

acanthosis nigricans en niet onder de door obesitas ontstaande pseudo-acanthosis nigricans. Zeven patiënten hadden röntgenologisch aantoonbare afwijkingen, zoals gezien worden bij hypofyse-tumoren. De waarden van de corticosteroiden in het bloed en van de 17-ketosteroiden in de 24-uursurine waren, voor zover bepaald, normaal. Bovendien hadden twee van de patiënten diabetes mellitus.

Doordat bij de meeste patiënten de hypofyse werd bestraald, was histologisch onderzoek van dit orgaan slechts tweemaal mogelijk: er werd resp. een eosinofiel en een gemengd-cellig adenoom gevonden. Bij vijf patiënten werd histologisch onderzoek van de huid verricht, dat de klinische diagnose acanthosis nigricans bevestigde. Hoewel een nauwkeurig na-onderzoek ontbreekt, is de mededeling belangwekkend, dat bij twee vrouwelijke patiënten na hypofyse-bestraling de acanthosis nigricans duidelijk verbeterde, terwijl de obesitas verergerde. Bij vier andere patiënten bleven de symptomen van de hypofysaire afwijkingen en de acanthosis nigricans ook na bestraling stationair.

De auteurs menen, dat acanthosis nigricans mogelijk een hormonaal of metabool oorzakelijk verband met endocriene afwijkingen heeft. Deze opvatting wordt gesteund door het feit dat van 72 patiënten met benigne acanthosis nigricans 19 een duidelijke endocriene ziekte bleken te hebben, zoals diabetes mellitus, het stein-leventhalsyndroom, de ziekte van Addison en maligne pinealoom. Bovendien kwamen gevallen van acanthosis nigricans incidenteel voor bij lupus erythematoses, totale lipodystrofie, en insuline-resistente diabetes; tweemaal werd de aandoening gezien na gebruik van nicotinezuur, éénmaal na gebruik van corticosteroiden. Verder wijzen de auteurs op het frequent samengaan van acanthosis nigricans met de trias: obesitas, amenorrhoe en hirsutisme, zonder dat een duidelijke endocrinologische diagnose gesteld kan worden.

*Literatuur:* BROWN, J., R. K. WINKELMANN en R. V. RANDALL (1966) *J. Amer. med. Ass.* **198**, 619.

W. G. VAN KETEL

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### JAN DEKKERSTICHTING EN DR. LUDGARDINE BOUWMANSTICHTING

De Stichtingen hebben ten doel wetenschappelijk onderzoek op het terrein der geneeskunde te bevorderen.

De volgende bestuursvergadering der Stichtingen zal plaatsvinden op 27 oktober 1967. In verband daarmee worden subsidieaanvragen gaarne vóór 15 september 1967 ingewacht. Een aanvraag moet vergezeld gaan van een korte omschrijving van het onderzoek, van een raming en omschrijving van de kosten en bij voorkeur van een aanbeveling van een wetenschappelijk onderzoeker. Verdere inlichtingen kunnen bij de secretaris worden verkregen.

Amsterdam, 3 juli 1967  
Instituut voor Tropische  
Hygiëne  
Mauritskade 57  
tel. 020-946321

Prof. Dr. P. J. ZUIDEMA,  
secretaris

## INGEZONDEN

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

### MEDISCHE OPLEIDING IN DE VERENIGDE STATEN

Met belangstelling heb ik kennis genomen van de reeks artikelen „Medische opleiding in de Verenigde Staten”. In de hoop dat ik een steentje kan bijdragen tot de discussie, schrijf ik U deze brief. Ik meen dat ik met een zekere vak-kundigheid kan spreken, aangezien ik in 1938 te Amsterdam afstudeerde en sinds 1950 in Amerika leef.

Bewondering voor de medische opleiding in de Verenigde Staten is zeker niet misplaatst, want ze staat op een gemiddeld hoog peil, dat zijn weerspiegeling vindt in, over het algemeen, goed opgeleide artsen, die technisch wel bedreven zijn. De outillage van de meeste medische scholen en aan deze scholen verbonden hospitalen is uitstekend en vergeleken met wat elders ter wereld voorhanden is aan medisch-technische apparatuur, meestal jaren vooruit.

