

Amerika heeft 85 „medical schools” voor een bevolking van 140 miljoen, waarvan eenkwart miljoen artsen. Ook hier blijkt dat het programma overvuld en tevens in een te groot aantal delen is gesplitst. Daarnaast bestaat er te weinig gelegenheid tot ontwikkeling van de creatieve talenten van de student. De inleider gaf een overzicht van de veranderingen, welke men in de afgelopen vijftien jaren in de verschillende „medical schools” had ondernomen om het onderwijs te moderniseren. Enkele van zijn aanbevelingen om het aantal artsen te kunnen vergroten en hun kwaliteit te verbeteren waren: vergroting van het aantal „medical schools”, zodat per „school” per jaar niet meer dan honderd studenten aankomen; een basis-studie welke dient als fundament, zowel voor de aanstaande practicus als voor de wetenschappelijke werker - hierna kan hij uit verschillende richtingen kiezen, afhankelijk van zijn eigen aspiraties; het bevorderen van interdepartementaal onderwijs; uitbreiding van de medische faculteiten, waardoor men tot „small group teaching” kan geraken en ook de wetenschappelijk onderzoek-mogelijkheden groter worden, wat deelname van de studenten daarin ten goede kan komen; integratie van de „medical school” in andere disciplines (natuur en sociale wetenschappen)!

Uit de discussie over dit onderwerp een enkele kernachtige uitspraak: Elke faculteit moet van het feit overtuigd zijn, dat het onderwijs nimmer ideaal is. Er dient een comité te zijn, dat steeds alert is het onderwijs-systeem te wijzigen (London). Gedurende de gehele medische studie dient de student van zijn toekomstige verantwoordelijkheid te worden doordrongen (Veene:laas). De integratie van de basiswetenschappen in de klinische geneeskunde kan het best worden gerealiseerd door de goed geïntegreerde wetenschappelijke werker (London).

De methoden van het klinisch onderwijs werden uitvoerig door Snapper besproken. Het professorale college, gegeven door een ervaren wetenschappelijk klinikus is nodig om de grondslagen van de kennis van de student te verbreden en hem tevens een onvergetelijke ervaring te geven. Onbewust leert hier de student klinische ervaring begrijpen. Anderzijds moet men de educatieve waarde van deze colleges niet overschatten; de colleges mogen onder geen beding worden beschouwd als de enige pilaar, waarop de medische vorming steunt.

In tegenstelling tot Amerika, waar men na het Flexner-rapport (1908-1913) het professorale college afschafte, heeft men tot nu toe in Europa gemeend dat men het klinisch onderwijs met uitsluitend colleges kon afdoen. Geregelde „bedside teaching” in kleine groepen dient in de plaats te komen van de patiënten-demonstraties voor een groot auditorium. De „bedside teaching” dient echter eveneens door ervaren klinici te worden gegeven, maar jammer genoeg ontbreekt daaraan —

ook in Amerika, waar dit systeem op de „medical school” uitgebreid in zwang is — vaak veel. Een verplicht assistentschap na het artsexamen, waarin men met de nodige verantwoordelijkheid wordt belast, werd als onmisbaar beschouwd voor een goede medische opleiding.

Tijdens de discussie over dit zeer belangrijke punt kwamen zeer veel brandende kwesties ter sprake, zoals bijvoorbeeld het probleem van het tijdens de medische opleiding niet geconfronteerd worden met het doen van wetenschappelijk werk; men vroeg zich af of onderwijs-deskundigen niet als adviseur moesten worden aangetrokken; de grote aandacht, welke tijdens de medische opleiding voor ziekten wordt gevraagd en de geringe belangstelling welke men voor de zieke toont; de geringe verantwoordelijkheid van de student tijdens de opleiding in ons land.

Scott (Edinburgh) en Huygen spraken over de problemen van de specialisatie van de toekomstige huisarts. Hierbij kwam ook de noodzakelijkheid ter sprake om de huisartspraktijk voor alle medische studenten als studie-onderwerp te gebruiken.

