

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

SYNCOPE

In het caput selectum van Dr. M. KOSTER (1965) staat sub d: „Bij sommige *congenitale hartgebreken*, speciaal bij de tetralogie van Fallot, komen „fainting spells” voor, meestal na enige inspanning: hierdoor stijgt de reeds bestaande pulmonale hypertensie, waardoor enerzijds de toevoer van ge-oxygeneerd bloed naar de linker kamer vermindert . . . anderzijds de links-rechts-shunt verandert in een rechts-links-shunt.” Dit is, zoals het daar staat, onjuist. Bij de tetralogie van Fallot bestaat in rust reeds een rechts-links-shunt, niet op basis van een pulmonale hypertensie, maar op basis van een pulmonalisstenose. In de arteria pulmonalis is de druk dan ook in den regel verlaagd. De „fainting spell” — die met hyperventilatie gepaard gaat — komt naar alle waarschijnlijkheid tot stand door een spasmus van het meestal reeds vernauwde uitstroombied (infundibulum) van de rechter kamer, hetgeen leidt tot een aanmerkelijke vergroting van de rechts-links-shunt.

In de literatuur zijn voldoende argumenten te vinden voor de opvatting, dat spasmus van het infundibulum-gebied verantwoordelijk is voor de „cyanotic spell”. TOBIN c.s. (1965) meldt het ontstaan van spasmus in het uitstroombied van de rechter kamer bij normale honden onder invloed van intraveneuze infusie van isopropylarterenol. JOHNSON (1961) nam tijdens catheterisatie van een patiënt met een tetralogie van Fallot na operatieve splijting van de vernauwde pulmonalis-klep een duidelijk spasmus in het infundibulaire gebied van de rechter kamer waar. HONEY c.s. (1964) deed de waarneming, dat de arteriële zuurstofsaturatie tijdens inspanning bij een groep van 17 patiënten met een tetralogie van Fallot na toediening van pronethalol — een beta-sympathicolyticum — minder sterk daalde dan zonder toediening van pronethalol. Zijn conclusie was, dat de dynamische component bij pulmonalisstenose onder invloed van de door inspanning veroorzaakte sympathicotomie geheel of grotendeels geblokkeerd kan worden door deze beta-sympathicus-antagonist. De suggestie van HONEY om een beta-sympathicolyticum te geven — op het ogenblik geniet propranolon (Inderal) de voorkeur — bij een „cyanotic spell”, is m.i. behartigenswaard.

Het lijkt mij verder van belang op te merken, dat het getal 160, dat de ondergrens van het gebied van aritmieën met hoge kamerfrequentie zou aangeven, geen rekening houdt met de leeftijd. Bij zuigelingen of jeugdige volwassenen zal men dit getal los van de aan de aritmie ten grondslag liggende afwijking geheel anders waarderen dan bij oudere, 60-80 jarige volwassenen, gezien de fysiologische variatie van de maximale kamerfrequentie als functie van de leeftijd.

Literatuur: HONEY, M., D. A. CHAMBERLAIN en J. HOWARD (1964) The effect of beta-sympathetic blockade on arterial oxygen saturation in Fallot's tetralogy. *Circulation*, **30**, 501. — JOHNSON, A. M. (1961) Norepinephrine and cyanotic attacks in Fallot's tetralogy. *Brit. Heart J.*, **23**, 197. — KOSTER, M. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1155. — TOBIN, J. R., P. E. BLUNDELL, R. G. GOODRICH en H. J. C. SWAN (1965) Induced pressure gradients across infundibular zone of right ventricle in normal dogs. *Circulat. Res.* **16**, 162.

Leiden, 14 juli 1965

H. W. H. WEEDA

Ik ben collega WEEDA ervoor erkentelijk, dat hij de aandacht heeft gevestigd op een fout in de verklaring betreffende

7 AUGUSTUS 1965 NED. T. GENEESK. 109. II. 32

het ontstaan van de „fainting spells” bij tetralogie van Fallot. De desbetreffende zinsnede had moeten luiden: . . . „hierdoor neemt de reeds bestaande pulmonalisstenose toe”, enz.