Ondanks deze overwegingen moet ik toch een waarschuwing laten horen tegen de opvatting van collega VAN RIJSSEL omtrent de doorvoerbaarheid van maatregelen voor de selectie van medische studenten. Oppervlakkig bezien heeft collega VAN RIJSSEL gelijk. In Nederland kan iedereen met een diploma van de h.b.s. (of gymnasium of lyceum) en bij voldoening van het collegegeld ingeschreven worden aan een universiteit. De „natuurlijke selectie” van de studenten vindt voornamelijk plaats in de eerste twee jaren van de medische studie, wanneer de zwakke broeders het niet kunnen bijbenen, en afvallen. Dit is een kostbaar proces, en een selectie tussen eindexamen middelbaar onderwijs en toelating tot de universiteit zou voor een groot deel deze verspilling van geld kunnen voorkómen. Tevens zou zulk een selectie de mogelijkheid openen om minderbedeelde studenten financieel te steunen. Aangezien het aantal plaatsen in het medisch curriculum, vooral in de laatste jaren, beperkt is, mag men aannemen, dat bij een zeer groot aantal eerstejaarsstudenten de „natuurlijke selectie” gepaard moet gaan met een zekere onrechtvaardigheid. Deze onrechtvaardigheid of onbillijkheid bestaat hierin dat studenten, die qua capaciteiten en drijfveren, zeker tot de artsenstand hadden moeten worden toegelaten, in verband met de beperkte plaatsen worden afgewezen door middel van mogelijk te strenge examens in de beginjaren van hun studie. Zulke onbillijkheid is natuurlijk inherent aan iedere selectie.

Overschakelen op het Amerikaanse systeem van selectie vóór de toelating tot de universiteit moge aan de medische faculteiten geldbesparend en efficiënt zijn, toch meen ik dat dit op den duur een groot verlies zou betekenen voor het leven in Nederland. Het onderstaande moge deze opvatting verduidelijken.

Collega GREEP schreef reeds in de inleiding tot de artikelenreeks, dat de medische vorming een cultuurverschijnsel is, dat niet los van de achtergronden van land, volk en levenspatronen kan worden bestudeerd. In dit verband moge ik onder de aandacht brengen, dat — en hier wordt zelden op gewezen — er twee zeer verschillende artsenopleidingen zijn in de Verenigde Staten. Er is een opleiding voor de „gewone” artsen en een andere opleiding voor de osteopathische artsen. De laatstgenoemde opleiding is zeker inferieur, niet alleen t.o.v. de officiële medische opleiding, maar ook in vergelijking met de opleiding in andere (Europese) landen. Maar de D.O.'s (Doctor of Osteopathy), alhoewel in de minderheid, vormen een integraal deel van het leven in de

Verenigde Staten en hun prerogatieven in de maatschappij staan heel weinig ten achter bij die van de M.D.'s. Dat een zeker percentage van de artsenstand uit inferieur opgeleide doktoren bestaat en dat een voortdurende aanvulling met artsen uit het buitenland plaatsvindt (waarop in de artikelen reeds gewezen werd), is op zichzelf een aanwijzing, dat er iets mankeert met de officiële opleiding en de daaraan verbonden selectie. Amerika, het land met de hoogste welstand, is niet in staat, aan de aanvraag om doktoren te voldoen door voldoende plaatsen open te stellen in de zo hoog geëerde medische scholen.

De kwestie is echter nog gecompliceerder. Er zit een morele zijde aan de zaak, een zijde die eveneens weinig ter sprake wordt gebracht. Om een indruk te geven van deze morele kant, zal ik enkele facetten belichten van de toegepaste selectie aan de medische hogescholen.

Collega GREEP schreef dat de toelatingsselectie grondig is en dat in Harvard iedere kandidaat een half uur interview met twee professoren heeft. Als men bedenkt, dat aan de bekendste medische hogescholen voor iedere 80 tot 100 plaatsen ongeveer 2000 aanvragen binnenkomen, is het duidelijk dat de selectie waar collega GREEP het over heeft, een naselectie is uit een betrekkelijk kleine groep. De vóorselectie uit de grote groep sollicitaties, die zelfs voor de minder bekende medische hogescholen 15 tot 20 maal het aantal beschikbare plaatsen bedraagt, gebeurt „aan de lopende band”. De studenten, die geen A's en B's hebben in de meeste vakken worden automatisch afgewimpeld. Dit gebeurt ook met die studenten, die naar het oordeel van de toelatingscommissie van een tweede-rangs „college” komen, of die alleen A's en B's hebben in irrelevante vakken, zoals religie en aanverwante onderwerpen, takken van sport, enz. Het zijn vaak de kleine sectarische „colleges” die specialiseren in het onderwijs in dergelijke irrelevante vakken, d.w.z. zulke vakken zijn vaak zelfs een verplicht onderdeel van het curriculum. Een student, die van plan is, geneeskunde te gaan studeren, moet derhalve met zorg zijn „college” uitzoeken en dient zich op de toelating tot de medische hogeschool te prepareren in zijn tweede jaar. Vanaf dit jaar beginnen zijn cijfers officieel te tellen en aan het eind van zijn derde, d.i. vóorlaatste, jaar in „college” begint hij zijn aanvragen in te dienen.

