ENKELE OPMERKINGEN OVER DEN SOCIAAL-HYGIENISCHEN TOESTAND EN DE GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN SURINAME

DOOR

DR. P. H. J. LAMPE
Off. van Gez. N. I. L.

Onder de medisch-statistische gegevens van Suriname zijn er enkele, die zoo zeer de sociaal-oeconomische zijde van het Suriname-vraagstuk raken, dat zij zeer zeker niet alleen bij medici, doch ook bij niet-medici belangstelling zullen wekken.

Hetzelfde geldt voor enkele gegevens betreffende de hygienische toestand onder de Nederlandsch-Indische Immigranten en de Britsche Indisch kleine landbouwers, en de medische verzorging van stad en districten.

Vandaar deze publicatie in dit orgaan.

Oppervlakkig beschouwd is de gezondheidstoestand van Suriname — vooral in vergelijking met de naburige Zuid-Amerikaansche staten — niet „slecht” te noemen.

Slechts gedurende het tijdvak 1861—1880 en het griepjaar 1919 had Suriname een sterftesurplus, Paramaribo bovendien in de droge jaren 1911 en 1912 (typhus, dysenterie en enteritis) en in de griepjaren 1918—1921.

Doch mogen deze cijfers niet den indruk wekken dat — zooals Minister de Graaff in 1924 in zijn Memorie van Antwoord zeide — de gezondheidstoestand in Suriname, gezien de sterftcijfers, niet zoo slecht is.

Volkomen terecht antwoordde het eerste-kamerlid van Kol:

„Is dat sterftcijfer nu werkelijk zoo gunstig?

„In het Surinaamsche Koloniaal Verslag van 1922, het

	Suriname 1921-1925	Parama- ribo 1921-1925	Br. Guya- na 1921-1925	George- town 1921-1924	Neder- land 1921-1923	Amster- dam 1921-1923
Geboortecijfer . . .	31.96	30.02	31.27	33.75	26.4	20.78
Sterftcijfer	19.04	26.80	28.60	44.37	10.8	9.85
Geboorte overschot .	12.92	3.22	2.67	—10.52	15.6	10.83

	Suriname 1924 en 1925			Britsch-Guyana 1923 ed 1924	
	Inboor- lingen	Britsch- Indiërs	Neder- landsch- Indiërs	„Blacks and Mixed”	„East-Indi- ans” d. i. Britsch-In- diërs
Geboortecijfer . . .	30.9	41.6	28.9	31.0	32.9
Sterftcijfer	17.4	13.5	13.7	23.8	29.6
Geboorte overschot .	13.5	28.1	15.2	7.2	3.3

„laatste, dat ik in handen kon krijgen, wordt een sterfte-
„cijfer genoemd van 24 per mille, op de Bovenwindsche
„eilanden van Curaçao is dat 19 per mille en in Neder-
„land 15 per mille, dus iets meer daar dan de helft van
„Suriname.

„Maar daarom gaat het hier niet. Er is hier sprake van
„den gezondheidstoestand en niet van de sterfte, wat toch
„iets anders is. Die gezondheidstoestand laat buitenge-
„woon veel te wenschen over....” (38ste vergadering
van de 1e Kamer der Staten Generaal van 10 Juni 1924).

Zoo is het inderdaad.

Ondanks de niet „zeer” ongunstige sterftcijfers is de
gezondheidstoestand in Suriname „slecht” te noemen.

De volgende cijfers zullen dat voldoende bevestigen.

A. LEVENLOOSGEBORENEN:

Suriname in 1900—1925 wisselend tusschen 86 en 62
per 1000 geboren,

Britsch Guyana in 1900—1925 wisselend tusschen 90 en
75 per 1000 geboren,

Nederland in 1900—1925 wisselend tusschen 41 en 35
per 1000 geboren,

Suriname 1925 66 per 1000 geboren,
Britsch Guyana 1924 78 per 1000 geboren,
Nederland 1924 37 per 1000 geboren,
Suriname 1919—1925 Negers en Kleurlingen 77 per 1000 geboren,
 Britsch-Indiërs 45 per 1000 geboren,
 Nederlandsch-Indiërs 63 per 1000 geboren,
Suriname 1925 Negers en Kleurlingen 75 per 1000 geboren.

Britsch-Indiërs 40 per 1000 geboren,
 Nederlandsch-Indiërs 70 per 1000 geboren.
Paramaribo 1919—1925 56 levenloosgeborenen per 1000 wettig geboren,
 124 levenloosgeborenen per 1000 onwettig geboren.
Districten 1919—1925 34 levenloosgeborenen per 1000 wettig geboren,

49 levenloosgeborenen per 1000 onwettig geboren.
 In *Paramaribo* werd in 1925 66.9 % onwettig geboren.
 In de *Districten* werd in 1925 81.7 % onwettig geboren.
 NB. Deze buitenechtelijke geboorten kunnen niet vergeleken worden met de buitenechtelijke geboorten in Nederland, die sociaal een geheel andere beteekenis hebben.
 Voor de districten geldt bovendien, dat bij de buitenechtelijke geboorten inbegrepen zijn de geboorten uit Britsch-Indische en Nederlandsch-Indische vrouwen, niet gehuwd volgens de Surinaamsche wetgeving, d.i. ruim 42 % van het totaal aantal geboren.

B. STERFTE VÓÓR HET BEREIKEN VAN HET EERSTE LEVENSJAAR

In Suriname van 1880—1900 lager dan in Nederland (respectievelijk 136 en 141 per 1000 levend geboren) daarna in Suriname „grillig” gedaald tot 90 per 1000 in 1925, in Nederland „geleidelijk” gedaald tot 57 per 1000 in 1923.

In Britsch-Guyana 165 per 1000 in 1924.
Suriname 1924—1925 Negers en Kleurlingen 82 per 1000 levendgeborenen.

Britsch-Indiërs 52.9 per 1000 levendgeborenen.

Nederlandsch-Indiërs 121.5 per 1000 levendgeborenen.

Paramaribo 1919—1925 78 per 1000 wettig levendgeborenen, 135 per 1000 niet wettig levendgeborenen.

Districten 1919—1925 60 per 1000 wettig levendgeborenen, 101 per 1000 niet wettig levendgeborenen.

