



85 jaar NIV

Op lelievoeten

INTERNE GENEESKUNDE IN PORTRETTE EN VERHALEN



Op lievevoeten



INTERNE GENEESKUNDE IN PORTRETTEN EN VERHALEN



EINDREDACTIE PROF. DR. H.F.P. HILLEN

Colofon

Op lelievoeten

Interne geneeskunde in portretten en verhalen

Eindredactie

Prof. dr. H.F.P. Hillen

Uitgever



Van Zuiden Communications B.V.

Postbus 2122

2400 CC Alphen aan den Rijn

www.vanzuidencommunications.nl

© 2016 Nederlandse Internisten Vereniging, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar worden gemaakt in enige vorm of op enigerlei wijze, hetzij elektronisch, hetzij mechanisch, door (foto)kopieën, of enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Internisten Vereniging.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 jº het Besluit van 20 juni 1974, Staatsblad 352, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Staatsblad 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dienen de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te worden voldaan aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen).

Voor het overnemen van passages uit of delen van dit lustrumboek ten behoeve van bloemlezingen, readers of andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de Nederlandse Internisten Vereniging te wenden.

Hoewel bij het vervaardigen van dit lustrumboek de uiterste zorgvuldigheid is betracht, kunnen de Nederlandse Internisten Vereniging, uitgever en auteurs geen enkele aansprakelijkheid aanvaarden voor zetfouten of andere onjuistheden. Aan deze uitgave kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.

Inhoudsopgave

Voorwoord: Geschiedenisles — 5

Inleiding: Zeven generaties — 7

MARKANTE PORTRETTE VAN HOOGLERAREN EN OPLEIDERS INTERNE GENEESKUNDE

1. Prof. dr. Willem Birkenhäger — 13

P.W. de Leeuw

2. Prof. dr. Willem Erkelens — 18

G.H. Blijham, J.B.L. Hoekstra, P.W. Niermeijer

3. Prof. dr. Guus Flendrig — 23

H.F.P. Hillen, G.H. Blijham, A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman

4. Prof. dr. Jaap de Graeff — 28

A.E. Meinders, L.A. van Es

5. Prof. dr. Clemens Haanen — 33

H.F.P. Hillen

6. Prof. dr. Tontin van Leeuwen — 37

A.E. Meinders, W. Wieling

7. Prof. dr. Gerrit Arie Lindeboom — 42

E.A. van der Veen

8. Prof. dr. Cees Majoor — 48

R.S.G. Holdrinet

9. Prof. dr. Enno Mandema — 52

R.O.B. Gans, E.G.E. de Vries, D.S. Postma

10. Dr. Leendert Schalm — 57

K.H. Brandt, H.F.P. Hillen

11. Prof. dr. Isidore Snapper — 60

A. Berghout

VERHALEN UIT DE GESCHIEDENIS VAN DE INTERNE GENEESKUNDE

12. Op lelievoeten, Podaleirios, de eerste internist — 69

H.F.P. Hillen

13. De Nederlandse geschiedenis van beriberi — 73

H.F.P. Hillen

14. De geschiedenis van het betere oog — 78

H.F.P. Hillen

15. De eerste beoefenaars van de inwendige geneeskunde — 82

H.F.P. Hillen

16. De oprichting van de Nederlandsche Internisten Vereeniging — 86

H.F.P. Hillen

17. De verbazingwekkende geschiedenis van de werktijden — 90

H.F.P. Hillen

18. Binnengasthuis, van nonnenklooster naar AMC — 95

J. van der Meer

19. Hemofilie: een volwassen kinderziekte — 99

J. van der Meer

20. Van Binnengasthuis naar Slotervaart, van CLB naar Sanquin — 104

J. van der Meer

21. De internist en Europa — 109

J.W. Elte, H. Ablij

22. Het Snapper-instituut en de Franse Revolutie — 114

H.F.P. Hillen

Auteurs — 121

Geschiedenissen

Er zijn altijd al internisten geweest en er zullen altijd internisten blijven. Wat kan de geschiedenis ons dan leren? Waarom achteromkijken als de echte uitdagingen voor ons liggen?

Het bijdragen aan en het helpen vormgeven van de Nederlandse gezondheidszorg vraagt zo veel inzet van ons dat we de neiging hebben in het hier en nu te leven, zonder om te zien naar waar we vandaan komen ('boring') en vooruit te kijken naar wat werkelijk bijdraagt aan ons vak en het toekomstbestendig kan helpen maken ('dat zien we dan wel weer'). De echte vragen horen van onze patiënten en ze een stukje begeleiden bij het bereiken van een nieuwe fase in hun gezondheid, hoe we ze kunnen helpen zich aan te passen aan een nieuwe situatie en hoe we constructief kunnen bijdragen aan hun regie, zelfredzaamheid en zelfzorg, dat kan het verleden ons leren, die inzichten veranderen niet. Osler is nog steeds de meest geciteerde internist als het gaat om goede patiëntenzorg. Uitgedaagd worden door de onbekende antwoorden op ziekten en vraagstukken die nu nog zijn opgesloten in de toekomst en waarvan we reeds wel de vragen hebben geformuleerd, al de nieuwe ontdekkingen en onontgonnen oplossingen die ergens op ons liggen te wachten, daar kunnen we enorm naar uitkijken en die helpen de wetenschap en ons vak weer voorwaarts. Als we terugkijken, zien we wat die vindingen uit het verleden ons nu hebben gebracht en hoe we die met inzet van velen – en soms van enkele pioniers – hebben kunnen bereiken. Het stokje overdragen aan jonge collegae die we zelf een stuk op weg hebben geholpen door hun opleiding in te richten zodat zij de toekomst tegemoet kunnen treden, met waarden en normen die we zelf hebben meegekregen uit ons gezamenlijk verleden. Ook dit is het verbinden van inzichten van de oude tijd aan die van de nieuwe tijd.

Welnu, om met deze geleende woorden te spreken: "Als het verleden niet telt voor het heden, wat betekent dan het heden voor de toekomst?"

Daarom wens ik u heel veel inspiratie en leesplezier toe.

Sophia de Rooij

Voorzitter Nederlandse Internisten Vereniging

Zeven generaties

Dit jaar op 29 november bestaat de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) 85 jaar. Het 17e lustrum dus, tijd om stil te staan bij de geschiedenis van de Nederlandse internisten en de geschiedenis van de NIV. De geschiedenis van de eerste 50 jaar is beschreven bij het 10e lustrum in het jubileumboek *Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-1981*. In die uitgave is terecht veel aandacht besteed aan de beschrijvende geschiedenis van de eerste drie generaties van universitaire opleiders.

De eerste generatie van Rosenstein, Stokvis, Talma, Wenckebach, Pel en Nolen legde in de periode voor de Eerste Wereldoorlog de fysiologische basis voor de interne geneeskunde in Nederland. In het interbellum werd de interne geneeskunde verrijkt door het wetenschappelijk onderzoek van de tweede generatie, Kuenen, Polak Daniëls, Ruitinga en de onbetwiste kampioenen Hijmans van den Bergh en Snapper. Onder leiding van Borst zorgde de derde generatie in en na de Tweede Wereldoorlog voor de sterke opbouw van de klinische interne geneeskunde. Formijne, Van Buchem, De Langen en Mulder waren net als Borst in de naoorlogse periode actief in de organisatie van de interne geneeskunde en lid van het NIV-bestuur of het Concilium.

Van leermeester naar teamlid

Bij het 15e lustrum in 2006 werd de verdere geschiedenis van de eerste en volgende generaties meer in detail beschreven in *Interne Geneeskunde, pijler van de moderne gezondheidszorg*. De vierde generatie universitaire opleiders, Jordan, Lindeboom, Majoor, Gerbrandy, Mandema, De Graeff, Frenkel, Van Leeuwen en Koster, zag de interne geneeskunde sterk groeien. Het aantal internisten verdrievoudigde, van 484 in 1960 tot 1313 in 1980. Bovendien introduceerde deze vierde generatie met Mandema als initiator de deelspecialismen in de interne kliniek.

De vijfde generatie academische opleiders, Struyvenberg, C. van der Meer, Flendrig, Birkenhäger, Reitsma, Vreeken, Arisz, Van 't Laar en Erkelens, op de overgang naar de volgende generatie, bouwde in het laatste kwartaal van de vorige eeuw aan de voortzetting en de uitbreiding van deze lijnen. In die periode werd ook de basis gelegd voor de verdere ontwikkelingen waar de volgende, veel grotere generatie mee te maken kreeg. Na de groei van het aantal internisten en het aantal deelspecialisten nam het aantal internationale publicaties snel toe en was er meer aandacht nodig voor de professionalisering van de interne opleiding. De noodzaak werd steeds groter om de kwaliteit van de internisten, de opleiding en de organisatie van de interne zorg

beter te waarborgen. Evidencebased interne geneeskunde werd gemeengoed en de verantwoording van de kosten sloop steeds meer de interne praktijk binnen. Rond 2000 had de zesde generatie van Schalekamp, Meinders, J. van der Meer, Erkelens, J.W. van der Meer, Briët, Hillen, Pols, Speelman, Danner en Gans de handen vol aan velerlei taken. De opleider was inmiddels geen leermeester meer, maar lid van een omvangrijk team geworden. De taken van de universitaire opleider zijn in de loop van de generaties zwaarder geworden, zo lijkt het. De eerste generatie opleiders was gemiddeld nog 31,5 jaar in functie. Per generatie nam de duurzaamheid van de academische opleider echter af met 4 jaar. De vijfde generatie werd na gemiddeld 11,6 jaar al opgevolgd. Nu is de zevende generatie aan zet. De beschrijvende geschiedenis van de huidige generatie academische opleiders wordt figuurlijk nu wel geschreven, maar is pas rijp voor publicatie in het lustrumboek van 2031.

Narratieve geschiedschrijving

In de klassieke geschiedschrijving en zeker in de medische geschiedschrijving wordt de beschrijving van feiten, personen en chronologie steeds meer aangevuld met verhalen. Daarin wordt de geschiedenis zoals ‘ze werkelijk was’ benaderd door het persoonlijke verhaal van markante deelnemers en door opvallende gebeurtenissen. De verteller kleurt daarbij met respect voor de feiten het verhaal wel naar eigen visie, gevoel en inzicht.

Dat was ook precies het uitgangspunt voor de serie portretten van markante hoogleraren Interne Geneeskunde die in de rubriek Historie in *Interne Geneeskunde*, het magazine voor de internist, in de afgelopen drie jaren werd gepubliceerd. Deze verhalen zijn verteld door leerlingen die nog steeds onder de indruk zijn van de markante en soms merkwaardige opleiders uit de vierde en vijfde generatie. De waarderende portretten zijn niet beperkt tot de universiteit. De portretten van Schalm en Birkenhäger dwingen niet minder respect af. Zij staan als voorbeeld van gerenommeerde ‘perifere opleiders’ op minstens academisch niveau met grote betekenis voor de interne geneeskunde in Nederland. In dat opzicht kan de serie van portretten nog worden uitgebreid.

Andere verhalen

De geschiedenis van de interne geneeskunde wordt natuurlijk niet alleen verteld in de portretten van universitaire opleiders. De geschiedenis van de NIV en van de interne geneeskunde in Nederland is ingebed in de sociale context van de tijd en in de context van de internationale ontwikkeling van de interne geneeskunde. Daarover gaan de andere verhalen uit de historische rubriek van het NIV-magazine. Sinds 2011 hebben vooral de leden van de NIV-commissie geschiedenis van de interne geneeskunde verhalen geschreven over Podaleirios, de eerste mythische internist uit de Ilias, die op lievevoeten het kruidenveld van de geneeskunde betrad.

Ook zijn er verhalen over de oorsprong van de Nederlandse interne geneeskunde in Frankrijk. De eerste stethoscoop in Nederland werd door leergierige Utrechtse geneeskundestudenten

uit Parijs ingevoerd na een stage bij Laennec. Na de medische revolutie in Frankrijk vormden de fysiologie en chemie uit Duitsland een tweede basis voor de interne in Nederland. De eerste hoogleraar, internist Rosenstein, kwam in 1865 uit Berlijn. In Nederland hadden onderzoek en ontwikkelingen op het gebied van de bloedtransfusie en het stollingsonderzoek grote invloed op de praktijk van de interne geneeskunde. Na de Tweede Wereldoorlog is de blik van de internist-onderzoeker trans-Atlantisch gericht op de Verenigde Staten. Inwendige ziekten wordt dan definitief interne geneeskunde.

Deze andere verhalen over de context van de geschiedenis van de interne geneeskunde zijn vooral bedoeld als voorgeschiedenis van de internisten van de achtste generatie. Ook zij zullen, zoals de voorgangers van de vroegere generaties, volgens Virgilius 'de kracht leren kennen van medicijnen, en de praktijk van het genezen in de rustige kunst van de interne geneeskunde'. Ook zij zullen met plezier verhalen vertellen uit de geschiedenis van de interne geneeskunde.

Prof. dr. H.F.P. Hillen

Markante portretten
van hoogleraren en
opleiders
interne geneeskunde



Prof. dr. Willem Birkenhäger

P.W. DE LEEUW



Willem Birkenhäger is van cruciale betekenis geweest voor de ontwikkeling van het hypertensieonderzoek in Nederland. Omdat hij zich bij zijn onderzoek op de gehele circulatie richtte en daarbij ook oog had voor andere aandoeningen van hart en bloedvaten, kan hij worden beschouwd als een van de pioniers in de vasculaire geneeskunde.

Willem Hendrikus Birkenhäger werd op 8 maart 1927 in Heiloo geboren en kreeg dezelfde namen als zijn vader en grootvader. Al vroeg manifesteerde zich bij hem een enorme ijver en dorst naar kennis. Deze eigenschappen zullen er zeker toe hebben bijgedragen dat hij in Apeldoorn zonder probleem het gymnasium doorliep en zelfs alfa en bèta deed. Hij ging er overigens prat op dat hij nooit een eindexamen heeft hoeven afleggen. In 1945 werden namelijk in de euforie van de bevrijding diploma's uitgereikt op basis van alleen de schoolresultaten. In datzelfde jaar begon hij met de studie geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Naar eigen zeggen zou hij in zijn eerste studiejaar meer het studentenleven dan de collegezalen hebben geëxploreerd, maar tastbaar bewijs voor deze bewering is helaas niet voorhanden. Na het vroegtijdig overlijden van zijn vader moest de nog jonge Willem noodgedwongen zijn studie sneller afronden dan hij zich had voorgenomen. In zeer korte tijd haalde hij dan ook zijn doctoraal en mede daardoor werd hij opgemerkt door professor Borst. Van hem kreeg hij een opleidingsplaats aangeboden, maar alvorens met deze opleiding te beginnen, wilde Birkenhäger nog promoveren. Hij verrichtte zijn promotieonderzoek bij de patholoog-anatoom professor Deelman en verdedigde zijn proefschrift in 1954. Het onderwerp: struma congenita. Na deze hobbel, zoals Birkenhäger promoties placht te noemen, begon voor hem het leven als veelzijdig internist.

Vader-zooncomplex

Tijdens en na zijn opleiding tot internist werkte Birkenhäger in het Binnengasthuis in Amsterdam met Borst aan diens hypertensie-onderzoek. Dit ging aanvankelijk goed, maar gaandeweg begon zich een verschil in inzicht af te tekenen met betrekking tot de aard van dit onderzoek. Waar Borst zich vooral wilde richten op klinische observaties, wilde Birkenhäger

gebruikmaken van allerlei nieuwe mogelijkheden om de circulatie te bestuderen. Daarbij schuwde hij invasieve technieken niet. Ook in de kliniek werd de tegenstelling merkbaar. Borst was voor een terughoudend aanvraagbeleid en elke laboratoriumbepaling, hoe simpel ook, moest kunnen worden verantwoord. Birkenhäger daarentegen wilde altijd zo veel mogelijk meten en weten. Daar bovenop kwam dat Birkenhäger zich niet altijd gewaardeerd voelde door Borst. Zo stak het hem dat hij, ondanks zijn enorme bijdrage aan de theorie van Borst over de relatie tussen zoutgebruik en hypertensie geen auteurschap kreeg bij het meest belangrijke artikel over deze materie. Geleidelijk aan begon daardoor de relatie tussen Birkenhäger en zijn leermeester te bekoelen. In wezen was hier sprake van een soort vader-zooncomplex. In zijn latere leven heeft Birkenhäger een dergelijke gang van zaken bij zijn eigen assistenten altijd willen voorkomen en in bijna alle gevallen is hem dat ook gelukt.

Diplomatieke gevechten

Toen Birkenhäger in 1966 van Amsterdam naar Rotterdam vertrok, werd hij in het toenmalige Zuiderziekenhuis absoluut niet met open armen ontvangen. Een van de zittende internisten had namelijk zelf zijn zinnen gezet op de positie die Birkenhäger nu ging innemen. Daarmee was de basis gelegd voor een conflict. Birkenhäger was echter geen vechtersbaas en hij moest het dan ook vooral hebben van zijn slimme en charismatische diplomatie waarmee hij uiteindelijk toch vrijwel alles voor elkaar kreeg wat hij wilde. Na het vertrek van zijn rivaal uit het Zuiderziekenhuis was het even rustig, maar in de loop der jaren doemden er meerdere conflicthaarden op met onder andere een in zijn ogen lastige directie, een onwillig gemeentebestuur en af en toe een eigenwijze internist. Op een wijze die het best kan worden gekarakteriseerd als ‘lubberiaans avant la lettre’ wist hij echter alle klippen feilloos te omzeilen. Openlijke conflicten probeerde hij zo veel mogelijk te vermijden, maar die enkele keer dat het tot een uitbarsting kwam, kon je je maar beter gedeisd houden.

Kleurrijk taalgebruik

Wat de oud-assistenten van Birkenhäger altijd zal bijblijven, was diens gevleugelde taalgebruik. Zijn Nederlands was doorspekt met Engelse, Franse en Duitse termen en uitdrukkingen. Een nieuw en veelbelovend idee noemde hij stevast een ‘trouvaille’ en bij onderzoek was ‘the sky’ altijd ‘the limit’. Ook veel gehoord: ‘gefundenes Fressen’. Op het ochtendrapport placht hij geregeld te vragen of wij in de diagnostiek bij een bepaalde patiënt al een doorbraak hadden weten te forceren of dat wij terug moesten naar ‘square one’. Geregeld bezigde hij ook termen die voor de assistenten onbegrijpelijk waren. Niemand durfde echter naar de betekenis daarvan te vragen uit schaamte voor het als zodanig gepercipieerde gebrek aan eigen kennis.

Internist pur sang

Birkenhäger behoorde tot de generatie internisten die nog echt internist waren. Dat wil zeggen: met een algemene vorming zonder aandachtsgebied of deelspecialisatie en met grote aandacht



Figuur 1. Zelfportret van prof. dr. Willem Birkenhäger. Het portret is gemaakt in opdracht van Marij Land en maakt deel uit van haar privécollectie

PRIVÉCOLLECTIE MARIJ LAND

voor anamnese en volledig lichamelijk onderzoek. Zijn diagnostische scherpte was in de kliniek ongeëvenaard en dreef menige assistent tijdens de grote visite tot wanhoop als deze weer eens iets over het hoofd had gezien. Op grond van zijn ervaring die hij als onderdeel van zijn militaire dienstplicht had opgedaan op de röntgenafdeling van het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht wist Birkenhäger ook menigeen te overrompelen met zijn interpretaties van röntgenbeelden. Als de longarts op een thoraxfoto een verdichting interpreteerde als maligniteit en Birkenhäger zei dat het hier om gelokaliseerd oedeem ging dat wel zou verdwijnen na ontwatering, wist je al dat de laatste gelijk zou krijgen.

In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* heeft Willem Birkenhäger vanaf 1954 een formidabel aantal referaten geschreven over de meest uiteenlopende onderwerpen. Daarnaast publiceerde hij hierin klinische lessen, overzichtsartikelen en origineel onderzoek en beslist niet alleen over hypertensie. Het kwam wel eens voor dat een assistent na veel geploeter en gezocht in de bibliotheek (PubMed bestond nog niet) tot een verrassende en zeldzame diagnose kwam en zich erop verheugde 'de baas' op het ochtendrapport de loef af te steken met deze briljante vondst. Hoe groot waren de verbazing en de bewondering als na een paar inleidende zinnen van de assistent over de belangrijkste bevindingen bij deze patiënt, Birkenhäger zelf

al de betreffende diagnose opperde, compleet met beschrijvingen van wat het punctaat of de histologie zouden tonen.