Ook met de door hem vermelde theoretische verklaring kan ik mij geheel verenigen. Deze viel echter wat buiten de opzet van dit caput selectum.

Ik ben het er echter niet mee eens dat „bij de tetralogie van Fallot in rust een rechts-linksshunt bestaat”. In de systolische fase van de hartcyclus kan immers vaak een links-rechtsshunt worden aangetoond (zie GAMBLE en medewerkers 1965).

Het getal 160 voor de frequentie bij aritmieën is door mij benaderend opgegeven, hetgeen ook blijkt uit de tekst waar staat: „meestal *meer* dan 160/minuut”. Het gaat er hier niet zozeer om, hoe men deze frequentie moet waarderen, als wel om de vraag of deze hoge frequentie een syncope ten gevolge heeft. Deze zal zich bij verschillende patiënten bij verschillende frequentie voordoen; ook bij een en dezelfde patiënt kan dit bij zich herhalende aanvallen op wisselend niveau liggen, meestal zal dit echter wel boven de 160 zijn.

Literatuur: GAMBLE, W. J., P. C. HUGENHOLTZ, R. G. MONROE, M. POLENYI en A. S. NADAN (1965) The use of fiberoptics in clinical cardiac catheterization. *Circulation* **31**, 328.

Amsterdam, 21 juli 1965

M. KOSTER

SERVIRE OF . . . INSERVIRE?

De Redactie geeft op bl. 1188 van deze jaargang een verbetering, die op haar beurt aanleiding geeft tot een woord van commentaar. Het gaat niet alleen om een woord, maar om het grote vraagstuk van de vrijheid van de arts; vandaar deze verbetering van een verbetering met de volgende motivering.

De Redactie verbetert de zinspreuk: „In serviendo” (in twee woorden) door aanvulling met: „consumor”. Daarin wordt „Serviando” met het voorzetsel: in afgeleid van „servire”, onbepaalde wijs van servio, ik dien. Dit betekent evenwel: dienen als slaaf (servus), hetgeen van een arts in onze tijd toch bezwaarlijk gezegd kan worden, aangezien slechts een vrij man een goed arts kan zijn.

Het klassieke Latijn kent echter ook de vorm: „inservio” hetgeen wil zeggen: vrijwillig dienen, in dienst zijn, toegewijd zijn. Als voorbeeld diene: Rex inserviens (TACITUS).

De bovenbedoelde zinspreuk dient derhalve gelezen te worden als: „Inserviando” (in één woord).

Aldus staat er ook vermeld onder een bekend schilderij van REMBRANDT met een man, die een brandende kaars in de hand houdt: „Aliis inserviando consumor”, een aanhaling, waarop de verbetering van de Redactie blijkbaar betrekking heeft.

Het verschil tussen de ene en de andere vorm moge niet groot zijn, naar inhoud en betekenis verschillen „servire” en „inservire” in zeer sterke mate. Vandaar deze korte verbetering.

Maastricht, 3 juli 1965

J. E. SCHULTE

Servio betekent niet alleen: in slavernij leven. Het kan ook betekenen: diensten bewijzen, ter wille zijn, voor iets moeite doen, zich aan iets wijden, met iets rekening houden, enz. De „reges inservientes” van TACITUS (*Historiae*, II. 81,3) zijn vazallen, en niet, zoals collega SCHULTE doet geloven „koningen die toegewijd zijn”. Deze plaats bij TACITUS is vrijwel de enige waar inservio in de eigenlijke betekenis (=servio) voorkomt. De oneigenlijke betekenissen van inservio zijn ongeveer dezelfde als die van servio.

