

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 hypothenera 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-

ken van dit persoonlijkheidstype zijn: *a.* een grotere mate van verdringing van subjectief onaanvaardbare tendenties; *b.* projectie hiervan op anderen, die daarvoor vijandig en dreigend lijken; *c.* conformisme; *d.* meer bezig met macht dan met liefde in het tussenmenselijke contact; *e.* starre persoonlijkheid (ARGYLE 1966; vergelijk ook EYSENCK 1957). Wat heeft de wereld te verwachten van een dergelijke leidende elite? Een cultuur van gezag, hardheid, van verachting van „tendermindedness” en monopolisering van agressie, van paranoïde projectie, maar ook van provocatie van „de anderen”. „De anderen” zijn dan in de eerste plaats soortgelijke elites in andere landen, maar ook de groepen van anders gestructureerde persoonlijkheden overal ter wereld. Nazi-Duitsland was een nu alweer klassiek geworden voorbeeld van een dergelijke cultuur. Amerika ontwikkelt zich onheilspellend in een aanverwante richting. Wellicht gaan wij ook een stuk mee.

Als mijn hypothese waar is, komen de volgende vragen aan de orde: Hoe is de opbouw van onze eigen groep? Identificeren wij ons met de paranoïd-agressief-angstige elite? Streven wij ernaar deel te hebben aan hun macht? Zoeken wij hun steun en bescherming? Verdringen de meesten van ons de hele problematiek liever (als te angstwekkend en te ontmoedigend)? Of zijn wij onbewust bang om overbodig te worden en laten wij enkelen van ons onder militaire vlag maar vast een paar forse potentiële epidemieën creëren? Of — en dat hoop ik — proberen wij ons tenminste onaf hankelijk en kritisch op te stellen? HOOGENDIJK heeft met zijn artikel een uitermate belangrijk onderwerp aangestipt waar zeer veel problemen aan vastzitten. Wij moeten hem daarvoor dankbaar zijn.

*Literatuur:* ARGYLE, M. (1966) *Attitudes*. Onder redactie van JAHODA en WARREN. Pelican. — CLARKE, R. (1968) *We all fall down*, bl. 181. Penguin Press. — EYSENCK, H. J. (1957) *Sense and nonsense in psychology*, bl. 281. Pelican. — HOOGENDIJK, J. L. (1969) Bacteriologische oorlogvoering. *Ned. T. Geneesk.* 113, 801. — *Wetenschap en Samenleving* (1969) Nr. 2, bl. 21.

Beverwijk, 4 mei 1969

J. H. VAN MEURS

## BERICHTEN

### BUITENLAND

#### Duitsland

**Chiropraxis.** — Volgens een publikatie in de *Deutsche medizinische Wochenschrift* (23 mei bl. 1134) heeft het Bundessozialgericht besloten dat: „Eine chiropraktische Behandlung durch einen Nichtarzt, die nicht von einem approbierten Arzt angeordnet und geleitet oder überwacht wird, ist keine 'ärztliche Behandlung' und deshalb grundsätzlich keine Versicherungsleistung”.

**Krutoff-kliniek.** — Men mag erover denken hoe men wil, de „Krutoff-Klinik” komt er beslist; aldus *Ärztliche Praxis* (3 juni bl. 2664). Dr. LEO KRUTOFF had in 1963 de Mayo-clinic in Rochester bezocht en was daarover zó enthousiast geworden dat hij besloot alle kracht aan te wenden om ook in Duitsland een dergelijke inrichting te doen bouwen. Grote indruk had op hem gemaakt, dat de Mayo-clinic jaarlijks door 200.000 patiënten uit alle delen der wereld wordt bezocht en dat deze de kliniek zo tevreden verlaten; voorts dat de artsen in de kliniek niet alleen hun geneeskundige gaven kunnen ontplooiën, maar dat zij in een atmosfeer kunnen werken „in der sie zufriedener, ich möchte fast sagen, glücklich sind”. Na vele tegenslagen lukte het KRUTOFF