Van de in Paramaribo onwettig geboren kinderen (d.i. 70 % van het totaal aantal geboorten) *komt ruim het vierde gedeelte of wel levenloos ter wereld of sterft vóór het bereiken van het eerste levensjaar.*

C. LEEFTIJD SKLASSEN VAN OVERLEDENEN: (zie bijlage I)

Suriname 1914—1923				Suriname 1925	Nederland 1914—1923
0—1 jarigen	15.06 %	v/d totale	sterfte	14.84 %	16.75 %
30—39 „	13.77 %	„	„	10.83 %	5.27 %
60 „	20.30 %	„	„	21.78 %	43.00 %

In Suriname sterven dus op 30—39 jarigen leeftijd naar verhouding bijna 3 × zooveel menschen als in Nederland, terwijl in Nederland meer dan het dubbele aantal een leeftijd boven 60 jaar bereikt. De verhoudingen van 1925 zijn iets gunstiger.

D. GEMIDDELDE LEEFTIJD (exclus. levenloosgeborenen).

De gemiddeld bereikte leeftijd is in Suriname veel lager dan in Nederland.

In Suriname.

Inboorlingen (1924—1925) 36 jaar, 11 maanden;

Britsch-Indiërs (1924—1925) 33 jaar, 4 maanden;

Nederl.-Indiërs (1924—1925) 23 jaar, 3 maanden;

In Nederland (1914—1923) ruim 40 jaar (naar schatting).

Wel vermeldingswaard is de opmerking van den Ambtenaar van den Burgelijken Stand in Paramaribo dat naar zijn jarenlange ervaring de arbeiders van den binnenlanden praktisch „nooit” den leeftijd van vijftig jaren bereiken.

BIJLAGE I.

Leeftijdsklassen van overledenen in Suriname en
Nederland in 1914—1923

E. STERFTECIJFERS AAN DE BELANGRIJKSTE ZIEKTEN VAN
PARAMARIBO

In de onderstaande tabel zijn vermeld de sterftecijfers van de belangrijkste ziekten van de stad Paramaribo in 1917—1923, 1924 en 1925, en de verschillende doodsoorzaken in die jaren, berekend op 100 sterfgevallen.

STERFTECIJFERS IN DE STAD PARAMARIBO IN 1917—1923,
1924 en 1925. (Zie bijlage II en III)

	1917— 1923	1924	1925	per 100 overledenen		
				1917— 1923	1924	1925
Typhus en dysenterie . .	1.37	0.62	0.53	4.22	2.75	2.45
Darmparasieten	1.09	0.46	0.33	3.36	2.04	1.52
Influenza	0.85	0.22	0.24	2.62	0.97	1.11
Malaria	0.80	0.62	0.52	2.47	2.75	2.40
Nephritis	2.37	2.00	1.95	7.30	8.87	9.01
Aandoeningen van hart en vaten	2.31	1.65	1.50	7.12	7.32	6.93
Syphilis	0.59	0.53	0.55	1.82	2.35	2.54
Aandoening van hersenen en ruggemerg	1.33	1.23	1.73	4.10	5.45	7.99
Filaria en secund. gevolgen	0.69	0.55	0.55	2.16	2.45	2.54
Kanker	1.00	1.05	1.01	3.08	4.65	4.67
Longtuberculose	2.60	2.09	2.53	8.01	9.27	11.69
Tuberculose van andere or- ganen	0.21	0.20	0.09	0.65	0.90	0.42
Pneumonie	1.87	1.92	1.23	5.76	8.51	5.68
Overige ziekten	15.07	9.41	8.89	47.33	40.82	41.05
Totaal sterftecijfer . .	32.15	22.55	21.65	100	100	100

De gegevens van deze tabel samenvattende blijkt, dat

- het totale sterftecijfer belangrijk gedaald is,
- het sterftecijfer aan *typhus*, *dysenterie*, *darmparasieten*, *influenza* en *tuberculose van andere organen* belangrijk gedaald is,
- het sterftecijfer aan *malaria-aandoeningen van hart en vaten* en *pneumonie* naar verhouding veel minder gedaald is,
- dat de sterfte aan *nephritis* (malaria) *syphilis* en *long-tuberculose* naar verhouding sterk is toegenomen,

Graphische voorstelling van de sterftecijfers aan de belangrijkste ziekten in de stad Paramaribo in 1917—1923, 1924 en 1925

Graphische voorstelling van de sterfte aan de belangrijkste ziekten in de stad Paramaribo per 100 overledenen in 1917—1923, 1924 en 1925

e. dat de sterfte aan *aandoeningen van hersen en ruggemerg* (syphilis!) en *kanker* absoluut is toegenomen.

F. ZIEKTE-STATISTIEK

Ook uit de bestudeering van de ziektestatistieken van het Militair Hospitaal (74.266 ziektegevallen, in 1913—1925) nader gecontroleerd met de sterftestatistieken van het Militair Hospitaal van de stad Paramaribo en aangevuld met waarnemingen betreffende ziekten buiten het Hospitaal volgt, dat de ziekten die de volksgezondheid van Paramaribo (Suriname) het meest benadeelen zijn:

- I. *Syphilis en andere Venerische infectie's.*
- II. *Malaria.*
- III. *Tuberculose.*
- IV. *Worminfectie's.*
- V. *Lepra.*
- VI. *Filaria.*

Ter toelichting volgt hier voor ieder dezer ziekten een overzicht der belangrijkste gegevens.

I. *Syphilis en andere Venerische infectie's*

16 % van de Hospitaalpatienten wordt verpleegd voor syphilis en andere venerische aandoeningen, hierbij niet inbegrepen de talrijke gevallen (ruim 7 %) van hart- en vaatziekten, hersen- en ruggemerglijden, ziekten tijdens zwangerschap en aangeboren zwakte en gebreken, die heel dikwijls met syphilis in verband staan.

Het aantal venerische infectie's neemt toe. Bij vergelijking met de Hospitalen in Britsch-Guyana, het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam en de Centrale Burgerlijke Ziekeninrichting te Batavia worden in het Militair Hospitaal van Paramaribo de meeste syphilislijders verpleegd.