Door zijn puur internistische benadering was Birkenhäger een inspirerende leermeester van wie je inderdaad veel kon leren. In zijn latere jaren als opleider gingen de ontwikkelingen in het vak wel erg snel en kon hij niet alles meer bijhouden. Wanneer je hem dan tijdens een grote visite attendeerde op bijvoorbeeld een ECG-afwijking die nog niet zo lang geleden was beschreven en waarvan hij kennelijk nog niet had gehoord, vroeg hij je altijd vriendelijk om even aan de coassistenten uit te leggen hoe je dat kon zien.

Een aspect waar hij Borst wel in heeft gevolgd, was de zogenaamde curveronde. Twee keer per week ging de hele groep curves bekijken waarop het beloop van bezinking, urineproductie en andere relevante laboratoriumbepalingen grafisch waren uitgezet (hij had daarvoor een speciale tekenaar in dienst). In een oogopslag kon je dan zien of er bijvoorbeeld te sterk ontwaterd werd. Dat waren uiterst leerzame momenten.

Onderzoeker in hart en nieren

Toen Birkenhäger de kans kreeg om in Rotterdam zijn eigen kliniek op te bouwen, nodigde hij in de eerste week al een aantal assistenten bij hem thuis uit om te praten over het doen van onderzoek. Van degenen die bereid bleken om deel uit te maken van zijn hypertensieteam, zijn er enkelen later hoogleraar geworden. Hijzelf werd het in 1974.

Hoewel hij een aantal keren de kans heeft gekregen om vanuit de periferie terug te keren naar de academie, heeft hij toch altijd de voorkeur gegeven aan het Zuiderziekenhuis. Zonder al die universitaire 'rigmarole' voelde hij zich veel beter.

Het onderzoek concentreerde zich vooral op de functie van hart en nieren en haalde menige vigerende theorie onderuit. Dat leverde voor hem in het buitenland aan de ene kant de nodige waardering op, maar aan de andere kant ook vaak felle kritiek van degenen wier hypothesen hij ontkrachtte.

Als medeoprichter van het Nederlands Hypertensie Genootschap (thans: Vereniging) en als een van de grondleggers van het hypertensieonderzoek in Nederland, heeft Willem Birkenhäger een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het onderzoek op dat terrein. Zijn inspanningen voor de hypertensie en de interne geneeskunde in het algemeen hebben hem terecht de Lifetime Achievement Award van de European Society of Hypertension (2004) en de Prof. dr. A.A. Hijmans van den Bergh-penning van de Nederlandse Internisten Vereniging (1991) opgeleverd. Ook was hij President van de European Society of Hypertension.

Als mens is Willem Birkenhäger tijdens zijn Rotterdamse periode veranderd van een wat gereserveerde man in een vaderlijke figuur en ten slotte in iemand die een warme vriendschap voor je kon koesteren. Het is dan ook niet verwonderlijk dat zijn oud-assistenten in groten getale aanwezig waren op de reünie ter gelegenheid van zijn 75e verjaardag.

Voor bestuurlijke taken had Willem Birkenhäger geen ambitie. ‘Apparaatski’ of ‘bureaucraten’ placht hij bestuurders te noemen en meermalen kwam hij in botsing met de naar zijn mening veel te langzaam draaiende ambtelijke molens.

De laatste jaren van zijn leven klaagde hij nogal eens over zijn ‘opdrogende synapsen’. Het markeerde het begin van een periode waarin zijn wereld steeds kleiner werd en hij veel zorg nodig had. Steun kreeg hij vooral van zijn vrouw Ida en zijn kinderen. Uiteindelijk overleed hij op 7 september 2013. Met hem is niet alleen een van de laatste echte internisten heengegaan, maar ook een veelzijdig en inspirerend mens.

Prof. dr. Willem Erkelens

G.H. BLIJHAM, J.B.L. HOEKSTRA, P. NIERMEIJER



De academische Interne Geneeskunde in Utrecht staat op de schouders van Hijmans van den Bergh. Vanaf zijn overkomst uit Groningen in 1918 tot zijn emeritaat in 1938 leidde hij een kliniek waarin de verbinding tussen patiëntenzorg en laboratoriumonderzoek onverbrekkelijk werd; in zijn collegezaal werd in 1931 de Nederlandsche Internisten Vereeniging opgericht. Toen de era van Struyvenberg en Van der Sluijs Veer als gezichtsbepalende leiders van de Utrechtse interne kliniek in 1991 ten einde liep, kwam weer een ex-Groninger in beeld: Willem Erkelens, toen al ruim 10 jaar werkzaam in Utrecht. Erkelens vertegenwoordigde het beste dat Utrecht te bieden had: dokterschap en wetenschap in één persoon. Zijn 'joie de vivre' gaf daaraan nog een bijzondere glans. Deze drie eigenschappen komen terug in het portret van deze karakteristieke en invloedrijke Utrechtse internist die van 1982 tot 2003 hoogleraar Interne Geneeskunde was.

Dirk Willem Erkelens werd op 11 oktober 1941 geboren in een Rotterdams doktersgezin. Na het gymnasium studeerde hij geneeskunde in Leiden, waar hij actief aan het leven in het studentencorps deelnam. Het artsexamen werd in 1967 afgelegd. Erkelens werd in Groningen opgeleid tot internist. De eerste twee jaar was hij gedetacheerd in de Curaçaose kliniek bij internist Statius van Eps en in 1970 deed hij als derdejaars assistent zijn intree in de toen al strak gestructureerde opleiding van Mandema. Onmiddellijk ontplooipte hij een groot aantal verschillende activiteiten, zoals hij dat altijd bleef doen. Naast de dagtaak in het systeem van de opleiding begon hij met onderzoek naar de invloed van alcohol op de koolhydraatstofwisseling en hypertriglyceridemie, waarop hij in 1975 bij Doorenbos en Reitsma promoveerde. Hij deed het onderzoek met veel plezier, al speet het hem wel dat de alcohol per infuus aan de patiënten moest worden toegediend en niet in de vorm van een gezellige borrel.

Veelzijdig

Omdat zijn promotieonderwerp zich op een grensvlak tussen endocrinologie en hepatologie bevond, hield Erkelens zich ook intensief met die hepatologie bezig. En passant werd hij een expert in het metabolisme van de galzure zouten en werkte hij mee aan onderzoek



Figuur 2. Portret van prof. dr. D.W. Erkelens (1941-2004), hoogleraar Interne Geneeskunde, UMC Utrecht. Het portret is geschilderd door Carla Rodenberg en hangt in het UMC Utrecht

UMC UTRECHT

en verslaglegging van twee families, waarvan sommige leden een membraan in de vena cava inferior hadden, leidend tot een vorm van het budd-chiarisyndroom. Samen met zijn vrouw Noor toonde hij vervolgens aan dat de afkomst van de patiënten uit die twee families op één gemeenschappelijke voorouder was terug te voeren. Daarnaast verdiepte hij zich met een groepje collega-assistenten op donderdagochtend een uurtje in de geheimen van de nier-tubulus, deed hij op woensdagochtend mee aan het oplossen van de 'case' uit de *New England Journal of Medicine* van de vorige week en op dinsdagmiddag was hij een van drie assistenten die voor de afdeling Hepatologie levervenecatheterisaties uitvoerden.

In het begin van de jaren 70 van de vorige eeuw werd de kliniek gevisiteerd en nodigde Mandema twee assistenten uit om die dag daarbij aanwezig te zijn, waaronder natuurlijk Willem Erkelens. Samen met de visitatoren Borst en Van Leeuwen bezocht het gezelschap het archief, waar Borst onmiddellijk het allerdikste dossier van de plank trok om dit samen met Erkelens eens even door te nemen. Aanvankelijk leek voor Erkelens de kans niet groot om ongeschonden uit deze strijd te komen, want al snel bleek bij deze patiënt een nierbiopsie gedaan te zijn, tot klimmende afschuw van de hooggeleerde visitor. Rustig doorbladerend naar de uitslag daarvan kon Erkelens evenwel meedelen dat juist met die biopsie de diagnose

gesteld had kunnen worden: M. Wegener. ‘Veine’ is het woord voor dit soort geluk dat haast afgedwongen leek en dat door Erkelens dan natuurlijk ook riant werd uitgespeeld met zijn grote talent voor toneel, dat zijn hele leven kleurde en waarmee hij ook de motor was van het Groninger Cabaret voor Inwendige Geneeskunde.

In 1976 vertrok Erkelens naar Seattle waar hij werkte op de afdeling Metabolisme, Endocrinologie en Voeding onder de inspirerende supervisie van Bierman, een grootheid op dat gebied. Hij kwam in 1978 terug en ging werken in het Academisch Ziekenhuis Utrecht; eerst als wetenschappelijk hoofdmedewerker endocrinologie en vanaf 1982 als hoogleeraar Algemene Interne Geneeskunde. Hij drukte snel zijn stempel op de nieuwe werkplek, wat het best kan worden geïllustreerd door een ‘ooggetuigenverslag’ van twee toenmalige assistenten (*kader*).

Samenwerking

Eind jaren 80 werd Van der Sluijs Veer ziek en in 1991 ging Struyvenberg met emeritaat. Het AZU en de faculteit Geneeskunde kozen opnieuw voor een tweehoofdig leiderschap van de interne kliniek. Eerst volgde in 1991 Willem Erkelens Van der Sluijs Veer op en op 1 januari

OOGGETUIGENVERSLAG

“De meeste arts-assistenten interne geneeskunde in het Academisch Ziekenhuis te Utrecht (AZU) van destijds waren in hun derde opleidingsjaar toen ze aan de Catharijnesingel hun opleiding vervolgden. Ze hadden dan al heel wat supervisors meegemaakt. Het enthousiasme en de dynamiek die hij als beginnend supervisor meebracht was ongekend. Wij als arts-assistenten waren verstandige, vaak wat oudere, maar vooral bedaarde, flegmatieke supervisors gewend. Zo niet Willem. Intelligentie, humor, alertheid en een no-nonsense mentaliteit, dat was wat wij als assistenten zagen. Overigens liet Willem ons zeer vrij. We moesten het alleen wel goed regelen. En als je als assistent het een keer extreem goed geregeld had, was Willem zeker de eerste om je dat te laten merken.

We realiseerden ons dat het jammer was om onze opleidingstijd niet ook te benutten voor promotieonderzoek en wendden ons tot onze supervisor. ‘Willem, wat lijkt jou nou een geschikt, liefst uitdagend onderwerp?’ Twee dagen later kwam hij met vijf welomschreven onderwerpen inclusief een toelichting voor de uitvoering, alle haalbaar, alle interessant. En voor zover iets lastig uitvoerbaar zou zijn, dit aspect verbleekte bij het enthousiasme van Willem. En de supervisie tijdens het promoveren? Tja, eigenlijk net zo als de zaalsupervisie: enthousiasme, humor, betrokkenheid, maar vooral ook heel veel goede ideeën over hoe het onderzoek het handigst kon worden uitgevoerd. Willem was zichtbaar tevreden als er uiteindelijk data binnenkwamen: nu konden we gaan analyseren en gaan schrijven. En hij coachte ons uitstekend met het schrijven. Wij moesten het doen, maar hij zorgde dat het een goed verhaal werd. Even kritisch als effectief was zijn coaching als je een presentatie mocht geven: veel oefenen en nul vage dia’s gebruiken. ‘Je verhaal aangenomen voor de Algemene Ziektekundige Vereniging? Dat is erg mooi, het is wel het hoogste wat er is in Nederland’, zei hij goedkeurend. Kortom, met Erkelens als supervisor kreeg je een ‘opleiding-plus’, met mogelijkheid om onderzoek te doen en bij je onderzoek een effectieve leerschool in presenteren.

Talrijke promovendi hebben het aanstekelijk enthousiasme van Willem ondervonden. Was het verwonderlijk dat rond zijn 50e verjaardag een gezelschap van promovendi werd opgericht, luisterend naar de verheven en goed bij de Utrechtse universiteit passende naam ‘Sol Erkelensius Illustravit Nos’? De promovendi genoten van deze actie en Willem vast niet minder.”

1992 verhuisde Geert Blijham, hoogleraar Oncologie in Maastricht, naar de leerstoel van Struyvenberg. De taakverdeling was vanaf het begin duidelijk: samen afdelingshoofd, Erkelens voorzitter vakgroep en opleider, Blijham divisievoorzitter en plaatsvervangend opleider. De samenwerking was perfect. Blijham en Erkelens stonden om 9 uur, na het ochtendrapport, samen bovenaan de trap bij de interne C vleugel nog een kwartiertje te praten. Het verhaal ging dat daar dan de belangrijkste beslissingen werden genomen.

Erkelens was, voor de komst van Blijham, tijdelijk divisievoorzitter. In die hoedanigheid bedong hij een grotere kamer, passend bij die status. Toen Blijham kwam en hem als divisievoorzitter opvolgde, regelden zijn secretaresse, Zwaniek Homsma, en Gerlach Cerfontaine, voorzitter van de Raad van Bestuur, een officiële brief waarin Erkelens werd gevraagd zijn kamer aan de nieuwe divisievoorzitter af te staan. Even was niet alleen de kamer, maar het hele huis te klein. Erkelens bouwde aan een bijzondere afdeling. Hij had niet veel met formaliteiten en het woord 'beleid' behoorde niet tot zijn favorieten. Voor hem telde de persoon. Deskundigheid, compassie, integriteit, intelligentie, humor, creativiteit, relativiseringsvermogen: dat waren de eigenschappen die hij zocht in zijn medewerkers en assistenten. Als die eigenschappen aanwezig waren, zo leek hij te denken, kwam het wel goed. Erkelens bestuurdde vooral via mensen en veel minder via structuren. De kliniek voer er wel bij. Assistenten kwamen graag in opleiding en werden aan klinisch onderzoek gezet. De relaties met de omgevende opleidingsklinieken waren veel beter dan in veel andere delen van het land. Assistenten werden gezamenlijk aangenomen, wat Erkelens de kans gaf het adagium 'besturen via personen' verder in praktijk te brengen.

Visie

Wetenschap was voor Erkelens vooral nieuwsgierigheid. De koolhydraat- en vetstofwisseling en de relaties daarvan met voeding, alcohol en gedrag fascineerden hem; hij kon er inspirerend over praten en schrijven. Zijn visie op klinisch onderzoek en de rol van de internist daarin legde hij neer in een lang hoofdstuk in het NIV Lustrumboek (1996) *Van Binnen naar Buiten*. De essentie staat in de laatste alinea waarin hij de Australische endocrinoloog Seeman citeert: "The more I read, the more I believe that non-believing is the central part of the scientific method of inquiry". Dit citaat karakteriseert Erkelens niet alleen als onderzoeker, maar ook als mens.

Erkelens was een geliefd arts omdat hij de verbinding met de ander zocht. Die eigenschap strekte zich ook uit naar domeinen buiten de interne geneeskunde. Zijn grote talent voor dichten en zingen maakte hem, met Willem Hendrik Gispén, tot de drijvende kracht achter het zeer succesvolle Utrechtse Hooglerarencabaret 'De Smet'. Daarbij kwam een andere eigenschap naar voren: Erkelens kon zeer scherp zijn. De genodigden bij de opening van het nieuwe Van Geuns-gebouw hielden even hun adem in toen het functioneren van de decaan messcherp werd neergezet. En een gastoptreden voor een Japans gezelschap leidde zelfs tot diplomatieke gevolgen. Willem zat daar niet mee. "Neem jezelf niet te serieus".

Tegen Blijham zei hij: “Jij bent voor het beleid, ik voor de ‘pomp and circumstance’.” Natuurlijk was dat een typisch Erkelensiaans understatement. Toen Blijham later een flinke bezuiniging moest doorvoeren en daarvoor een externe projectleider aantrok, liep diens kennismaking met Erkelens niet goed af. Binnen drie minuten stond hij verbouwereerd weer buiten: “Meneer, dat regelen we hier zelf wel”. Maar pomp and circumstance was voor Erkelens zeker een essentieel deel van het leven. De interne kliniek zag met enige verbazing dat haar hoofd kamerheer van de koningin werd. Bij bezoeken van de Majesteit aan de provincie gaf Erkelens acte de présence; hij werd fietsend achter de koningin gefotografeerd. Hij liet de afdeling joyeus delen in zijn enthousiasme. “Viert uw feesten” was zijn motto en daaraan heeft hij zich altijd gehouden.

Op 23 oktober 2003 nam Willem Erkelens afscheid in een bomvolle Utrechtse Domkerk. Uiteraard in stijl, zijn stijl. Het slot van zijn rede was op rijm met de onvergetelijke slotzin voor het doodstille publiek en vooral voor zijn echtgenote Noor:

“Voor U een beetje maar het meest voor haar,

Gaat mijn baret af, voorgoed, want ik ben klaar.”

Op 2 maart 2004 overleed Willem Erkelens; hij was toen 62 jaar oud. Zijn ziekte, die al enkele jaren zichtbaar was, had hem ingehaald. De interne geneeskunde verloor met zijn overlijden een meesterlijk inspirator en een kleurrijk coryfee.

Prof. dr. Guus Flendrig

H.F.P. HILLEN, G.H. BLIJHAM, A.C. NIEUWENHUIJZEN KRUSEMAN



Prof. dr. Guus Flendrig was de grondlegger van de academische interne geneeskunde in Maastricht. In deze bijdrage wordt de betekenis van Flendrig voor de ontwikkeling van de interne geneeskunde in Maastricht en zijn belangrijke rol voor de Nederlandse Internisten Vereniging van de jaren 80 van de vorige eeuw beschreven.

Greep bij nacht en ontij

Eind oktober 1981 werd Guus Flendrig gevraagd hoofd te worden van de nieuwe academische afdeling Interne Geneeskunde in Maastricht. Decaan Co Greep was daarvoor met chauffeur en gevolg meerdere avonden naar Son gereden met de opdracht Flendrig thuis te overreden om het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven te verlaten voor het Academisch Ziekenhuis in opbouw in Maastricht. In 1974 was in Maastricht de achtste Faculteit Geneeskunde van start gegaan. In korte tijd hadden hoogleraren van het eerste uur als Reneman en Hemker de basiswetenschappen tot bloei gebracht. De academische kliniek moest echter nog een plaats veroveren in het gevestigde opleidingsziekenhuis Sint Annadal. Dat lukte voortvarend voor de heekunde en de cardiologie onder druk van de Amsterdammers Greep en Wellens. De 'academisering' van de interne geneeskunde verliep veel moeizamer. Op advies van prof. dr. A. Querido was internist H.A.M. Hulsmans al in 1973 benoemd in de kernstaf van de faculteit als hoogleraar en beoogd hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde. Binnen de faculteit nam Hulsmans, zeker op het gebied van onderwijs, een leidende positie in. De verovering van een plaats in de klinische interne afdeling leverde, als onderdeel van het bredere conflict tussen de zittende specialisten en de komende universitaire stafleden, echter veel meer perikelen op. Sjef Coenegracht, de onbetwiste chef Interne Geneeskunde in het Annadalziekenhuis, bood weinig ruimte aan de academische ontwikkeling van de interne geneeskunde en aan een door de universiteit benoemde vriendelijke professor. Die situatie zou pas veranderen na de komst van Flendrig. In juni 1981 schreef de faculteit, met het oog op de komende pensionering van Coenegracht, een structuurrapport voor een nieuw te benoemen hoofd Interne Geneeskunde. Daarin werd met nadruk gezocht naar een internist en opleider met organisatorische capaciteiten, die in staat zou zijn om de academische interne geneeskunde in Maastricht vanaf de grond op te bouwen. Stafleden van de faculteit, geconsulteerde hoogleraren Interne en vooral Greep zagen

in Flendrig de ideale bouwpastoor. Laat in de ‘derde nacht van Son’ kon Greep, na toezeggingen over uitbreiding van de interne staf, tevreden naar huis. Flendrig had ja gezegd.

