

der uitzondering, moet zijn oordeel scherpen door eigen onderzoek, door beschrijving en na-onderzoek van zijn zieken, door literatuurstudie en door de analyse van hun ziektegeschiedenissen. Dat wetenschappelijk werk kan ook wereldkundig gemaakt worden. Daarvoor heeft hij de hulpmiddelen en daarvoor moet hij de tijd maken. Voor artsen die co-assistenten of specialisten opleiden geldt hetzelfde in nog sterkere mate, ook wanneer wij erkennen dat de co-assistenten-affiliatie een noodoplossing is, ontstaan door de beperkte capaciteit van de academische ziekenhuizen, en ook wanneer wij vermoeden dat een ten dele universitaire specialistenopleiding de voorkeur verdient boven een uitsluitend perifere. Wetenschappelijk werk is dus geenszins het prerogatief van academici, en de hoogste vorm van wetenschapsbeoefening vindt men niet zelden bij niet-academici, smalend „hobbyisten” genoemd door degenen die zelf geen weg weten met hun „vrije tijd”.

Een totaal andere zaak, waar ik in de gewraakte alinea van mijn klinische les op doelde, is de beschikbaarstelling van overheidsmiddelen voor klinisch spoorwerk in algemene ziekenhuizen. Bij de huidige krapte aan geldmiddelen is centralisatie van (duur) spoorwerk noodzakelijk, en de Academische ziekenhuizen zijn de aangewezen centra. Dat dient te worden gezegd, want de academische ziekenhuizen worden van alle kanten bedreigd. Ze krijgen te weinig geld en worden gelijkgeschakeld met algemene ziekenhuizen op het punt van beddenkorting en bouwkundige voorschriften, maar worden tegelijk eenzijdig getroffen door de honoringsvoorstellen van de staatssecretaris van O & W. Intussen wordt de mogelijkheid om creatief wetenschappelijk werk in academische ziekenhuizen te verrichten door gebrek aan middelen steeds kleiner.

Dat werken in algemene ziekenhuizen „rijkdom en routinewerk” betekent, is een stelling waar collega BRANDT terecht tegen protesteert; als het specifieke karakter van academische ziekenhuizen geen ondubbelzinnige erkenning vindt, wordt het werken in deze ziekenhuizen straks: armoede en . . . routinewerk.

Amsterdam, september 1977

R. A. CRONE

Professor CRONE schrijft in zijn klinische les (1977) over twee aangelegenheden: over het gebied dat typisch tot zijn vak behoort, de occlusie van de vena centralis retinae en het al dan niet behandelen hiervan, en over een politieke aangelegenheid, namelijk het beleid dat financieel-economisch van overheidswege gevoerd zou moeten worden ten aanzien van personen en instellingen die bepaalde onderzoeksmethoden ten behoeve van patiënten willen toepassen om bepaalde diagnoses en therapieën mogelijk te maken.

Ik vind het wat verdrietig, dat de redactie van het tijdschrift gemeend heeft CRONE's klinische les als zodanig te moeten plaatsen, en hem niet die beperkingen heeft opgelegd die dit artikel, gelet op de feitelijke betekenis van de klinische les, verdiende. Uiteraard heeft niemand het recht prof. CRONE een politieke visie ook ten aanzien van de volksgezondheid te ontzeggen, doch het had m.i. meer in de rede gelegen als hij met zijn politieke opvattingen verwezen was naar de redactie van *Medisch Contact*. De mogelijkheid wordt thans geschapen — ik ben me er bewust van dat ik met dit ingezonden artikel hiertoe bijdraag — dat er een ellenlange discussie over politieke zaken kan ontstaan die papierverslindend is en beter besteed had kunnen worden aan wetenschappelijke stukken.

De opmerking van CRONE, dat moreel en financieel ver-

antwoord klinisch spoorwerk *uniek* de taak is van academische ziekenhuizen, moet vermoedelijk gezien worden als een vrije interpretatie van wat besturen van academische ziekenhuizen gesteld hebben, namelijk dat een algemeen ziekenhuis vooral dient om geneeskundige hulp te bieden naar de huidige stand van de medische verworvenheden. Deze vrije interpretatie zou betekenen, dat medewerkers in de gezondheidssfeer in niet-academische milieus wellicht wel wetenschappelijk geïnteresseerd mogen zijn en zelfs wetenschappelijke vraagstellingen mogen hebben, maar dat daarbij zelfontplooiing *in feite* niet kan worden getolereerd. Dit zou betekenen, dat bv. de chronische patiënt, bij uitstek niet tot het onderzoekerterrein van academische ziekenhuizen behorend, in feite niet of niet meer voor klinisch spoorwerk in aanmerking zou komen. Hierbij denk ik o.a. aan de grote groep psychiatrische patiënten, revalidatiepatiënten, sanatoriumpatiënten en patiënten van andere categorale instellingen. Zelf als internist werkende ten behoeve van de eerstgenoemde categorie patiënten, kan ik prof. CRONE verzekeren dat ook deze groepering in zijn chroniciteit wel degelijk verantwoord klinisch spoorwerk behoeft, waarbij het financieel en moreel onverantwoord zou zijn dit spoorwerk aan universiteiten toe te denken. Dit zou namelijk in feite betekenen dat er niets gebeurt, daar in academische ziekenhuizen eenvoudig geen ervaring te verwachten valt t.a.v. de specifieke problematiek van genoemde groeperingen, alleen al omdat daartoe een patiëntenbestand van redelijke omvang ontbreekt.