II. *Malaria*

10 % van de Hospitaalpatienten wordt verpleegd voor malaria, hierbij niet begrepen de talrijke gevallen van

nephritis (ruim 5 %) die heel dikwijls met malaria (quartana) in verband staan. Het aantal malariagevallen, dat in het Hospitaal verpleegd wordt, neemt af; het aantal nephritisgevallen neemt toe, eveneens de sterfte aan malaria en nephritis (in 1925 ruim 18 %) van alle doodsorzaken).

III. *Tuberculose.*

Bijna het vijfde gedeelte van alle overledenen in het Militair Hospitaal is gestorven aan tuberculose. De tuberculose neemt toe.

In de stad Paramaribo was in 1917—1923 8 % van de overledenen gestorven aan tuberculose, in 1924 ruim 9 %, in 1925 bijna 12 %. (zie bijlage III). In Georgetown is dit slechts 6 % (1924).

IV. *Anchylostomiasis.*

Omtrent het voorkomen van anchylostomiasis worden wij het best ingelicht door de Rapporten van de Rockefeller Foundation. In 1917 werden door de Rockefeller Foundation onderzocht 13159 personen, waaraan 12.045 besmet d.i. 91.5 %. In 1921 bleek bij een onderzoek van de vroeger behandelde districten (1915—1918) dat in de districten, waar controle achterwege gebleven was, wederom 65—98 % geïnfecteerd was.

In 1922 werden in het district Beneden Suriname 3489 personen onderzocht, waarvan 3448 besmet d.i. 98.8 %

In het verslag van het jaar 1923 worden geen cijfers vermeld.

De cijfers van de polikliniek in Paramaribo zijn iets lager.

In 1923 was bij een eerste onderzoek van 1508 personen: 82 % besmet.

In 1924 was bij een eerste onderzoek van 4990 personen 61.8 % besmet.

In 1925 was bij een eerste onderzoek van 4408 personen 61 % besmet.

Volgens mijn onderzoek in het district Kwatta, was aldaar ruim 96 % geïnfecteerd, in Meerzorg eveneens, in Charlesburg ruim 97 %.

Met de cijfers van de Rockefeller Foundation als basis van den infectiegraad der districtsbevolking en de cijfers van de anchylostoompolikliniek als basis van den infectiegraad der stadsbevolking kan men zeer zeker aannemen dat minstens 80 % van de geheele bevolking van Suriname besmet is met anchylostomiasis.

Van de Hospitaalpatienten werd in 1913—1925 gemiddeld 124.3 ‰ voor anchylostomiasis en 14.3 ‰ voor andere darmparasieten verpleegd, in 1925 71.9 ‰ voor anchylostomiasis en 36.9 ‰ voor andere darmparasieten (bilharzia!)

Het aantal „zware” anchylostoomlijders neemt af, het sterftecijfer aan anchylostomiasis daalt (zie tabel).

V. *Lepra*.

Omtrent het juiste aantal lepralijders is niets met zekerheid bekend.

Schuitemaker, die zich speciaal op de leprabehandeling toelegt, schat, dat 1 % van de kolonie en 2½ à 3 % van de stad Paramaribo besmet is.

Wolf, voorheen Geneeskundig Inspecteur van Suriname, noemt in een artikel over de lepra in Suriname, Suriname een van de zwaarste besmette leprahaarden der wereld.

Vast staat verder, dat bij ieder schoolonderzoek steeds weer opnieuw lepreuze kinderen gevonden worden. Bij een zeer recent onderzoek van een school in de districten zelfs 4 op nog geen 60 kinderen.

VI. *Filaria*.

Volgens Flu is van de kleurlingen 50 % der mannen en 60 % der vrouwen besmet, van de welgestelden 25 %.

Hierin is gedurende de laatste jaren zeker geen verbetering ingetreden. Een zeer belangrijk gedeelte der be-

GEMIDDELTE LEEFTIJD VAN NEDERLANDSCH-INDIËRS IN SURINAME

I. *Exclus. levensloosgeborenen:*

	Mannen Paramaribo		Vrouwen Paramaribo		Mannen Districten		Vrouwen Districten		Mannen en vrouwen Paramaribo		Mannen en vrouwen Districten		Mannen Suriname		Vrouwen Suriname		Mannen en vrouwen Suriname	
	Aantal overledenen	Gemiddeld bereikte leeftijd	Aantal overledenen	Gemiddeld bereikte leeftijd	Aantal overledenen	Gemiddeld bereikte leeftijd	Aantal overledenen	Gemiddeld bereikte leeftijd	Aan- tal	Gem.	Aan- tal	Gem.	Aan- tal	Gem.	Aan- tal	Gem.	Aan- tal	Gem.
1924 } 34	39.50	22	35.05	152	22.48	102	16.09	58	37.75	254	19.91	186	25.59	124	19.45	310	23.13	
1925 } 35	38.37	23	33.52	171	19.39	127	12.92	59	33.78	212	20.49	206	23.10	150	16.08	271	23.38	
1924 } 35			II. <i>Inclus. levensloosgeborenen:</i>						115	35.67	466	20.17				581	23.25	
1925 } 35								58	36.45	298	16.97				356	20.14		
1924 } 35								62	32.14	255	17.03				317	19.99		
1925 } 35								120	34.22	553	17.00				673	20.07		

N.B. Ten gevolge v. d. immigratie, dateerend van 1890, is de verdeling v. leeftijdsklassen van Nederlandsch-Indiërs in Suriname niet te vergelijken met die van andere rassen.

smetten gaat gebukt onder de gevolgen van deze infectie en dit veelal gedurende de meest krachtige en productieve levensperiode.

Een nadere beschouwing verdienen de *Nederlandsch-Indische immigranten* aangezien zich daarbij enkele nieuwe gezichtspunten voordoen.

Ondanks het feit dat de Nederlandsch-Indische Immigratie pas dateert van 1890, zoodat de bezetting van de oudere leeftijdsklassen zeer gering is en ondanks het geneeskundig onderzoek van deze jonge mannen en vrouwen vóór hun vertrek uit Nederlandsch Indië en vóór de uitdeeling aan de plantages in Suriname, is de sterfte onder hen zeer aanzienlijk namelijk 13.74 per mille in 1924 en 1925.

Bij een natuurlijke bezetting van de oudere leeftijdsklassen zou het sterftecijfer ongetwijfeld veel grooter zijn.

