

Voor de goede orde zij opgemerkt, dat men om in New Brunswick praktijk te kunnen uitoefenen dient te voldoen aan de navolgende eisen:

a. De medische studie moet voltooid zijn aan een door de Medical Council of New Brunswick erkende universiteit.

b. Eén jaar „intership” in een ziekenhuis in Canada, de Verenigde Staten of Engeland.

c. Indien een candidaat niet aan een door de Council erkende universiteit heeft gestudeerd, moet een „internship” van ten minste twee jaar in een Canadees ziekenhuis zijn vervuld, waarvan één jaar in New Brunswick.

d. Na het vervullen van het „internship” moet ten genoegen van de Medical Council of Canada een examen zijn afgelegd.

Belangstellenden, die een sollicitatie bij een der bovengenoemde adressen wensen in te dienen, doen er verstandig aan, zich gelijktijdig voor emigratie bij een der erkende aanmeldingskantoren voor emigratie aan te melden. Dit bevordert de snelle afdoening van een aanvraag voor een immigratievisum indien nader op de vacature wordt ingegaan.

's-Gravenhage, 24 sept. 1956

*De directeur van de
Nederlandse Emigratiedienst
Namens deze (w.g. onleesbaar)*

FINANCIËLE STEUN AAN MEDISCH-WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De Stichting tot Bevordering van Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek verzoekt degenen, die in aanmerking wensen te komen voor een financiële bijdrage voor wetenschappelijk onderzoek, zich onder vermelding van het door hen te bewerken onderwerp vóór 15 november a.s. bij ondergetekende te melden.

Arnhem, 10 oktober 1956
Hulkesteinseweg 13

Dr. J. C. BEKER,
Secretaris van de Stichting.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid der Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten)



HET ZIEKBED DER ONGENEESLIJKEN

Wel heel zelden verschijnen er in dit *Tijdschrift* stukken, die zo uit het hart zijn geschreven, onomwonden en eerlijk, zo oprecht ook sprekend van geloofswaarden als het artikel van collega BAX over het ziekbed der ongeneeslijken.

Ik vind dat temeer opmerkelijk omdat al onze „doe”vakken zóveel activiteiten mee brengen, dat ik vaak het gevoel heb: hoe groter de actie-radius, hoe minder bezinning!

Naar ik hoop wil men het niet als aanmerking zien, wanneer ik een aantal dingen schrijf waarin ikzelf (natuurlijk niet aan de Universiteit!) een ander inzicht heb gekregen. Het gesprek, de bezinning op de basisfeiten van de medische activiteit, het „wat bezielt ons” is werkelijk wel aan de orde.

In de eerste plaats heb ik het gevoel dat wij allen, artsen en patiënten gelijkelijk worden geteisterd door de eigenwaardeleer. Ik bedoel er dit mee: zelfs al scheiden wij een aantal psychosomatische ziekten als groep af, moet men merkwaardig genoeg, vaststellen dat hetgeen wij pathologisch noemen tevens diskwalificatie betekent, ook als wij proberen gelovige artsen te zijn. Bij onze strijd tegen de ziekte staat onuitgesproken voorop dat een bestaan zonder ziekte een welhaast automatische gelukzaligheid zal tonen. Dat voorkómen altijd beter zou zijn dan genezen is een van de hoekstenen van de vaderlandse leer van het gezond verstand!

Wanneer wij mensen zien die door hun ziekte gelouterd werden — en welke medicus ziet dat niet óók — ligt onze erkenning daarvan veel meer in de sfeer van „van de nood een deugd maken”, dan in het besef dat dit nu juist de ontmoeting is met de intrinsieke waarde van de ziekte.

Dezelfde naïeve en ongeestelijke waan, die velen zo ergert bij de socialisten, nl. dat men met verbetering van de uitwendige omstandigheden een gelukkiger bestaan kan bereiken, dat geluk op te bouwen valt, treft men bij ons medici als commensaal aan. Men meent Zijn te kunnen maken via stadia van Hebben. Deze zelfde waan maakt dat de geneeskunde zozeer gevangen is in materialisme, omdat in feite, wat onze confessie zij, wij allen, onuitgesproken, ongeweten, onbedoeld wellicht, geloven dat we elkaar gelukkig maken door

elkaar van onze ziekten „af te helpen”. Maar het gaat toch nooit om afhelfen? Dat is toch geen Genezing? Wij willen elkaar altijd weer geheel de oude doen zijn, maar ontkennen zo in wezen dat er een Macht is — hoe ook te noemen, een Hogere Macht — die van ons de nieuwe kan maken.

Het is zeer opmerkelijk dat wij, zo wij over de dood spreken, zeker als artsen, ons eigenlijk altijd stilzwijgend op een biologisch levensbegrip baseren. Zodoende vergeten wij dat bios nooit Leven betekende! Het is immers geen realiteit meer dat dood gaan betekent: geroepen worden, en wel geroepen worden te Zijner tijd.