Johannes August Flendrig

Guus Flendrig werd op 17 oktober 1933 geboren als derde van vier kinderen in een eenvoudig arbeidersgezin in Geleen. Vader Flendrig was instrumentmaker ‘op’ de Staatsmijn Maurits. Guus sloot de hbs B-opleiding in Geleen af met een uitstekend eindexamenresultaat voor zowel talen als exacte vakken. Hij studeerde vervolgens geneeskunde in Nijmegen, waar hij in 1962 het artsexamen behaalde. In datzelfde jaar trouwde Guus met medestudente José van Hinsberg. Flendrig werd opgeleid tot internist in de school van Majoor. Na zijn registratie bleef hij verbonden aan de kliniek voor Inwendige Ziekten van het Sint Radboud ziekenhuis in Nijmegen. Hij was als klinisch onderzoeker vooral actief binnen de gastro-enterologie en de nefrologie. Hij promoveerde in 1969 op een pathologisch-anatomisch onderzoek van het benigne reuzenlymfoom. Al tijdens de opleiding werd zijn technisch inzicht ingezet voor de ontwikkeling van een isotoopenlaboratorium. Hij behaalde de toen nog vigerende röntgen-aantekening en verwierf de bevoegdheid nucleaire geneeskunde. Flendrig was van 1965 tot 1972 het eerste hoofd van het laboratorium voor nucleaire geneeskunde in het Sint Radboud ziekenhuis. Ook toen al vielen zijn bestuurlijke kwaliteiten op als lid van de stafraad van de interne afdeling en in de faculteitsraad. Na vijf jaar lid te zijn geweest van de klinische staf van Majoor, had Flendrig zich ontwikkeld tot een werkelijk allround internist. Hij zocht een nieuwe uitdaging met meer verantwoordelijkheid.

Huil niet om mij Catharina

In 1972 werd Flendrig hoofd van de kliniek voor Interne Geneeskunde in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Onder zijn leiding werd de structuur geregeld, waarin de verschillende aandachtsgebieden vanuit de algemene interne geneeskunde tot ontwikkeling konden komen. De opleiding interne geneeskunde groeide met Flendrig als kritische en bezielende opleider tot een gevestigde A-5-opleiding. Wetenschappelijk onderzoek was ook in de perifere praktijk bij hem vanzelfsprekend. In Eindhoven verrichtte hij baanbrekend onderzoek op het gebied van aluminiumintoxicatie bij dialysepatiënten. Als voorzitter van de medische staf en van de medisch wetenschappelijke commissie bevorderde hij in sterke mate een klimaat voor toetsing van kwaliteit, opleiding en onderzoek in het ziekenhuis. Toen Flendrig het Catharinaziekenhuis verliet zong directeur Van den Broek op de melodie van *Don’t cry for me Argentina*: “Huil niet om mij Catharina, ik moet nog verder naar omhoog”. Greep had immers gesproken van een hogere taak in Maastricht.

Eenheid in verscheidenheid

Op 1 juli 1982 werd Flendrig bij Koninklijk Besluit door de toenmalige koningin Beatrix benoemd tot hoogleraar Interne Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg en tot hoofd



Figuur 3. Prof. dr. J.A. Flendrig (1933-1994), hoogleraar Interne Geneeskunde Universiteit Maastricht en hoofd afdeling Interne Geneeskunde Academisch Ziekenhuis Maastricht van 1982 tot 1994. Portret in de Flendrigzaal van het MUMC, getekend door Marte Rölöng

STAFDIENST COMMUNICATIE AZM

van de Interne Kliniek van het Sint Annadalziekenhuis. Flendrig stond voor een immense taak. De afdeling Interne Geneeskunde van het Sint Annadalziekenhuis en de capaciteitsgroep Interne Geneeskunde van de medische faculteit waren dan wel een eenheid geworden, dat betekende niet dat de internisten ook een samenwerkende groep vormden. Historie, opportuniteit en toevalligheid hadden de overhand gehad, een visie had ontbroken. Flendrig had een visie. Hij wist dat een academische afdeling Interne Geneeskunde niet kon bestaan zonder superspecialisatie. Maar Flendrig was er ook van overtuigd dat het belangrijk was de subdisciplines bijeen te houden in één organisatorisch verband. Eenheid in verscheidenheid, dat was zijn visie. Academische excellentie combineren met organisatorische efficiency werd zijn uitdaging. Zijn bestuurlijke en organisatorische gaven werden aangesproken voor de academisering van de Interne Kliniek in Maastricht. Creatief en met een onbaatzuchtige en standvastige inzet zorgde hij voor een solide basis waarop een academische vakgroep Interne

Geneeskunde kon ontstaan en groeien. Werkgroepen van interne aandachtsgebieden kregen in onderling evenwicht alle ruimte voor onderzoek en patiëntenzorg. Flendrig maakte daarbij zijn adagium waar dat het geheel van de interne geneeskunde veel meer te bieden heeft dan de optelsom van de onderdelen. Hij zag zijn rol daarin dienend en initiërend. De veren liet hij aan de stafleden en dat gaf hen letterlijk en figuurlijk vleugels. Onder zijn leiding groeide de interne afdeling van 18 naar 57 stafleden. Toen na 10 jaar de vruchten van zijn werk zichtbaar werden in de vorm van een goed functionerende afdeling, publicaties en proefschriften, openbaarden zich de eerste symptomen van zijn ziekte. In 1993 werd hem de ‘azM Award’ toegekend voor zijn grote verdiensten voor het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Hij nam toen tevens afscheid als voorzitter van het stafconvent en werd benoemd als erelid hiervan.

Handboek soldaat

Flendrig was van grote betekenis voor de interne geneeskunde in Nederland. Flendrig werd terecht gezien als een van de naoorlogse hoogleraren Interne Geneeskunde die een nieuwe universitaire afdeling Interne Geneeskunde hadden opgebouwd. Voor hem hadden Lindeboom aan de VU, Majoor in Nijmegen en Querido in Rotterdam die pionierstaak op zich genomen. Flendrig was medeorganisator van het 50-jarige lustrum van de NIV in 1981. Die lustrumviering vormde een markant keerpunt in de geschiedenis van de NIV. Na dit lustrum kreeg de NIV nieuw elan, met activiteiten op het gebied van opleiding en wetenschappelijk onderzoek. Flendrig was als bestuurslid van de NIV nauw betrokken bij de nieuwe opleidingseisen en introduceerde het aandachtsgebied ouderengeneeskunde. Hij had gezag als voorzitter van het Concilium Medicinae Internae. Om de consistentie en rechtvaardigheid van de beoordelingen bij visitaties te bevorderen voerde hij het roemruchte jurisprudentieboekje *Handboek soldaat* voor visitatoren in.

Founding father

Flendrig was behalve een bijzonder internist ook een bijzonder mens. Hij was Limburger in hart en nieren, maar met een internationale allure. Hij was vaak sfeerbepalend door zijn boeiende manier van vertellen. Hij had een oprechte en warme belangstelling voor de mensen die hij in zijn vak en in brede kringen daarbuiten ontmoette. Bij die ontmoetingen speelde zijn aanstekelijke humor een grote rol. Guus en zijn vrouw José vormden een onverbreekelijke twee-eenheid: hij zorgde voor de actie en zij voor de stijl en de kleur daarvan. Op 20 maart 1994 overleed Flendrig, 60 jaar oud.

De herinnering aan ‘founding father’ Guus Flendrig is nog dagelijks zichtbaar in de Flendrigzaal van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Aan de muur hangt zijn prachtige portret van Marte Röling, zo getekend dat de grote meester nog steeds vriendelijk, maar indringend toekijkt op wat de internisten doen (*figuur 3*).

Literatuur

- Flendrig JA, Kruis H, Das HA. Letter: Aluminium and dialysis dementia. Lancet. 1976;1:1235.
- Knegtmans PJ. De Medische Faculteit Maastricht. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1992.
- Hillen HFP. Interne Geneeskunde: pijler van de moderne gezondheidszorg. Uitgave bij het 75-jarige bestaan van de NIV. Utrecht: NIV, 2006.
- Hillen HFP, Blijham GH, Mulder WJM, Wouters T (red.). Interne Geneeskunde Maastricht. Eenheid én verscheidenheid, 1910-2014. Maastricht: Afdeling Interne Geneeskunde MUMC+, 2014.

Prof. dr. Jaap de Graeff

A.E. MEINDERS, L.A. VAN ES



Prof. dr. Jaap de Graeff heeft een belangrijke invloed gehad op zowel de inhoudelijke als organisatorische ontwikkeling van de inwendige geneeskunde in Leiden, en de nierziekten in het bijzonder, en deze invloed spreidde zich ook verder uit over Nederland.

De Graeff werd geboren op 15 maart 1921 in Tokyo, waar zijn vader buitengewoon gezant en gevolmachtigd minister was. In 1922 verhuisde hij naar Washington en vervolgens in 1926 naar Batavia, waar zijn vader werd benoemd tot gouverneur-generaal in Indië. Hij werd grotendeels opgevoed door zijn oudere zusters en een Franse gouvernante (reden waarom hij de Franse taal zo goed beheerste).

Vroege jeugd, schooljaren en studententijd

In het paleis van Buitenzorg speelde hij met zijn latere studiegenoot, vriend en collega hoogleraar Inwendige Geneeskunde in Amsterdam, Tontin van Leeuwen. In 1933 verhuisde hij naar Den Haag waar hij in 1940 het eindexamen gymnasium- β haalde. In datzelfde jaar begon hij met zijn studie geneeskunde in Leiden. Deze werd onderbroken door het sluiten van de universiteit van Leiden door de Duitse bezetter. In 1943 besloot hij naar Engeland te vluchten om actief deel te nemen aan de geallieerde strijd. In Frankrijk werd hij door de Duitsers gevangen genomen en geïnterneerd in een aantal concentratiekampen, waaronder Buchenwald, waar hij werd ingedeeld bij de Fransen vanwege de uitstekende beheersing van de Franse taal! Over deze kamptijd sprak hij weinig tot niet. Na de oorlog hervatte hij zijn studie en behaalde in 1950 zijn artsexamen. Tijdens zijn studententijd was hij een actief lid van het Leidse studentencorps Minerva en had hij onder andere zitting in het bestuur van die vereniging (collegium) als fiscus (quaestor), en was hij lid van Hippocrates, een vereniging van medisch studenten.

Opleiding tot internist en zijn leermeesters

Na zijn artsexamen werd hij officier van gezondheid en hij begon in september 1950 aan zijn opleiding tot internist onder de verantwoordelijkheid van prof. dr. J. Mulder. Deze zou in het leven van De Graeff een belangrijke dubbelrol gaan vervullen, enerzijds als opleider en



Figuur 4. Portret van De Graeff bij zijn afscheid in 1981. Houding en oogopslag zijn kenmerkend

anderzijds als visionair voorganger. Zoals De Graeff in zijn inaugurele rede van 3 februari 1967 schreef, was er in Leiden in 1946 één afdeling Inwendige Geneeskunde met één hoogleraar (Mulder) en waren er in 1966 negen deelspecialistische afdelingen met een veelvoud aan hoogleraren, die alle meer of minder autonoom functioneerden. Deze organisatie was in Nederland door Mulder als eerste in Leiden in gang gezet, grotendeels naar Angelsaksisch voorbeeld, om de uitdagingen van de ontwikkeling van de inwendige geneeskunde op het gebied van patiëntenzorg, wetenschap, opleiding en onderwijs van een passend eigentijds antwoord te voorzien. Immers, na de Tweede Wereldoorlog werden de Verenigde Staten het voorbeeld voor de ontwikkeling van de geneeskundige faculteiten in Nederland.

Twee jaar na de benoeming van Mulder werd prof. dr. A. Querido benoemd als tweede hoogleraar inwendige geneeskunde. De Graeff werkte vanaf 1953 op de afdeling van Querido en promoveerde bij hem in 1955 op het proefschrift *Enige aspecten van de water en zouthuishouding bij essentiële hypertensie*. De Graeff had grote bewondering voor Querido vanwege diens analytische denken en het benadrukken van de pathofysiologie van ziekteprocessen. Deze wijze van het uitoefenen van de geneeskunde heeft De Graeff dan ook steeds nagestreefd. In 1955 werd hij internist en stafid bij de afdeling Inwendige Geneeskunde waarvan Querido hoofd was.

Nierziekten en niertransplantatie

In 1951 werd door Mulder geopperd dat iemand zich moest gaan bezighouden met de ontwikkeling van nierziekten in Leiden. Enigszins onbedachtzaam meldde De Graeff zich aan. “De kunstnier van Kolff moest verder worden ontwikkeld en de ontstaanswijze van glomerulonefritis worden ontrafeld”. Beide onderwerpen spraken hem op dat moment niet erg aan. Wel volgde hij een stage bij Hamburger in Parijs in de fysiologie van de nier. Deze gaf hem bovendien de opdracht zijn leerboek nierziekten in het Nederlands te vertalen (1951). In die tijd kwam de acute nierdialyse op gang in Leiden, net als op andere plaatsen in Nederland. In 1959 werd door Querido aan De Graeff voorgesteld dat hij een afdeling voor nierziekten zou opzetten. Dit was een formalisering van de in 1957 opgerichte ‘niergroep’. In 1960-1961 verbleef De Graeff in Boston om te werken aan het ionentransport door levende membranen in de blaas van de reuzenpad, onder leiding van Alexander Leaff. De overlevering wil dat hij niet bijzonder gecharmeerd was van het experimenteren met padden.

In 1961 werd de Graeff benoemd tot lector met als opdracht “pathologie der elektrolytenstofwisseling en der nierziekten”. Met de later in Utrecht benoemde prof. dr. A. Struyvenberg nam hij de ontwikkeling van een afdeling nierziekten op zich. Ter voorbereiding werd veel literatuuronderzoek verricht en werden studiereizen naar Engelse klinieken gemaakt. Allereerst werd er een polikliniek voor nierziekten opgericht. Vervolgens werd in 1965, na de ontwikkeling van de arterioveneuze shunt door Scribner, de chronische intermitterende hemodialyse in gang gezet. Daar zou het niet bij blijven. Mede onder de bezielende stimulatie van De Graeff (na een oriënterende studiereis door de Verenigde Staten) werd in Leiden op 5 maart 1966 de eerste niertransplantatie in Nederland uitgevoerd (moeder-zoon). Dit was mogelijk door het samenkomen van een enthousiaste ‘groep nierziekten’ met de ontwikkeling van de immunologie onder leiding van de hoogleraar Van Rood en een vooruitstrevende groep chirurgen onder leiding van de hoogleraar Vink. Niertransplantatie zou in Leiden zeer vooraanstaand blijven in de daaropvolgende periode. Veel van de publicaties van De Graeff van die tijd hebben dan ook betrekking op dit onderwerp. Zowel in Nederland als internationaal participeerde De Graeff in talloze besturen en adviesraden, zoals de gezondheidsraad en de European Dialysis and Transplantation Association. In 1960 was De Graeff medeoprichter van de Nederlandse Nierenclub, die in 1972 is opgegaan in de Nederlandse Vereniging van Nefrologie, waarvan De Graeff eveneens medeoprichter was en ook voorzitter is geweest.

Aangezien hij zelf meer een man van ideeën was dan een hands-on wetenschapper, trok hij voor het wetenschappelijk werk van de nierziekten zijn latere opvolger Van Es en de biochemicus Daha aan. Door deze benoemingen kwam de nadruk van het wetenschappelijke werk te liggen op het gebied van de immunologie, complement en vasculitis.

Bestuurder van Leidse inwendige geneeskunde

In 1965 overleed Mulder. Het was duidelijk dat een visie voor de toekomst van de Leidse inwendige geneeskunde moest worden ontwikkeld. Een ongebreidelde groei van

subspecialistische afdelingen binnen de inwendige geneeskunde zonder enige samenhang moest worden voorkomen. Onder leiding van Querido werd hiervoor een plan gemaakt, waarbij een bestuurlijk driemanschap werd ingesteld met De Graeff als voorzitter en met Loeliger en Smeenk. Dit werd de HAIG (hoofdafdeling Inwendige Geneeskunde). De Graeff was voor deze functie van voorzitter de aangewezen figuur: hij had een scherp analytisch vermogen, was sympathiek en sociaal vaardig en had veel gezag zonder autoritair te zijn. Tevens werd hij opleider Inwendige Geneeskunde. Hij reorganiseerde de inwendige geneeskunde tot een onverbreekbaar geheel, waarbij alle deelspecialismen, zowel de 'erkende' (cardiologie, longziekten, reumatologie en maag-, darm- en leverziekten) als de 'niet-erkende' (latere aandachtsgebieden) een grote mate van zelfstandigheid kregen, gekoppeld aan gemeenschappelijke verantwoordelijkheden op het gebied van de patiëntenzorg, onderwijs, opleiding en organisatie en voor zover gewenst op het gebied van het wetenschappelijke werk. Hij stimuleerde waar mogelijk alle afdelingen in hun ontwikkeling. Alle deelspecialistische hoogleraren werden dan ook benoemd tot hoogleraar Inwendige Geneeskunde in het bijzonder hun deelspecialisatie. De Graeff werd in 1966 benoemd tot hoogleraar Inwendige geneeskunde met een bijzondere opdracht voor Nierziekten. Toen in 1978 de Wet op het universitair bestuur (WUB) werd ingesteld was De Graeff in staat deze nieuwe bestuursstructuur moeiteloos in te bouwen binnen de HAIG. Vanaf dat moment zou de inwendige geneeskunde HAIG/VGG-IG (vakgroep gemeenschap Inwendige Geneeskunde) gaan heten. De inwendige geneeskunde was zo goed georganiseerd dat men wel sprak van een 'subfaculteit', die 25% van de vakgroepen van de faculteit geneeskunde omvatte. De Graeff was eigenlijk van mening dat alle 'erkende' en 'niet-erkende' deelspecialismen van de inwendige geneeskunde gelijkwaardiger moesten worden, met name wat betreft de indeling van de opleiding: "Kritisch leren denken is waarschijnlijk belangrijker dan het onderwerp van dit denken". Hoe minder scherp de grenzen tussen de deelspecialisten, des te gemakkelijker de onderlinge aanpassingen in het beloop van de tijd.

Docent en opleider

Als docent en opleider verwierf De Graeff een goede naam. Zijn colleges bereidde hij nauwgezet voor en deze waren helder voor de studenten. In het bijzonder gaf hij college over hypertensie, nierziekten en elektrolytstoornissen. Hierbij werden ook patiënten gedemonstreerd. Hij speelde een rol in talloze commissies die zich bekommerden om studentenonderwijs, zoals de affiliatie met de omliggende niet-academische ziekenhuizen en de vernieuwing van het curriculum. Hiervoor maakte hij ter oriëntatie ook buitenlandse reizen naar de Scandinavische landen en Groot-Brittannië (1963). Als opleider bleek hij een prima 'bedside teacher' te zijn met aandacht voor de patiënten en vaak heldere ideeën over 'hoe nu verder?'. Hij was meestal de voorzitter van de verschillende opleidingsbijeenkomsten. Ook had hij belangstelling voor het reilen en zeilen van de assistenten, zowel op het werk als ook in de privésfeer. Een oud-assistent noemde hem een 'innemende autoriteit'. Door de vele mogelijkheden van

promotieonderzoek is dan ook een groot aantal van de in die tijd in Leiden opgeleide internisten gepromoveerd. De Graeff was degene die de regionalisatie van de opleiding in de regio Leiden heeft opgezet. Hij participeerde in de eerste landelijke Basis Onderwijs Interne Geneeskunde (B.O.I.G.) -dag.

De Graeff heeft altijd een warm gevoel gehouden voor Indonesië en zijn bevolking. Dit was wederzijds en hij heeft van 1970-1974 onderwijs gegeven op verschillende medische faculteiten in Indonesië. De Graeff was in 1977 gasthoogleraar aan de faculteit van Jakarta en werd in datzelfde jaar benoemd tot erelid van de Indonesische Vereniging voor Nefrologie. Indonesische artsen promoveerden bij hem en Indonesische patiënten consulteerden hem. In 1980 werd De Graeff benoemd tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw.

Thuis en naast het werk

De Graeff was ook een gezinsman en hij was sociaal actief. Tijdens vakanties met zijn gezin wandelen op Corsica en in de Himalaya, tennissen (ook met stafleden en assistenten), tuinieren, het leggen van sociale contacten voor medewerkers van de afdeling en assistenten, waren activiteiten die hem veel plezier bezorgden.