eindelijk, in Wiesbaden een groot stuk grond en de nodige financiële steun te krijgen. Tenslotte kwam de „Medizinische Gesellschaft für die Förderung einer nach dem Vorbild der Mayo Klinik in Deutschland zu errichtende Klinik” tot stand. Ook regeringssteun werd toegezegd. Een van de grondregels in de nieuwe kliniek zal zijn, dat de artsen geen werk, in het bijzonder betreffende het beheer, te doen zullen krijgen, dat niet strikt medisch is. Vermoedelijk wordt in januari 1970 met proefdraaien begonnen; de officiële opening zou in april 1970 kunnen plaatsvinden.

#### Groot-Brittannië

**Jeugdige alcoholisten.** — Wanneer men over een alcoholist spreekt, bedoelt men meestal een man van middelbare leeftijd, die van zijn sociale leven een grote mislukking heeft gemaakt, zijn gezin verwaarloost, en zijn vrouw tot wanhoop drijft. In de „London Letter” (*Canad. med. Ass. J.*, 19 april bl. 733) wordt echter een door CHRISTINE HASSALL uitgebracht rapport aangehaald over 40 alcoholisten onder de 30 jaar. Deze waren met drinken begonnen op de gemiddelde leeftijd van 15,4 jaar, waren gewoonlijk na twee jaar „regular drinkers” geworden, en konden vervolgens na drie jaar, op de gemiddelde leeftijd van 19,9 jaar als „excessive drinkers” worden aangemerkt, met alle kenmerken daarvan: dronkenschap overdag, verlies van prestatievermogen (20 waren uit hun betrekking ontslagen), onvermogen met drinken op te houden, en in sommige gevallen gedachten over zelfmoord of pogingen daartoe. Hun lichamelijke symptomen waren duidelijk: nausea, braken, anorexie, „morning shakes”; 14 hadden reeds aanvallen van delirium tremens gehad. Hun vooruitzichten waren niet rooskleurig. Slechts 9 hadden zich gewend tot de „Alcoholics Anonymous”, en dan nog uitsluitend als zij in een ziekenhuis verbleven. Van 15 die een medische behandeling hadden ondergaan, was slechts één langer dan enkele weken sober gebleven. Geen hunner toonde zich bezorgd over de schade die zij zichzelf toebrachten en de meesten waren apathisch en pessimistisch: „I just don't like life when I'm sober”.

#### Een op de zes psychiatrische patiënten alcoholist.

— Van 300 patiënten die in een Schotse psychiatrische inrichting werden opgenomen, waren 1 op de 6 alcoholist, aldus Dr. IAIN MACCAMMOND (*Med. News*, 30 mei bl. 3). Hij kon er geen verklaring voor geven, maar meende dat er verband bestond tussen alcoholisme en depressie. Ook meende hij dat Kelten meer dan Angelsaksers aanleg voor depressie hebben, dat in Schotland meer depressie voorkomt dan in Engeland, en verder vier maal zo veel alcoholisme.

#### Universitaire graad in verpleegkunde.

— Aan de Universiteit van Manchester kan men tegenwoordig in de faculteit der geneeskunde een graad in de verpleegkunde behalen, die recht geeft op de titel Bachelor of Nursing. De nieuwe instelling moet worden beschouwd als een ontwikkeling van een in 1959 begonnen cursus, die leidde tot het „Diploma in Community Nursing”. Voorlopig zullen jaarlijks slechts twaalf studenten tot de nieuwe opleiding worden toegelaten. Evenals het diploma „Community Nursing” zal de nieuwe universitaire graad door de General Nursing Council worden erkend voor de registratie als verpleegster, en door de Council for the Training of Health Visitors voor de toekenning van het „Health Visitor's Certificate”. (*Med. News*, 30 mei bl. 3.)

**Dagbladen en harttransplantatie.** — Een bepaald dagblad heeft de namen van donor en recipiënt van een getransplanteerd hart gepubliceerd, en dit heeft nogal wat veront-