

Een uit het hart gegrepen kreet. En toch . . . Want wordt hier wel betoogd hoe noodzakelijk het medisch wetenschappelijk onderzoek is en dat het dreigt mis te gaan. Nee, eigenlijk niet! Betoogd wordt dat medisch wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk is, dat patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek met elkaar samenhangen en dat het mis dreigt te gaan aan de academische ziekenhuizen. Over de andere ziekenhuizen wordt slechts constaterend gesteld dat „daar in de meeste gevallen de mogelijkheden nog kleiner” zijn. Had niet aan de titel van het artikel dat wij nu lezen moeten worden toegevoegd „in de academische ziekenhuizen”? En is het toch niet jammer dat dit voortreffelijke hoofdartikel niet het gehele gebied van het medisch wetenschappelijk onderzoek heeft bestreken? Want overal geldt in deze het „let op uw saeck”, zowel voor patiënt, student als voor dokter.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 809.

's-Gravenhage, juni 1980

L. J. ENDTZ

Het hoofdartikel van prof JONGKEES (1980) is ook mij, internist, niet verbonden aan de universiteit, maar full-time werkzaam in een psychiatrisch ziekenhuis, uit het hart gegrepen, met name ten aanzien van het in de 3e en 4e alinea van zijn betoog gestelde. Wil men als internist, verbonden aan een dergelijke instelling, op wetenschappelijk terrein iets proberen dan klopt men, afhankelijk van de aard van het onderzoek, aan bij instellingen als TNO, ZWO, FUNGO en dergelijke om financieel personeelsarmslag te krijgen. Men moet dan een nauwkeurige omschrijving van het doel van het wetenschappelijk onderzoek opgeven, de tijdsduur waarin men meent een en ander te kunnen afron-

den, de financiële gevolgen die een en ander heeft, en vele andere zaken en, last but not least, zal men met aanbevelingen van een of meer wetenschapsbeoefenaren, bijv. hoogleraren aan een universiteit, op de proppen moeten komen. Men probeert dan eerst uiterst informeel contact te krijgen met betrokken personen over de problemen die men als internist op zijn eigen terrein in een dergelijke instelling heeft ontmoet, om dan gewaar te worden, dat men in feite amper of niet geïnteresseerd is in deze zover van de universitaire wereld gelegen problemen. Laten we eerlijk zijn: het is voor de betrokken wetenschapsbeoefenaren al moeilijk genoeg eigen zaken rond te krijgen.

Ik heb het tien jaar geleden éénmaal geprobeerd en heb het naderhand in gesprekken zeer voorzichtig afgetast zonder zelfs maar toespelingen te maken op mijn eventuele ambities tot een wat uitgebreider wetenschappelijk onderzoek: ik heb geleerd het moede hoofd maar in de schoot te leggen, echter realiserende dat veel wat zonder de moeite waard is, blijft liggen niet alleen omdat de minister van onderwijs nog amper geïnteresseerd lijkt te zijn in het wetenschappelijk werk dat „zijn” hoogleraren en wetenschappelijk medewerkers voor ogen staat, maar omdat deze op hun beurt amper of geen interesse lijken te hebben in de voor hen extramuraal liggende problematiek op medisch terrein. Inderdaad: ten detrimente van de patiënten en zeker ten detrimente van de tot het derde echelon vaak levenslang veroordeelde psychiatrische patiënt. En dan maar hopen, dat deze woorden ook op lager dan ministerieel niveau ter harte worden genomen.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 809.

Noordwijk, juni 1980

A. J. M. SCHIPPERIJN

BERICHTEN

Buitenland

DUITSLAND

Tuberculose in de bondsstaat Beieren. – Uit een overzicht van de tuberculosemorbiditeit in Duitsland (*Med. Klinik* (1980) 75, 410) blijkt dat deze belangrijk hoger ligt dan in Nederland. In 1973 werd in ons land voor de bij de consultatiebureaus nieuw bekende gevallen een daling sinds 1951 geconstateerd van 145 tot 17,5 per 100.000 inwoners (*Leerboek der tuberculosebestrijding*, 12e druk). In de Bondsrepubliek varieerde de incidentie in 1977 nog van 37,8 in Nedersaksen tot 70,7 in Beieren, zelfs tot 97,8 voor de stad West-Berlijn. Uit een overzicht van A. WINDSORFER van de Universiteit van Erlangen blijkt dat de situatie in de staat Beieren regionaal sterk verschilt, van 0-80 tot meer dan 200. De schrijver meent dat het aantal gevallen met 20% moet worden verhoogd wegens onvoldoende aangifte ervan. Tevens wijst hij op een groot aantal patiënten met tuberculose die niet als zodanig worden herkend tijdens het leven. Uit een overzicht van het pathologisch-anatomisch instituut in Homburg bleek dat van de 199 bij sectie gevonden gevallen van zware tuberculose slechts de helft van te voren bekend was. Van 811 gevallen van postprimaire tuberculose bij sectie vastgesteld in het pathologisch-anato-

misch instituut in Münster bleek zelfs slechts 41% tijdens het leven te zijn gediagnostiseerd. De auteur wijst op het gevaar dat vooral onder ouderen de gevallen van open tuberculose voorkomen. De sterke stijging van de morbiditeit onder de 15-25-jarigen verklaart de schrijver uit het contact dat de jeugdigen met deze lijdens aan open tuberculose hebben zodra zij contact krijgen met de wereld der volwassenen. Lokale epidemietjes kunnen gemakkelijk ontstaan door besmetting in danszaal, discotheek of werkplaats. De schrijver noemt een aantal voorbeelden hiervan, waarbij 10-75 personen werden besmet. Vervolgens wijst hij op het gevaar van de grotere morbiditeit onder de 4 miljoen buitenlanders die legaal in Duitsland verblijven; deze is bij de volwassenen 2 maal en bij de kinderen 3 maal zo groot als bij de autochtone bevolking. Het gevaar in de groep illegaal verblijvende buitenlanders moet nog hoger worden geschat.

Tegen het grote besmettingsgevaar wordt BGG-inenting aanbevolen. Daartoe is het nodig dat de Bondsstaten deze inenting „öffentlich empfohlen” verklaren. In Beieren bestaat een dergelijke verklaring ten aanzien van alle pasgeborenen en van allen die met tuberculose-patiënten samenwonen of op andere wijze bijzonder gevaar lopen om besmet te worden en die tuberculine-negatief reageren. De schrijver wil deze aanbeveling uitbreiden tot alle kinderen