Op 60-jarige leeftijd ging hij met emeritaat vanwege gezondheidsredenen. Daarna heeft hij nog veel belangstelling getoond voor de Leidse inwendige geneeskunde. Zo bezocht hij nog jaren trouw de klinische conferenties en was hij altijd aanwezig als een buitenlandse gast van de inwendige geneeskunde naar Leiden kwam in het kader van activiteiten van de naar hem genoemde Stichting Prof. Jaap de Graeff Fonds. Voor zijn opvolger was hij een graag bezochte adviseur. Hij overleed op 13 januari 1994.

Veel dank zijn wij verschuldigd aan dr. R.H. Kauffman, prof. dr. A. Struyvenberg en prof. dr. P.A. de Graeff voor de persoonlijke informatie die zij ons over prof. dr. Jaap de Graeff hebben gegeven.

Literatuur

- Graeff J de. Specialisatie in de geneeskunde. Inaugurale rede. Universitair Pers Leiden: Leiden, 1967.
- Graeff J de. Eendracht maakt macht. Afscheidscollege. Universitair Pers Leiden: Leiden, 1981.

Prof. dr. Clemens Haanen

H.F.P.HILLEN



De internist-hematoloog Clemens Haanen was een van de kwartiermakers van de hematologie en de medische oncologie in Nederland en een van de meest markante professoren uit de overgangsperiode van de bewogen jaren 70 van de vorige eeuw naar de moleculaire techniek van nu. Bij diegenen die hem kenden maakte zijn bijzondere persoonlijkheid misschien nog wel meer indruk dan zijn imposante wetenschappelijke oeuvre. De NIV heeft hem terecht geëerd met de toekenning van de gouden Prof. dr. A.A. Hijmans van den Bergh-penning in 1996.

Op zaterdag 18 januari 1975 was Nijmegen in rep en roer. Niemand minder dan Jane Fonda liep voorop in de protestmars van de Brede Vietnam Beweging Nijmegen, arm in arm met Clemens Haanen, hoogleraar Interne Geneeskunde in het bijzonder de bloedziekten aan de Katholieke Universiteit Sint Radboud. Op het bordes van de Waag had voorzitter Haanen nog gesproken over de kwaadaardige koers van de bevriende 'mijnheer de president'. Hij zou de metafoor van maligne ontaarding ook later als voorzitter van het Medisch Comité Nederland-Vietnam nog vaker hanteren. In de staf van de interne geneeskunde werd met verwondering en verbazing gesproken over de oproerige collega. Tegelijkertijd was er bewondering voor Clemens aan de bevallige zijde van de prachtige Jane Fonda.

Clandestiene opleiding

De maatschappelijke bewogenheid had Clemens Haanen meegekregen uit zijn studententijd in zijn geboortestad Amsterdam. Tijdens de oorlog was hij daar op een onderduikadres begonnen met de propedeuse Geneeskunde. Hij kon in 1945 de studie bovengronds voortzetten aan de Universiteit van Amsterdam tot zijn artsexamen in 1949. Haanen was er trots op dat hij het artsexamen na een min of meer clandestiene opleiding had behaald. Toen daarna bleek dat hij longtuberculose had opgelopen studeerde en 'kuurde' hij daarna een jaar lang in Sanatorium Zonnestraal. Hij vertelde daarover dat hij aan de sanatoriumperiode zijn werkdiscipline en nieuwsgierigheid voor de interne geneeskunde had overgehouden. In 1952 kon hij na meerdere, vergeefse sollicitaties de opleiding Interne Geneeskunde beginnen in het Canisius Ziekenhuis in Nijmegen. Dr. J. Enneking was daar zijn opleider, volgens Haanen autoritair, maar zeer precies en gedegen.

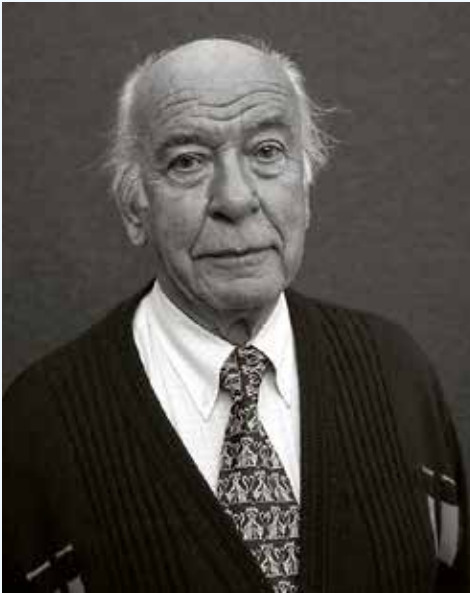
Bloedziekten

Al tijdens de opleiding werd de belangstelling van Haanen voor bloedziekten gewekt. Hij zocht zelf naar aanleiding van een artikel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* contact met de Amsterdamse hoogleraar Kindergeneeskunde en hemofilieonderzoeker Van Creveld. Simon van Creveld zou voor Haanen een inspirerend voorbeeld en geestelijke vader worden. In het toen al vermaarde stollingslaboratorium van Van Creveld deed Haanen tijdens zijn opleiding en vooral in zijn vakanties promotieonderzoek naar de biochemie en de kliniek van de pas ontdekte factor VII. Hij promoveerde in 1955. Na zijn inschrijving als internist wilde Haanen in 1957 wel terug naar Amsterdam, maar er kwam een aanbod om chef de clinique te worden binnen de jonge interne afdeling van het Sint Radboud ziekenhuis. Professor Cees Majoor, sinds 1955 hoofd van de interne kliniek in Nijmegen, had het talent van Haanen voldoende gespot om bij terugkerende aanbiedingen uit bevriende klinieken in Rotterdam, Utrecht en Amsterdam telkens een tegenbod te doen dat aantrekkelijk genoeg was om Haanen in Nijmegen te houden. Op die manier van loven en bieden werd Clemens Haanen docent, lector, buitengewoon hoogleraar en uiteindelijk in 1969 gewoon hoogleraar in de Interne Geneeskunde in het bijzonder de bloedziekten. In die periode kwamen onder leiding van Haanen naast elkaar de klinische afdeling en het laboratorium hematologie tot stand. Die hechte combinatie zou succesvol blijken. Het was daarin vanzelfsprekend dat stafleden en assistenten onderzoek en kliniek combineerden.

Het zwaartepunt van het onderzoek bleef aanvankelijk bij de stolling. Haanen vestigde met de biochemicus John Schoenmakers naam als onderzoeker van factor XII, de hagemanfactor. Op de vleugels van dat succes kreeg Haanen in korte tijd een groot internationaal netwerk van hematologische onderzoekers. Mede daardoor verschoof het hoofdaccent van het onderzoek en de kliniek in de richting van de maligne hematologische aandoeningen. Wat later zou Haanen aan Theo Wagener de ruimte bieden om de medische oncologie vanuit de hemat oncologie op te bouwen.

Hemato-oncologie

Als een van de eerste Nederlandse onderzoekers nam Haanen deel aan de EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Vroegtijdig werden daardoor klinische trials voor leukemie en lymfomen in de Nijmeegse afdeling hematologie geïntroduceerd. Haanen opende de internationale samenwerking en daarmee de ontwikkeling van het deelspecialisme hematologie in de interne geneeskunde. In het hematologisch laboratorium nam Haanen het initiatief voor fundamenteel onderzoek over celproliferatie, celbiologie en therapieresistentie bij acute leukemie. Daarbij was het uitgangspunt van Haanen dat klinische waarnemingen steeds de basis vormden voor de keuze van het wetenschappelijke onderzoek. Hij verwierf subsidies voor de invoering van nieuwe technieken voor flowcytometrie en celscheiding. Tussen 1969 en 1990 groeide de afdeling hematologie in het Sint Radboud ziekenhuis uit tot een internationaal gerenommeerd hematologiecentrum. In PubMed staan



Figuur 5. Prof. dr. Clemens Haanen (1924-2009), hoogleraar Interne Geneeskunde in het bijzonder de bloedziekten aan de Katholieke Universiteit Sint Radboud Nijmegen. Grondlegger van de afdeling Hematologie en het Hematologisch Laboratorium van het Radboudumc. Laureaat van de Prof. dr. A.A. Hijmans van den Berghpenning van de NIV.

J. NIEUWENHUYSEN (GEMAAKT IN OPDRACHT VAN DE NIV)

263 wetenschappelijke publicaties op naam van Haanen, hij was promotor van 29 onderzoekers en 8 daarvan werden hoogleraar.

Wetenschap en maatschappij

Haanen liep voorop voor Vietnam, hij liep voorop in de wetenschap van de hematologie en ook in een keur van maatschappelijke en wetenschappelijke organisaties. Om een indruk te geven noem ik de volgende functies: voorzitter van de EORTC-leukemiegroep, voorzitter van stichting HOVON (Hematologie-Oncologie Volwassenen Nederland), voorzitter van FUNGO (Stichting Fundamenteel Geneeskundig Onderzoek van ZWO), de voorloper van NWO, lid van meerdere commissies van de Gezondheidsraad, lid van de Voedingsraad en lid van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek. In 1981 werd Haanen lid van de Koninklijke Akademie van Wetenschappen (KNAW), in de periode 1987-1990 was hij voorzitter van de sectie geneeskunde van de KNAW. Hij was enkele jaren lid van het Directoraat Klinieken van het Sint Radboud ziekenhuis. Vietnam verdween niet uit zijn beeld. Toen zijn gelijk over Vietnam pijnlijk duidelijk was geworden, organiseerde hij binnen zijn kliniek praktische hulp en opleiding voor een ziekenhuis in Dong Ha.

Rolmodel

Door de indrukwekkende lijst van publicaties, promoties en bestuurlijke taken zou de indruk kunnen ontstaan van een altijd te drukke en altijd afwezige baas van de hematologie. Haanen

heeft ruim 40 internisten met bijzonder belangstelling voor de hematologie opgeleid. Uit eigen ervaring weet ik dat hij dat deed met persoonlijke aandacht, maar ook met de precisie van Enneking. Iedere zaterdagochtend superviseerde en controleerde Haanen de statussen die de assistenten hadden geschreven. Hij stond erop dat de veelkleurige hematologische grafieken met het verloop van ziekte en therapie precies volgens de ‘haanensystematiek’ werden bijgehouden. Hij leerde assistenten aan het ziekbed hoe duidelijkheid, compassie en vertrouwen kunnen samengaan. Hij betrok zijn assistenten bij de moeilijkste gesprekken die hij meestal zelf voerde. De emotie en het respect in die gesprekken waren nieuw in een tijd waarin kanker en ongeneeslijke ziekten nog onbespreekbaar en taboe waren voor veel internisten. Hij deed in de praktijk de moeilijke puncties voor, deed alle lumbaalpuncties zelf. Zo fel en woedend als hij kon reageren wanneer de zaken niet liepen zoals hij dat wilde, zo gemakkelijk kon hij gemaakte fouten vergeven en vergeten. Ook nu nog spreken zijn leerlingen met genegenheid en ontzag over hem als een inspirerend rolmodel.

Alfaman

Behalve een nauwkeurige clinicus, een productieve onderzoeker en een maatschappelijk zwaargewicht was Haanen een buitengewoon aardige man met een uitgesproken ‘joie de vivre’. Hij sprak graag en vloeiend Italiaans en kende voor de afdelingsfeesten alle goede pizzabakkers van Nijmegen en omstreken persoonlijk. Haanen reisde veel en snel en zat altijd zelf achter het stuur van een Alfa Romeo Giulietta. Ik herinner mij de dienstreis naar een symposium in Milaan. Ik mocht meerijden, op en neer in het weekend. Op de heenweg vroeg de student die we bij Heidelberg als lifter hadden meegenomen of hij ‘bitte’ mocht uitstappen. De Alfa was voor hem te snel. In Milaan sprak Haanen met alle Fransen vervolgens Italiaans. Op de terugweg zong Haanen mee met Paese mio van Nicola di Bari. De liedjes van deze Italiaanse André Hazes pasten bij de charme en de melancholie van Clemens Haanen en bij het uitzicht dat hij samen met zijn echtgenote Magda had vanuit hun huisje in Toscane.

Tweede carrière

Voor een artikel in het NIV Lustrumboek sprak ik in 2006, 16 jaar na zijn emeritaat, met Clemens Haanen thuis. Hij bleek inmiddels nog volop actief in een tweede carrière. Hij was tijdelijk hoofd geweest van de afdelingen Hematologie in Enschede en Heerlen, alles per Alfa, en had een bloeiende onderzoekslijn over apoptose opgezet bij de Universiteit van Twente. Hij dacht er toen nog over om terug te gaan naar Amsterdam: “In het centrum wil ik dan in een verbouwd pakhuis gaan wonen met een kroeg om de hoek. Ik mag graag in de kroeg zitten, maar dat is er de laatste 50 jaar niet echt van gekomen”. Clemens Haanen bleef zoals altijd gelukkig in Nijmegen, steeds meer Clemens: mild en zachtmoedig. Hij overleed daar op 14 november 2009 op de leeftijd van 84 jaar.

Prof. dr. Tontin van Leeuwen

A.E. MEINDERS, W. WIELING

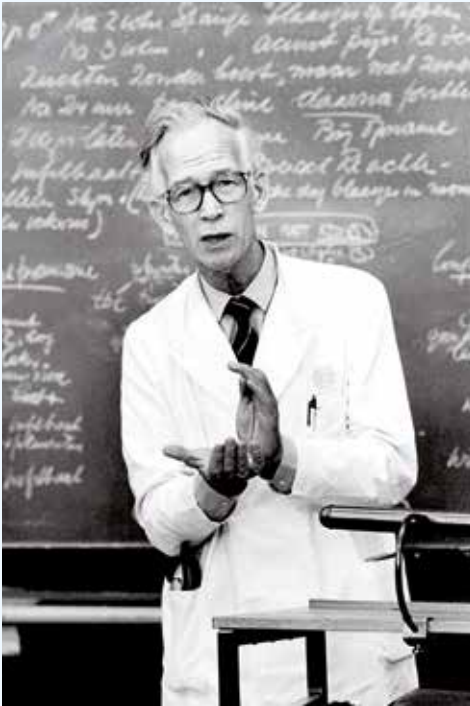


Professor Tontin van Leeuwen heeft een warme plaats in het hart van veel Nederlandse artsen vanwege zijn uitgesproken stimulerende onderwijskwaliteiten. Hij betekende veel voor studenten van alle studie jaren en zeker voor hen die een steuntje in de rug konden gebruiken. Ook de assistenten in opleiding tot internist profiteerden ervan. Van Leeuwen zag iedere patiënt als een uniek persoon, die op hem of haar toegespitste, individuele aandacht verdiende.

Van Leeuwen werd geboren in 1923 te Weltevreden, een voorstad van Batavia, op Java. Zijn voornamen Anton Martin werden door hemzelf als klein jongetje uitgesproken als ‘Tontin’ en zo is hij de rest van zijn leven ook genoemd. Zijn vader werkte voor de militair-geneeskundige dienst in Nederlands-Indië. Hij werd op verschillende plaatsen gestationeerd, waardoor het gezin Van Leeuwen op uiteenlopende plekken in Indië heeft gewoond. Zijn moeder was montessorionderwijzeres en hij had een jongere zuster.

Vroege jeugd, schooljaren en studententijd

Begin jaren dertig is het hele gezin voor drie jaar in Nederland geweest. Als beloning voor heldhaftig gedrag bij een vulkaanuitbarsting op een van de Mentawai-eilanden mocht de vader van Tontin zich namelijk gaan specialiseren als internist bij prof. Kuenen in Leiden. Na zijn specialisatie keerde vader Van Leeuwen als internist met zijn gezin weer terug naar Indië. Op 16-jarige leeftijd werd Tontin in 1939 alleen per boot naar Nederland gestuurd voor het laatste gedeelte van de middelbare school. Hij werd ondergebracht bij een gastgezin in Baarn en behaalde zijn hbs-diploma op het Baarnsch Lyceum. Hij had het goed getroffen met het gastgezin Van Rijn, haalde mooie cijfers op school en bekwaamde zich in een aantal sporten, zoals tennis, schaatsen en atletiek. Hij had een voorkeur voor de exacte vakken en wilde in Delft gaan leren voor scheepsbouwkundig ingenieur. Toch koos hij na zijn eindexamen (om voor hemzelf onbegrijpelijke redenen) voor het beroep van zijn vader. In 1941 kwam hij aan in Leiden en meldde zich aan als lid van het Leids studentencorps. Zijn ‘studentenpa’ werd zijn vroegere speelmakertje uit Indië, de latere hoogleraar interne geneeskunde in Leiden, Jaap de Graeff. Deze twee zouden hun verdere sociale en professionele leven veel contact houden.



Figuur 6. Prof. dr. Tontin van Leeuwen

Van Leeuwen werd ook lid van het dispuut voor medische studenten, Hippocrates. Door toedoen van de Duitse bezetter waren er in 1941 al geen colleges meer, maar de bibliotheek was nog enige tijd open en clandestien werd door de stafleden wel onderwijs gegeven en werden enkele tentamens afgenomen. Toen het onderwijs geheel stopte, gingen de Leidse studenten geneeskunde naar de Universiteit van Amsterdam, waar voor hen extra practica werden georganiseerd. Zo haalde Van Leeuwen in 1942 zijn 'propjes' in Amsterdam. In 1943 moesten alle studenten van de Duitse bezetter de loyaliteitsverklaring tekenen. Van Leeuwen tekende niet en vond een onderduikadres op een boerderij in Oegstgeest. De ondergedoken studenten organiseerden zelf onderwijs, waarbij zij als docent optraden voor jongerejaars. Misschien kwam hier het 'onderwijsgen' van Van Leeuwen wel tot expressie. Vele jaren later zou hij zeggen: "Wie iets moet uitleggen, begrijpt het zelf beter" en "Je hoeft geen professor te zijn om een student wat te kunnen leren". Na de bevrijding behaalde Van Leeuwen het kandidaatsexamen en twee jaar later zijn doctoraal. In die periode werkte hij als student in het laboratorium voor biochemie onder leiding van de bekende hoogleraar H.G. Bungeberg de Jong en bekwaamde hij zich in de beginselen van de colloïdchemie. In de naoorlogse jaren moesten onderwijs en studentenleven weer opnieuw georganiseerd worden. Hierbij speelden

de studenten zelf een grote rol. Van Leeuwen ontmoette daardoor zijn toekomstige echtgenote Ate Leeftang, die ook geneeskunde studeerde. Zij trouwden in 1949 en uit dat huwelijk werden drie kinderen geboren, twee meisjes en een jongen. Zijn coassistentenschap interne geneeskunde volgde hij in het Binnengasthuis (BG) te Amsterdam, in de kliniek van Borst, mede op advies van zijn vader, die na zijn terugkeer uit Indië internist en specialist in tropische ziekten te Den Haag was geworden. Tijdens zijn overige coassistentenschappen maakte hij longtuberculose door, waarvoor hij moest kuren.

De opleiding tot internist en stafid in het Binnengasthuis

In 1951 studeerde Van Leeuwen af in Leiden. In datzelfde jaar begon hij met zijn opleiding interne geneeskunde in het Binnengasthuis te Amsterdam. Na het afsluiten van zijn opleiding (1956) bleef hij zijn verdere professionele leven werkzaam aan de Universiteit van Amsterdam, eerst in het Binnengasthuis en later in het Academisch Medisch Centrum (AMC). Hij kreeg het verzoek een longfunctielaboratorium op te richten in het Wilhelmina Gasthuis (WG) en later ook in het Binnengasthuis. Dit longfunctielaboratorium bevond zich op de zolderverdieping van het BG en kon alleen per trap worden bereikt. De patiënt werd niet alleen door het longfunctieonderzoek getest maar ook door de inspanning van het traplopen en de sigarenrook van Van Leeuwen. In diezelfde tijd werkte Van Leeuwen aan zijn promotie, een combinatie van patiëntgebonden en biochemisch onderzoek. In 1964 promoveerde hij cum laude op het proefschrift *Net cation equivalency (base binding power) of the plasma proteins. A study of ion-protein interaction in human plasma by means of in vivo ultrafiltration and equilibrium dialysis*. Zijn promotor Borst schreef een zeer lovende brief aan de beoordelingscommissie, in het bijzonder over de karaktereigenschappen van Van Leeuwen. De commissie onder voorzitterschap van de biochemicus prof. Slater achtte zich onvoldoende deskundig en vroeg nog het advies van de chemicus prof. Booy, die het manuscript beoordeelde als “ver boven de middelmaat en een uitzonderlijk moeilijk probleem”.