De felle competitie voor de toelating tot een medische hogeschool maakt iedere beschikbare plaats zeer kostbaar en waardevol. Het gevolg hiervan is, dat de administratie er vaak haren en snaren op zet, een medisch student te behouden, vooral in de laatste twee jaren, want het zou enorm „wasteful” zijn, hem eruit te „knikkeren” en een ongebruikte plaats open te hebben. Iedereen die een plaats aan een medische hogeschool veroverd heeft, kan dan ook slabakken of de kantjes er af lopen, mits hij het niet te bont maakt. Er wordt veel door de vingers gezien, al gaat dit niet zover, dat een student een studiejaar mag herhalen, tenzij om gezondheidsredenen.

Jongelui die van plan zijn dokter te worden, staan constant onder spanning, en worden vaak cynisch. Zij zoeken op hun „colleges” naar vereiste vakken, die betrekkelijk makkelijk zijn, of waarvan de leraar niet al te streng is in het geven van cijfers. Verder zijn zij op jacht naar connecties die hun mogelijk kunnen dienen met aanbevelingen. Hoogleraren, die blijk hebben gegeven, toelatingscommissies van zekere medische hogescholen ten gunste te kunnen beïnvloeden met een goed woord voor hun leerlingen, zijn de grootste favorieten. Ik neem dit alles waar uit eigen ervaring, want mijn 19-jarige zoon studeert „pre-med” aan een „college” en maakt zich voortdurend zorgen over eventuele toelating tot een medische hogeschool. Om de spanning wat te verzach-

ten, houd ik hem voor, dat hij eventueel aan mijn alma mater kan studeren, als hij aan de toelatingseisen kan voldoen. Een selectie komt hier gelukkig niet bij te pas.

Om statistisch enige kans te hebben in aanmerking te komen voor toelating dienen de meeste sollicitanten aanvragen in bij tien of meer medische hogescholen. Aangezien iedere aanvraag begeleid dient te zijn van een administratief honorarium van \$ 10 tot \$ 15 (in sommige gevallen meer) wordt het een zeer kostbare geschiedenis, te proberen, toegang te verkrijgen tot een medische hogeschool. Hierbij komen dan de kosten voor verschillende examens, die vercist worden door verschillende medische hogescholen, buiten het verband van de examens aan de „colleges”.

Het is nog maar een twintig jaren geleden, dat toelating tot een medische hogeschool, behalve van hoge cijfers, afhankelijk werd gesteld van de huidskleur, m.a.w. van het ras en van de afkomst van de kandidaat. Het dragen van een Italiaanse of een joodse naam of het belijden van de rooms-katholieke godsdienst was vaak genoeg aanleiding om iemands kansen tot praktisch nul te doen dalen. Gelukkig zijn deze excessen achter de rug hoewel ze niet geheel verdwenen zijn. Er wordt nog sterk gediscrimineerd tegen negers en . . . meisjes. Enkele jaren geleden bepleitte een hoogleraar het recht, alle vrouwelijke kandidaten af te wijzen. Hij vond het een toppunt van verkwisting, een plaats te geven aan een meisjesstudent met het vooruitzicht, dat zij de studie zou afbreken om te trouwen of eventueel haar artsenberoep zou opgeven ten behoeve van een gezin. Dit antifeminiene sentiment, tezamen met een gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid voor de bezetting van de o zo kostbare plaatsen aan een medische hogeschool is nog zeer verbreid. Het aantal vrouwelijke medische studenten bedraagt dan ook minder dan 10 pct van het totale aantal en vrouwelijke medici maken slechts 6 pct van het aantal doktoren uit.

Af en toe komt men een artikel tegen, dat verruimde toelating van vrouwen aan de medische hogescholen bepleit. Zulk een artikel doet van een Europees standpunt bepaald negentiende-eeuws aan.