Om deze reden mogen dus de leeftijdsklassen van overledenen niet vergeleken worden met die van andere bevolkingsgroepen waar een natuurlijke verhouding van leeftijdsklassen van ingezetenen aanwezig is ¹⁾.

Hetzelfde geldt voor den gemiddeld bereikten leeftijd.

In de jaren 1924—1925 bedroeg het geboortecijfer 28.86. Bij een normale bezetting van de oudere — niet produceerende — leeftijdsklassen — zal het aantal geboorten per 1000 inwoners natuurlijk kleiner worden.

Meer objectief is de beoordeeling van het aantal levenloosgeborenen, de zuigelingensterfte en de kindersterfte ten opzichte van het aantal geborenen.

Het aantal levenloosgeborenen bedroeg 70 per 1000 geborenen inclus. levenloosgeborenen (bij de Britsch-Indiërs 40). De sterfte van 0—1 jarigen bedroeg 121.5 per 1000 levendgeborenen (bij de Britsch-Indiërs 52.9). De sterfte van 1—2 jarigen bedroeg 32.8 per 1000 levendgeborenen (bij de Britsch-Indiërs 12.7). De sterfte van 3-4

¹⁾ Noch door den Ambtenaar van den Burgerlijken Stand, noch door het Immigratie Departement kunnen gegevens verstrekt worden over de leeftijdsklassen van de Nederlandsch Indische Immigranten in Suriname.

jarigen bedroeg 13.78 per 1000 levendgeborenen (bij de Britsch-Indiërs 7.46).

Van de in Suriname geboren Nederlandsch-Indische kinderen komt het vijfde gedeelte ofwel levenloos ter wereld of sterft vóór het bereiken van het eerste levensjaar, van de in Suriname geboren Britsch-Indische kinderen bedraagt dit minder dan een tiende gedeelte van de kinderen, van Negers en Kleurlingen ruim het zevende gedeelte (voor de jaren 1924 en 1925).

Het bijgevoegde lijstje vermeldt den gemiddeld bereikten leeftijd van de Nederlandsch-Indische immigranten in Suriname. (Zie blz. 260).

Zeer sterk komt hierin tot uiting de ontzettende kindensterfte, vooral in de districten waar slechts de gemiddelde leeftijd van 20 jaar bereikt wordt. De gemiddelde leeftijd van de Nederlandsch-Indische vrouw in de districten bedroeg in 1924 16.09 jaar en 12.92 jaar (inclus. levenloosgeborenen van het vrouwelijk geslacht).

Jammer is het, dat nog nooit de aandacht is gevestigd op deze treurige toestanden en in ieder geval nog nooit flinke pogingen gedaan zijn om hierin verbetering aan te brengen, vooral als men bedenkt, dat deze immigranten met groote geldelijke opofferingen gehaald worden uit het land hunner geboorte, niet alleen om hier hun contracttijd uit te dienen, maar om — na afloop van het contract — bij te dragen tot de vorming van een producerenden klein-landbouwersstand.

Nu het in de kennelijke bedoeling ligt van het koloniaal beleid om — meer dan totnutoe het geval was — aandacht te besteden aan de sociale verhoudingen van deze immigranten, moet een nader onderzoek van de factoren, die deze slechte levenskansen beïnvloeden (vrouwen-tekort, slechte gezinsvorming en gezinsinstandhouding, geslachtsziekten) wel zeer urgent geacht worden.

In tegenstelling met de Nederlandsch-Indische immigranten, die grootendeels onder contract werkzaam zijn op de plantages, bestaat de *Britsch Indische bevolking* uitsluitend uit vrije lieden, die — na afloop van hun con-

tract — zich in de districten gevestigd hebben, meestal als klein-landbouwers.

Uit de reeds genoemde cijfers is gebleken, dat over het algemeen de gezondheidstoestand onder hen veel beter is dan onder de Nederlandsch-Indiërs.

Voor al het hoge geboortecijfer (in 1924, 1925 41.6) het lage sterftecijfer (in 1924, 1925 13.5) en de naar verhouding geringe kindersterfte steekt zeer gunstig af met de overeenkomstige cijfers van de Nederlandsch-Indische immigranten.

Ook zijn deze cijfers veel beter dan die van de Inboorlingen.

Op lateren leeftijd evenwel komen de Britsch-Indiërs onder slechtere conditie's dan de Inboorlingen en de gemiddeld bereikte leeftijd is dan ook minder hoog.

Vergelijken we geboorte- en sterftecijfers van onze Britsch-Indiërs met die van Britsch-Guyana, dan zien we een ontzettende tegenstelling. Het geboorte overschot is bij ons ruim $8 \times$ zoo groot (zie tabel blz. 250).

Toch is de gezondheidstoestand onder hen nog verre van ideaal.

Ter illustratie laat ik hier volgen enkele bijzonderheden over den gezondheidstoestand en de geneeskundige verzorging van het Kwattadistrict, nabij de stad Paramaribo gelegen en bewoond door ruim 100 Britsch-Indische kleinlandbouwers.

De naam zal den lezers wel bekend in de ooren klinken; aan de vroeger hier bloeiende cacaoplantages dankt namelijk de bekende „Kwatta” chocolade haar naam.

In dit district bevindt zich een polikliniek, die tweemaal in de week bezocht wordt door een daartoe aangewezen geneesheer, terwijl dezelfde geneesheer de onvermogene zieken bezoekt zonder betaling, de niet onvermogenen tegen betaling en bovendien op geregelde tijden ($2 \times$ per jaar) de school inspecteert.

Aangezien deze geneesheer in de stad woont zal het duidelijk zijn, dat ook bij groote nauwgezetheid en dienstijver de geneeskundige verzorging aldaar toch veel te wenschen overlaten moet.

De toestanden, die ik in dat district aantrof, zijn dan ook volkomen verklaarbaar.

De volgende cijfers mogen volstaan om een indruk te' geven.

Bij een enkelvoudig onderzoek van 434 willekeurige personen bleek 96 % zwaar geïnfecteerd met anchylostomen en 37.5 % van de mannen 24.3 % van de vrouwen en 3.4 % van de kinderen bovendien met bilharzia.

Omdat een eenvoudig ontlastingsonderzoek slechts een klein percentage van de bilharziabesmettingen aan het licht brengt, moet aangenomen worden dat het aantal besmetten veel grooter is. Niet uitgesloten is het, dat in geïnfecteerde gebieden alle volwassen mannen en vrouwen, die bij hun werk in de moerassen en in de rijstvel-den aan het infectiegevaar zijn blootgesteld, geïnfecteerd zijn.