Van Prof. EERLAND vernemen wij, dat hij vroeger een exlibris had, dat de spreuk „inserviendo consumidor” bevatte. Later kreeg hij een tweede exlibris ten geschenke van Prof. ENK, de bekende latinist te Groningen, die zeide, dat de spreuk moet luiden: „in serviendo consumidor”.

Amsterdam, 26 juli 1965

REDACTIE

HET MEDISCH ONDERWIJS IN SCANDINAVIË EN GROOT-BRITANNIË

Naar aanleiding van het hoofdartikel in dit *Tijdschrift* van 10 juli jl. zou ik willen proberen, een paar aanvullende opmerkingen te maken ten aanzien van de situatie in Noorwegen. Objectieve waardering van het eindproduct van de Nederlandse opleiding, de afgestudeerde arts, lijkt onmogelijk, maar toch kan een subjectieve vergelijking van de kennis en capaciteiten van pas afgestudeerden in een ander land met die van het Nederlandse eindproduct, gezien door de ogen van de laatste, misschien zijn nut hebben. Ik was hiertoe in de gelegenheid doordat ik onmiddellijk na mijn artsexamen in Noorwegen ging werken, aanvankelijk in een kliniek en later zelfstandig in een district.

In een Noors ziekenhuis werken, zoals werd beschreven, de artsen, die hun laatste theoretische examen (na 5 jaar studie) afgelegd hebben, als „kandidaat-artsen”, tweemaal een half jaar, resp. op een chirurgische en een interne afdeling. In deze periode doen zij in alle opzichten het werk van de jongste assistent en hebben ook volledig de economische en sociale status hiervan. Deze mensen zijn dus eigenlijk in een fase van hun opleiding die met het co-assistentchap in Nederland te vergelijken is, of liever gezegd, te vergelijken zou moeten zijn. Wat nu het meest opvalt, is, dat deze mensen, wier theoretische kennis wel ongeveer gelijk is aan die van de doctorandus in Nederland, zo veel beter beslagen ten ijs komen op therapeutisch, handelend gebied, dan de pas afgestudeerde Nederlandse arts. Een vergelijking met de Nederlandse doctorandus, die nog aan zijn co-schappen moet beginnen, en met wie men hen eigenlijk zou moeten kunnen vergelijken, valt nog ongunstiger uit.

Ik moet hier direct aan toevoegen dat dit slechts het zuiver praktische terrein betreft. Iets anders, dat ook opvalt is, dat de mentaliteit van deze jonge, efficiënte werkers, hun houding tegenover de mens die ziek is en zich ziek voelt, zeer veel te wensen overlaat. Dit vindt misschien wel gedeeltelijk zijn oorzaak in het feit dat zij gemiddeld veel jonger zijn, gedeeltelijk ook juist in de nadruk die er tijdens hun opleiding op het handelen, het „stukwerk”, gelegd wordt, en de geringe nadruk op de follow-up.

Na deze verplichte assistentschappen bestaat voor de Noorse arts, voor hij zelfstandig praktijk mag gaan uitoefenen, de verplichting, gedurende een half jaar als assistent in een grote districtspraktijk te werken. Ook hier is hij weer geen meeloper of toekijker, maar krijgt eenvoudig de helft van deze praktijk zelfstandig te doen, waarbij hij dagelijks de oudere collega om raad kan vragen. Deze, voor Nederland vrij ondenkbare regeling, moet men zien in het licht van de Noorse verhoudingen: een districtspraktijk wordt in het algemeen slechts een paar jaar door een zelfde arts gedaan. Zowel in als buiten de ziekenhuizen, verhuizen de artsen dikwijls en er wordt vaak van werk gewisseld. De patiënten zijn daardoor vrijwel nergens aan een vaste arts-patiëntrelatie gewend.