De interpretatie van de uitspraak der besturen van academische ziekenhuizen door CRONE komt op mij dan ook wat elitair aanmatigend en dirigistisch over. Potentieel houdt zijn opvatting een miskennis in van wat ik t.a.v. de groeperingen van chronische patiënten stelde, groeperingen die zich met hun eigen problemen kennelijk volledig aan het waarnemingsvermogen van CRONE onttrekken. Bovendien houdt zijn opvatting een blokkade in van wetenschappelijke vermogens en vraagstellingen die buiten de universitaire klinieken aanwezig zijn, respectievelijk ontstaan. Het komt op mij elitair en dirigistisch over, medewerkers aan een niet-academisch ziekenhuis, of van andere instellingen in de gezondheidszorg die met gefundeerde wetenschappelijke vraagstellingen komen, de mogelijkheid te ontzeggen daar zelf ook nog een oplossing voor te vinden door te verwijzen naar de veronderstelde unieke taak van de academische ziekenhuizen. Het is bovendien onjuist omdat iedereen weet dat universitaire ziekenhuizen zelf al met de handen omhoog zitten, niet wetend hoe men de research uit eigen vraagstelling financieel-economisch, en niet in het minst ten aanzien van personeelsbezetting, rond moet krijgen.

Professor CRONE komt mij in zijn uitspraak ook aanmatigend over als hij denkt dat de uitbesteding van klinisch spoorwerk uitsluitend en alleen maar aan universitaire ziekenhuizen financieel-economisch en moreel de meest efficiënte weg betekent voor oplossing van de problemen. M.i. bieden de ruime subsidiëring vanuit de staatsruif en de uitgebreide instrumentele toerusting van academische ziekenhuizen, benevens het aanwezig zijn van het vereiste wetenschappelijke personeel, hiertoe allerminst de beste garantie. Over het bovenstaande valt uiteraard veel meer te zeggen. Wellicht zal ik niet de enige zijn die op CRONE's klinische les, gedeeltelijk politieke beschouwing, reageert. Het enige wat ik vurig hoop is dat een eventuele discussie over dit onderwerp mag leiden tot een wat gevarieerder kijk van CRONE op klinisch spoorwerk, waarbij hij dan tot het inzicht moge komen dat ook elders moreel en financieel verantwoord,

klinisch spuurwerk kan geschieden, zelfs meer verantwoord dan in een universitaire kliniek.

Literatuur: CRONE, R. A. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1193.

Noordwijk, september 1977

A. J. M. SCHIPPERIJN

Met het antwoord aan collega BRANDT is ook een repliek gegeven op de belangrijkste opmerkingen van collega SCHIPPERIJN. De kritiek op de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vind ik wat onbillijk. Het

klinische gebeuren heeft veel kanten: ook psychologische, morele en maatschappelijke. Een eenzijdig op het medisch-wetenschappelijke afgestemde les wordt gauw saai! Waarom zouden een paar korte alinea's over maatschappelijke achtergronden van een therapeutisch probleem — tot politiek gedegradeerd — naar *Medisch Contact* moeten verhuizen?

Ik voel mij er niet door beledigd dat collega SCHIPPERIJN mij elitair, aanmatigend en dirigistisch vindt: Met recht wil de universiteit de behuizing zijn van de elite die zich in het wetenschapsbeleid een sturende taak mag aanmatigen.

Amsterdam, september 1977

R. A. CRONE

BERICHTEN

Binnenland

Het Integraal Kankercentrum Rotterdam. — Op 14 oktober jl. is het Integraal Kankercentrum Rotterdam officieel geopend. In feite is het centrum een kantoor en een telefoonnummer voor consultatie en gaat het om integratie door samenwerking van een aantal instellingen en ziekenhuizen.

De deelnemende componenten zijn het Academisch Ziekenhuis-Rotterdam Dijkzigt en het Sophia Kinderziekenhuis, het Radio-therapeutisch Instituut in de Daniël den Hoedkliniek, de medische faculteit van de Erasmus Universiteit, het Radiobiologisch Instituut TNO Rijswijk, De Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen in Rotterdam en de gemeente Rotterdam.