Wordt een kandidaat afgewezen, dan zijn de kansen voor hem om het volgend jaar met succes naar een plaats te solliciteren veel geringer. Een dergelijke kandidaat probeert vaak een „degree” te halen aan zijn „college”, meestal B.S. of B.A. (Bachelor of Science, Bachelor of Arts) om althans met meer vooropleiding een nieuwe aanvraag te kunnen indienen. Mislukt ook dit, dan blijft hem niets anders over dan in een ander land te studeren. Mexico, Engeland en andere landen in Europa, o.a. Nederland, zijn gewild bij de expatrieerde studenten. Het grote aantal van deze studenten is alweer een aanwijzing dat er iets mis is met de Amerikaanse medische opleiding, of liever gezegd met de toelating tot deze opleiding.

Zoals collega GREEP heeft uiteengezet kunnen Amerikanen of immigranten met een buitenlands artsdiploma niet toegelaten worden tot de „National Board Examinations”. De „National Boards” moeten, om „national” te zijn, zich schikken naar de eisen van alle staten en sommige laten doktoren met een buitenlands diploma helemaal niet toe. Dezelfde groep Amerikanen en immigranten met buitenlands artsdiploma hebben dan ook niet dezelfde „reciprocity” als houders van een Amerikaans artsdiploma. Verhuist een dokter van de ene staat naar een andere, dan moet hij opnieuw een examen afleggen of aan bepaalde, vaak onbillijke eisen voldoen, als hij überhaupt met zijn buitenlands diploma wordt toegelaten. Deze discriminatie is het

directe gevolg van de Amerikaanse selectieprocedures aan de medische hogescholen.

Het grootste deel van de Amerikaanse artsenstand bestaat uit „brainless types” of zij die gewiekst genoeg waren om hoge cijfers te halen ondanks een „average intelligence”. Zij die splendorwijze leren en geen moeite hebben tot een medische hogeschool toegelaten te worden, zijn niet altijd beziel met de hoogste idealen. Het maatschappelijke prestige van de arts en zijn financiële potenties zijn vaak de aanlokkelijkste doeleinden voor een groot deel van de medische studenten. Het zou naïef zijn te geloven, dat enig selectieproces dit euvel zou kunnen bestrijden. Natuurlijk kan men in Nederland evenmin zulke studenten weren, maar juist de afwezigheid van elke kunstmatige selectie beperkt het aantal van de slecht gemotiveerde studenten tot een minimum. Men bedenke, dat de wedijver voor een plaats in de medische opleiding zeer groot is, en dat de toelating als een nijptang werkt. Eenmaal gegrepen, blijft men in het gareel en studeert af als medicus.

Dat men ondanks de strenge selectie niet altijd ongewenste elementen kan weren, blijkt uit de lange lijst van disciplinaire veroordelingen, die ieder jaar door de diverse State Boards gepubliceerd wordt.

Tenslotte enige persoonlijke observaties, die natuurlijk subjectief zijn en derhalve aanvechtbaar. De veelvuldige contacten met mijn collegae in drie verschillende staten (New York, Georgia en Texas) over een periode van 16 jaren hebben mij de indruk gegeven, dat qua intellectuele capaciteiten er welhaast geen verschil bestaat met Nederlandse, c.q. Indonesische collegae. Onder de Amerikanen zijn er wel beslist veel minder doktoren, die, wat op leeftijd gekomen, zich niet meer op de hoogte van de vooruitgang in de medische wetenschap stellen. Dit is niet toe te schrijven aan een meer studieuze geest, maar veelal het gevolg van „competition” en de vrees voor een „malpractice suit”, wanneer men een nieuwe en succesvolle behandelingsmethode achterwege laat.

Wat betreft de politieke instelling van doktoren is er een duidelijk verschil. De overgrote meerderheid van de artsen in de Verenigde Staten is conservatief tot ultra-conservatief, behalve merkwaardig genoeg de psychiaters. Een medicus, die socialistisch denkt of zelfs een weinig links van het centrum staat, is een *rara avis*. In de maatschappelijke en beroepsomgang met collegae is de afwezigheid van „compassion”, d.w.z. barmhartigheid voor de patiënten vaak zeer opvallend. Evenzo is de vrouwelijke en meer zachte aardige kijk op het leven moeilijk te vinden in de artsenstand.

Mogelijk dat er Nederlandse collegae zijn, die deze euvels als vermeende euvels beschouwen of er niet veel waarde aan hechten. Persoonlijk vind ik ze als prijs voor een selectie tot toelating aan een medische hogeschool te hoog.

Al mogen de financiële lasten van het toelatingssysteem in Nederland groot zijn, de voordelen wegen hier ruimschoots tegen op. Het gevaar, dat bij een beperking van het aantal studenten, het aantal beschikbare plaatsen atrofieert ten opzichte van de behoeften van het land, is, gezien de Amerikaanse ervaring, lang niet denkbeeldig.

