

extracellular fluid volume in chronic renal disease. J.F.A. LA RIVIÈRE, Gegoten tandheelkundige restauraties. C.A.M. VERSTEEG, Neurohypofyseal hormones in central blood pressure regulation. G.J.M.J. VAN DEN AARDWEG, Herstel van het spermatogenetisch epitheel bij de muis na bestraling met 1 MeV splijtingsneutronen. A. VAN DER ENDE, The DNA replication of bacteriophage ØX174: initiation and termination of viral and complementary strand DNA synthesis. J.W.J. BIJLSMA, Hormones and bone. R.A.M.G.

DONCKERWOLCKE, Renal tubular acidosis. Theoretical and clinical aspects. S.A. NELEMANS, Regulation of plasma membrane lipids during proliferation and differentiation of neuroblastoma cells. G.J.C.G.M. BOSMAN, Glycosylation and differentiation in the friend erythroleukemia cell. R.H.W.M. DERKSEN, Plasma exchange in human disease. W.R. DE VRIES, New insights in pulmonary gas mixing and gas exchange.

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

### *Klinisch denken; kan het onderwezen worden?*

Vreeken houdt een pleidooi voor invoering, vroeg in het curriculum, van wat hij „klinisch denken” noemt;<sup>1</sup> dat hij zich daarbij afzet tegen de term „problem solving” berust waarschijnlijk in hoofdzaak op begripsverwarring of afkeer van modieuze woorden. Het grootste deel van zijn betoog spreekt mij aan, met name het vroegtijdig introduceren van het klinische denken in het curriculum en de voorkeur voor algemeen georiënteerde docenten, die beperkt in aantal moeten zijn.

Kritiek wil ik leveren op een gedeelte van zijn concept voor het onderwijs in het klinische denken. In feite pleit hij voor een vroeg in het arts-patiëntcontact opzettelijk inductief gehouden werkwijze: niet meteen aan een bepaalde diagnose denken, maar eerst volledig gegevens verzamelen aan de hand van pathofysiologische hoofdgroepen. Hiertegen is aan te voeren dat artsen zo niet te werk gaan,<sup>2,3</sup> wat impliceert dat de studenten met Vreekens methode iets leren dat zij later niet kunnen gebruiken of weer moeten afleren. Ervaren artsen hebben namelijk wel in een zeer vroeg stadium omschreven ideeën (hypothesen) over het probleem van de patiënt, die zij vervolgens uitwerken; hun denkwijze is voornamelijk hypothetico-deductief. Inderdaad bestaat hierbij het gevaar, dat aan onjuiste hypothesen wordt vastgehouden<sup>4</sup> (Vreeken noemt het voorbeeld van psittacosis bij kortademigheid). Dat lijkt mij geen reden om studenten een arts-oneigen inductieve denkwijze aan te leren. Wellicht is het beter de studenten meer te leren over de epidemiologie van ziektebeelden (de geringe incidentie van psittacosis).

Waarom denken studenten vaak aan dergelijke uitzonderlijke ziektebeelden? Mijns inziens omdat zij vaak de pathofysiologie beter illustreren dan de gangbare<sup>5</sup> en daarom de nadruk krijgen in het preklinische onderwijs. Daarvoor is het syndroom van Conn immers aantrekkelijker dan essentiële hypertensie.

Vreeken zou in de eerste jaren van de medische studie de nadruk willen leggen op grote pathofysiologische syndromen en pas later „in het bouwwerk” de ziektebeelden toevoegen „als ballen in een kerstboom”, in zekere zin ook een inductieve methode dus. Zou hiermee niet juist het gesignaleerde probleem van onkunde over de incidentie en klinische relevantie van diverse ziektebeelden versterkt worden? En is het niet zinvoller medische studenten meteen te confronteren met de belangrijke ziektebeelden gekoppeld aan de voor de kliniek relevante pathofysiologie, zoals één briljant leerboek interne geneeskunde al heeft begrepen.<sup>6</sup>

Het klinische denken is een vaardigheid. Dunning ziet in zijn commentaar<sup>7</sup> Vreeken als voorstander van hooronderwijs, wat ik overigens niet uit diens stuk kan lezen. Vaardigheden leert men niet door erover te horen of ernaar te kijken, maar door oefening, waarbij men fouten mag maken, zoals meteen denken als psittacosis bij de klacht kortademigheid, en die herstellen. Hooronderwijs lijkt dus een ongeschikte didactische methode voor klinisch denken.

