

nieuwe stijl waren begonnen, hoewel zijn voorganger in 1968 zijn standpunt had kenbaar gemaakt dat de opleiding volgens het Academisch Statuut van 1968 in september 1968 zou dienen aan te vangen, constateert hij dat de toenmalige minister hierin uiteindelijk heeft moeten berusten.

Dat het door THORBECKE in 1865 gestichte gebouw in de loop der tijden aan de zich wijzigende omstandigheden telkens moest worden aangepast, is buiten kijf.

Nu de structuur ervan echter door aanbouw, gedeeltelijke afbraak en andersoortige wijzigingen niet meer te herkennen is, dient men zich af te vragen in hoeverre tot een nieuwe structuur kan worden gekomen, eventueel langs de weg van renovatie uitgaande van de oorspronkelijke fundamenten. Welke structuur men echter ook kiest, er zal een zodanig in- en uitstromingssysteem gecreëerd moeten worden, dat gedurende de opleiding, van toelating tot de geneeskundige studie tot het eindexamen met volledig civiel effect, geen knelpunten met dientengevolge stuwingseffecten ontstaan. Een raming van het aantal in de toekomst (d.w.z. 7-14 jaar na de toelating tot de universiteit) benodigde artsen zal steeds irreëel zijn. Wel kan men globaal de benodigde capaciteit van het opleidingsapparaat per opleidingsfase schatten. Instroming en capaciteit zullen sterk aan elkaar gerelateerd moeten worden; zowel in het belang van de kwaliteit van de opleiding als met het oog op billijkheid tegenover de aankomende student.

Wat dit laatste betreft, de medisch doctorandus dan wel de bezitter van een artsdiploma dat niet een volledig civiel effect heeft, verkeert ten opzichte van bijvoorbeeld sociologen en meesters in de rechten dan wel juridische doctorandi, in een ongunstiger positie omdat de maatschappij voor hem buiten zijn eigenlijke vakgebied weinig of geen emplot biedt. Ook de kosten-baten-verhouding van de medische opleiding dwingt tot een structuur die het de universitaire opgeleide geneeskundigen mogelijk maakt na

verwerving van het eindexamen als zodanig werkzaam te zijn.

Het voortdurend sleutelen in de marge zoals zich de laatste jaren heeft voorgedaan, heeft een chaotische situatie doen ontstaan, die niet in het belang van de volksgezondheid geacht kan worden.

#### LITERATUUR

- Wet van 1 juni 1865 Stb. 59 regelende de voorwaarden ter verkrijging van de bevoegdheid van geneeskundige etc.  
Wet van 28 april 1876 Stb. 102 tot regeling van het Hoger onderwijs.  
Wet van 25 dec. 1878 Stb. 222 houdende regeling der voorwaarden ter verkrijging van de bevoegdheid van arts etc. (vervangende de Wet van 1 juni 1865 Stb. 59).  
Koninklijk Besluit van 25 sept. 1918 Stb. 55 tot instelling van Ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen.  
Wet van 1 maart 1920 Stb. 105 tot wijziging en aanvulling Hoger Onderwijswet.  
Wet van 11 juni 1921 Stb. 782 tot wijziging en aanvulling Hoger Onderwijswet met Memorie van Toelichting, Voorlopig verslag en Memorie van Antwoord.  
Koninklijk Besluit van 15 juni 1921 Stb. 800 tot wijziging van het Academisch Statuut.  
Wet van 25 nov. 1922 Stb. 784 tot wijziging en aanvulling van de wet van 25 dec. 1878 Stb. 222 met Memorie van Toelichting.  
Koninklijk Besluit van 11 sept. 1863 Stb. 380 houdende vaststelling van het Academisch Statuut.  
Koninklijk Besluit van 8 okt. 1968 Stb. 500 houdende wijziging van het Academisch Statuut met Nota van Toelichting.  
Koninklijk Besluit van 8 mei 1973 Stb. 206 houdende wijziging van het Academisch Statuut (examens geneeskunde) met Nota van Toelichting.

De ter zake dienende tekstgedeelten van deze wetten en besluiten zijn op aanvraag verkrijgbaar bij de afdeling Parlementaire Documentatie van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne te Leidschendam.

