

riment in het King's College Hospital de studenten de voorkeur gaven aan „bedside-teaching” boven de nieuwe onderwijsvorm, een feit dat, al door de commissie-Todd voor de meeste Engelse en Schotse scholen gevonden was (*Todd-report* 1968, bl. 350). Ook nu signaleerde men de bijna universele aanwezigheid van de stencilmachine van de studenten die zelf hun dictaten verspreiden: het collegebezoek tijdens „topic teaching” was slecht, de testresultaten over het algemeen goed.

Een zeer interessant onderzoek (Dr. BYRNE, Manchester) vindt plaats in de universiteiten van Manchester, Belfast en Newcastle. De huisartsen in deze regio's werken mee aan een onderzoek waarbij o.a. gekeken wordt hoe hoog de score is bij een op feiten gerichte test voor huisartsen die lang in de praktijk zitten vergeleken met de scores van jongere collega's.

Een van de resultaten is een over het algemeen lage score op het gebied van verloskunde, kindergeneeskunde en psychiatrie bij eerstgenoemde categorie. Het gevolg hiervan is dan ook een verhoogde belangstelling voor nascholingscursussen in deze vakgebieden.

Van de overige voordrachten kan nog genoemd worden die van M. L. JOHNSON (University of Leeds) over het belang van de extra-curriculaire factoren bij de selectie van aanstaande medische studenten.

Deze factoren: hockey, rugby, cricket, en „head pupil” op de middelbare school, hebben geen invloed op het wel of niet afgewezen worden.

De enige positieve correlatie die (toevallig) gevonden werd was de vergrote kans op een interview, en dus op toelating, bij meisjes die de hockeysport beoefenen. Van meer belang is de sterk verminderde kans op toelating tot de medische studie van jonge mensen uit de lagere milieus vergeleken met die van de aanstaande studenten uit de hogere sociale klassen, en van degenen die een staatsschool doorlopen hebben in vergelijking met de abituriënten van de private schools.

Deze nogal schokkende feiten werden met typisch Brits flegma als inherent aan het onderwijssysteem aanvaard.

Uit de voordrachten bleek duidelijk dat de wil tot veranderen de medische scholen en de faculteiten in Groot-Brittannië in de greep heeft. Dit is één van de resultaten van het *Todd-report*, maar bovendien ook een internationaal verschijnsel.

Hadden tot voor kort alleen de Verenigde Staten en Groot-Brittannië hun vereniging voor onderzoek van medisch onderwijs, nu zijn dergelijke instituten ook opgericht in Italië, West-Duitsland en Griekenland, terwijl er zelfs specialistische verenigingen aan het onderwijsfirmament opdoemen zoals de „Association of Teachers of Paediatrics in Europe”.

Deze ontwikkeling moet in een bepaalde richting geleid worden en gelukkig heeft het Europese Bureau van de WHO dit als een belangrijke taak gezien. Een afbakening van de werkzaamheden van de diverse Europese verenigingen en van de International Society for Research in Medical Education zal dan ook spoedig volgen.

Ook Nederland moet niet achterblijven. Onlangs is een overleg tussen de diensten voor Onderwijsontwikkeling van de Rijksuniversiteit te Utrecht en te Leiden en het Bureau Onderwijs Research van de Medische Faculteit te Rotterdam op gang gekomen om tot verdeling van de werkzaamheden voor de ontwikkeling van het medisch onderwijs in Nederland te geraken. Bij gebrek aan een centraal coördinerend lichaam zal door deze drie afdelingen in voorkomende gevallen gezamenlijk worden opgetreden.

Het onderzoek en de ontwikkeling van het onderwijs in de geneeskunde is nu in een stroomversnelling terecht ge-

komen. Er zijn internationale en nationale aanwijzingen dat deze stroom de goede richting op gaat.

Literatuur: Report of the Royal commission on medical education (1968) Her Majesty's Stationery Office.

Leiden, juli 1970

E. REERINK

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

RESOLUTIE AANGENOMEN TIJDENS HET 7E INTERNATIONALE CONGRES OP VERKEERS-MEDISCH GEBIED

Tijdens het door de Nederlandsche Vereniging van Artsen-Automobilisten georganiseerde 7e internationale congres op verkeers-medisch gebied, dat van 20-30 mei 1970 te Amsterdam werd gehouden, is door Dr. F. A. NELEMANS een voordracht gehouden, getiteld „What does the Dutch doctor think and know about drugs and traffic?”.

Na deze voordracht werd in een discussie, waaraan onder meer een vertegenwoordiger van de Wereldgezondheidsorganisatie en bestuursleden van zusterverenigingen deelnamen, met algemene stemmen de volgende resolutie aangenomen:

„1. Geneesmiddelen, die de rijvaardigheid nadelig kunnen beïnvloeden, dienen duidelijk als zodanig te worden gekenmerkt door de apotheker bij het verstrekken aan de patiënt (bv. door een speciaal stempel of een speciaal gekleurd etiket).