Intussen participeerde Van Leeuwen in de wetenschappelijke hoofdlijn van de kliniek van Borst: klinisch patiëntgebonden onderzoek op het gebied van hypertensie en de water- en zouthuishouding. Daarnaast ontwikkelde hij wetenschappelijk onderzoek op zijn longfunctielaboratorium, zowel op het gebied van het O_2 - en CO_2 -metabolisme als van de spirometrie. Zo sloot hij zich aan bij een kleine groep Nederlandse longfysiologen. Hij stimuleerde het klinisch-wetenschappelijk patiëntgebonden onderzoek in Nederland via zijn lidmaatschap van FUNGO (Stichting voor fundamenteel geneeskundig onderzoek) en was voorzitter van de AZV (Nederlandse Algemene Ziektekundige Vereniging), waar wetenschappelijk werk vanuit de interne klinieken in Nederland werd gepresenteerd. Vele assistenten zouden onder zijn leiding een stage volgen op het longfunctielaboratorium, wat ook betekende dat zij verantwoordelijk waren voor een eventueel beademde patiënt op de klinische afdeling. Indien een assistent (of jonge internist) volgens het oordeel van Van Leeuwen voldoende inzicht en doorzettingsvermogen bezat, was het mogelijk om op het longfunctielaboratorium een promotieonderzoek te beginnen.

In het kader van de voorbereiding op de Olympische Spelen in Mexico bezocht hij samen met de fysioloog prof. dr. P.A. Biersteker en tien Olympische sporters dat land, om het effect van hoogte op de sporters te bestuderen en adviezen te kunnen geven voor de voorbereiding.

Zelf diende hij ook als zijn eigen 'proefkonijn', standaardiseerde zijn dieet en verzamelde zijn urine. In 1966 verscheen over de resultaten van dit onderzoek een lijvig wetenschappelijk rapport: *Report on physiological effects of altitude*. In datzelfde jaar werd hij benoemd tot lector interne geneeskunde, in het bijzonder de pathofysiologie van de ademhaling. Van 1965 tot 1970 was Van Leeuwen hoofdredacteur van *Folia Medica Neerlandica*, dat in die periode werd omgewerkt tot *The Netherlands Journal of Medicine*. Daarmee werd het een in de Engelse taal uitgegeven wetenschappelijk tijdschrift van en voor internisten en assistenten in opleiding tot internist. De redactievergaderingen vonden plaats aan de keukentafel in huize Van Leeuwen. Van Leeuwen heeft zelf een van zijn eigen, meest geliefde onderzoeken in dit tijdschrift gepubliceerd: *The use of daily measurements of vital capacity in patiënts with congestive heart failure* (1973).

Vanaf het begin van de jaren 60 is Van Leeuwen op wisselende klinische afdelingen chef de clinique geweest. Patiënten, coassistenten en assistenten kwamen onder indruk van zijn betrokkenheid, zijn niet aflatende bereidheid tot onderwijs en zijn wetenschappelijke instelling.

Hoogleraar algemene interne geneeskunde

In 1969 werd Van Leeuwen benoemd tot gewoon hoogleraar in de algemene inwendige geneeskunde, naast prof. dr. J.G.G. Borst. Tegelijkertijd werden prof. dr. M. Koster en prof. dr. J. Vreeken in de algemene interne geneeskunde benoemd in het Wilhelmina Gasthuis. Van Leeuwen sprak over een "een professorale drieling", die een rariteit zou zijn. De titel van zijn inaugurele rede luidde: *De internist en de student* (2 maart 1970). Hierin kon hij zijn inzichten over patiëntenzorg, onderwijs en wetenschap in de geneeskunde nog eens goed onder de aandacht brengen.

Borst ging met emeritaat in 1973. Tot die tijd bestuurde hij samen met Van Leeuwen de interne kliniek van het BG. Deze twee konden het zeer goed met elkaar vinden en langzaam maar zeker vond de transitie plaats naar een modern georganiseerde kliniek, met alle deelspecialismen van de interne geneeskunde. Na het vertrek van Borst voltooide Van Leeuwen deze organisatie, waarbij – naast grote zelfstandigheid van de deelspecialismen – het merendeel van de stafleden ook als algemeen internist bleef functioneren. Hiermee was de coherentie binnen de interne kliniek verzekerd.

Er braken moeilijke tijden aan. Het niet-universitaire deel van het BG moest verhuizen naar het nieuwe Slotervaartziekenhuis en het plan was om het universitaire deel geheel te sluiten. Mede door de inspanning van Van Leeuwen werd dit voorkomen en bleef het BG open tot 1981. Toen verhuisde de interne afdeling naar het nieuwgebouwde Academisch Medisch Centrum (AMC). Van Leeuwen kon dus als eerste in de nieuw te ontwikkelen afdeling interne geneeskunde kwartier maken. Twee jaar later verhuisde de interne kliniek uit het Wilhelmina

Gasthuis en begon de versmelting van beide afdelingen. Van Leeuwen speelde een belangrijke rol bij het tot een goed einde brengen van dit proces. In 1985 was hij tevreden met het bereikte resultaat en besloot hij met vervroegd emeritaat te gaan. De laatste jaren hadden veel van hem geëist en hij was dan ook van mening dat de jongere stafleden het stokje van hem moesten overnemen. Na zijn emeritaat bleef hij participeren in de interne toetsingscommissie en in de euthanasiecommissie. Hij vertrok samen met zijn echtgenote naar Indonesië voor een gasthoogleraarschap van een half jaar, gevolgd door een wereldreis, waarvan zij beiden zeer genoten. Na terugkomst bleef Van Leeuwen de wekelijkse patiëntenbespreking trouw bezoeken. Zijn vervoermiddel was daarbij altijd de fiets.

Thuis en naast het werk

Ondanks zijn drukke werkzaamheden had Van Leeuwen een gevarieerd sociaal leven. Hij hield van muziek en speelde trekharmonica (de techniek leerde hij zichzelf aan) en cello. Hij bezocht tot op hoge leeftijd concerten in het Concertgebouw. Hij beoefende vele sporten: fietsen (en noteerde daarbij nauwgezet het aantal gereden kilometers), tennis (met zijn grote vriend en klinisch-chemicus Louis de Vries, bij wiens eredoctoraat hij de promotor was), zeilen in een met een aantal vrienden aangeschaft zeilwaardig jacht en schaatsen. Daarnaast was hij lid van een gymnastiekclub van vrienden. Hij was in 1973 lid geworden van de commissie van advies van de Maatschappij tot Redding van Drenkelingen. Tijdens het jaardiner in 1993 verdedigde hij met veel humor de theorie dat de vis een chronische drenkeling is, die het niet naar zijn zin heeft in het water. Hij reisde graag met zijn gezin en genoot van de contacten met zijn kleinkinderen, die hun opa ook geweldig vonden. Hij bekommerde zich samen met zijn echtgenote Ate om het wel en wee van zijn medewerkers. Jaarlijks organiseerden zij thuis in de De Lairessestraat 'het kliniekfeest', waarbij ook de partners werden uitgenodigd. Ate bracht huisbezoeken bij geboorte of ziekte. Ook nam het echtpaar Van Leeuwen medewerkers bij ziekte in huis op, om hen te verzorgen. Van Leeuwen overleed op 31 oktober 2013, in het AMC.

Veel dank zijn wij verschuldigd aan de drie kinderen van Tontin en Ate, die ons de persoonlijke informatie hebben gegeven.

Literatuur

- Leeuwen A.M. van. De internist en de student. Inaugurale rede. De erven F. Bohn N.V.: Haarlem, 1970.
- Leeuwen A.M. van. Universitaire inwendige geneeskunde. Afscheidscollege. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge: Utrecht, 1985.
- Arisz L, Meinders A.E. A.M. van Leeuwen, Professor of General Internal Medicine at the University of Amsterdam. Neth J Med. 1985;28:369-70.
- Soest M. van. Internist A.M. van Leeuwen. Interview. Vrij Nederland. 27 april 1991.
- Molnar, Stijntjes F. Studeren tijdens de Tweede Wereldoorlog, college op de boerderij. Interview prof. dr. A.M. van Leeuwen. Emphasis AMC. 2000;7(2):10-1.

Prof dr. Gerrit Arie Lindeboom

E.A. VAN DER VEEN



In de rij van markante hoogleraren Interne Geneeskunde uit de afgelopen periode mag prof. dr. Gerrit Arie Lindeboom niet ontbreken. Hij was een van de hoogleraren die na de Tweede Wereldoorlog in Nederland een nieuwe universitaire afdeling Interne Geneeskunde hebben gevestigd. Behalve als internist heeft Lindeboom natuurlijk naam gemaakt als vader van de geschiedenis van de geneeskunde in Nederland. In dit portret wordt vooral de aandacht gevestigd op Lindeboom als internist, opleider en hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

Een kort portret schrijven van een veelzijdig man als Lindeboom – internist, hoogleraar, medisch historicus, bestuurder en publicist – is niet eenvoudig; het zal hem gemakkelijk te kort doen. Dit portret streeft dan ook niet naar volledigheid, maar bevat naast een biografie op hoofdlijnen een aantal meer persoonlijke herinneringen aan deze bijzondere man. Omdat recent een zeer lezenswaardige biografie over hem verscheen van de hand van prof. dr. Mart J. van Lieburg, wordt de lezer voor uitgebreidere informatie hiernaar verwezen.¹ Ik ben veel dank verschuldigd aan Mart van Lieburg die mij een proefdruk ter inzage gaf.

Gerrit werd in 1905 geboren als zoon en kleinzoon van gereformeerde predikanten. Na drie jaar Gereformeerd Gymnasium in Amsterdam, werd hij bij zijn grootvader in Kampen ondergebracht. Hij maakte op het daar gevestigde Gereformeerde Gymnasium de middelbare

EEN EERSTE ONTMOETING

Uit onvrede over het onderwijs in het algemeen had de Faculteitvereniging met hulp van een heuse socioloog een enquête onder de studenten laten houden. De uitkomsten waren als verwacht niet alle docenten welgevallig. Coen Netelenbos en ik, beiden lid van de enquêtecommissie, werden uitgenodigd voor een bezoek aan Lindeboom 'te zijnen huize'! In zijn studeerkamer daalde onze polsfrequentie pas toen bleek dat het vooral ging om informatie, niet zozeer om kritiek. Aan het eind van het gesprek werden wij beloond met een, per stuk verpakte, luxe sigaar! Wij konden toen nog niet bevroeden beiden op zijn afdeling tot internist te zullen worden opgeleid, en beiden op de afdeling Interne Geneeskunde van de bekritiseerde faculteit ook hoogleraar te zullen worden.



Figuur 7. Prof. dr. G.A. Lindeboom (1905-1986), hoogleraar Interne Geneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam. Het portret is in 1975 geschilderd door J.A.U. (Joop) Stierhoud (1911-1997) en hangt in de Forumzaal van het hoofdgebouw van de Vrije Universiteit

VU AMSTERDAM

school af. De jaren in huis bij grootvader Lucas Lindeboom waren van beslissende betekenis. Lucas Lindeboom was bekend als oprichter van de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland en het Juliana Ziekenhuis en de Valeriuskliniek in Amsterdam. Toen de kleinzoon dokter wilde worden zag de grootvader hem als opvolger voor het uitdragen van zijn medisch-ethische gedachtegoed. Daarin heeft Gerrit zijn grootvader niet teleurgesteld. Tot zijn dood bleef Gerrit het in de jeugd omarmde geloof en de daarvan afgeleide idealen trouw.

Geneeskundeopleiding in Amsterdam

In 1922 begon hij de studie Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Wie zich een voorstelling wil maken van de opleiding tot arts in die dagen leze de Anton Wachter-romans van Simon Vestdijk. Veel van de hoogleraren, die de jonge Lindeboom onderwezen, zijn door Vestdijk daarin haast archetypisch beschreven. Al tijdens zijn studie ontwikkelde Lindeboom zich in de Societas Studiosorum Reformatorum tot een vermaard spreker en verdediger van 'Christelijke wetenschap'.

Na zijn afstuderen in maart 1929 werkte hij twee maanden als scheepsarts, om vervolgens een promotieonderzoek te beginnen. Onder leiding van de radioloog professor Van Ebbenhorst Tengbergen onderzocht hij in de Valeriuskliniek de mogelijkheden van de

pneumo-encefalografie. Hij verdedigde al in mei 1930 zijn proefschrift. In oktober 1930 kon hij als assistent beginnen op de afdeling interne geneeskunde van professor Snapper in het Wilhelmina Gasthuis. Voor Lindeboom was Snapper, die grote aandacht had voor het onderwijs aan het bed, een rolmodel voor zijn latere leven als docent.

Internist met een eigen kliniek

In 1933 werd Lindeboom ingeschreven in het specialistenregister en vestigde hij zich vervolgens als internist-röntgenoloog aan de deftige De Lairessestraat in Amsterdam. In 1937 verhuisde hij naar de nabijgelegen Frans van Mierisstraat waar hij ook praktijk aan huis hield. Tot zijn dood woonde hij daar met zijn echtgenote Catharina Sophia Kruysveld, arts en gepromoveerd bij Snapper. Naast de eigen praktijk vervulde Lindeboom tussen 1939 en 1949 tijdelijke posities in verschillende Amsterdamse ziekenhuizen. Daarna volgde een moedige en strategisch goed uitpakkende stap: de opening op 1 maart 1944 van een eigen Pieter van Foreest Kliniek aan het Oosteinde. Dit maakte hem een sterke kandidaat voor een hoogleraarpositie aan de Vrije Universiteit wanneer daar tot de oprichting van een medische faculteit zou worden besloten. Niet alleen waren zijn oratorische gaven inmiddels ruim bekend, evenals zijn steeds groeiend aantal publicaties, maar als oprecht gereformeerd christen-arts en bezitter van een eigen kliniek voor het klinisch onderwijs kon men niet om hem heen. Bij de start van de faculteit in 1950 werd hij benoemd tot hoogleraar in de Algemene Pathologie en Klinische Propaedeuse, alsmede de Medische Encyclopedie. In 1955 volgde ook de interne geneeskunde. Als goed spreker was Lindeboom haast vanzelfsprekend ook een goed docent. Voor de vakken algemene pathologie en encyclopedie verzorgde hij een systematisch opgezet collegeprogramma. Voor de onderdelen ethiek en geschiedenis verschenen bovendien door hem zelf geschreven boeken, die jarenlang met de examenstof overeenkwamen. Zijn colleges interne

TWEEDE PERSOONLIJKE ONTMOETING

In 1970 ging de leiding van de afdeling Inwendige Geneeskunde over naar een driemanschap van hoogleraren, G.A. Lindeboom, C. van der Meer en E. Lopez Cardozo. In deze tijden van inspraak en democratisering ontstond ook het regelmatige overleg tussen de leiding en de rest van de afdeling: staf en assistenten. Tijdens een discussie met de toen voorzittende Cees van der Meer had ik het woord gevoerd namens de assistenten. Enkele uren later hield Lindeboom grote visite op de polikliniek waar ik toen stage liep. Na afloop vroeg hij mij hem te volgen naar een van de spreekkamers. Na het sluiten van de deur begon mijn opleider mij op duidelijke wijze mee te delen dat mijn optreden op de afdelingsvergadering door hem niet geapprecieerd was. Steeds bozer sprak hij mij toe 'dat men zo niet met een boven zich gestelde behoorde te spreken'. Hoewel ik van mening was en bleef dat Van der Meer daar best anders over zou kunnen denken, leek het mij beter niet in discussie te gaan met de steeds roder aanlopende opleider. Zijn boosheid was oprecht, ook als steun voor zijn opvolger en misschien ook wel opvoedend voor mij bedoeld. Kenmerkend voor de relatie tussen hem en mij als assistent was de onmogelijkheid van een meer persoonlijk gesprek of een discussie over het voorgevallene.

EEN DERDE BIJZONDERE ONTMOETING

Ter gelegenheid van zijn afscheid in 1975, was een feestelijke avond georganiseerd in de aula van de VU: liederen, toespraken en cadeautjes. Dat hij dat zeer had gewaardeerd bleek uit de uitnodiging aan de organisatoren voor een warme lunch in het Miranda Paviljoen. Ieder kreeg een persoonlijk woord. Mij benoemde hij bij deze gelegenheid tot 'kritisch volger van hoogleraren'. Of hij daarbij mijn benoeming als decaan (1997) voorzag, heb ik hem niet kunnen vragen.

geneeskunde hadden een totaal ander karakter: altijd aan de hand van een op dat moment beschikbare en voor het onderwijs geschikt geachte patiënt. Boeiende colleges, die deels ook tot klinische lessen voor het *NTvG* werden bewerkt of in de reeks *Klinische Dialogen* terecht kwamen. Als student deed je er goed aan deze goed te bestuderen: de thema's kwamen vaak aan de orde bij het doctoraal examen.

Streng afstandelijke opleider

Als opleider was Lindeboom een strenge, doch weinig aanwezige leermeester. Hij was van mening dat opleiden vooral bestond uit 'het in toenemende mate delegeren van verantwoordelijkheden'; een vaardigheid waarin hij uitblonk! Hij manifesteerde zich vooral tijdens de grote visite. Deze wekelijkse gebeurtenis werd door de latere hoogleraar Intensive Care Bert Thijs als 'evenement' beschreven en bestond uit een snelle tocht langs de bedden met snelle informatie. Wanneer de assistenten hun zaakjes op orde hadden was er geen vuiltje aan de lucht. Zo niet, dan was de kamer te klein. De professor had daarbij een feilloos gevoel voor gefinancierde antwoorden. De wat zwakker in hun schoenen staande assistenten hadden het zwaar. Als gemakkelijker doelwit was het voor hen vaak uithuilen bij de hoofdzuster. De sfeer van de grote visite 'type Pieter van Foreestkliniek' veranderde onder andere door protesten van de goede en dappere hoofdzusters in het in 1964 in gebruik genomen Academisch Ziekenhuis van de VU. Zij vonden het niet passend dat de patiënten, in afwachting van het hoge bezoek, al met omgekeerde pyjamajasjes in bed lagen om zo in minimale tijd hun organen ter bestudering aan het hooggeleerde oog en oor ter beschikking te stellen. Soms verborg niet de minste assistent, dezelfde Thijs, een patiënt op de badkamer om een te snel oordeel van de opleider te voorkomen. Vaak was echter de intuïtieve beoordeling van de patiënt door de hoogleraar correct, zijn scherpe klinische blik was evident.

Onderzoeker en bestuurder

Een kort oordeel over Lindeboom als wetenschapper is niet moeilijk: een groot intern geneeskundig onderzoeker was hij niet. Hoewel hij in de loop van zijn vroege internistische ontwikkeling een 'early adaptor' was, bleef het verder bij kortdurende, verschillende aandachtsgebieden zoals de ontwikkelingen in de chemotherapeutica (voorlopers van de antibiotica), de

EEN LAATSTE POSTUME ONTMOETING

Begin 2012 werd ik met een 'community acquired pneumonia' opgenomen. Na 48 uur onverminderd hoge koorts en dyspnoe op de intensive care kwam de mededeling dat ik aan de beademing moest. In delirante hypoxische toestand weigerde ik dat. Ik wilde met corticosteroïden worden behandeld. Ik had dat gelezen in een artikel dat op het plafond was geprojecteerd. Ik kon weliswaar de titel en auteur niet zien, maar de boodschap was duidelijk. Overleg volgde en na een halfuurtje stroomde de dexamethason mijn aderen in. Binnen 24 uur was de koorts verdwenen, mijn benauwdheid minimaal en kon ik van de IC af. Na ontslag ging ik op zoek naar de bron van mijn plafondprojectie. Het bleek een casus uit deel drie van de *Klinische Dialogen* getiteld: *Moribundus intravit* (stervend kwam hij binnen), een getrouwe beschrijving van mijn ziektegeval. Uit dank bezocht ik het graf van Gerrit Arie Lindeboom op Zorgvliet en legde een bloemetje en steentje op de rand van zijn grafsteen. Er waren geen woorden meer nodig.

corticosteroïden en de diagnostiek en behandeling met radioactieve isotopen. Veel belangrijker was zijn werk als medisch historicus. Op dat gebied schreef hij het merendeel van zijn vele honderden publicaties! Zijn magnum opus werd een Engelstalige biografie van Herman Boerhaave. Deze beroemde Leidse medicus werd in de loop der jaren niet alleen studieobject, maar ook ideële voorvader en rolmodel. In het Encyclopedisch Instituut van de Faculteit, waarvan Lindeboom ook na zijn emeritaat op 70-jarige leeftijd nog 4 jaar directeur bleef, werden vele collega's ontvangen en begeleid bij hun medisch-historisch onderzoek. Het leidde tot vele publicaties en 12 promoties, naast de 14 promoties met meer internistische onderwerpen. De medische ethiek kwam, los van krachtige publieke bijdragen aan discussies over onderwerpen als abortus, homofilie en euthanasie, langzaam meer op de achtergrond.