Nadat Dankmeijer had gesproken over de aanpassing van de medische opleiding aan de toekomstige functie van de medische student, besloot Snapper de conferentie met enkele beschouwingen, waarvan hier zij genoemd de in de geschiedenis der geneeskunde geleerde ervaring dat een wijziging in het medisch leerplan slechts na een revolutie tot stand komt. Ook de beschouwing over een wijziging van het medisch leerplan — onder het motto verkort de opleiding en maak haar beter — verdient hier te worden gememoreerd: Er kan twee jaar studieduur worden bespaard door ten eerste het prope-deutisch jaar af te schaffen en ten tweede gedurende vijf jaar elk jaar twee-en-een-halve maand vakantie op te offeren (van de vier maanden vakantie van juni tot oktober houdt men dan nog zes weken vakantie over). De studie bestaat dan uit twee jaar waarin de kandidaatsvakken worden gedoceerd, gevolgd door twee jaar „clerkships”, waarin weinig colleges worden gegeven, maar voor het merendeel „small group teaching” door goede, ervaren docenten. Ten slotte volgt een jaar „rotating internship”.

Het was slechts mogelijk in dit verslag enkele punten aan te stippen uit de overvloed van gegevens, gedachten en voorstellen in zake het medisch onderwijs, op deze zo voortreffelijk georganiseerde conferentie ter sprake gebracht. Het initiatief van de Leidse medische faculteit kan — dunkt mij — niet genoeg worden gewaardeerd en het is dan ook de enige teleurstelling van deze conferentie geweest dat onder de 130 deelnemers slechts een enkele hoogleraar van de vijf andere medische faculteiten in ons land aanwezig was.

H.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

64-6r. The work of the general practitioner. Lees, D. S. en M. H. Cooper (1963) *J. Coll. gen. Practit.* 6, 408.

Dit artikel is een poging 37 rapporten van individuele en groepsonderzoekers naar de morbiditeit van de Engelse bevolking te analyseren en onderling te vergelijken. De onderlinge vergelijking levert al direct vele moeilijkheden op, doordat reeds veelal bij de opzet van het onderzoek een niet scherpe doelstelling werd gegeven, zodat de verkregen gegevens zonder enige samenhang worden gepubliceerd. Bovendien zijn de begrippen waarmee wordt gewerkt voor velerlei uitleg vatbaar. Zo worden bijvoorbeeld de gegevens gerelateerd op een bevolkingsgroep, waaronder de ene keer het totale aantal ingeschreven patiënten wordt begrepen en een andere keer het aantal patiënten dat wordt gezien (at risk). Toch bleek het mogelijk uit deze gezamenlijke studies enige conclusies te trekken:

1 Het totale aantal patiënten dat de huisarts per jaar van

zijn totaal aantal ingeschreven „zielen” ziet, bedraagt circa 60-70 procent.

2 Het aantal verrichtingen per patiënt per jaar (consultingrate) wisselt zeer sterk, zowel bij onderlinge vergelijking, als ook in één praktijk van jaar tot jaar. Het meest frequent wordt een getal tussen de 3 en 5 gegeven.

3 De verhouding tussen spreekuur- en visiteverrichtingen lijkt vooral door de ligging der praktijk (stads-platteland tegenstelling) te worden beïnvloed.

4 Naar leeftijd en geslacht verdeeld bleken de gegevens onderling zeer goed vergelijkbaar door een ongeveer gelijke uitkomst. Bij mannen bleek de groep van 15-45 jaar de arts het minst te consulteren; bij vrouwen daarentegen bleek de „consultingrate” met de leeftijd toe te nemen! De groep ouder dan 65 jaar vroeg het meeste aantal verrichtingen. Ook de verhouding visite-sprekuur volgde dezelfde lijn, dat wil zeg-

gen de verhouding visite-spreekuur was bij mannen van 15-45 jaar het kleinst, terwijl bij vrouwen ook het aantal visites met de leeftijd toenam.

5 Door de verschillende ziekte-indelingen is een onderlinge vergelijking zeer moeilijk. Slechts blijkt zeer duidelijk dat het aantal respiratoire ziekten het grootst is.