2. De arts dient zijn recepten van een duidelijk voorschrift te voorzien, voorzover geneesmiddelen verstrekt worden die de rijvaardigheid van de patiënt nadelig kunnen beïnvloeden of die niet gecombineerd mogen worden met alcohol.”

Utrecht, oktober 1970 Het Bestuur der Nederlandsche Vereniging van Artsen-Automobilisten

INGEZONDEN

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

DE PRAKTISCHE WAARDE VAN DE MAMMOGRAFIE VOOR DE CHIRURG

Naar aanleiding van het artikel van de collegae MOLENAAR en DEN HERDER-KROON (1970) zou ik het volgende willen opmerken:

Een hoge graad van betrouwbaarheid bij het mamмоgrafische onderzoek, voor wat betreft de diagnostiek van maligne tumoren, kan men slechts verwachten van röntgenologen die uitgebreide ervaring hebben op dit moeilijke röntgendiagnostische terrein. Bij kleine series patiënten, waaronder ook de door mij onderzochte groep van ongeveer 150 patiënten moet worden gerekend, zal de betrouwbaarheid lager zijn. Slechts dank zij blijvend „aanbod” van patiënten door de chirurgen zal de röntgendiagnostiek meer kunnen worden geperfectioneerd.

Dat het nuttig is om toch mammografie als routinemaatregel bij elke patiënt, die wegens reële of vermeende aandoeningen de polikliniek bezoekt, toe te passen, moge ik illustreren met het volgende voorbeeld. Bij één onzer patiënten werd zowel bij klinisch onderzoek als bij mammografie

een maligne tumor in het geïnvolueerde rechter mamma-weefsel vastgesteld. Mammografie links toonde ook daar een bij palpatie niet opgemerkt tumortje (5 mm diameter). Er volgde slechts mamma-amputatie rechts. Na een half jaar kwam patiënte ter controle, nu met een palpatoor duidelijk en röntgenologisch in grootte toegenomen maligne tumor. Een proefexcisie links ware aangewezen geweest.

Literatuur: MOLENAAR, J. C. en B. DEN HERDER-KROON (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 1688.

Emmen, 11 oktober 1970

C. J. P. THIJN

Wij danken collega THIJN voor zijn reactie op ons artikel. Wat betreft zijn eerste opmerking willen wij erop wijzen dat het mammografisch onderzoek van onze 172 patiënten door 2 radiologen met ruime ervaring op dit gebied werd verricht. Het voorbeeld dat collega THIJN noemt, zouden wij niet willen rangschikken onder de door ons bedoelde routine-maatregelen: een patiënt die reeds aan één mamma een maligne tumor heeft gehad, zal zowel door de chirurg als door de röntgenoloog regelmatig onderzocht moeten worden.

Overigens is de ziektegeschiedenis van de door collega THIJN genoemde patiënten weer een voorbeeld van het feit dat men zich door een gunstig uitvallende mammografie in slaap kan laten sussen, zoals dit bij onze tweede beschreven patiënte is gebeurd. Immers kan worden aangenomen dat de röntgenologisch vastgestelde tumor bij de patiënte van collega THIJN er aanvankelijk niet maligne uitzag; was dit wel het geval geweest dan zou zeker een excisie hebben plaatsgevonden, gevolgd door pathologisch-anatomisch onderzoek.

De resultaten van ons onderzoek hebben wij vooral gepubliceerd om te wijzen op de betrekkelijke waarde van de huidige mammografie. Nog steeds wordt door ervaren chirurgen gewacht met extirpatie van een tumor, omdat het klinisch en mammografisch onderzoek gunstig uitvalt, terwijl later blijkt dat de tumor toch kwaadaardig is.

Amsterdam, 30 oktober 1970 J. C. MOLENAAR
B. DEN HERDER-KROON

HET HYPEROSMOLAIRE NIET-KETOTISCHE COMA DIABETICUM

Het artikel van Dr. J. TERPSTRA en Prof. Dr. J. de GRAEFF (1970) brengt ons ertoe een viertal opmerkingen te maken:

1. Het valt op dat noch in de tekst van het artikel zelf, noch bij de literatuur-opgave melding is gemaakt van het „oorspronkelijk stuk” dat in 1968 over hetzelfde onderwerp in dit Tijdschrift is verschenen door W. J. MEULENBELT-GROENENDAAL, D. E. TEERINK, H. J. VERMEULEN en S. A. TEN BOKKEL HUININK, een publikatie uit het Gemeenteziekenhuis Bergweg te Rotterdam. Niet alleen de verschijning van dit artikel, maar ook de discussie die hierop is gevolgd in het Tijdschrift én het verslag van een voordracht die één onzer (W. J. MEULENBELT-GROENENDAAL) hield voor het Klinisch Genootschap te Rotterdam, verschenen in het *Ned. T. Geneesk.* in 1969, zijn blijkbaar aan de aandacht van de auteurs ontsnapt. Hoewel het onderhavige artikel van Dr. TERPSTRA en Prof. DE GRAEFF in vele opzichten sterk lijkt op de publikatie in 1968 is er een belangwekkend verschil in pathofysiologische beschouwingen. Dit verschil in visie maakt het jammer dat de bovengenoemde reeks publikaties uit 1968 en 1969 onvermeld is gebleven. Ons artikel heeft overigens

wel de aandacht gekregen van diverse andere onderzoekcentra, in binnen- en buitenland.

2. De auteurs vermelden dat het hyperosmolair coma *langzaam* ontstaat. Uit de literatuur blijkt, evenals uit onze eigen ervaring, dat het coma zeer snel kan ontstaan en juist daardoor op een neurologisch lijden kan lijken. Wij mogen wijzen op een geval, beschreven door LOTZ en GERAGHY (1968), waarin melding wordt gemaakt van een 24-jarige vrouw die tijdens het baden in een hyperosmolair coma geraakte. Een van onze patiënten die diep comateus werd binnengebracht had enkele uren tevoren nog rondgelopen in haar huiskamer (*Ned. T. Geneesk.* (1968) patiënte A).

3. Wij zijn het niet eens met de conclusie van de auteurs „bij oudere patiënten die in suffe of comateuse toestand worden aangetroffen moet worden gedacht aan de mogelijkheid van hyperosmolair niet ketotisch coma diabeticum”. Juist in de laatste jaren zijn immers steeds meer gevallen beschreven van kinderen én jonge volwassenen die met deze vorm van coma bij diabetes mellitus werden opgenomen. Het geval vermeld door LOTZ c.s. en hierboven geciteerd is er een voorbeeld van. *Bij iedere leeftijdsgroep* moet dus aan de mogelijkheid van dit coma-type gedacht worden.

4. Uit historisch oogpunt is een kanttekening te maken bij de opmerking in de aanhef van het artikel, dat in de publikatie van LIPS en DE GRAEFF uit 1956 „een van de eerste klinische beschrijvingen van het hyperosmolair coma diabeticum werd gegeven”. In de artikelen van LIPS en DE GRAEFF uit 1956 en 1957 werd niet een aparte vorm van coma bij diabetes mellitus behandeld, maar hypernatriëmie bij diabetes mellitus, zoals reeds blijkt uit de titels van deze artikelen. Nu kan hyperosmolair coma ontstaan zonder hypernatriëmie; de onderwerpen „hypernatriëmie bij diabetes mellitus” en „hyperosmolair coma” dekken elkaar derhalve niet: hyperosmolair coma is niet identiek met hypernatriëmie. Juist het feit dat het syndroom hyperosmolair coma kan optreden zonder hypernatriëmie deed het inzicht in deze coma-vorm groeien. Op de afwezigheid van ketoacidose, hoofdkenmerk van het niet-ketotische coma, werd door LIPS en DE GRAEFF destijds niet de nadruk gelegd. Op grond van de wél of níét aanwezigheid van ketoacidose werd niet een aparte vorm van coma bij suikerziekte onderscheiden naast het ketoacidotische coma. De afbakening van het hyperosmolair niet-ketoacidotische coma ten opzichte van het ketoacidotische vond eerst plaats na verschijning van hun artikelen.

Hierbij moet nog worden aangetekend dat weliswaar de hyperosmolariteit als basisfactor bij het ontstaan van het hyperosmolair coma pas in de achterliggende jaren naar voren is gekomen, dat dus het begrip hyperosmolair coma diabeticum van recente datum is, maar dat reeds tientallen jaren geleden het hyperglykemische niet-ketoacidotische coma diabeticum als een aparte vorm van coma bij suikerziekte werd onderscheiden. Collega G. F. NELIS (1969) heeft in de discussie die is gevolgd op de publikatie uit het Bergwegziekenhuis te Rotterdam gewezen op een artikel van DRESHFELD in het *British medical Journal* van 1886. DRESHFELD, patholoog te Manchester, hield in 1881 een lezing voor de Manchester Medical Society over de diverse comavormen bij diabetes mellitus. Hij onderscheidde drie vormen waaronder één comateuse toestand zonder de aanwezigheid van aceton en acetoazijnzuur in de urine. In 1886 werd hij uitgenodigd om voor de Royal College of Physicians te London een „Bradshawlecture” te geven over deze materie en het verslag van zijn voordracht verscheen in het *British medical Journal*. DRESHFELD uitte zijn voldoening over het feit dat inmiddels, in 1884, zijn indeling van de coma-vormen