Het is de bedoeling dat het Centrum de coördinatie van behandelingsmethoden zal gaan verzorgen in zuidwest-Nederland, te beginnen met het Rijnmondgebied. Bovendien zullen basisonderzoekingen en klinisch-wetenschappelijke onderzoekingen worden gesteund.

Cholera, een exotoxinose. — In *De Kring*, een maandblad van de Nijmeegse artsen, beschrijft dr. J. G. A. BORGHANS, hoofd van het Streeklaboratorium aldaar, de levenswijze van de *Vibrio cholerae*. De bacterie hecht zich aan de epitheelcellen van de dunne-darmkrypten en haar exotoxine stimuleert het enzym adenylcyclase in de epitheelcellen. Door dit enzym verandert het intracellulaire adenosinetrifosfaat in cyclisch adenosinemonofosfaat, dat de mucosacellen aanzet tot secretie van water en elektrolyten. Omdat de stimulatie irreversibel is, geneest de patiënt pas als nieuwe epitheelcellen de aangetaste vervangen. (Op dezelfde wijze kunnen sommige *E. coli*-stammen de beruchte reizigersdiarree verwekken.) Het kenmerk van het klassieke cholera-geval is dus een enorm verlies van water en elektrolyten, de z.g. rijstewater-diarree die tot snelle dehydratie en shock leidt. Toediening van zout en water is dus van veel meer belang dan het voorschrijven van tetracycline, het antibioticum van eerste keuze.

Het kweken van de *Vibrio* valt het laboratorium niet zo moeilijk, maar wel wordt aan de artsen die faeces voor kweek inzenden, gevraagd te vermelden of de patiënt op reis is geweest. BORGHANS brengt ook weer onder de aandacht, dat reeds bij vermoeden van cholera onverwijld aangifte gedaan moet worden bij de Inspecteur van de Volksgezondheid of de GG & GD.

PCP en verslaving. — In een referaat in het *Pharmaceutisch Weekblad* (1977, bl. 982) komt fencyclidine aan de orde, een stof die in 1926 werd gesynthetiseerd en bekend is als PaeCe Pill, PCP. Na 30 jaar werd het anesthetische effect ervan herkend en beproefd, waarbij al spoedig bleek dat bij sommige proefpersonen een delirium ontstond. Wegens de psychogene effecten werd fencyclidine gebruikt voor de bestudering van schizofrenie; lage doses brachten voor de zieke gepredisponeerden langdurig in een toestand van schizofrenie. „Daarom” vormde zich vrij snel een groep die van LSD overging op PCP, al of niet gecombineerd met LSD of marihuana. Langs de weg van gewenning en verslaving kwamen er chronische gebruikers die aan steeds hogere doses behoefte hadden. Roken, snuiven of oraal nemen zij PCP in als „crystal”, „angel dust” en als THC (een naam die in verband met marihuana verwarrend is). De bepalingswijze van PCP en metabolieten ervan in urine en bloed is bekend.

Men meent dat in 1970 de eerste twee doden in de Verenigde Staten van Amerika gevallen zijn; in 1975 zou het gros van de intoxicaties in Detroit uit PCP-gevallen hebben bestaan. Vaststelling van PCP-gebruik in Nederland berust op de signalering van 3 gevallen in het Vondelpark te Amsterdam in de zomer van 1972. Bij gebruik van een te grote hoeveelheid kan de gebruiker dagenlang in coma blijven. Verschijnselen bij geringer gebruik zijn desoriëntatie, agitatie, niet-ziende blik, communicatie-uitval, ataxie en nystagme. De ademhalingsdepressie kan tot de dood leiden.

Intercollegiale toetsing in de apothekerswereld. — Van 16 februari 1977 tot 1 januari 1979 duurt de proefperiode van intercollegiale toetsing in de openbare apotheek. Nadien zal worden uitgemaakt of de toetsing permanent zal worden. Het gaat vooral om het verzamelen en hergroeperen van normen voor het functioneren van apotheken, het op de hoogte van de tijd zijn, de efficiënte werkwijzen en de onderlinge uitwisseling van ervaringen. Regionale contactpersonen stellen tweetallen samen van apothekers die tot toetsen bereid zijn en verstrekken hun criterialijsten. Na de toetsing wordt het verslag aan de getoetste apotheker gezonden en het onpersoonlijke feitenmateriaal daarvan komt ook ter beschikking van de regionale commissie om later bij te kunnen dragen aan algemene overzichten. Het speuren naar fouten en het uitvoeren van controle is niet de opzet; deze taak valt toe aan de Inspectie van de Volksgezondheid (*Pharm. Weekblad* 1977, bl. 971).

Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat de artsenstand naar