¹L. A. HULST (1952) *N.T.v.G.* 96, 2463.

Amsterdam, 15 October 1952

E. DE WIND.