

beschouwd als „the future curse of Fiji”. Nog in 1923 schreef men: „After fifty years of contact with civilisation, the physique of the Fijian, naturally robust, has become sickly . . . The dismayed Fijian sinks beneath the invasion of a thousand different diseases for which he is not prepared . . . Will the race resist this avalanche of new diseases? Probably not . . .” (BROUGH 1923-4).

Gelukkig bleek deze prognose verkeerd te zijn. Wie het tegenwoordige Fiji kent, zou niet vermoeden, dat het land nog pas twee generaties geleden aan de rand van de afgrond stond. Civilisatie — in westerse zin — eist zijn prijs. Men vraagt zich af of de prijs in sommige gevallen niet te hoog was.

Het pleit in hoge mate voor de toenmalige regering, dat het plan van Dr. WM. MACGREGOR, hoofd van de Medische Dienst, lokale krachten medisch op te leiden, werd geaccepteerd. Reeds in 1884 werd met de opleiding in het Suva-ziekenhuis begonnen. Hieruit groeide de Medical School, die in 1928, met hulp van de Rockefeller Foundation, werd uitgebreid tot de Central Medical School. In de tegenwoordige tijd bekend als de „Fiji School of Medicine” leidt ze Assistent Medical Doctors op. De studietijd is vijf jaar. Vele studenten zijn afkomstig van de andere eilanden (Samoa, Tonga, Cook Islands, Solomon Islands, Gilbert and Ellice Islands, New Hebrides and Niue). De nieuw opgerichte universiteit in Suva zal waarschijnlijk binnen korte tijd de Medische School absorberen. Terugblikkend op een uitermate moeilijke start, kan men zeggen dat dit voor Fiji in zekere zin een eindpunt zal zijn. En een nieuw begin.

Literatuur: BROUGH, C. A. LA TOUCHE (1923-4) Diseases and medicines of Fiji. *Transactions of Fijian Society*. — DERRICK, R. A. (1955) 1875: Fiji's darkest hour — An account of the measles epidemic of 1875. *The Fiji Society* 6, 3; (1965) *The Fiji Islands*. Government Press, Suva, Fiji. — McDONALD, W. H. (1959) Diseases in Fiji. *The Fiji Society* 7, 63. — NADALO, I. (1955) Old wars of Western Fiji. *The Fiji Society* 6, 51.

September 1968

A. A. J. JANSEN

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

CAMPYLODACTYLIE

Gaarne zou ik nog even willen terugkomen op het artikel en het commentaar van collega KOENS (1969), waarin hij een lipodystrofie van de lumbricalis van de pink als oorzaak voor de camptodactylie aanmerkt. Zijna eerste argument, een deficit in het aantal kleine spiertjes van de pink, verliest zijn waarde omdat deze eenvoudig naar de hypotheran verplaatst zijn en daar dezelfde werking blijven uitoefenen. Het tweede is (nog) voorbarig: de lipodystrofie is slechts bij één waarneming gevonden en wordt bij vroegere pathologisch-anatomische onderzoeken niet genoemd.

Aangeboren afwijkingen zijn juist aan de pink niet zeldzaam (clino-, brachy-, ankylodactylie), zodanig dat sommigen zelfs van een regressie van de pink spreken. Spieren zijn daar niet mee gemoeid. Een genetische factor zal bij de (hereditaire) camptodactylie zeker een rol spelen en het lijkt mij aannemelijk dat de spierdystrofie secundair is.

Collega KOENS vindt in 1969 in mijn artikel van 1957 geen nieuwe gezichtspunten (anderen, SMITH en KAPLAN, wel in 1968). Het nieuwe was dat het toen nieuw was voor Nederland.

Literatuur: HAAS, W. H. D. DE (1957) Camptodactylie. *Ned. T. Geneesk.* 101, 2121. — KOENS, L. (1969) Campylo-dactylie. *Ned. T. Geneesk.* 113, 229, 631. — SMITH, R. J. en E. B. KAPLAN (1968) Camptodactyly and similar atraumatic flexion deformities of the proximal interphalangeal joints of the fingers. *J. Bone Jt Surg.* 50A, 1187.

Amsterdam, 16 april 1969

W. H. D. DE HAAS

BACTERIOLOGISCHE OORLOGVOERING

De redactie van dit *Tijdschrift* geeft collega HOOGENDIJK (1969) het woord over dit buitengewoon belangrijke onderwerp.

In Nederland doet men aan „beschermingsonderzoek”, maar „men ontkomt dan niet aan de noodzaak om zelf offensieve wapens tot ontwikkeling te brengen”, zegt HOOGENDIJK. Nu heeft professor COHEN, die ook in dit stuk wordt geciteerd, in een „Brandpunt Speciaal” op 24 februari jl. stelling genomen tegen professor RUYSS, die hetzelfde standpunt inneemt als HOOGENDIJK. Prof. COHEN stelt daar tegenover, dat in zijn R.V.O.-laboratorium strikt defensief wordt gewerkt. Deze twee uitspraken staan dus lijnrecht tegenover elkaar. De oplossing van deze paradox is te vinden in het boek van R. CLARKE (1968): „een bacteriologisch laboratorium kan men in een handomdraai overschakelen van defensief naar offensief onderzoek”. Zo verwant zijn deze twee vormen van onderzoek. Jammer genoeg vervalt daarmee ook de mogelijkheid, controle uit te oefenen op de aard van de bezigheden; tevens is het zinloos om te proberen dit soort spoorwerk te staken. Want normaal biologisch onderzoek is te veel verwant aan militair belangrijke objecten. Wel is grotere openheid bevorderlijk voor de bescherming tegen de gevaarlijke internationale paranoia. CLARKE meent, dat door deze grotere openheid ook het spoorwerk ter voorbereiding op genocide zelfs voor een deel tot heil van de mensheid kan worden gebruikt, doordat dan ook burgerbacteriologen van de resultaten gebruik kunnen maken.

Het blijft een treurige zaak dat er medici werken aan voorbereiding van genocidale acties. Zij maken of krijgen in Nederland strikt defensieve deelprojecten, maar zij maken toch altijd bacteriologen vrij voor offensieve acties in Amerika. Nu beoefent professor COHEN met de zijnen anti-antigeneeskunde, maar wat steunt hij daarmee? In de eerste plaats anti-geneeskunde. Hij is gebonden aan een militair geheim. Misschien is hij wel in militaire dienst en staat hij onder de krijgstucht. Maar hij heeft wellicht ook een artseneed afgelegd, dus is hier een botsing van loyaliteiten.

Wij mogen de groep van instituten zoals R.V.O. wel als een groot gevaar zien voor leven en gezondheid van miljoenen. Maar wat kunnen wij daar dan tegen doen? In de eerste plaats dus openheid, internationale afspraken van geleerden (HOOGENDIJK op. cit.); Pugwash; een beroepseed voor de academicus in het algemeen (voorstel van Prof. GROEN op de jaarvergadering van V.W.O. op 15 maart jl.); verder overhevelen van het werk uit de sfeer van defensie naar die van de volksgezondheid.

Misschien moeten wij als groep of als Maatschappij ook nog optreden tegen het verraad aan het humanitaire ideaal der geneeskunde maar dat alles is nog onvoldoende en wel vooral, omdat wij niet weten wat wij eigenlijk moeten bestrijden.

Het militaire apparaat heeft nu sterke banden met de overheid — gelukkig maar — en met de industrie (de Eisenhower-doctrine). De leidende figuren van deze elites zullen waarschijnlijk een select gezelschap vormen van overwegend „authoritarian personalities” (ADORNO e.a. 1950). Kenmer-