Bij een onderzoek van de schoolkinderen bleek, dat deze allen — op enkele kleine kinderen na — geïnfecteerd waren met anchylostomen.

Bij huisbezoek — waar op de allereerste plaats de ellendige woningtoestand opvalt en het dikwijls ontbreken of in slechten staat verkeeren van de latrines — maakt men kennis met lijders aan chronische bronchitis (ook de vrouwen rooken zwaar), asthma, dysenterie, malaria en framboesia tropica.

Slechts in uiterste noodzaak wordt de dokter gehaald — deze klein-landbouwers moeten een vrij belangrijk honorarium betalen, als de dokter uit de stad moet komen — en evenmin wordt door deze menschen graag het Hospitaal opgezocht.

De verloskundige hulp laat eveneens alles te wenschen over.

In 1924 werden op Kwatta 26 kinderen geboren, waarvan 3 levenloos; in 22 van die gevallen geschiedde de bevalling zonder eenige deskundige hulp.

In 1925 werden tot ultimo Augustus 14 kinderen geboren, waarvan 1 levenloos; in 13 van die gevallen was er geen deskundige hulp.

Meestal worden barenden bijgestaan door oude Britsch-

Indische vrouwen, soms zelfs mannen(!) die onder omstandigheden ook durven ingrijpen met alle gevolgen van dien.

Het aantal levenloosgeborenen en de sterfte van zeer jonge zuigelingen is vermoedelijk groter dan het register van den Burgerlijken Stand aangeeft.

Toch is de Britsch-Indische bevolking niet afkeerig van Westersche genezingsmethoden en verloskundige hulp.

Behalve bij navraag is dit wel zeer duidelijk gebleken bij de door de bevolking zoo gewaardeerde bilharziabehandeling in het Hospitaal. Treffend is het, hoe dikwijls geheele gezinnen, met alle kinderen den urenlangen weg afleggen om ook — evenals vrienden en kennissen — met injectie's behandeld te worden en hoe zij — nu eenmaal bekend is, dat hun klachten worden aangehoord — smeeën om chinine en andere medicijnen.

Ook de welwillendheid, waarmede ik in alle hutten werd ontvangen, het gulle onthaal, dat ik overal genoot en de gewilligheid waarmede allen voldeden aan het verzoek ontlastingsmonsters te brengen, wijst in dezelfde richting.

Eén ding mag ik echter niet verzwijgen.

De Britsch-Indiër houdt van zijn moeizaam verdiend spaarduitje en zeer ongaarne besteedt hij iets ter wille van zijn gezondheid.

Opvoeding in dezen zal het nu opkomend geslacht langzamerhand andere begrippen bijbrengen.

Typeerend is ook het overdrukke bezoek van de Britsch-Indiërs aan de populaire medische voordrachten, die ik in den laatsten tijd hield voor de districts-bevolking.

Treffend is het, hoe zij vragen stellen over de anchylostoomworm of over de malariamuskiet, hoe zij hun kinderen de beelden wijzen, die op het projectiedoek verschijnen en hoe zij na afloop blijven napraten over woronsiekie (wormziekte — anchylostomiasis), pakro-siekie (slakkenziekte — bilharziasis) en muskieta-siekie (muskietenziekte — malaria).

Steeds vormen zij het dankbaarste gehoor en hun aan-

wezigheid alleen vergoedt ruimschoots de moeite, aan deze lessen in de open lucht besteed.

Dankbaar ben ik, dat ik de doorgaans zoo geminachte „koelie” heb leeren kennen. Ze hebben hun ondeugden: drift, gierigheid en sluwheid, die soms tot onbetrouwbaarheid en leugenachtigheid voert, maar in hun eigen kring vertoonen zij hun deugden: huiselijkheid, spaarzaamheid, roerende ouderliefde en kinderliefde, goede gezinsinstandhouding en.... wat voor onze kolonie zoo uiterst belangrijk is.... liefde voor den grond, waar zij als vreemdelingen kwamen en liefde voor het werk, dat zij als contractant gedwongen, later als vrij man beoefenden en door het nu opkomend geslacht ook nog bij voorkeur beoefend wordt, liefde voor den landbouw, die iederen Britsch-Indiër in deze kolonie maakt tot een nuttig lid onzer Surinaamsche maatschappij, waarvoor ieder Surinamer vooral dankbaar behoort te zijn.

Natuurlijk rijst nu de vraag, wat gedaan wordt ter wille van de volksgezondheid in Suriname.

In het kort hierover het volgende:

Jaarlijks wordt aan Suriname ten koste gelegd een bedrag neerkomende op bijna acht gulden per hoofd alleen voor medische verzorging.

Voor 1926 is wederom voor dit doel beschikbaar gesteld een bedrag van f 792.850.— (koloniale begrooting en ± f 180.000.— (bijdrage van het Rijk).

In geen enkel koloniaal gebied stelt de Regeering jaarlijks een zoo ruim bedrag voor dit doel beschikbaar als in Suriname (Minister de Graaff 1924).

Dit stemt dankbaar!

Dit bedrag is volgens de wet van 29 Juni 1925 (Staatsblad No. 297) houdende vaststelling van de koloniale huishoudelijke begrooting van Suriname voor het dienstjaar 1925 verdeeld als volgt:

1. Departement Geneeskundig-Inspecteur f 16.703.—
2. Laboratoriumuitgaven - 6.000.—
3. Bezoldiging, vergoeding, reiskosten

enz. voor Districts- en Schoolgeneesheeren	f 102.860.—
4. Behandeling en verpleging van burgerpersonen in de Militaire Ziekeninrichting	- 290.000.—
5. Alsvoren buiten de Militaire Ziekeninrichting	- 30.800.—
6. Poliklinieken	- 9.700.—
7. Vroedvrouwen	- 2.925.—
8. Hygienische dienst, Anchylostoombestrijding	- 40.020.—
9. Keuringsdienst	- 6.200.—
10. Slachthuis	- 6.480.—
11. Geneeskundige School	- 9.700.—
12. Krankzinnigenverpleging	- 54.876.—
13. Melaatschenverpleging	- 167.207.—
14. Begraafplaatsen enz.	- 13.459.—
15. Diversen	- 35.920.—
	<u>f 792.850.—</u>

Bijdrage van het Rijk voor tegemoetkoming van verpleegkosten voor on- en minvermogenen in het Militair Hospitaal f 180.000.—

Totaal f 972.850.—

Het ligt niet in de bedoeling van dit opstel deze uitgaven, naar het nuttig effect te beoordeelen.