De auteurs eindigen met te constateren, dat er voortdurend twee begrippen door elkaar lopen: ten eerste het morbiditeits-onderzoek in engere zin, dat op de patiënt is georiënteerd en waarbij de arts alleen een diagnose vermeldt; ten tweede het praktijk-analytisch onderzoek, gericht op de arts, waarbij juist het individuele arts-zijn een grote rol speelt en zulke verschillende uitkomsten geeft. Het is dus zaak reeds bij de aanvang van een huisartsenonderzoek deze twee factoren van elkaar te scheiden door een zeer scherpe vraagstelling.

A. P. Oliemans

63-33. B.C.G. and sarcoidosis. Hoffbrand, B. I. (1963) *Brit. med. J.* I, 659.

Er zijn gevallen bekend van sarcoïdosis (M. Besnier-Boeck), die kort na enting met B.C.G. optraden. Stellig zal het merendeel van deze gevallen wel op een coincidentie hebben berust, maar van enkele is de samenhang met de voorafgaande enting toch zo evident, dat een oorzakelijk verband wel moet worden aangenomen. In deze gevallen vond men dubbelzijdige hilusklierzwellings één tot vier maanden na de B.C.G.-toediening, terwijl direct voor of na de enting op een röntgenfoto van de borst geen afwijking was te zien.

De schrijver vermeldt een geval, dat wel het meest frappante kan worden genoemd dat tot dusver werd gepubliceerd. Een verpleegster had in het begin van haar opleiding in 1956 een zwak positieve Mantouxreactie. In februari 1961 was een thorax-röntgenfoto nog volkomen normaal en in maart 1961 had zij een negatieve Heafreactie (een reactie op ongeveer het equivalent van 10 tuberculine eenheden). Men diende haar B.C.G. toe (0,1 ml intradermaal van een vers vaccin uit Kopenhagen). Hierdoor ontstond na een paar dagen een papel en na twee weken een kleine zweer, die weer genas. In augustus 1961 reageerde zij nog steeds negatief op de Heafreactie en op 18 augustus kreeg zij weer eenzelfde dosis B.C.G. De lokale reactie had een gelijk verloop, als die in maart. Maar hoewel zij zich tot dusver volkomen gezond had gevoeld, begon zij zich één tot twee dagen na de tweede B.C.G.-toediening minder goed te voelen. De klachten waren: kortademigheid na inspanning, kuchen en opbrengen van mucoid sputum. Twee weken later kreeg zij retrosternale pijn en ging zij hoesten; gevoelde zich ziek en kreeg koorts, welke werd begeleid door hardnekkig braken. Op 22 september bespeurde zij een zwelling van het gelaat en ontwikkelde zich beiderzijds een conjunctivitis. Een thoraxfoto op 15 september liet beiderzijds hilusklierzwellings zien. Op 4 oktober bleek patiënte 10 kg afgevallen en was de temperatuur nog steeds verhoogd tot 37,8° C. De bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes was 20 mm na één uur; serumeiwit 8,6 gram per 100 ml met matige hypergammaglobulinemie. In het sputum werden geen tuberkelbacillen gevonden. De diagnose „sarcoïdosis” werd bevestigd door leverbiopsie. Met prednison trad een snelle verbetering in en twee dagen na het begin der therapie met steroïden was de reactie van Mantoux weer 1 : 100 positief. Andere patiënten, die met hetzelfde vaccin waren behandeld vertoonden geen reacties van algemene aard.

Er is een theorie die veronderstelt, dat bij sarcoïdosis, welke door de antigene prikkeling van *Mycobacterium tuberculosis* wordt veroorzaakt, de lesies een gevolg zijn van een abnormaal sterke productie van antilichamen in het serum gepaard met een gebrekkige ontwikkeling van — voor de huidreactie op tuberculine verantwoordelijke — antilichamen-dragende cellen. Het bovenvermelde geval schijnt deze theorie wel te bevestigen. Deze patiënte slaagde er niet in, na B.C.G.-enting, een voldoende sterke huidovergevoeligheid op tuberculine te produceren. Toch was er wel enige huidovergevoeligheid, zoals bleek uit de positieve Mantouxreactie (1 : 100) kort na het begin van de behandeling met steroïden. Het is echter bekend dat na B.C.G.-enting in één procent van de gevallen geen positieve huidreactie op tuberculine in de concentratie

1 : 10 ontstaat. De snel intredende algemene reactie op de tweede B.C.G.-enting wijst er op, dat er wel degelijk veel antilichamen aanwezig waren in de circulatie.