Met de patiënten over hun dood te spreken uit een dogmatisch waarheidsfanatisme — ik ben het geheel met coll. BAX eens — is schadelijk, want liefdeloos immers. Maar ik ben het zeer oneens met zijn conclusie dan maar zolang mogelijk het spel van onnozelheid te spelen. Zonder woorden kan er, wanneer het om een goede verstaander gaat, veel worden gezegd. Bovendien moeten wij toch niet vergeten dat altijd weer alles zal afhangen van de specifieke relatie van *deze* dokter op *dit* ogenblik tot *deze* patiënt. Er is al veel gewonnen als wij de bereidheid hebben tot het gesprek. Levendig herinner ik mij, hoe ik tijdens mijn coassistentschap chirurgie op vele dagen, „omdat ik toch psychiater zou worden”, de bezoeken moest maken aan die patiënten die ten dodē opgeschreven waren en aan wie niets meer „te doen” viel. Het was in een christelijke omgeving. Men meende zich stellig te mogen verlaten op die andere specialist in het team, de geestelijke. . . .

Moeten wij de pijn inderdaad per definitie verdoven zoals coll. BAX dat stelt? Ik meen dat dit, zo het axioma geworden is voor ons, weer tot *probleem* moet worden. Het stelt immers de on-zinnigheid van de pijn voorop. Ik kan mij niet voorstellen dat pijn alleen maar zinnig met analgetica tegemoet kan worden getreden. Ik wil natuurlijk niet zeggen dat men niet mag verdoven. Maar ook dit zij een individuele beslissing, telkens opnieuw. Voor mij is het zeer duidelijk geworden dat wij allen hoogst onvoldoende verstaan hoe verregaand het ingrijpen is dat wij vanzelfsprekend vinden. Onze normstelling betekent ook hier diskwalificatie van Hem die wij veelal gemakkelijk de Almachtige noemen, die ons mensen de therapie zendt welke wij behoeven.

Binnen het horizontale vlak, waar wij vaak oorzaak en gevolg menen te kunnen aanwijzen, handelen wij al te vaak alsof wij de voorzienigheid zelve zijn, wetende wat werkelijk nodig is. Onze handeling, onze wetenschap ons verstaan van de zg. oorzaak wordt wel hachelijker. Wanneer wij deze fundamentele beperking durven erkennen, ongetwijfeld. Misschien resulteert het in een minder gebruik van middelen en instrumenten, om dan geleidelijk te leren beseffen dat de Onmiddellijke ons als instrument kan gebruiken in genezingsdienst.

De eerlijke verontrusting die uit het artikel van collega BAX spreekt, betekent — het is mijn vaste overtuiging — een belangrijke bijdrage tot de geneeskunst die door onze potsierlijke kundigheid zo kwijnt. En potsierlijk is een wetenschap die meent oorzaak en gevolg te kennen en het mysterie van ziekte, leven en dood te kunnen herleiden tot bepaalde wetmatigheden van chemisch-fysisch of zelfs psychologisch karakter.

Rotterdam, 20 september 1956

R. FENTENER VAN VLISSINGEN

ONDERZOEKINGEN OVER DE METHODE VAN REDDY, JENKINS EN THORN EN ENKELE DAAROP GEBASEERDE WIJZIGINGEN VOOR DE BEPALING VAN 17-HYDROXYCORTICOÏDEN IN DE URINE

Bij het doorlezen van het artikel van PELSER c.s.¹ viel mij op, dat de schrijvers met dezelfde moeilijkheden te kampen hebben gehad als destijds LAMPE-HINTZEN en HUIS IN 'T VELD², die vonden, dat bij het bepalen van het gehalte aan 17-hydroxycorticoïden in de urine in een aantal gevallen de uitkomsten „negatief” werden. Zij trachtten dit te vermijden door de door REDDY aangegeven methodiek enigszins te wijzigen, maar gebruik makende van deze wijziging ondervond PELSER c.s. hetzelfde bezwaar. Mogelijk was dit het gevolg van het wasen van de butanol-extracten met watervrije soda in plaats van met natronloog en zwavelzuur, zoals door LAMPE-HINTZEN c.s. werd gedaan. Het leek mij echter waarschijnlijker, dat deze „foutieve” uitkomsten berustten op variaties om een gemiddelde uitscheiding van 0. Ik heb daartoe de tabellen I en II van PELSER c.s. aan een beperkte statistische analyse onderworpen en ben daarbij uitgegaan van de premisse, dat de urinemonsters gemerkt met gelijke letters afkomstig zijn van dezelfde personen en dat de cijfers achter die letters de data aangeven, waarop de bepaling werd verricht.

In de eerste plaats bleek, dat twee zogenaamde negatieve bepalingen uit tabel II een extinctie-verschil in positieve richting toonden, namelijk Cl. 4-9 en D. 28-8, en dus niet in