Slechts enkele opmerkingen mogen hieronder een plaats vinden, niet bedoeld als kritiek, maar uitsluitend als een illustratie van de moeilijkheden die Burgerlijke Geneeskundige Dienst en Militair Geneeskundige Dienst ontmoeten in hun welbedoelde pogingen om ziekten te voorkomen, te bestrijden en te genezen.

1. Militair Hospitaal

Zooals gezien, zijn zeer belangrijke sommen noodig — ongeveer de helft van alles wat aan de geneeskundige verzorging wordt ten koste gelegd — d.w.z. bijna f 4.— per hoofd v. d. totale bevolking van Suriname, voor het in stand houden van het Militair Hospitaal.

In dit Hospitaal met een gemiddelde dagsterkte van $\pm$ 350 zieken, een gemiddeld aantal zieken van $\pm$ 4000 per jaar en een gemiddeld aantal verpleegdagen van $\pm$ 140.000 per jaar bedraagt het aantal verpleegdagen van on- en minvermogenenden gemiddeld 100.000 per jaar.

In 1925 90750 van onvermogenenden en 7922 van minvermogenenden. De onvermogenenden betalen persoonlijk niets, de minvermogenenden 50 cent per dag.

De kostprijs per dag en per hoofd stellende op f 4.70 (in 1925 f 4.687) beteekent dat een bedrag van vier honderd zeventig duizend gulden per jaar waarvan f 290.000.— is uitgetrokken op de koloniale begroting en de rest door het Rijk wordt bijgepast.

Het aantal verpleegdagen van on- en minvermogenenden is zoo groot, omdat de bevolking doorgaans te arm is om zich tegen eigen kosten geneeskundige hulp en verpleging te verschaffen en omdat de ziekteverzekering, waarvan de geringe premie door een groot percentage wel betaald zou kunnen worden, zoo weinig ingang vindt.

Steeds wordt getracht, om in het Hospitaal slechts die zieken op te nemen, die werkelijk behoefte hebben aan „medische hulp”, maar ieder die de sociale verhoudingen in Suriname kent, zal begrijpen dat — zoolang huisverpleging door wijkzusters enz. en verpleging van hulpbehoevenden zonder middelen en zonder nabestaanden in daartoe bestemde inrichtingen niet in ruimere mate mogelijk is — ons hospitaal steeds voor een zeer belangrijk deel gevuld zal blijven met chronische nier- en hartlijders, filarialijders, syphilislijders, invaliden, debielen en zwakken, waarvoor geen medische hulp meer baten kan en die dan ook na een lang sociaal onnut bestaan buiten en na dikwijls maandenlange verpleging in het hospitaal, aldaar hun leven eindigen.

De bestaande vereniging „Het Groene Kruis — Armen Zuigelingen-zorg” geheel gebaseerd op particulier initiatief telt slechts 800 leden en beschikt over één wijkverpleegster.

De stichting 's Landsgrond Boniface biedt slechts plaats aan $\pm$ 400 hulpbehoevenden, een aantal dat voor

deze kolonie met zijn groot aantal invaliden veel te klein is.

De exploitatiekosten van deze inrichting, waar meer huisvesting en verzorging, dan wel medische hulp en verpleging wordt verleend, zijn belangrijk lager.

In 1925 werd f 0.485. berekend voor voeding, kleeding en verzorging per dag en per hoofd, dat is dus het tiende gedeelte van de exploitatiekosten van het Hospitaal.

De geneeskundige behandeling van de talloze in stad en district wonende onvermogenen komt dus maar al te vaak hierop neer, dat — na bezoek aan een stad- of districtsgeneesheer — de zieke, voorzien van een certificaat van on- of minvermogenen, dat door de politie of door den Districts-Commissaris wordt verstrekt, in het hospitaal terecht komt.

Zeer typeerend is wel de clause voorkomende op het opnamebiljet van on- en minvermogenen:

„De ondergeteekende belast met de armenpraktijk in „de geneeskundige afdeling van Paramaribo, ver- „klaart dat de verpleging van de hierboven genoemde pa- „tiënt ter plaatse waar deze zich bevindt niet naar behoo- „ren geschieden kan en dat voor zijne genezing eene op- „neming in het Militair-Hospitaal volstrekt noodig is.”

Een clause, die het sociaal ongewenschte en het geldverslindende opbergen van hulpbehoevenden, noodlijden- den en ongeneeslijk zieken in het Militair Hospitaal „noodgedwongen” sanctioneert.

Het spreekt van zelf dat bezuinigingsoverwegingen het al te letterlijk opvolgen van deze clause onwenschelijk en onmogelijk hebben gemaakt.

Belangrijke bezuiniging zou verkregen worden als de invaliden en ongeneeslijk zieken — die het meerendeel der hospitaalbevolking uitmaken — verzorgd en verpleegd konden worden in een andere inrichting waarvan de exploitatiekosten belangrijk lager zouden kunnen zijn dan die van het Militair Hospitaal met zijn uitgebreide staf van medisch- en verplegend personeel, laboratorium, enz. enz.

Of plannen tot voldoende uitbreiding van de stichting

's Landsgrond in overweging zijn en welke veranderingen van internen aard noodig zouden zijn om het Hospitaal ruim te kunnen ontlasten, gaat buiten het bestek van dit opstel.

Veel zou verder bereikt worden als hier de ziekteverzekering meer ingang vond; van groote opvoedende kracht en tevens van groot financieel belang zou een algemeene ziekteverzekering voor de mindere bevolking zijn, eventueel gedwongen met strenge selectie voor de werkelijk onvermogenen, of als eisch gesteld voor een opname in het hospitaal, met dezelfde selectie als boven bedoeld.

(Voor 60—85 cent per maand wordt door de meeste ziekenfondsen een verpleging in de vierde klasse (d. i. a f 1.— per dag) voor 2 maanden gegarandeerd.

