

het leren denken. Het is de vraag of hiertoe de klassieke vorm van college-geven wel het meest geëigend is. Er lijkt mij veel voor te zeggen, een deel van de stof in onderling debat en gezamenlijk experiment te behandelen. Dit vereist echter een zeer grote beweeglijkheid van geest en paraatheid van de docent, afgezien van de materiële en personele hulpmiddelen. Ik vrees dat de massa, zoals op zovele gebieden, ook hier alles zal bederven.

Dit alles dient verwezenlijkt te worden in de „kern-opleiding” van Prof. QUERIDO. Deze kern-opleiding behoeft dan niet zo lang te duren. Er is veel voor te zeggen, aan het eind van de kern-opleiding het algemene artsdiploma te laten bestaan. Wanneer men de huisartsen-geneeskunde hoe langer hoe meer gaat beschouwen als een apart specialisme — en alles wijst in die richting — dan zal men ook daaruit de consequentie moeten trekken van een verplichte specialistische opleiding daartoe. Deze zal nog altijd belangrijk korter kunnen duren dan de andere specialistische opleidingen en zich vooral dienen bezig te houden met psychologie, sociologie, preventieve geneeskunde, diagnostiek, farmacotherapie, praktijkvoering, administratie enz.

Het schijnt mij toe dat de gehele geneeskundige opleiding één logisch zwaartepunt heeft, nl. de patiënt, de zieke medemens. De disciplines zijn — uit praktische overwegingen — gedeeld, de patiënt is altijd ongedeeld. Om dit zwaartepunt kan men steeds alle vakken en alle docenten ongedwongen groeperen. Wanneer men, vanaf het allereerste begin van de opleiding — en met de jaren in opklimmende samengesteldheid — de patiënt introduceert en centraal stelt, zal ieder toekomstig arts zijn uiteindelijke doel vanaf het begin voortdurend duidelijk voor zich zien. Het zal hem ook beter doen beseffen, ja hij zal niet anders weten, dan dat iedere patiënt tegenwoordig multidisciplinair moet worden benaderd en dat vrijwel alle geneeskunde tegenwoordig samenwerking van een aantal medici vereist, groepsgeneeskunde is geworden. Het zal hem ook in zijn meest ontvankelijke jaren duidelijk maken dat geneeskunde een humane wetenschap, een wetenschap van de mens is; dat de arts behoeder van het leven en cultuurdrager bij uitstek dient te zijn. Het lijkt mij ook vooral daarom dat filosofische, psychologische en historische scholing in de kern-opleiding node kunnen worden gemist, terwijl men wellicht met voordeel zou kunnen verwijzen naar de schatten die over de zieke mens zijn verzameld in poëzie en romankunst.

Dit alles moge velen te ambitieus, utopisch of zelfs kettters in de oren klinken. De kern-opleiding dient zeker niet te worden verlicht, evenmin het aandeel van de basisvakken daarin. Een goed fundament is nog steeds eerste voorwaarde om te kunnen bouwen. De accenten zouden echter belangrijk kunnen worden verlegd.

Ik besef dat men zeer behoedzaam moet zijn met het wijzigen van een zo belangrijk maatschappelijk en wetenschappelijk instituut als de universitaire geneeskundige opleiding. Toch meen ik dat door gezamenlijk overleg en met goede wil, reeds zeer belangrijke onderlinge verschuivingen in de leerstof mogelijk zouden zijn. Een plaatselijk en in omvang beperkt experiment lijkt mij de aangewezen weg.

Men zal mij voor de voeten werpen dat het gemakkelijker is theorieën te verkondigen dan ze in praktijk te brengen en dat het zelfs aanmatigend is over deze zaken te spreken met slechts een geringe eigen onderwijs-ervaring. Mijn excuus ligt alleen in het feit dat ik over deze kwesties vaak

heb nagedacht en dat het artikel van Prof. QUERIDO uitnodigde tot discussie.

Literatuur: QUERIDO, A. (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 593.
’s-Gravenhage, 2 mei 1965

P. J. KUIJZER

FRACTUREN VAN DE ORBITA

Met belangstelling las ik het artikel van de collegae BLEEKER en Bos (1965) over orbitafracturen. Naar aanleiding daarvan kan ik de volgende casuïstische mededeling doen.

Een huisarts — tevens oogarts — komt met een patiënt in zijn auto bij mij thuis, omdat de jonge man hem opzocht direct na een trauma, bestaande in een val voorover op het stuur van zijn motor. Het was omstreeks 1925 in Semarang. Er was een volkomen blindheid van het linker oog. Ik vond een fractuur van de arcus zygomaticus. Ik had zo iets nog nooit bij de hand gehad en ging met de collega naar mijn bibliotheek en vond de wijze van repositie. Ik stak mijn vinger in de mond, zo hoog mogelijk onder de arcus naar boven, en kon de pas ontstane fractuur door druk naar buiten prompt reponeren, blijkbaar ook intra-orbitaal, want meteen kwam het gezichtsvermogen terug. Er was wel een röntgen-apparaat bij een huisarts elders in de stad, maar een schedelfoto daarmee in die dagen?

Er was later geen enkel onaangenaam gevolg.

Literatuur: BLEEKER, G. M., en C. E. Bos (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 747.

Baarn, 11 mei 1965

M. N. ROEGHOLT

INTERMITTERENDE ZWELLINGEN IN DE HALS BIJ KINDEREN

Gaarne maak ik een enkele opmerking aangaande de röntgenopnamen van patiënt A uit de klinische les van Prof. Dr. G. DEN OTTER (1965). De onder figuur 4 gepubliceerde foto's laten juist boven de aortaknop een spiraalvormige impressie van de oesophagus zien, welke op deze plaats sterk doet denken aan de impressie veroorzaakt door een aberrante arteria subclavia dextra. Meestal loopt dit aberrante vat vanaf het punt waar de arcus aortae in de aorta descendens overgaat, retro-oesophageaal naar rechts. Door de slokdarm-impressie kunnen slikstoornissen ontstaan (dysphagia lusoria), vooral bij het snel drinken van vloeistoffen, terwijl zich respiratoire stoornissen kunnen voordoen wanneer tevens een truncus bicaroticus aanwezig is (KLINKHAMER 1962). Is het niet mogelijk dat patiënt A behalve de beschreven achalasie, tevens een aberrante arteria subclavia dextra heeft?

Literatuur: KLINKHAMER, A. C. (1962) *Het vaststellen van aberrante arteriën in het mediastinum superius door middel van het oesophagogram*. Proefschrift Leiden. — OTTER, G. DEN (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 877.

Groningen, 11 mei 1965

C. J. P. THIJN

Inderdaad bestaat de mogelijkheid dat het eerstgenoemde patiëntje tevens een abnormaal verlopende rechter arteria subclavia heeft. Wij hebben destijds dan ook overwogen, hier nader op in te gaan. Daar echter postoperatief alle slikklachten verdwenen en het kind uit zijn deplorabele toestand herstelde, werd het achterwege gelaten, zodat wij deze diagnose nooit definitief gesteld hebben.

Amsterdam, 17 mei 1965

G. DEN OTTER