Ik heb het bovenstaande bepaald niet bedoeld als kritiek op de Nederlandse opleiding, ik signaleer slechts het voor de pas afgestudeerde Nederlandse arts in het oog springende

verschil. In welk van beide landen de volksgezondheidsverzorging op het hoogste niveau staat, en hoeveel dit met de verschillen in de opleiding te maken heeft, is een geheel andere zaak.

Hierover acht ik mij wel tot vermoeden, doch niet tot oordelen bevoegd.

Kjøpsvik, 16 juli 1965

H. R. FOLMER

WEL OF GEEN PREKLINISCHE CITROENZUUR-CYCLUS?

Nu Rotterdam een medische faculteit gaat krijgen, heeft de door QUERIDO (1965) geopende discussie over de „preklinische” of „basisvakken” nog aan belang gewonnen. Het preklinische onderwijs zal daar nog geheel moeten worden opgezet en biedt dus alle mogelijkheid tot vernieuwing.

Geen praktiserend arts, maar ook geen wetenschappelijk werker zal zich graag opnieuw geconfronteerd zien met de opgaven die hij indertijd bij zijn propedeutisch en kandidaatsexamen met succes oploste. Ook al weet hij zich op dit moment een kundig arts en ook al erkent hij het nut van de basisvakken voor zijn huidige praktijk. Menig internist zal overigens wel eens verzuchten dat hij nu met meer belangstelling en met meer vrucht een cursus over stofwisselingsprocessen zou volgen.

Wanneer men dit erkent, zal men zich ten aanzien van de basisvakken het volgende kunnen afvragen:

1. Wat is het juiste tijdstip waarop ze met de meeste vrucht kunnen worden onderwezen?

2. Wat zijn eigenlijk „de” basisvakken?

Deze vragen zijn niet goed te beantwoorden zonder een bezinning op de veranderingen die de geneeskunde en de geneeskundigen in de loop der tijden hebben ondergaan. De situatie waaraan de geneeskunde in Nederland in vroeger tijden het hoofd had te bieden, is misschien het beste te demonstreren aan de hand van het ziektepatroon zoals dit in de ontwikkelingslanden nu nog bestaat. Men kan bezwaar maken tegen de vergelijking met een tropisch land, maar dient daarbij te bedenken dat bijvoorbeeld malaria en ook lepra in Nederland eens endemisch waren.

Zo werden in Nederland in 1964 slechts 19.800 gevallen van een besmettelijke ziekte gemeld (DIJKHUIS 1965). In Ethiopië met ongeveer 21 miljoen zielen daarentegen veroorzaakte een malaria-epidemie in 1958 ongeveer 3 miljoen gevallen, met een sterfte van ongeveer 150.000 personen. Het aantal lepralijders wordt er geschat op 200.000, terwijl alleen al in de hoofdstad Addis Abeba 50.000 patiënten met een geslachtsziekte werden geregistreerd, van wie ongeveer de helft met lues was besmet. Deze cijfers, die zijn ontleend aan RIJKELS (1964), laten de enkele duizenden gevallen van vlektyfus per jaar, gele koorts en parasitaire ziekten zoals amoebiasis nog buiten beschouwing. Ook al zal in onze gematigde streken het ziektepatroon in vroeger tijden wat minder dramatisch zijn geweest, toch zal men moeten aannemen dat de werkzaamheden van de Nederlandse algemene arts zich gaandeweg sterk hebben gewijzigd. Men vraagt zich af, waarmee hij zich, nu de meeste besmettelijke ziekten hem zijn ontvallen, dan wel bezighoudt. SCOTT (1963) onderzocht hetgeen zich afspeelde tijdens de bezoeken van een reeks patiënten aan hun huisarts. Hij classificeerde de bezigheden van de arts als volgt: -

1. Handelingen waarbij hij zijn handen en eventueel eenvoudige instrumenten gebruikt.

2. Het schrijven van een recept of van de een of andere geneeskundige verklaring.

3. Het voeren van een gesprek met zijn patiënt.