Bij sarcoïdosis schijnt de tuberculine-achtige huidreactie op een grote verscheidenheid van antigenen door het een of ander mechanisme te worden onderdrukt. Dat ziet men ook bij enkele andere ziekten, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Hodgkin. Er zijn echter aanwijzingen, dat het onderdrukkingsmechanisme hierbij anders werkt. Het feit dat men er niet in is geslaagd bij sarcoïdosispatiënten een verhoogde titer van antilichamen tegen *Mycobacterium tuberculosis* aan te tonen, verliest veel aan betekenis, wanneer men bedenkt dat men nog in het onzekere verkeert of men wel het juiste antigen uit de gecompliceerde antigene structuur van de levende mycobacterie heeft gebruikt. Kort geleden heeft men bij een grote groep Amerikaanse patiënten, lijdende aan sarcoïdosis, een hoge titer van antilichamen gevonden tegen een tot dusver onbekende mycobacterie. Dit zou er dus op kunnen wijzen, dat sarcoïdosis wordt veroorzaakt door een andere mycobacterie, dan de tuberkelbacil.

L. J. Bastiaans

Het lezen waard

Enige tijd geleden verscheen de negende druk van het door Prof. Dr J. H. van den Berg geschreven boekje, „Psychologie van het ziekbed”, waarin duidelijk wordt gemaakt wat het ziek zijn voor de patiënt zelf betekent. Iedere huisarts moet dit boekje gelezen hebben. Uitgever G. F. Callenbach n.v., Nijkerk, 1963, 51 bladzijden, prijs f 2,50.

Boekbespreking

Tekst en toon in de geneeskunde. Uitgeverij Centrex n.v., Eindhoven. 90 bladzijden met 63 tekstafbeeldingen van electro- en fonocardiogrammen, alsmede drie 45-toerenplaten van 17 cm ø; prijs f 32,25.

De bedoeling van de drie grammofonplaten met begeleidende tekst is, de arts de mogelijkheid te geven zijn eigen auscultatie beter te kunnen interpreteren. Er wordt per plaat telkens een onderwerp behandeld, stoornissen van het hartritme, hartgeruisen en harttonen, en wel met 21 respectievelijk 30 voorbeelden per plaat. Dit grote aantal is echter onoverzichtelijk, temeer omdat de platen niet zichtbaar zijn ingedeeld, zodat een voorbeeld niet gemakkelijk is terug te vinden. Verwarrend is ook de gesproken tekst, die té duidelijk aan de oorspronkelijke Duitse tekst en denkwijze is ontleend. Een veel kleiner aantal goed geanalyseerde voorbeelden met goede verklarende tekst zou waarschijnlijk leerzamer zijn geweest. Deze technisch grotendeels mooie opnamen zijn derhalve geen vervangmiddel, noch voor datgene wat men tijdens zijn studie en opleiding heeft gemist, noch voor het persoonlijk contact met een ervaren collega.

H. F.

Dr P. A. Roorda. De behandeling van de dreigende abortus. H. E. Stenfert Kroese n.v. Leiden, 1964. 145 bladzijden, prijs f 14,—.

Het is moedig geweest van Roorda om het probleem van de dreigende abortus, waarbij zoveel etiologische factoren een rol spelen en de diagnostiek moeilijk en onzeker is, als onderwerp van studie te kiezen. Hij heeft gebruik gemaakt van de enquête-methode en zich beperkt tot het maken van een vergelijking van verschillende behandelingsmethoden. Zo leverden 280 huisartsen voldoende gegevens om het resultaat bij 501 patiënten te vergelijken. Dat van de 395 aanmeldingen uiteindelijk 280 artsen actief meewerkten, is een gegeven dat bij een volgend groepsonderzoek van belang kan zijn.

Belangwekkend is zijn conclusie dat strenge bedrust alleen als symptomatische therapie waarde heeft.

Ook bij dit geneesmiddelenonderzoek is gebleken dat de statistici zo vroeg mogelijk moeten worden ingeschakeld en dat uiterste voorzichtigheid is geboden met het maken van conclusies. Immers, wanneer de spasmolytica en sedativa bij dit