Juli 1978

## INGEZONDEN

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

### *Een patiënte met pneumopericard post partum*

In een zéér lezenswaardig artikel beschrijft collega RENCKENS (1978) een 30-jarige kraamvrouw bij wie de diagnose pneumopericard werd gesteld op grond van een scherpe lijn, die op de thoraxfoto links paracardiaal te zien was. De scherpe lijn wordt als het pericard geduid en het brede uiteinde ervan wordt verondersteld te zijn veroorzaakt door paracardiaal vet. In zijn beschouwing wijst collega RENCKENS er terecht op, dat de symptomen van het pneumopericard grotendeels overeenkomen met die van het mediastinale emfyseem. De differentiatie zou veelal

röntgenologisch mogelijk zijn; pleitend voor mediastinaal emfyseem zijn bulleuze ophelderingen, speciaal in de hili, en luchtbanden in het al dan niet verbrede mediastinum, terwijl het pneumopericard herkenbaar is aan een scherpe lijn, die nooit hoger dan het niveau van de aortaboog komt.

Wij willen erop wijzen, dat bulleuze ophelderingen in één van de hili — het geval van VERHEUGT en VIERSMA (1948) was er een voorbeeld van — en luchtbanden in het mediastinum betrekkelijk zelden bij mediastinaal emfyseem voorkomen, maar dat een heldere zone, begrensd door een scherpe lijn links naast het hart, juist het meest voorkomende röntgenologische kenmerk ervan is. Deze scherpe lijn komt volgens onze ervaring vaker niet dan wel boven het niveau van de aortaboog uit. Als deze niet boven

het niveau van de aortaboog uitkomt, is dit voor ons geen reden de diagnose mediastinaal emfyseem te verlaten en een pneumopericard aan te nemen.

De twee door collega RENCKENS aangehaalde gevallen van pneumopericard post partum van SEBASTIAN e.a. (1973) zijn slecht gedocumenteerd en zijn onzes inziens typische voorbeelden van pneumomediastinum (dit is een juistere benaming dan mediastinaal emfyseem). SEBASTIAN e.a. schreven hun artikel onder de titel: „Postpartum pneumopericardium without pneumomediastinum”. Deze titel is een contradictio in terminis. Indien een spontaan pneumopericard „überhaupt” voorkomt, dan moet dit altijd een gevolg (complicatie) van een pneumomediastinum zijn. HAMMAN (1945) beschreef zelf nooit een geval van pneumopericard en merkte op, dat de eigenaardige geluiden boven het hart — later „Hamman's sign” genoemd — vaak ten onrechte als een symptoom van pericarditis of pneumocardium zijn beschouwd. Dat een pneumopericard niet gemakkelijk als een gevolg van pneumomediastinum optreedt, bewijzen de dodelijke gevallen van het zg. maligne mediastinaal emfyseem bij welke, voor zover ons bekend, bij obductie nooit lucht in het pericard is aangetoond. MACKLIN (1939) kon bij zijn experimenten met katten en konijnen (in vivo opblazen van longgedeelten met lucht) wel een pneumomediastinum, maar nooit een pneumopericard laten ontstaan.

Samenvattend komen we tot de conclusie, dat een pneumomediastinum het ziektebeeld van de door collega RENCKENS beschreven patiënte volledig kan verklaren. Een tevens bestaand pneumopericard achten wij zéér onwaarschijnlijk, maar wij kunnen het niet met zekerheid uitsluiten. In geen geval heeft onzes inziens collega RENCKENS kunnen bewijzen, dat er lucht in het hartzakje was.

*Literatuur:* HAMMAN, L. (1945) *J. Amer. med. Ass.* 128, nr. 1. — MACKLIN, C. C. (1939) *Arch. intern. Med.* 64, 913. — RENCKENS, C. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 628. — SEBASTIAN, J. A., R. L. BAKER en M. J. GOLDSTEIN (1973) *Obstet. Gynec.* 41, 392. — SMIT, F. W., G. H. VAN EMBDEN ANDRES en R. UBBENS (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 828. — VERHEUGT, A. P. M. en H. J. VIERSMA (1948) *Ned. T. Geneesk.* 92, 4218.

Groningen, juli 1978

G. H. VAN EMBDEN ANDRES  
F. W. SMIT  
R. UBBENS

Met grote interesse lazen wij het commentaar van de collega's VAN EMBDEN ANDRES, SMIT en UBBENS. Zij zijn autoriteiten op het terrein van de diagnostische problematiek bij mediastinaal emfyseem en aanverwante ziektebeelden, zoals blijkt uit het fraaie en oorspronkelijke artikel dat zij in dit tijdschrift (1974) hieraan hebben gewijd.