Lindeboom was een gedreven bestuurder, wat bleek uit zijn functies als decaan van de faculteit, als afdelingshoofd en als voorzitter van diverse verenigingen en als oprichter van een aantal stichtingen. Van begin 1956 tot 1966 was hij voorzitter van de NIV. In zijn bestuursperiode kwamen belangrijke zaken tot stand, zoals de publicatie van een eigen tijdschrift *Folia Medica Neerlandica*, de oprichting van het Concilium, de instelling van de Prof. dr. A.A. Hijmans van den Bergh-penning, het lidmaatschap van de International Society of Internal Medicine en het voor dit ISIM georganiseerde congres in Amsterdam (1966). Hij werd in 1972 zelfs president van deze organisatie. In 1971 en 1973 was hij voorzitter van het Centraal College. Voor zijn verdiensten voor de NIV werd hij beloond met het Erelidmaatschap.

Bij zijn afscheid als hoogleraar publiceerde *The Netherlands Journal of Medicine* een speciaal Lindeboom-nummer, geheel gevuld met bijdragen van zijn eigen afdelingsgenoten.

Medisch historicus

Na zijn afscheid bleef hij actief als medisch historicus. Tot zijn dood was hij bijna dagelijks aanwezig op het Encyclopedisch Instituut, terzijde gestaan door zijn onverstoorbare secretaresse mevrouw Kermer en documentaliste mevrouw Ham. In zijn laatste jaren werd de relatie

met zijn opvolger als hoogleraar Medische Geschiedenis, Mart van Lieburg, misschien wel de meest persoonlijke die hij met een collega had. Op 5 juni 1986 overleed Lindeboom in zijn eigen VU. Een paar dagen daarvoor was hij met zijn Dafje op weg naar het instituut onwel geworden en had hij besloten direct naar het ziekenhuis door te rijden. Het mocht niet meer baten. In Mart van Lieburgs woorden: “Een markante figuur, exponent van de voorbijgeerde wereld van de gereformeerde geneeskunde die nog altijd bestudering en overdenking verdiend, was heengegaan.”

Literatuur

1. Lieburg M.J. van. Gerrit Arie Lindeboom (1905-1986) Internist-hoogleraar aan de Vrije Universiteit, en zijn levensbeschouwelijke, ethische en historische bijdragen tot de geneeskunde en gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus Publishing, 2014.

Prof. dr. Cees Majoor



R.S.G. HOLDRINET



In de Nijmeegse kliniek voor inwendige ziekten van het Radboudumc hangt het hiernaast afgebeelde portret bij de entree van de polikliniek. Het portret (olieverf) is gemaakt door Emile Viegers en betreft prof. dr. C.L.H. Majoor (1912-1982), de grondlegger van deze kliniek. Het schilderstuk werd hem bij gelegenheid van zijn 25-jarig jubileum op 1 mei 1980 aangeboden door zijn medewerkers en oud-medewerkers. Met het verstrijken der jaren lijkt zijn naam en betekenis bij velen uit zicht te geraken, reden om er nog eens bij stil te staan.

De Nijmeegse Katholieke universiteit dateert van 1923. Hoewel van meet af de wens bestond ook een medische faculteit daarvan deel te doen uitmaken, kon dit pas na de Tweede Wereldoorlog worden gerealiseerd. Pas in 1951 kon deze medische faculteit starten met negentig studenten. In 1954 kwamen deze studenten toe aan het klinische deel van hun opleiding terwijl er nog geen academisch ziekenhuis stond en ook nog geen klinische hoogleraren waren benoemd. Voor sommige vakgebieden kon dat laatste snel worden gerealiseerd maar het vinden van een geschikte, professorale en liefst katholieke internist bleek om tal van reden geen sinecure. Het was de Amsterdamse hoogleraar prof. dr. J.G.G. Borst die de zoekende curatoren in 1954 wees op de bijzondere kwaliteiten van prof. C.L.H. Majoor, internist te Roosendaal. Deze internist was van 1939 tot 1942 bij hem opgeleid en gepromoveerd.

Wijs clinicus en visionair bestuurder

In 1955 werd dr. Majoor als hoogleraar in de inwendige geneeskunde aan de Katholieke Universiteit aangesteld en naar snel zou blijken hadden de curatoren hiermee de ideale persoon voor deze positie binnengehaald. Het beginkapitaal waarmee deze perifere internist toen aan zijn immense opdracht mocht beginnen was schamel: een houten barak, een secretaresse, een assistent en een paar 'geleende' bedden van het Canisius Ziekenhuis. 25 Jaar later bleek zijn kliniek uitgegroeid tot een modern invloedrijk instituut met een grote klinische en wetenschappelijke output. En, met de ontwikkeling van deze moderne universiteitskliniek had hij feitelijk en passant mede richting gegeven aan de ontwikkeling van de interne geneeskunde in Nederland.



Figuur 8. Prof. dr. C.L.H. Majoor, grondlegger van de Nijmeegse kliniek voor inwendige ziekten in het Radboudumc

Prof. Majoor bleek een wijs clinicus, een gedreven onderwijzer en onderzoeker en daarnaast een visionair bestuurder die een enorme werkkraft en werklust paarde aan een groot gevoel van verantwoordelijkheid. Als clinicus practicus was hij geworteld in de lijn en traditie van Pel, Ruitinga en Borst, de school van het Amsterdamse Binnengasthuis. Een traditie waarin het adagium gold dat men in iedere klinische waarneming een experiment van de natuur kan zien en geneeskunde werd bedreven als klinische wetenschap met een sterke focus op de pathofysiologie. Frequente klinische observatie en het nauwkeurig vervolgen van het ziekteverloop was essentieel en de vele daarbij verkregen klinische en laboratoriumgegevens zag men dan bij voorkeur in grafiek gebracht. Grafieken die dan tegelijk dienstig waren als hulpmiddel bij de dagelijkse klinische besluitvorming en het onderwijs, maar ook bron of resultaat konden zijn van wetenschappelijk onderzoek. Onverwachte natriumuitscheiding bijvoorbeeld, die men waarnam bij enkele patiënten tijdens gebruik van heparine in de kliniek van prof. Majoor, gaf aanleiding tot een reeks van proefschriften over aldosteron secretie, renine activiteit en corticosteron secretie. De grens tussen alledaags klinisch werk en klinisch wetenschappelijk onderzoek was dus flinterdun. Nauwgezetheid was daarbij de gemeenschappelijke basis van klinische én wetenschappelijke arbeid. Nauwgezetheid achtte prof. Majoor primair omdat het empirische karakter van de geneeskunde gemakkelijk leidt tot slordigheid en verwaterd

denken. Vele proefschriften kwamen onder zijn directe, zeer persoonlijke leiding zo tot stand; hijzelf bleef klinisch onderzoeker tot het laatst toe. Waarnemingen in zijn laatste levensjaren nog gedaan bij patiënten met beriberi gaven aanleiding tot een diepe, intense interesse én klinisch onderzoek. In het laatste nummer van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* dat hij bij leven nog thuis ontvangen moet hebben, stonden hierover twee artikelen van zijn hand. Als bestuurder bleek hij een visionair die via de ontwikkeling van zijn eigen kliniek in Nederland sterk bepalend is geweest voor de positie van de deelspecialismen. Zelf in eigen kliniek aan zijn medewerkers snel ruimte gevend aan ontwikkelingen op deelgebieden hield hij op nationaal niveau een vurig pleidooi voor harmonieus samenwerkende associaties van algemeen internisten en deelspecialisten en toonde zich bezorgd over de ontwikkeling die tendeerde naar eigenstandigheid van de deelspecialismen. Door zijn dagelijkse voorbeeld was hij een man met vaderlijk en groot moreel gezag die dat, naar later bleek, ook goed delen kon. Hij had echter een grondige hekel aan het soort democratie waarbij Jan en alleman, niet gehinderd door kennis van zaken, over van alles mocht meebeslissen. Hij had een feeling voor het aantrekken van goede medewerkers waaronder zijn eerste collegae hoogleraren en opvolgers. Hij was daarbij duidelijk niet schuw van pittige karakters. Botsingen met hen vertroebelde bij Majoor nooit de persoonlijke verhoudingen, hij kon tegen een stootje. “Goede jongens zijn nu eenmaal lastig”, merkte hij dan op.

Inspirerende docent

Prof. Majoor was naast dit alles ook een boeiende, enthousiasmerende en inspirerende docent. Onderwijs had bij hem een hoge prioriteit. In de beginjaren van zijn Nijmeegse tijd verzorgde hij dat voor zijn vakgebied, alleen en zonder hulp van anderen. Nooit werd daarbij in opeenvolgende jaren de leerstof klakkeloos herhaald; hij nam er de tijd voor, colleges werden minutieus voorbereid. Bij studenten was hij gerespecteerd en ook gevreesd. Zijn eisen waren immers hoog. Hij had meer affiniteit met academische vorming dan met technische instructie. Zijn studenten en leerlingen moesten blijvend lerend en vooral kritisch, zeer kritisch worden; allereerst voor en op zichzelf. Aan halve waarheden, onduidelijke taal en hol of ijdel vertoon had hij een gruwel. Hij deed een appel op zijn studenten om vooral eerlijk te zijn en te blijven. De laatste zin uitgesproken bij zijn oratie is hier veelzeggend: “En laat het laatste baken op uw reis dan intellectuele onkreukbaarheid heten die u in moeilijke klinische situaties een eerlijk ‘dit begrijp ik niet’ doet verkiezen boven een misschien ingenieuze maar in de kern rammelende veronderstelling”. Het bleef niet bij zijn oproep, hij zou er in voorgaan en belichaamde deze academische en diepwetenschappelijke opdracht.

Veel wat hiermee beknopt over prof. Majoor is gezegd, kan men terugzien in dat bijzondere door Viegiers geschilderde beeld van hem. Prof. H. Prenen beschreef dit portret treffend in zijn In Memoriam: “Een onderzoekende blik, met een zweem van een glimlach, uitnodigend maar toch iets afstandelijk. En vooral goed, ontpeld van alle krijgstoel. Geen toga, geen witte jas, geen stethoscoop, geen reageerbuisen en retorten, zelfs geen bureau. Een man in zijn

alledaagse pak in eigen huis, bij eigen haard, die het duidelijk moet hebben van zijn eigen sterke persoonlijkheid van zijn eigen kennen en kunnen zonder enige opsmuk”. Bij de aanbieding en onthulling van dat portret toonde prof. Majoor zich voorzichtig tevreden maar liet niet na, goed hoorbaar en zeer kenmerkend voor hem op te merken het “een bar dominerend konterfeitsel” te vinden.

Slechts twee jaar later overleed hij plotseling en totaal onverwacht op 22 april 1982, enkele maanden voor zijn pensioen.

Literatuur

- Majoor CLH. Het Cholesterol als bron van ziekten in de menselijke pathologie. Oratie 6 juli 1956.
- Dekker en van de Vegt. 1956.
- Lauret AM. Cité Médicale; ontstaan en ontplooiing van de medische faculteit der Katholieke Universiteit Nijmegen 1951-1961. Drukkerij-Uitgeverij Brakkenstein. 1974.
- Majoor CLH. Algemene inwendige geneeskunde én deelspecialismen. Ned Tijdschr Geneeskd. 1971; 49:2061-2066.
- Geerling J, Smals AGH, Haanen CAM, Prenen H. Issue dedicated to Prof. dr. C.L.H. Majoor founder of the department of Internal Medicine, St Radboud Hospital Nijmegen. Neth J. Med. 1980; 23.
- Prenen H. In memoriam Prof. dr. C.L.H. Majoor. Rede uitgesproken tijdens de Academische rouwzitting op 27 april 1982.
- Groeneveld JK. Interne Geneeskunde in Nijmegen 1954-1992; Cluster avant la Lettre. Universiteitsdrukkerij Nijmegen. 1992.
- Brabers J. Hippocrates op Heyendaal; Ontstaan en ontplooiing van de faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen 1951-2001. Valkhof pers. 2009.

Prof. dr. Enno Mandema

R.O.B. GANS, E.G.E. DE VRIES, D.S. POSTMA



Enno Mandema is van grote betekenis geweest voor de ontwikkeling van de interne geneeskunde in Nederland en van de Interne Kliniek in Groningen in het bijzonder. Ook heeft hij lange tijd de onderzoeksagenda in Nederland mede bepaald.

Mandema werd geboren op 19 oktober 1921 in Makkinga. Hij bezocht de hbs in Warffum en studeerde van 1939 tot 1948 geneeskunde in Groningen. Zijn eerste ervaring met de interne geneeskunde en de ‘oude interne kliniek’ was na zijn kandidaatsexamen in 1942. In 1941 was G.A. Kreuzwendedich von dem Borne benoemd tot opvolger van Polak Daniels, die in de meidagen van 1940, wetende welk lot hem van de Duitse bezetter te wachten stond, een einde aan zijn leven maakte.

Studententijd en opleiding

Mandema volgde slechts voor een korte periode zijn colleges omdat hij, net als zovelen met hem, weigerde de loyaliteitsverklaring jegens de bezetter te ondertekenen. Wel liep hij nog een aantal keren met enkele van zijn medestudenten illegaal colleges bij onder andere J. Mulder, in het souterrain van diens huis, alwaar Mulder ook een internistenpraktijk hield. In de periode tot de benoeming van Kreuzwendedich von dem Borne had Mulder tijdelijk de leiding van de kliniek waargenomen, een taak die hij na de oorlog wederom op zich nam. Het duurde na de oorlog nog enige tijd tot Mulder op de leerstoel van Kuenen in Leiden werd benoemd en Van Buchem in 1946 in Groningen. Mandema deed zijn doctoraal bij Van Buchem, terwijl de laatste in zijn kamer (de kamer van Wenckebach-Van Buchem) zijn witte jas verwisselde voor zijn colbertje en Enno de definities van boezemfibrilleren en boezemfladderden reciteerde. Daarna kreeg hij van Van Buchem de groeten voor zijn vader mee en dat was het dan. Mandema beschrijft verder in *De Kliniek voor Inwendige Geneeskunde te Groningen in de jaren 1945-1986* zijn eigen, in die tijd drie jaar durende, assistentenopleiding tot internist. Als assistent ging je van zaal naar zaal en daarna naar de polikliniek, ter afronding van de opleiding. Per assistent had je gemiddeld 15 patiënten onder je hoede. Er werd geen onderscheid gemaakt naar ziekte, alleen naar geslacht. De ‘inkleuring’ van de zaal wat ziektebeelden betreft werd door de hoofdverpleegkundige bepaald. Als zaalassistent werkte je in hoge mate zelfstandig met supervisie op afstand. De werkdag begon om 9.00 uur met het rapport op de kamer van Van Buchem en eindigde om 19.00 uur; ook op zaterdagochtend werd gewerkt. Tussen de middag werd door



Figuur 9. Portret van Mandema
geschilderd door Sam Drukker
(Senaatskamer Geneeskunde van het
Academiegebouw in Groningen)

UNIVERSITEIT GRONINGEN

iedereen thuis gegeten en er was een inslapende assistent die dienst deed. De grote visite, destijds maar één keer per twee weken, was dé gebeurtenis binnen de opleiding. Tot de gezamenlijke activiteiten van de medische staf behoorden verder de refereeravonden en het bezoek aan de vergaderingen van de Algemene Ziektkundige Vereniging in Utrecht.

Rolmodel van de Groningse interne geneeskunde

In 1953 werd Mandema de eerste chef de clinique, hetgeen betekende dat hij in ieder geval alle visites van Van Buchem meeliep en daarnaast verantwoordelijk was voor goede patiëntenzorg en dus een goedlopende kliniek. De wetenschappelijke carrière van Mandema begon bij een patiënt die in 1949 op zaal lag met een multipel myeloom en amyloïdose. Van Buchem liet Mandema volledig vrij in zijn onderzoek: “Je ziet maar”, was wat hij steevast meegaf. Twee jaar later promoveerde Mandema cum laude bij van Buchem op zijn proefschrift getiteld: *Het multipel myeloom, het solitair plasmocytoom en de macroglobulinaemie. Klinische, histologische, biochemische en serologische waarnemingen*. Een van de hoofdstukken ging toen al over amyloïdose. Mandema was gefascineerd door eiwitten en hun pathofysiologische mechanismen en bleef deze fascinatie houden tot ver na zijn pensioen.

In 1959 vertrok Enno met het hele gezin naar Chicago, waar hij bij professor R.M. Kark onderzoek deed naar de antinucleaire factor, SLE en eiwitten. Het is een periode die een enorme invloed op hem heeft gehad en hij kon zijn promovendi en leerlingen daar later gepassioneerd over vertellen en bekende ook eerlijk dat niet al zijn laboratoriumproeven lukten. Maar ook op persoonlijk vlak was hij open over de enorme impact die de tijd dat zij in Chicago verbleven heeft gehad op het gezinsleven. Zijn tijd in Amerika, zijn wetenschappelijk onderzoek aldaar en zijn internationale

interesse, contacten en samenwerking, hebben er uiteindelijk wel toe geleid dat hij in 1975 Honorary Fellow van the American College of Physicians werd, een grote eer.

In 1960, hij was toen 38 jaar, werd hij benoemd tot hoogleraar Inwendige Geneeskunde en werd hoofd van de interne kliniek in Groningen. De titel van zijn inaugurele rede luidde: *Familieonderzoek bij erfelijke ziekten: een belangrijke preventief geneeskundige taak*. Een onderwerp waar hij zijn tijd ver mee vooruit was. Met zijn benoeming wordt een periode ingeluid waarin alles moet en alles kan, en de interne geneeskunde een enorme vlucht neemt. Aan het einde van de jaren vijftig bestonden er alleen voor patiënten met longziekten en reumatische aandoeningen afzonderlijke afdelingen met een kroondocent, de rest was 'algemene interne'. In de jaren zestig kwam hierin veel verandering. Door de snelle ontwikkeling van deelspecialismen, sterk gestimuleerd door Mandema, ontstonden nieuwe afdelingen, zoals hematologie en endocrinologie.

Als hoofd van de interne kliniek heeft hij een klimaat geschapen waarin de verschillende onderdelen van de interne geneeskunde zich konden ontwikkelen en konden bloeien. Hij was de dirigent die zelf in het orkest meespeelde. Hij introduceerde in 1960 de nierbiopsie, een techniek die hij in de Verenigde Staten tijdens zijn onderzoeksperiode eigen had gemaakt. In 1961 startte hij de acute dialyses en richtte hij de onderafdeling nefrologie op. Er heerste een opgetogen sfeer in de kliniek. Niet alleen met de nefrologie, maar ook met allerlei andere subdisciplines had hij een speciale band. Zo was hij aanvankelijk ook promotor bij de oncologie en deed hij wetenschappelijk onderzoek met reumatologen. Hij genoot van de vooruitgang die medewerkers in dit klimaat bereikten, zonder dat zij hier zelf, naar zijn mening, altijd van bewust waren.

Ook in deze tijd gaf hij te kennen dat het moeite kostte om het hoofd boven water te houden wegens de bezuinigingen die toen ook al plaatsvonden. Vooral de assistentengroep was nogal overbelast, hetgeen gelukkig niet ten koste ging van de kwaliteit van de zorg of het wetenschappelijk onderzoek, tenminste, volgens Mandema.