Het Nederlandse toelatingssysteem is het toppunt van democratische grootmoedigheid. Een scholier met diploma middelbaar onderwijs wordt toegelaten tot de universiteit, en kan zijn roeping volgen. De rest hangt van hem af. De medische faculteiten aan de Nederlandse universiteiten dienen ernstig de voor- en nadelen van het Amerikaanse systeem te overwegen alvorens de oude toelatingssystemen te wijzigen.

San Antonio (Texas), 29 mei 1967

R. HAUSMAN

## HET RESPECT VOOR EEN OVERTUIGING

De steeds uitstekend verzorgde en weldoordachte „Nuttige notities” gaan in de 46e reeks (1967) over de fobische „horror sanguinis” van de Jehova's getuige. Uitvoerig en met respect refereert de chirurg zijn studie over de metafysisch gefundeerde ethiek van deze andersdenkenden. Het lijkt jammer, dat het team niet is ingegaan op de tip van hun geestelijke verzorger: Deze gaf namelijk als principe aan: „Wat niet weet, dat niet deert” en zo als oplossing de pia fraus voor de arts i.c.: toch bloed geven zonder dat de patiënt of diens familie het weet. Het ware hier onelegant, bijvoorbeeld de psychiater te vragen, over de patiënt een „krankzinnigheidsverklaring” af te geven, al had de belangrijkste vraag („Is de patiënt een gevaar voor zichzelf of voor anderen?”) bevestigend beantwoord kunnen worden. Ook waren er wel gronden om een psychische aberratie bij de patiënt aan te nemen. Het was echter medisch-psychologisch onjuist geweest, de patiënt juist op deze wijze tegen zichzelf en tegen zijn overtuiging te beschermen.

Het lijkt in het licht van bovenstaande overweging wel aanvaardbaar, dat er geen psychiater als consulent bij de patiënt is geweest; minder juist echter, dat de psychiater aan de gerefereerde stafbespreking geen deel had.

Men kan stellen in het licht van de frustratietheorie: De weigerachtige patiënt moest boeten voor zijn overtuiging door de (onbewuste) wraak van de artsen, die hem op de noodzakelijke ingreep hebben laten wachten zonder noodzaak. Het uitstel verminderde bovendien zijn levenskansen.

Daarnaast is er een andere, logisch met de vorige verenigbare situatieanalyse mogelijk: Respect voor andermans overtuiging kan als uiting van besef van eigen beperktheid de basis vormen voor een gezonde democratische houding. Respect voor een overtuiging, die de patiënt zelf schaadt, zonderdat dit respecteren een aanwijsbaar groter goed dient, is gevaarlijk. Een dergelijk respect is psychologisch het begin van een geïnduceerde denkstoornis bij de arts, door diens te sterke identificatie met zijn patiënt.

Ergo: Bij de beoordeling van de overtuiging van een patiënt kan de stafinbreng van een psychiater wel eens bijdragen tot de vergroting van de levenskansen van die patiënt.

Dat een kind recht heeft op bescherming tegen anders onvermijdelijke desastreuze gevolgen van een overtuiging van zijn ouders, staat voor mij vast. Wát er gebeuren moet en hóe, moet de verantwoordelijke medicus met de gerechtelijke instanties uitmaken

*Literatuur:* Nuttige Notities Nr. 46 (1967) *Ned. T. Geneesk.* III, 950.

Beverwijk, 7 juni 1967

J. H. VAN MEURS

## MYASTHENIE BIJ MALIGNIE TUMOREN

De passage „Myasthenia gravis” in het caput selectum over neuro-myopathieën bij maligne processen van VERJAAL en BLOMHERT (1967) noodt mij tot het volgende commentaar:

Het door EATON en LAMBERT (1957) beschreven myasthene syndroom verschilt niet alleen elektromyografisch maar ook klinisch en farmacologisch (zie ook ROOKE e.a. 1961) van de klassieke myasthenie en wel in de volgende opzichten:

1. de zwakte betreft zeer zelden de bulbair en oculaire spieren;
2. de kracht in de aangetaste spieren neemt toe na enige spierarbeid en daarna snel af (parallel aan de elektromyografische bevindingen);
3. de patiënten tonen vaak andere neurologische afwijkingen nl. opgeheven peesreflexen aan de benen, periodieke spieren, paresthesiën in handen en voeten;