Tegenwoordig zijn hier 12 ziekenfondsen met tezamen slechts 7962 leden (April 1926) en dit op een bevolking van 45.554 zielen (Paramaribo 31 December 1925) grootendeels min of meer behoeftig.

2. A n c h y l o s t o o m b e s t r i j d i n g.

Aanvankelijk bestond deze ziekte alleen bij de Immigranten; maatregelen werden evenwel niet genomen, zoodat langzamerhand de geheele bevolking geïnfecteerd werd.

Reeds in 1902 vestigde van Kol de aandacht op dezen toestand. . . . in 1908 werden door de Regeering toezeggingen gedaan in 1914 moest van Kol nogmaals aandringen op bestrijding en in 1915 deed de Rockefeller Foundation (op aanstichten van Dr. Hovenkamp) haar intrede in Suriname.

Gedurende haar eerste campagne (1915—1918) werden tienduizenden onderzocht en behandeld. 33 lezingen werden gehouden voor de bevolking, bijgewoond door $\pm$ 8200 personen, en 72.000 vlugschriften in de verschillende volkstalen handelende over deze ziekte werden verspreid.

Inmiddels was den 10 September 1917 een verordening uitgevaardigd tot wering van de anchylostomiasis, een dienst werd in het leven geroepen, ter controleering van

de latrines, en poliklinieken, alwaar kosteloos behandeling mogelijk was, werden opgericht.

De resultaten waren evenwel niet bevredigend.

Van 9 Juli 1921 tot October 1923 kwam de Rockefeller Foundation nogmaals hier „to demonstrate what can be done by an organized campaign to cure and prevent diseases”.

Duizenden werden wederom onderzocht en genezen en meerdere populaire voordrachten met lichtbeelden werden gehouden o.a. de film „Unhooking the hookworm” die gedurende de Koninginneweek in 1921 voor meer dan 20.000 mensen vertoond en toegelicht werd.

Ondertusschen vervolgde de Burgerlijke Geneeskundige Dienst zijn werkzaamheden, maar de daadwerkelijke belangstelling van het Gouvernement bleef gering.

Op de West Indian Medical Conference (8 Juli 1921 Georgetown) zeide de Geneeskundige Inspecteur Wolf o.a.

„The Anchylostome ordinance would be very effective against the spreading of infection, if the Government had the means to vigorously control its fulfilment of the act, but I am sorry to say, that there is not much done just now” Luckily during the last years the interest of the Government and population has been much raised, so that I hope we are now on the dawn of a new area in sanitary organization.”

Het budget van de anchylostoombestrijding resorteert onder den hygienischen dienst, waarvoor jaarlijks f 40.000.— beschikbaar is.

Ook het personeel van de anchylostoombestrijding is bij het personeel van den hygienischen dienst ingedeeld.

De staf van den hygienischen dienst bestaat uit een stadsgeneesheer, belast met de schoolinspectie, tevens hoofd van de anchylostoompolikliniek, een hoofdinspectrice, 9 opzichters, waarvan 3 in de stad en 6 in de districten en 4 microscopisten, waarvan 2 in de stad en 2 in de districten.

De werkzaamheden bestaan uit het inspekteren van erven en latrines, bekeuren, indien de latrine bij herhaling in niet goeden staat is en propagandeeren.

De microscopisten zijn werkzaam in de anchylostoom-polikliniek in de stad of toegevoegd aan de districts-geneesheeren.

3. Leprabestrijding.

Deze is tot dusverre zeer onvoldoende geweest.

Aan de drie leproserien wordt — behalve de ruime particuliere inkomsten — jaarlijks honderd zeventig duizend gulden ten koste gelegd.

Hiermede wordt bereikt dat $\pm$ 400 lepralijders worden afgezonderd, na eerst jaren lang de omgeving aan besmetting te hebben blootgesteld, of wel levenslang of tot genezing intreedt (Groot Chatillon en Bethesda) of zoo lang de patienten zelf verkiezen (Gerardus Majella).

Verreweg het grootste deel blijft in de stad, in het gunstigste geval eenigszins geïsoleerd, meerendeels volkomen vrij, zonder medische behandeling of particulier behandeld met alle willekeurigheden van dien.

Aan de leprabestrijding buiten de gestichten kan geen zorg besteed worden, zoodat het hooge bedrag uitgetrokken voor de leprabestrijding alleen individuen ten goede komt, die zich niet kunnen handhaven, terwijl de ziekte als zoodanig niet bestreden wordt.

Niet onvermeld mag blijven dat grondige veranderingen in de leprabestrijding in behandeling zijn.

4. Typhus, Dysenterie en Enteritis.

Ieder jaar komen in de kolonie grootere- of kleinere epidemieën voor.

Van de 26.315 sterfgevallen, sedert 1903 in Paramaribo aangegeven waren 2958 gevallen van typhus, dysenterie en enteritis d.i. 11.25 %

Begrijpelijk zal het zijn, dat aan de verpleging van deze ziekten groote kosten verbonden zijn, Ieder jaar worden belangrijke sommen daaraan besteed, maar de oorzaak — ondeugdelijk drinkwater, slechte faecaliën-afvoer, muskietenplaag — blijft ongemoeid.

Nog steeds bezit Paramaribo geen goede watervoorziening, geen deugdelijke rioleering en geen georganiseerde muskietenverdelging.

Een muskietenverordening is nu in behandeling.

5. Filariabestrijding

Aan de bestrijding van deze ziekte (systematische muskietenverdelging, betere watervoorziening) wordt niets gedaan.

Naar schatting wordt jaarlijks voor verpleging van lijders aan filaria en secundaire gevolgen een som van f 40.000.— besteed.

De veel zwaarder wegende gevolgen die drukken op ieder geregeld bedrijf zijn moeilijk in cijfers uit te drukken.

6. Geneeskundige verzorging in de Districten

Ook hieraan wordt jaarlijks een groot bedrag besteed, ongeveer honderd duizend gulden.

Toch is de geneeskundige verzorging verre van ideaal.

Goede verkeerswegen ontbreken, goed ingerichte en gemakkelijk te bereiken hospitaaltjes eveneens ¹⁾, van hygienisch werk — afgezien van de anchylostoomcampagne — geen spoor.