Natuurlijk gezag

Hij was wars van dikdoenerij en bleef altijd zichzelf. Maar door zijn buitengewone kennis en inzicht, en de weinige woorden die hij nodige had om iets duidelijk te maken én zijn indrukwekkende postuur, straalde hij een groot en natuurlijk gezag uit. Als hij niet vanzelfsprekend gedaan kreeg wat hij wilde, bleef hij, om zijn doel te bereiken, de andere partij zo nodig met wat verdriet in de stem bevragen. Zijn ontwapende manier van bejegenen was vrijwel altijd effectief en overtuigend. Enno Mandema heeft in deze periode laten zien dat hij niet alleen de baas was van de interne kliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG), maar dat hij daarnaast ook docent, opleider, wetenschappelijk onderzoeker, en bovenal dokter was. Er gaat niets boven Groningen, maar Mandema bekleedde, naast al zijn taken in het AZG, velerlei functies buiten deze stad.

Als docent gaf hij college met echte patiënten die in een groot ziekenhuisbed lagen. Hij had op natuurlijke wijze de correcte manieren in de omgang met de patiënt, iets waar in het huidige tijdsbestek onderwijs in wordt gegeven. D e patiënt, d  r draaide het tijdens zo'n college om: die kreeg een hand op de schouder, en werd, op z'n Gronings, gevraagd of de lever gevoeld mocht worden.

Hij voorzag de medische wereld van boeken zoals *Het Medisch Jaarboek*, *Leerboek Anamnese en Fysische Diagnostiek van Mandema Formijne* en *Acute geneeskunde*.

Als opleider selecteerde hij aan de poort. Hij maakte mee dat er vrouwen in opleiding kwamen, iets wat hij niet gewend was en maar moeilijk kon appreciëren. Later kon hij met humor terugkijken op zijn toenmalige masculiene mening en is zelfs gaan genieten, in de goede zin des woords, dat ook vrouwen als specialist werden opgeleid.

Bekend waren de opleidingsmomenten, zoals de dinsdagmiddag-probleembespreking. Hierbij stond Enno midden in de kuil van de steile collegezaal en orkestreerde een proces waarbij hij magistraal vragen naar collega's speelde om zo het probleem van alle kanten te belichten en op te lossen. Iedere assistent in opleiding hoopte dat er niet te veel domme opmerkingen gemaakt zouden worden, want daar hield Enno niet erg van. De andere topbespreking was de klinische conferentie, waar hij altijd eerst de assistent een beurt gaf om een differentiaaldiagnose op te stellen, om deze vervolgens onder de loep te nemen. Karakteristiek voor Enno was dat hij deze conferentie op vrijdagmiddag altijd kort in het Gronings afsloot met zijn verwachtingen omtrent de prestaties van FC Groningen voor dat weekend.

Mandema-Stipendium

Hij was geïnteresseerd in ieders onderzoek en stimuleerde zijn medewerkers voor hun opleiding om ook ervaring op te doen in het buitenland en, zoals hij het verwoordde, "ook een tijd de benen onder andermans tafel te steken." Het is dan ook niet verwonderlijk dat het UMCG een stipendium naar hem heeft vernoemd. Het doel van dit Mandema-Stipendium is om het doen van promotieonderzoek tijdens de opleiding te stimuleren. Het Mandema-Stipendium werd in 2008 voor het eerst uitgereikt en tijdens deze uitreiking gaf hij aan dat hem de combinatie van wetenschappelijk onderzoek en opleiding zwaar lijkt in een tijd van regels en papier. Karakteristiek voor Enno, sprak hij de hoop uit dat de gelauwerde niet alleen prestige ontleende aan zijn onderzoek, maar dat dat onderzoek ook een onderwerp zou zijn waarover de laureaat op een verjaardagsfeestje enthousiast zou kunnen vertellen. En tot slot adviseerde hij de winnaar om vooral zijn eigen gang te gaan.

Als wetenschapper volgde hij zijn liefde voor eiwitten. Hij deed in 1963, samen met Bob Nienhuis, een bijzondere ontdekking, namelijk de aanwezigheid van een antiperinucleaire factor bij reumatoïde artritis. Zij hadden toen nog geen idee dat ze daarmee voor het eerst de zeer moderne en zeer specifieke anti-CCP-antilichamen bij reumatoïde artritis hadden beschreven. Het onderzoek resulteerde in meerdere proefschriften en leidde tot het eerste internationale Amyloidosis Symposium in Groningen (1967). Het was, zoals hij zelf schreef, niet het eerste symposium, maar wel het eerste waarbij alle aspecten van deze ziekte aan de orde kwamen. Dat laatste was zijn speerpunt in onderzoek: hij had in de Verenigde Staten gezien hoe schotten in onderzoek vooruitgang belemmerden. Hierna volgden logischerwijs dan ook geïntegreerde vervolgcongressen. In dit internationale onderzoeksveld werd hij gezien als de 'Godfather', hoe bescheiden hij daar zelf ook over was. In 1986 werd ter gelegenheid van zijn emeritaat een

International Course on Amyloidosis gehouden in Groningen. Ook na zijn pensioen bezocht hij nog steeds, gedreven door zijn interesse in dit onderzoeksveld, deze congressen, waarvan de laatste keer in 2004. Tot die tijd was Mandema Honorary Member van de Editorial Board van het tijdschrift van de International Society of Amyloidosis, *AMYLOID* genaamd.

De ‘Groningse’ invloedssfeer

Opmerkelijk voor de interne staf was de aankondiging van zijn afscheid in 1986. Na een korte mededeling dat hij met emeritaat ging, volgde een lange uiteenzetting van alle zaken die hij nadien zou gaan aanpakken. Hij zat als Groningse spin in het Nederlandse medische web.

Mandema was medeoprichter en lid van het algemeen bestuur van de Stichting voor Fundamenteel Onderzoek in de Geneeskunde (FUNGO). Hij was formateur en eerste voorzitter van de wetenschappelijke raad van de Nierstichting Nederland en richtte de Nederlandse Lever- en Darmstichting op, om onderzoek op dit gebied te stimuleren. Hij speelde een belangrijke rol bij het *Tijdschrift van Geneeskunde*, waar hij voorzitter van de vereniging was.

Enno Mandema was vanaf het allereerste uur in 1985 lid van de voormalige Adviesgroep SGO, Stimulering Gezondheidsonderzoek. Deze eerste kern bestond uit ‘geestelijk vader’ prof. Querido en de hoogleraren Van Es, De Kock van Leeuwen, Visser en Mandema. Zij, allen arts, hadden een intrinsieke bevlogenheid voor klinisch wetenschappelijk onderzoek en hun missie was het versterken van het geneeskundig wetenschappelijk onderzoek, juist op de terreinen die daarin achterbleven, terwijl er maatschappelijk gezien een enorme ziektelast was. Het uiteindelijke doel was tot een beter geneeskundig handelen te komen. Ook in deze groep wordt Enno’s rol getypeerd als wars van gedoe, politiek of belang, oprechte motivatie om zaken in gang te zetten of bij te sturen als hij vond dat dat nodig was. Hij had altijd een stevige rol in discussies, maar was altijd integer, loyaal en in hart en nieren een dokter. Er zijn in ruim tien jaar tijd veertien programma’s uitgevoerd.

Hij was van 1987 tot 1993 de eerste voorzitter van de Raad voor Gezondheidsonderzoek en in die tijd werden de drie belangrijke ‘BAGO adviezen Brede Analyse’ van het gezondheids-onderzoek uitgebracht over het buitenuniversitaire onderzoek, het universitaire onderzoek en sturing en financiering van gezondheidsonderzoek.

Enno Mandema was sinds 1979 lid van de KNAW. Hij heeft binnen de KNAW vele functies vervuld en was een trouw bezoeker van KNAW-bijeenkomsten. Ook toen zijn gezichtsvermogen het niet meer toestond, luisterde hij met interesse naar wiskundigen, chemici en medici. Tot lang na zijn pensioen volgde hij in Groningen en elders lezingen, promoties en symposia. Hij was tot kort voor zijn overlijden een veel geziene bezoeker van de vergaderingen van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Enno Mandema was een man die tot op het einde intense belangstelling had voor de natuur, zijn familie, zijn collega’s en (oud-)assistenten in opleiding. Hij was een markante alleskunner met grote invloed op de Nederlandse geneeskunde en de multidisciplinariteit die dit vak inhoudt, zowel in de patiëntenzorg als ook het wetenschappelijk onderzoek. Hij overleed op 28 januari 2010.

Dr. Leendert Schalm

K.H. BRANDT, H.F.P. HILLEN



Bij de oprichtingsvergadering van de Nederlandse Internisten Vereniging – toen nog Nederlandsche Internisten Vereeniging – in 1931 was nog niet gesproken over de opleiding. Dat zou echter snel veranderen. De opleiding van internisten en de erkenning van opleidingen werden belangrijke aandachtspunten op de agenda van de jonge NIV.

Twee jaar na de oprichting van de NIV werd de Specialisten Registratie Commissie ingesteld. Alle praktiserende specialisten werden in 1933 ingeschreven, daarna kon een arts pas worden geregistreerd als internist na een opleiding van drie jaar op een afdeling interne geneeskunde van een universiteitskliniek of een vergelijkbaar ziekenhuis. De opleidingseisen moesten nog geschreven worden.

Het begin van de opleiding interne geneeskunde:

A-5-, A-2- en B-opleidingen

De NIV stelde wel een Commissie van beoordeling in onder leiding van prof. C.D. de Langen. Namens de NIV had de bekende perifere internist A. Pompen uit Deventer zitting in de SRC. Van meet af aan is daardoor duidelijk geworden dat de opleiding van internisten een gezamenlijke verantwoordelijkheid was van de universitaire en de, toen nog algemeen zo genoemde, perifere opleidingen. Vanaf het begin van de NIV werden naast opleidingen in de academische interne afdelingen ook opleidingen in de perifere ziekenhuizen erkend. Daarbij werd in de eerste fase sterk rekening gehouden met ‘verworven rechten en bestaande toestanden’. In 1949 werden voor het eerst opleidingseisen met verplichte visitatie vastgesteld. De opleiding interne geneeskunde werd vijf jaar. Men kon in A-5-klinieken (universitair of niet-universitair) een volledige opleiding doen, in een A-2-kliniek het eerste deel van de opleiding met een maximum van twee jaar. Daarnaast waren er tot 1959 ook B-klinieken waar slechts de helft van de opleidingstijd meetelde. Een opleidingsafdeling moest regelmatig besprekingen houden, nauwkeurige ziektegeschiedenissen bijhouden, beschikken over een bibliotheek, zo mogelijk een chef de clinique hebben en kon maximaal 30 bedden toevertrouwen aan een assistent.



Figuur 10. Dr. L. Schalm, opleider Interne Geneeskunde, Gemeente Ziekenhuis Arnhem (1945-1973), tijdens de 'grote visite'

Het bovenstaande is een korte samenvatting van een hoofdstuk uit het eerste lustrumboek van de NIV waarin dr. L. Schalm en dr. J. Roos de vroegste periode van de opleiding interne geneeskunde hebben beschreven. In dit hoofdstuk, maar ook in de vroegste geschiedenis van de NIV van de hand van prof. G.A. Lindeboom werd het belang van de samenwerking en de combinatie van universitaire en niet-universitaire opleidingen benadrukt. Vóór de Tweede Wereldoorlog waren er volledig perifere opleidingen in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht, Nijmegen, Haarlem, Heerlen en Tilburg. De helft van de internisten werd tot 1997 volledig niet-universitair opgeleid in perifere klinieken van naam en faam.

Dr. Leendert Schalm, A-5-opleider par excellence

De betekenis en de kwaliteit van de perifere opleidingen kan goed worden geïllustreerd aan de hand van de beschrijving van de dagelijkse gang van zaken in een van de A-5-klinieken: het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem (*figuur 10*). De jonge internist Leendert Schalm (1909-1982) had zich na zijn opleiding in Utrecht bij prof. Hijmans van den Bergh in 1940 gevestigd in Arnhem. Na de roerige oorlogsperiode met evacuatie van het ziekenhuis naar het Kröller-Müller Museum, bouwde Schalm vanaf 1945 aan een interne kliniek en aan een opleiding die lange tijd zijn stempel heeft gedragen. Veel meer dan nu bepaalde de opleider in een afgeleide

van de meester-gezelverhouding uit vroegere gilden de kwaliteit en de naam van de opleiding. Schalm groeide door zijn talent en werklust uit tot een icoon. Schalm was van mening dat voor een opleidingsafdeling de combinatie: patiëntenzorg – onderwijs – onderzoek moest gelden, ook wel *de gulden driehoek* genoemd. Die combinatie was ook herkenbaar in het dagelijkse opleidingsprogramma in het Gemeente Ziekenhuis.

De dag begon met een röntgenbespreking om 8 uur, waarbij samen met röntgenoloog alle foto's van de voorgaande dag werden bekeken. Daarna volgde het ochtendrapport, waarbij de dienstdoende assistent rapporteerde over zijn wederwaardigheden, die kritisch werden becommentarieerd door de opleider. De zaalvisites werden door de assistent samen met de coassistent zorgvuldig voorbereid, aangezien het alziend oog van de meester niets ontging. Zowel overbodig als ten onrechte nagelaten onderzoek kwamen in discussie. Het onderzoek aan het ziekbed, uitvoerige anamnese en lichamelijk onderzoek dienden het uitgangspunt voor het spoorwerk te zijn. De woensdag was geheel aan onderwijs gewijd: 's morgens grote visite, 's middags een bespreking van lopend onderzoek.

Wetenschappelijke pot

Schalm doordrong zijn assistenten, vanaf de eerste dag van hun komst, ervan dat wetenschappelijk onderzoek een onderdeel dient te zijn van medisch specialistisch functioneren. Het onderzoek kon leiden tot een publicatie en/of het entameren van een promotieonderzoek. Dit laatste vond plaats bij een zevental assistenten, die hun onderzoek naast hun klinische werk – en niet gehinderd door een werktijdenbesluit – verrichtten. Voor het financieren van wetenschappelijk onderzoek werd door Schalm de wetenschappelijke pot ingesteld. De ziekenfondsen waren bereid om 10 cent per verpleegdag in de pot te storten, wat een aardig bedrag opleverde. Naast het onderzoek op de interne afdeling, leverden ook andere afdelingen en hun specialisten hun bijdrage aan de ontwikkelingen in de hepatologie. Door deze klinische activiteiten gepaard aan het voornoemde wetenschappelijk onderzoek ontwikkelde zich in het Gemeente Ziekenhuis Arnhem een levercentrum, dat landelijke bekendheid genoot. Op grond van deze door hem bepleite en met succes bekroonde combinatie van kliniek en klinisch-wetenschappelijk onderzoek werd aan Schalm in 1970 door de NIV de Prof. dr. A.A. Hijmans van den Bergh-penning toegekend. Bij de uitreiking van die penning werd gesteld dat wetenschappelijk onderzoek niet uitsluitend beperkt dient te blijven tot het academisch instituut, doch ook een vruchtbaar terrein kan vinden, overal waar de wil en het enthousiasme aanwezig zijn. Het moet voor hem een grote voldoening zijn geweest dat zijn zoon Solko een vermaard hepatoloog werd en dat ook zijn opvolgers het wetenschappelijk onderzoek hoog in hun vaandel schreven, getuige 18 proefschriften en veel in de Nederlandse en buitenlandse literatuur vastgelegd werk. Dr. L. Schalm was het prototype en misschien wel ideaalbeeld van een A-5-opleider interne geneeskunde. Dat ideaalbeeld wordt misschien ook bepaald door de persoonlijke ervaring van de auteurs, respectievelijk assistent in opleiding vanaf 1952 en coassistent in 1968. 'Het oog van de meester', kritisch, precies, vriendelijk en bereid om alles voor te doen en uit te leggen maakten Schalm terecht tot een bewonderd leermeester en prototype van een A-5-opleider.

Prof. dr. Isodore Snapper

=====

A. BERGHOUT



Dit is een voortreffelijk boek. Tussen de regels door is het een prachtig leerboek voor interne, met een geweldige ervaring. Meesterlijk geschreven, als roman.

Echt Snapperiaansch!

(Anonieme opdracht in Chinese Lessons to Western Medicine)

De Nederlandse internist Isidore Snapper (1889-1973) was hoogleraar interne geneeskunde in Amsterdam (1919-1938), Peking (1939-1942) en New York (1944-1952). Over zijn ervaringen in Peking schreef hij een boek, *Chinese Lessons to Western Medicine*.¹ Snapper was verbonden aan het Peking Union Medical College (PUMC). Snapper ontvluchtte Europa vanwege het antisemitisme. Het PUMC was een op Amerikaanse leest geschoeid modern ziekenhuis bedoeld om de toekomstige Chinese medische elite op te leiden. Een 'American Transplant' waar 'Western Medicine in a Chinese Palace' werd bedreven en Amerikaanse grootheden doceerden, zoals Walter Cannon, Donald van Slyke en Hans Zinsser. Het PUMC bevond zich in het centrum van Peking, vlakbij de Verboden Stad, en het echtpaar Snapper woonde er om de hoek.

Snapper schreef *Chinese Lessons* in slechts anderhalf jaar. Het werd gepubliceerd in 1941. George R. Minot, de Nobelprijswinnaar van 1934 voor zijn onderzoek naar perniciëuze anemie, schreef het voorwoord. Snapper had gedurende zijn Amsterdamse periode al blijk gegeven van een enorme schrijflust en wat moest je in Peking anders doen dan schrijven? En buiten Peking konden de Snappers niet zo veel ondernemen, want reizen door China was vrijwel onmogelijk sinds de Japanse bezetting in 1937.

Botsing tussen culturen

Snapper was de enige van alle westerse artsen in het PUMC die zijn ervaringen uitvoerig in boekvorm vastlegde. Het was in alle opzichten een uniek boek. De titel was enigszins misleidend, want het waren vooral Snappers lessons en geen Chinese lessen en het boek vormde ook geen schakel tussen de Chinese en de Westerse geneeskunde. Met de geneeskunde



Figuur 11. Isidore Snapper in Peking

PRIVÉCOLLECTIE FAM. SNAPPER

in China, die gebaseerd was op traditionele stromingen, had Snapper niet zo veel op. Voor zover hij nota nam van de traditionele Chinese geneeskunde was dat vooral wanneer hij gehinderd werd in de uitoefening van de westerse geneeskunde. Zo verzetten Chinese tradities zich tegen de obductie, die hij juist onontbeerlijk achtte voor het medisch onderwijs. Volgens de Chinese, confucianistische traditie diende men het lichaam dat men van de ouders gekregen had, na de dood ongeschonden aan de voorouders terug te geven.

De familie had ook een vertragend effect op het medisch handelen vanwege de noodzakelijke raadpleging van de familie (ouders, schoonouders, grootouders, vaak mijlen ver weg wonend) bij ingrijpende beslissingen over onderzoek en behandeling. Men was huiverig voor ingrepen waarvan men de gevolgen niet goed kon overzien. Voor een meisje werd overigens gemakkelijker toestemming gekregen dan voor een jongetje.

De Chinezen stonden ook afkerig tegenover het doneren van bloed. Vooral in de verloskunde was een bloedtransfusie soms hard nodig. De enigen die bloed wilden afstaan waren de allerarmsten en de opiumverslaafden, in ruil voor geld. Maar deze donoren hadden vaak zelf bloedarmoede en waren soms besmet met syfilis of malaria.

Erbarmelijke omstandigheden

Snapper trof, zoals hij het formuleerde, in China een ‘middeleeuwse maatschappij’ aan. De meeste patiënten van het PUMC waren straatarm. Er waren in Peking heel veel bedelaars, onder wie Wit-Russen. Of de grote aantallen ‘leerjongens’ die het vuil onder de nagels nog niet verdienden. Zij waren afkomstig uit de omgeving van Peking en leefden in erbarmelijke omstandigheden.

Snapper begon zijn *Chinese Lessons to Western Medicine* met een beschouwing over de erbarmelijke voedselsituatie in Noord-China. De meeste patiënten waren ernstig ondervoed en vaak verslaafd aan opium. Het gemiddelde dieet was vegetarisch en bevatte slechts 2000 calorieën, te weinig voor de meeste volwassenen, zeker indien ook zware lichamelijke arbeid verricht werd. De arme Chinees at vooral bladgroenten gemengd met granen. Sojabonen, een prima bron van eiwitten, waren voor de meeste mensen te duur. De vitamines in de groenten gingen vaak verloren door het bakken van de groenten in sesam- of pindaolie, met scheurbuik als gevolg. Vitamine A-gebrek was endemisch, leidend tot nachtblindheid en gegeneraliseerde papulosis cutis. Omdat de Chinezen geen boter gebruikten, was er veel gebrek aan de vetoplosbare vitamines zoals A en D. Elk aspect van de gezondheidssituatie in China was terug te voeren op de voedselvoorziening, concludeerde Snapper.