#### LITERATUUR

- 1 Vreeken J. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 646-9.
- 2 Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving. An analysis of clinical reasoning. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978.
- 3 Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Utrecht: Bunge, 1982.
- 4 Verheij JB. Medisch Contact 1981; 11: 303-6.
- 5 Haan M de, Bleys FC. Moeheid. Utrecht: Bunge, 1980.
- 6 Fishman MC, Hoffman AR, Klausner RD, Rockson SG, Thaler MS. Medicine. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1981.
- 7 Dunning AJ. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 637-8.

Utrecht, april 1983

F.C. BLEYS

Gaarne wil ik ingaan op enkele opmerkingen van collega Bleys naar aanleiding van mijn artikel over het „klinische denken”. Collega Bleys stelt dat artsen niet denken op een wijze, waarbij het stellen van een eerste hypothese na het aanhoren van de hoofdklacht als het ware wordt uitgesteld totdat de gehele anamnese is uitgediept, maar dat uit onderzoek – waarnaar hij verwijst – is gebleken, dat artsen vrijwel direct associëren op de hoofdklacht. Daarom moet volgens collega Bleys dit directe associëren ook als zodanig onderwezen worden want anders „leren de studenten een methode die zij later niet kunnen gebruiken of weer moeten afleren”.

Ik weet niet of men kan stellen, dat uit de analyse van een feitelijke gang van zaken direct afgeleid kan worden, dat dit ook de meest wenselijke gang van zaken is. Ik ben er geenszins zeker van, dat de huidige wijze van denken van artsen tot norm verheven moet worden. Wel merk ik op, dat, wanneer men co-assistenten vraagt om bewust direct te associëren op aangehoorde anamnese deze associaties – ook bij dezelfde vooropleiding – nogal verschillen. De „slechte” associaties berusten er dan meestal op, dat men een hypothese stelt op een *aspect* van de anamnese, maar niet *alle* gegevens uit de anamnese bij zijn hypothese betreft. Soms worden belangrijke gegevens zo maar verwaarloosd, omdat men er niets mee kan beginnen. Er is dan geen relatie tussen de snelheid van associëren en de juistheid der associatie.

Ik dacht dus dat het belangrijkste was, studenten te leren

niet te snel te associëren op een hoofdklacht, ook al blijken de vakbroeders dit in de praktijk wel te doen. Misschien moet men het de vakbroeders overigens ook alsnog trachten af te leren!

Over het hooronderwijs heb ik inderdaad niets geschreven. Technieken van kennisoverdracht is een ander verhaal dan trachten te analyseren wat er gebeurt en wat er zou moeten gebeuren bij het proces dat men kan noemen „klinisch denken”. Dunning is overigens niet de enige schrijver in het Tijdschrift die naar aanleiding van mijn bijdrage mij iets in de schoenen schuift, waar ik het niet over gehad heb. Daarom vond ik persoonlijk in het algemeen de serie bijdragen over het medisch onderwijs in dit tijdschrift meer een indruk geven van lokale zorgen en gedachten, dan dat zij op verhelderende wijze ingingen op het „klinische denken”.

Collega Bleys ben ik dankbaar, dat hij zich wel aan dit onderwerp – het „klinische denken” – heeft gehouden.

Amsterdam, juni 1983

J. VREEKEN

### *Horen, luisteren en verstaan*

In een Klinische les laat prof. Schmidt na enige uitleg over doofheid prof. Groen (patiënt) vertellen over diens zoeken naar en vinden van de juiste apparatuur als hulpmiddel bij zijn handicap.<sup>1</sup> Aan de wensen die prof. Groen opsomde wil ik, die perceptiedoof ben, nog enige aanvullenden wensen toevoegen, die niet alleen de doven zelf betreffen, maar ook de niet-doven:

- Betere training in liplezen. Te vaak keren doven hun oor naar de sprekers en gaan de horenden schreeuwen. Dit zou door lipleestrainingen kunnen veranderen, zodat de ogen van de doven gericht zijn op de mond van de spreker.
- Toegankelijkheid tot de ontspanningsmogelijkheden door tekstverwerking en algehele ondertiteling bij de televisie.
- Meer gebruikmaking van draadloze microfoon en ontvangapparaat bij rondleiding op tentoonstellingen e.d.
- Het komt voor dat men vindt, dat de doven de gebarentaal moeten leren. Doch dit kan slechts de onderlinge taal van de doven zijn, want welke horende gaat deze taal leren? Een belangrijke wens onzerzijds is het beter spreken, goed gearticuleerd en niet te snel, gericht spreken naar de ogen van de doven op niet te grote afstand. U moet van mij aannemen, dat de dove medemens zich al heel veel inspanning getroost om te luisteren en te verstaan.
- Voorlichtingsavonden geven voor familieleden en belangstellenden van degenen die op latere leeftijd doof zijn geworden vanuit de audiologische centra. Misschien kunnen ook doofstommeninstituten of scholen voor slechthorenden die over voorlichtingsmateriaal beschikken, helpen.
- Bij het onderwijs meer zorg besteden aan het duidelijk leren spreken, goed articuleren, gericht tot de persoon spreken en iets langzamer. Er wordt nl. ontzettend slordig gesproken. Ik denk hierbij ook aan winkelpersoneel, cassières, desk-informanten, stewardessen, secretaresses, verplegend personeel, personeel in de bejaardenzorg, onderwijzend personeel, politiepersoneel, maatschappelijke werkers enz. en ook aan artsen, psychologen, andragogen, psychiaters, ja zelfs aan keel-, neus- en oorartsen.
- Niet alleen optimale gebruikmaking van de technische mogelijkheden in de geluidstechniek kan een hulpmiddel verschaffen aan de doven, maar in dit computertijdperk zijn

ook andere technische hulpmiddelen mogelijk dan de geijkte: de wachtkamers in ziekenhuizen, instellingen, bij artsen etc. werken met een luidspreker als oproepsysteem. Altijd moet de dove mens zich afvragen of hij/zij wordt opgeroepen, anders gaat zijn beurt voorbij.

Zoals prof. Schmidt zijn artikel beëindigde met de woorden: „ik heb met genoeg naar hem (prof. Groen, de patiënt) geluisterd”, wil ik eindigen met: „ik heb met verbazing, tevredenheid en bewondering het artikel gelezen en ben er door gesterkt, omdat het een juiste weergave was van mijn persoonlijke ervaringen in mijn leven bij zoeken naar en vinden van (beroeps)hulpmiddelen”.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Schmidt PH, Groen JJ. Horen, luisteren en verstaan. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 457-61.

Rijswijk, februari 1983

C.F.J. FORTUIN

### *Het koeriersyndroom*

De symptomatologie van het koeriersyndroom zoals dit ziektebeeld zo kernachtig door Geerling, Kastelein en Batchelor werd benoemd,<sup>1</sup> varieert met de contrabande. Als aanvulling van de casuïstiek kan ik een geval melden van een 16-jarige jongeman die vanuit Mexico naar de Verenigde Staten heroïne smokkelde in 8 dubbele „finger stalls” (vingercondomen) die hij had ingeslikt. Kort na aankomst voltrok zich een ware metamorfose. De jongen werd euforisch, met toenemende onrust en motoriek. Hij klaagde over hittegevoel trok zijn overhemd uit en begon met enkele vriendinnen luid neuriënd, opgewonden te dansen in de kroeg. Na nog geen half uur collapseerde hij en werd hij door vrienden die hem onder de armen grepen vrijwel levenloos naar het ziekenhuis gebracht. Daar bleek hij te zijn overleden.

Bij de obductie bleken 7 van de 8 rubber omhulsels nog intact in het jejunum-ileum te liggen; één was opengebarsten. Naar schatting 2,5 g van 40% heroïnepoeder was plotseling vrijgekomen en klaarblijkelijk snel geresorbeerd. Gelukkig dat het nieuws van het gevaar van deze smokkelwijze zich snel verspreidde in de wereld van verslaafden. De openbaarheid van het gerechtelijk geneeskundige onderzoek ter plaatse droeg hiertoe bij.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Geerling J, Kastelein JJP, Batchelor DA. Het koeriersyndroom. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 874-6.

Utrecht, mei 1983

R. HAUSMAN

Geerling e.a. behandelden een patiënt met het „koeriersyndroom” ten gevolge van hasjies met bitterwater toegediend door een maagsonde.<sup>1</sup> De auteurs adviseren in het geval van het „koeriersyndroom” door cocaïne een agressievere behandeling, zelfs operatieve verwijdering van de ingenomen drugs. De totale hoeveelheid drugs die dergelijke koeriers enteraal herbergen is vaak groot. Door openbarsten van de verpakking kunnen ernstige intoxicaties optreden, zelfs met dodelijke afloop.<sup>2</sup> Snelle verwijdering is dus geboden.

Wij behandelen een 15-jarige Columbiaanse cocaïnekoerier, opgenomen met een acute cocaïne-intoxicatie, met lavage volgens een methode zoals in dit tijdschrift is