De schrijvers twijfelen aan onze diagnose pneumopericard en betwijfelen zelfs of er wel een spontaan pneumopericard bestaat. Voor deze laatste twijfel lijkt ons geen grond aanwezig. In een discussie met J. F. SALTET (1968) vermeldden DE NEELING en BIRKENHÄGER dat zij regelmatig een pneumopericard waarnemen, en over het spontane pneumopericard bestaat een uitgebreide literatuur, afkomstig van pulmonologische (TOLEDO e.a. 1972), cardiologische (bv. FRIEDBERG 1966), anesthesiologische (COHEN en LOCKHART 1970), neonatologische (LOFTIS e.a. 1962; CIMMINO 1967) en röntgenologische (HEITZMAN 1977) zijde.

Aan de diagnose pneumopericard bij onze patiënte hoeft evenmin getwijfeld te worden. De diagnose werd voornamelijk gesteld op röntgenologische gronden. De scherpe

lijn links paracardiaal wordt inderdaad ook waargenomen bij een pneumomediastinum, maar andere verschijnselen die bij pneumomediastinum veelvuldig worden waargenomen, ontbraken: onscherp begrensde luchtbanden in het mediastinum, uitbreiding in de richting van de bovenste thorax-apertuur (dus boven het niveau van de omslag van het pericard) en uitbreiding extrapleuraal boven het diafragma. Het rondom doorlopen van de lucht om de linker ventrikel en vooral de zijwaartse verplaatsing van het pericardiale vet beschouwen wij als bewijs voor de diagnose pneumopericard. Dit laatste verschijnsel wordt door HEITZMAN (1977) in zijn handboek over de röntgenologie van het mediastinum expliciet vermeld en hij toont daarbij een analoge foto. Theoretisch zou nog tegengeworpen kunnen worden dat deze verplaatsing niet alleen mogelijk is door lucht in het hartzakje, maar ook door lucht in het mediastinum die zich een baan zou zoeken tussen het pericard en het pericardiale vet. Dat is niet alleen op grond van de lokale anatomische verhoudingen onwaarschijnlijk, maar zou bovendien onbegrijpelijk maken dat de lucht (zoals op de foto zichtbaar) vervolgens weer de contour van het hart volgt i.p.v. zoals te verwachten extrapleuraal de contouren van het diafragma zichtbaar maakt (LEVIN 1973).

*Literatuur:* CIMMINO, C. V. (1967) *Virginia med. Mth.* 94, 205. — COHEN, S., C. H. LOCKHART (1970) *Anesthesiology* 32, 465. — FRIEDBERG, C. K. (1966) *Diseases of the heart*, 3e druk, bl. 962. W. B. Saunders, Philadelphia. — HEITZMAN, E. R. (1977) *The mediastinum*, bl. 43. Mosby, St. Louis. — LEVIN, B. (1973) *Clin. Radiol.* 24, 337. — LOFTIS, J. W., A. F. SUSEN en J. H. MARCY (1962) *Amer. J. Dis. Child.* 103, 61. — RENCKENS, C. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 628. — SALTET, J. F. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1762. — SMIT, F. W., G. H. VAN EMBDEN ANDRES en R. UBBENS (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 828.

Amsterdam, juli 1978

C. RENCKENS

### Het tarsale-tunnelsyndroom

Collega GRASWINCKEL (1978) beschreef onlangs het tarsale-tunnelsyndroom. Naar aanleiding van een casuïstische mededeling wordt gesuggereerd dat het ziektebeeld „vaker voorkomt dan de literatuur ons doet geloven”.

Bij de beschrijving van de pathofysiologie van het syndroom wordt gesteld dat zich na decompressie perifeerwaarts van de plaats van entrapment een Wallerse degeneratie kan ontwikkelen. Wellicht zou collega GRASWINCKEL dit kunnen toelichten, aangezien een dergelijke waarneming ons uit de literatuur niet bekend is.

Bij de symptoombeschrijving wordt het teken van Tinel genoemd en in dit verband als waardevol beschouwd. Hierbij moet echter worden aangetekend dat het kloppen op een oppervlakkig geëxponeerde zenuw veelal tot paresthesieën in het bijbehorende sensibele areaal kan leiden, zonder dat hieraan klinische waarde mag worden toegekend. Het teken van Tinel-Hoffmann, zoals dit in de literatuur wordt beschreven, geeft informatie over de uitgroei van zich herstellende zenuwvezels (na axonotmesis, neurotmesis); algemeen wordt aangenomen dat dit fenomeen berust op het feit dat uitgroeiende axonen in eerste instantie nog niet, of onvoldoende, gemyeliniseerd zijn en dientengevolge meer gevoelig zijn voor mechanische prikkels. Door perifeer van een letsel de zenuw centraalwaarts te percuteren kan de vordering van de uitgroei aan de hand