Zoo komt het geneeskundig werk practisch hierop neer, dat — na uren lang nutteloos en kostbaar verblijf in barkassen of andere vervoermiddelen — enkele individuen, in het gunstigste geval verzameld in poliklinieken — door den dokter bezocht worden.

Het moge zijn nut hebben de feiten, in het voorgaande genoemd, nog eens in het kort te resumeeren:

I. Omtrent de geheele bevolking:

a. Het totale sterftecijfer, het aantal levenloosgebo-

¹⁾ Alleen in Albina, Nickerie en Katwijk bevindt zich een Hospitaaltje.

renen per 1000 geborenen en de sterfte vóór het bereiken van het eerste levensjaar per 1000 levendgeborenen bedraagt in Suriname bijna het dubbele van de overeenkomstige cijfers in Nederland.

b. In Paramaribo komt het achtste gedeelte van de wettig geboren kinderen en ruim het vierde gedeelte van de onwettig geboren kinderen ofwel levenloos ter wereld of sterft vóór het bereiken van het eerste levensjaar (5/6 deel hiervan zijn kinderen van Inboorlingen). In de districten is dit respectievelijk het elfde en het zevende gedeelte.

c. In Paramaribo wordt 70 % van de kinderen, in de districten 80 % van de kinderen onwettig geboren.

d. In Suriname sterven op een leeftijd van 30—39 jaar bijna 3 × zooveel mensen als in Nederland, terwijl in Nederland meer dan het dubbele aantal mensen den leeftijd van 60 jaar bereikt.

e. De gemiddelde bereikte leeftijd bedraagt in Suriname 32 jaar, 2 maanden; 36 jaar 6 maanden in de stad en 27 jaar 4 maanden in de districten.

In Nederland bedraagt de gemiddelde leeftijd naar schatting meer dan 40 jaar.

f. Syphilis en andere venerische infectie's, malaria, anchylostomiasis, filaria, lepra en tuberculose zijn de ziekten, die de volksgezondheid het meest benadeelen.

II. *Omtrent de Inboorlingen.*

a. Het geboortecijfer is iets hooger dan in Nederland, maar het sterftcijfer is bijna dubbel zoo groot.

b. Van de kinderen der Inboorlingen komt ruim het zevende gedeelte ofwel levenloos ter wereld of sterft vóór het bereiken van het eerste levensjaar (Zie I b.).

In Nederland 9.5 % in 1923.

c. De gemiddeld bereikte leeftijd bedraagt 36 jaar, 11 maanden.

III. *Omtrent de Britsch-Indiërs.*

a. Van de drie groote bevolkingsgroepen in Suriname is het geboortecijfer van de Britsch-Indiërs het hoogste en het sterftcijfer het laagste.

b. Van de in Suriname geboren Britsch-Indische kinderen komt bijna het tiende gedeelte ofwel levenloos ter wereld of sterft voor het bereiken van het eerste levensjaar. Dit is dus „iets” meer dan in Nederland.

c. De gemiddeld bereikte leeftijd bedraagt 33 jaar, 4 maanden, dus minder dan de gemiddeld bereikte leeftijd van de Inboorlingen.

d. De hygienische toestand van de Britsch-Indiërs in Suriname is veel beter dan van de Britsch-Indiërs in Britsch-Guyana; het geboorteoverschot is in Suriname ruim $8 \times$ zoo groot.

IV. *Omtrent de Nederlandsch-Indiërs:*

a. Van de drie groote bevolkingsgroepen is het geboortecijfer van de Nederlandsch-Indische immigranten het laagste. Het sterftcijfer is betrekkelijk gunstig. Beide cijfers worden sterk beïnvloed door de geringe bezetting der oudere leeftijdsklassen.

b. Van de in Suriname geboren Nederlandsch-Indische kinderen komt het vijfde gedeelte ofwel levenloos ter wereld of sterft voor het bereiken van het eerste levensjaar.

c. De gemiddeld bereikte leeftijd bedraagt 23 jaar, 3 maanden; in de districten 20 jaar, 2 maanden.

De gemiddeld bereikte leeftijd van de Nederlandsch-Indische vrouw bedraagt in de districten 16 jaar en nog geen 13 jaar als ook de levenloosgeborenen van het vrouwelijk geslacht worden meegeteld.

N.B. De bezetting der leeftijdsklassen is niet bekend.

V. *Omtrent de Geneeskundige voorziening:*

a. Jaarlijks is beschikbaar een bedrag neerkomende op f 8.— per hoofd van de geheele bevolking van Suriname.

b. Hiervan wordt besteed.

- 4.— voor het Militair Hospitaal.
- 1.50 „ de drie leproserieën.
- 0.50 „ het krankzinnigengesticht.
- 0.80 „ den districtsgeneesheer.

Totaal f 6.80 Voor genezing van zieken en verpleging van

ongeneeslijk zieken en hulpbehoevenden.

f 0.40 voor de geheele hygienische dienst, inclus. anchylostoombestrijding.

Totaal $\overline{- 0.40}$ voor voorkoming en bestrijding van ziekten
 - 0.80 voor andere doeleinden (zie specificatie blz. 266/267).

Van iedere f 18.— wordt dus f 17.— besteed voor genezing van zieken en verpleging van ongeneeslijk zieken en hulpbehoevenden (afgezien van de armenverzorging) en f 1.— voor voorkoming en bestrijding van ziekten.

De eindconclusie, waartoe de beschouwing van het hierbijeengebrachte feitenmateriaal voert, luidt derhalve inderdaad: „*De gezondheidstoestand van Suriname is slecht*”.

Zwaar is de verantwoording dergenen die geroepen zijn het hygienisch werk te leiden; niet de verantwoording voor het zieke individu, dat belangstelling, toewijding en steun in overmaat ontvangt, maar de verantwoording voor het geheele Surinaamsche volk, dat — van alle kanten door ziekten bedreigd — nimmer nog in staat gesteld werd, zich te kunnen weren.

Zwaar is de taak, die op hun schouders rust en groot zijn de moeilijkheden, die overwonnen moeten worden, onbegrijpelijk groot, vooral voor ieder, die niet van nabij gezien heeft, hoe goedbedoelde, wel doordachte maatregelen in Suriname kunnen falen.... *Onbegrijpelijk groot, maar nimmer op den duur onoverkomelijk.*

Paramaribo 1 Mei '26.