De combinatie van ernstige tekorten aan vitamine D en te weinig calcium, leidde tot osteomalacie. Vooral zwangere vrouwen waren slachtoffer omdat die veel minder vaak buiten kwamen dan de mannen. Bovendien gingen tijdens de zwangerschappen ook aanzienlijke hoeveelheden kalk verloren. Bij de pasgeborenen werd zelfs tetanie waargenomen als gevolg van het extreme calciumtekort. Maar vooral na de bevalling werd heel veel kalk aan de moeder onttrokken door langdurige borstvoeding. Snapper beschreef schrijnende voorbeelden, geïllustreerd door foto's van patiënt en skelet. Sommige vrouwen hadden zelfs zulke ernstige bekkenafwijkingen dat een normale bevalling niet mogelijk was.

Infectieziekten in China

Snapper wijdde een aanzienlijk deel van zijn boek aan infectieziekten die een enorm aandeel vormden in de Chinese ziektelast. Toen Snapper in Peking kwam, waren er behalve sulfanilamide nog nauwelijks antibiotica beschikbaar. Er werden wel maatregelen genomen om de verspreiding van besmettelijke ziekten binnen het ziekenhuis zelf te voorkomen. De patiënten met difterie, roodvonk, mazelen, erysipelas, pokken, gonorroe en hondsdoelheid werden in een isolatiepaviljoen opgenomen. Op de algemene afdelingen lagen de patiënten met infectieziekten zoals tyfus, longontsteking en dysenterie.

Patiënten met difterie, die vaak in een laat stadium van de ziekte kwamen, werden behandeld met een antitoxine – vaccinatie was nog niet mogelijk – vaak zonder resultaat. Wanneer een tracheotomie noodzakelijk was, werd die soms verricht door de assistent interne. De diagnose longontsteking werd meestal gesteld op grond van het lichamelijk onderzoek, want een röntgenfoto werd pas gemaakt als het beloop te lang duurde, meestal in geval van complicaties

zoals een empyeem of een abces. Zulke patiënten werden behandeld met het enige antibioticum dat voorhanden was: sulfapyridine.

Tyfus kwam veel voor in China. Snapper kende het alleen van verhalen uit de tijd van de Eerste Wereldoorlog. In Ierland had het de bijnaam ‘The doctors murderer’. Snapper legde er de nadruk op dat het centrale zenuwstelsel er eigenlijk altijd bij betrokken is, met een mortaliteit van 15-20%. Snapper beschreef enkele casussen, zoals het geval van een jong meisje met perichondritis van de larynx, een zeldzame complicatie van tyfus. Soms ontstond cholecystitis en konden mensen via de galblaas drager zijn van de tyfusbacillen.

Febris remittens was in China een ziekte van de allerarmsten die in primitieve en onhygiënische omstandigheden leefden. Het wordt veroorzaakt door een spirocheet en overgebracht door luis of mug. De patiënten presenteren zich vaak met neusbloedingen, trombocytopenie, hepatosplenomegalie, gewrichtsklachten en hoofdpijn. Vaak hadden deze patiënten ook nog andere infectieziekten, zoals een salmonella-enteritis.

Amoebendysenterie was endemisch onder de Chinese bevolking. Snapper zag vaak leverabcessen bij de amoebiase, soms met doorbraak in de buikholte, zoals bij casus Hospital No. 71781, want alle ziektegeschiedenissen werden zorgvuldig gedocumenteerd en geadmistreerd. Kala-azar, veroorzaakt door leishmaniaparasiet (ook wel zwarte koorts, vanwege de donkere verkleuring van de huid), was zo frequent in Noord-China dat je er altijd aan moest denken bij koorts, vooral bij de typische dubbel piekende koorts. De verspreiding was gerelateerd aan het seizoen dat de zandvlieg actief is. Snapper beschrijft enkele kinderen met afschuwelijke misvormingen van het gelaat als gevolg van deze infectieziekte.

Tuberculose kwam veel voor in Peking en dit werd door Snapper gerelateerd aan ondervoeding, tekort aan vitamine D en slechte hygiëne en behuizing. De meeste Chinezen woonden dicht op elkaar in kleine hutten en sliepen meestal in één kamer, zodat vaak hele families geïnfecteerd waren. De mortaliteit was hoog en behandeling was eigenlijk niet mogelijk. Snapper zag veel bijzondere vormen van tuberculose, zoals enteritis en peritonitis, manifestaties van tuberculose die men in het westen vrijwel nooit zag. Sommige ziektebeelden presenteerden zich anders dan hij in Amsterdam gewend was,² vooral omdat patiënten zich pas in een laat stadium van ziekte presenteerden. Waar Snapper steeds de nadruk op legde, was dat de risico's op het krijgen van (vaak meerdere) infectieziekten onlosmakelijk verbonden was aan armoede en ondervoeding.

Medical Marco Polo

De ondertiteling van *Chinese Lessons to Western Medicine* luidde: “Een bijdrage aan Geografische Geneeskunde uit de ziekenhuizen van Peking”. *Chinese Lessons* werd beschouwd als een belangrijke bijdrage aan de studies over regionale verschillen in ziektes en sociale en culturele determinanten van ziekte. Snappers bewonderaars vertelden graag het verhaal dat Snapper een aantal zeer originele waarnemingen had gedaan op het gebied van hart- en vaatziekten: de samenhang tussen dieet, atherosclerose en cholesterol. Hij was zelf de eerste

om dat verhaal te ontzenuwen, want die eer ging naar De Langen. Snapper was in Groningen assistent bij De Langen geweest en had hem later opgevolgd als chef de clinique toen de Langen naar Nederlands-Indië vertrok. Cholesterolbepalingen konden al in 1914 verricht worden in Groningen op het laboratorium van Hijmans van den Bergh. De Langen werkte in Batavia voor de openbare gezondheidsdienst, op het laboratorium te 'Weltevreden'. De Langen had gezien dat hart- en vaatziekten en galstenen in Indië in tegenstelling tot Europa nauwelijks voorkwamen. Hij besloot het cholesterol in het bloed te gaan meten en vond dat het bij de Javanen opmerkelijk laag was. Toen hij ter vergelijking bloedmonsters nam van Javaanse bedienden van de Nederlandse passagiersschepen leken de cholesterolwaarden op die van Europeanen. Deze bedienden gebruikten, in tegenstelling tot het vrijwel vegetarische dieet van de inheemse bevolking, een Europees dieet. De Langen concludeerde dat het lage cholesterol bij de inheemse bevolking van Java te maken had met het dieet en niet terug te voeren was op raciale/genetische kenmerken.³ Als proef gaf De Langen vijf inheemse Javanen zes weken lang vlees, boter en eieren en zag dat het cholesterol significant steeg. De Langen onderzocht vervolgens de opnames gedurende vijf jaar in het ziekenhuis in Batavia. Er bleken maar één Javaanse patiënt en zes Chinese patiënten opgenomen te zijn vanwege hart- en vaatziekten, een geheel ander patroon dan bij de Europese patiënten. Kortom, de combinatie van een vegetarisch dieet, het zelden vóórkomen van hart- en vaatziekten (en galstenen) en het lage cholesterol, was aanleiding voor De Langen zijn bevindingen op te schrijven. Het was een wereldprimeur, maar De Langen liep internationale erkenning mis omdat hij zijn bevindingen publiceerde in *Het Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*.⁴ Snapper schreef zijn ervaringen op in *Chinese Lessons* en in de *American Journal of Cardiology* met de pakkende titel: *Diet and atherosclerosis: Truth and fiction*.⁵ Door Snappers *Chinese Lessons* kreeg De Langens werk uiteindelijk meer aandacht in de medische wereld. Beiden werden ook wel 'medical Marco Polo's' genoemd en hun werk trok internationaal de aandacht van onderzoekers en vormde de basis van de studie naar de epidemiologie van hart- en vaatziekten en de samenhang met dieet, roken en arbeidsomstandigheden.⁶

Opiumgebruik

Er werd in alle lagen van de Chinese bevolking opium gebruikt. In het PUMC werden jaarlijks 100-200 personen met opiumvergiftiging opgenomen en dat aantal was gedurende de jaren voordat Snapper in Peking kwam, aanzienlijk gestegen.⁷ Trad eenmaal coma in, dan was de mortaliteit 75%. De hoeveelheid opium die een patiënt had ingenomen werd uitgedrukt als 'number of dollars worth of opium'. Antidota waren niet voorhanden. De comateuze patiënt werd in een drinkerapparaat gezet, een 'ijzeren long', die in de VS in 1929 door Drinker en McKhann was ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met poliomyelitis, met uiteindelijk weinig effect. Ook maagspoelen was weinig effectief: het opium werd wel verwijderd – het bevond zich vaak nog in de maag als gevolg van pylorusspasmen – maar het spoelen werd vaak gecompliceerd door een aspiratiepneumonie. Snapper behandelde de bewusteloze patiënten met coramine, een

pyridinederivaat dat het ademhalingscentrum stimuleerde. Hiermee wist hij, samen met zijn assistenten Irving Chu en Teh-yueh Cheng, de mortaliteit tot 20% terug te dringen.⁸ Maar het tegelijkertijd geven van sulfapyridine zou mede de verklaring kunnen zijn voor de spectaculaire daling van de mortaliteit.

Zegen

Er rustte een zegen op zijn boek. Het kreeg lovende recensies in de *New England Journal of Medicine*,⁹ de *JAMA*¹⁰ en de *Annals of Internal Medicine*.¹¹ De reviewer van de JAMA was vooral getroffen door de vele infectieziekten waarvan de auteur verslag deed, over zijn opmerkingen over het vóórkomen van hoge bloeddruk, arteriosclerose, bloedarmoede en de invloed van voeding op de presentatie van vrijwel elk ziektebeeld. De reviewer van de *Journal of Pediatrics* adviseerde het boek aan militairen ter voorbereiding op dienst in het Verre Oosten.¹² In 1965 verscheen een tweede druk. Daarna werd het een collectors item.

Literatuur

1. Snapper I. Chinese Lessons to Western Medicine. Interscience New York 1941.
2. Doerr W. Gestaltwandel klassischer Krankheitsbilder. Berlin: Springer, 1957.
3. De Langen CD. Cholesterine-stofwisseling en rassenpathologie. Geneesk Tijdschr Ned Indie 1916;56:1-34.
4. Leibowitz JO. The history of coronary heart disease. Londen: Wellcome institute of the history of medicine, 1970.
5. Snapper I. Diet and atherosclerosis: Truth and fiction. Am J Cardiol 1963;11:283-9.
6. Blackburn H. 20th-Century "Medical Marco Polos" in the origins of preventive cardiology and cardiovascular disease epidemiology. Am J Cardiol 2012;109:756-67.
7. Letter I. Snapper to A. Gregg, 2 october 1941. Folder 1558, box 224, series 601, RG 2GC 1941. Rockefeller Foundation Archives RAC.
8. Snapper I, Chu IKC, Cheng TY. Treatment of acute opium poisoning. Beneficial effect of coramine. Am J Med Sciences 1942;204:409-19.
9. Book reviews. N Engl J Med 1942;227:498.
10. Book notices. JAMA 1942;118:1262.
11. Reviews. Ann Int Med 1942;16:1027.
12. McKann. Review Chinese Lessons to Western Medicine. J Pediatrics 1942;21:567-8.

Verhalen uit de
geschiedenis van de
interne geneeskunde



Op lelievoeten, Podaleirios, de eerste internist

H.F.P. HILLEN



Zo begon de geschiedenis van de internisten voor de poorten van Troje...

Niemand minder dan Homerus beschreef de heldhaftige en medische rol van de tweelingzonen van Asklepios, Machaon en Podaleirios (*figuur 12*). Gewonde en zieke Griekse helden werden voor de poorten van Troje voortreffelijk behandeld door de broers. In de *Ilias* werden zij al genoemd bij de behandeling van Menelaos en Achilles.

Van Machaon en Podaleirios – telgen uit een voorname en getalenteerde familie – werd ook veel verwacht. Twee dochters uit het gezin, Hygeia en Panacea, zouden ook veel bereiken in de gezondheidszorg. Door vader Asklepios en schoonvader Poseidon was blijkbaar gezorgd voor een goede medische opleiding waarbij ook rekening was gehouden met de verschillende talenten van de tweeling. Een jongere tijdgenoot van Homerus, de dichter Arktinos van Milete (775 v. Chr.) heeft in het gedicht *De plundering van Troje* de verdeling van de verschillende gaven mooi bezongen: “Machaon, van wie gezegd wordt dat hij alleen de chirurgie beoefent, terwijl Podaleirios ziekten behandelt. De een gaf hij snelle en vaardige handen om pijlen uit het vlees te trekken of te snijden en alle soorten van wonden te genezen, maar in het hart van de ander legde hij de volledige en volmaakte kennis om alle onzichtbare dingen te kunnen verklaren en om ongeneesbaar te kunnen genezen.”

Met vooruitziende blik had Machaon dan ook de naam gekregen van machaera (μαχαίρα), het mes. De naam van Podaleirios wees al vanaf zijn geboorte in een meer contemplatieve richting. Hij die de voet (podos, ποδος) zal zetten in het liefveld (leirion, λειριον) met een verwijzing naar de toepassing van kruiden in de geneeskunde.

De eerste internist

Door de klassieke mythe en door de vanzelfsprekendheid van de chirurgen om Machaon als hun oervader aan te nemen, werd Podaleirios omarmd door de dokters die onzichtbare interne



Figuur 12. Asklepios en zijn familie, afgebeeld op een votieftablet (c. 300 v. Chr), gevonden bij Thyrea. De zonen Machaon en Podaleirios werden de oervaders van de chirurgen en de internisten. De dochters Hygeia en Panacea werden godinnen van gezondheid en medische behandeling

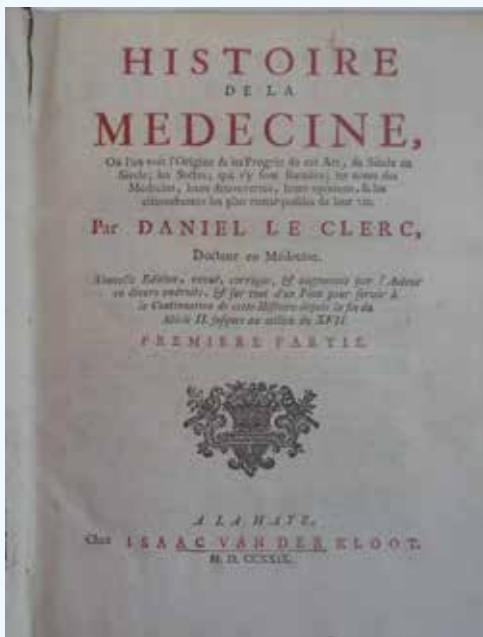
NATIONAAL ARCHEOLOGISCH MUSEUM ATHENE

ziekten moesten duiden en door de dokters die niet sneden maar kruiden of diëten toepasten. Podaleirios, werd daarmee de oervader van de inwendige geneeskundige. Natuurlijk waren de interne geneeskunde en de internist nog niet bekend in het klassieke Griekenland, maar het onderscheid tussen de vooral uitwendige heekunde en de inwendige geneeskunde werd ook in de vroege medische literatuur al gemaakt. Het tweede hoofdstuk uit het vierde boek van het *Corpus Hippocraticum* draagt de titel *Interne aandoeningen* (*De internis affectionibus*). De rol van Podaleirios als voorvader van de inwendige geneeskunde is in de literatuur geleidelijk gegroeid. In 1729 noemt Daniel Le Clerc in de eerste *Histoire de la Medecine* Podaleirios als médecin en Machaon als chirurgien (*figuur 13*).

Voorvader van Hippocrates

Machaon overleefde de Trojaanse oorlog niet. Podaleirios echter kon zich na de overwinning op Troje vestigen in Caria in Klein-Azië, aan de zuidwestkust van Turkije, ter hoogte van het

eiland Kos. Hij werd een gerespecteerd arts, huwde Syrna, de dochter van koning Damatheus, en stichtte met haar de fameuze medische familie van de Asklepiaden, waaruit Hippocrates zou voortkomen. In de *Histoire de la Medecine* nam Le Clerc de stamboom van de familie van Podaleirios tot Hippocrates op. De betekenis van Podaleirios als grondlegger van de beschouwende inwendige geneeskunde werd door die rechtstreekse lijn naar Hippocrates zodanig versterkt dat er in latere literatuur zelfs werd gesproken van Podaleirios als god van de interne geneeskunde. Het archeologisch museum van Dion in Macedonië bezit een beeld met de inscriptie “Podaleirios” (figuur 14). Op het eiland Kos bevindt zich een klein maar interessant archeologisch museum. In een van de hoeken van dat museum staat een klein, wit marmeren beeldje van een jonge man in de kracht van zijn leven. Bij dit beeldje hoort het bijschrift: “Podaleirios. Son of Asclepios, god of internal medicine”. Op gezag van Homerus, door de mythe in de *Ilias* en in de loop van de geschiedenis is deze zoon van Asklepios en de voorvader



Figuur 13. Titelblad van *Histoire de la Medecine* van Daniel Le Clerc. In 1729 werd dit eerste boek over de geschiedenis van de geneeskunde uitgegeven in Den Haag. In het boek is de stamboom van de Asklepiaden opgenomen. Podaleirios de zoon van Asklepios is hierin vermeld als de voorvader van Hippocrates



Figuur 14. Marmeren beeld met inscriptie “Podaleirios” op de sokkel
ARCHEOLOGISCH MUSEUM DION

van Hippocrates terecht de oervader van de inwendige geneeskunde geworden. Daarmee werd Podaleirios letterlijk op lelievoet de eerste internist.

Literatuur

- Le Clerc D. Histoire de la Médecine. Isaac van der Kloot: Den Haag, 1729, pp. 53, 287.
- Edelstein EJ, Edelstein L. Asclepius. Collection and interpretation of the testimonies, vols.1-2.
- Hesiodos. The Homeric hymns and Homeric. Loeb Classical Library, Cambridge, Mass: London, 1970.
- Homerus. Ilias verzen B 731 e.v., - 193 e.v., - 517 e.v.
- Johns Hopkins University Press: Baltimore, 1948. Reprinted 1998.
- Kucharz EJ, Kotulska A. Did the ancient Greeks have a god of internal medicine? Eur J Intern Med. 2005;16:287.
- Sigerist HE. Anfänge der Medizin. Europa Verlag: Zürich, 1963, pp. 521-4.

De Nederlandse geschiedenis van beriberi

H.F.P. HILLEN



Er zijn weinig ziektebeelden zo verbonden met de geschiedenis van de geneeskunde in Nederland en van Nederlandse internisten als beriberi. Alle drie de klinische vormen van beriberi zijn voor het eerst of opnieuw beschreven door Nederlandse onderzoekers en vooral door Nederlandse internisten.

De ‘droge’ vorm van beriberi waarbij de polyneuritis op de voorgrond staat, is al in de 17e eeuw beschreven door de tropenarts ‘avant la lettre’ Jacobus Bontius. De ‘natte’ vorm met falende rechterventrikel is door de internisten Wenckebach en Aalsmeer beschreven. De meest ernstige vorm van beriberi is in Nederland opnieuw onder de aandacht gekomen door het werk van professor Majoor.

Lopen als een schaap

Beriberi is voor het eerst beschreven door Jacobus Bontius (De Bondt 1592-1631), de jongste zoon van de hoogleraar geneeskunde in Leiden, Gerard de Bondt. Bontius was in 1627 met Jan Pieterszoon Coen als medicinae doctor in dienst van de Oost Indische Compagnie naar Batavia gevaren. Hij schreef in korte tijd zes boeken over botanie, natuurlijke historie en ziekten op Java, de Molukken en Timor. Zijn waarnemingen over beriberi zijn pas na zijn dood uitgegeven in *De medicina Indorum*. Hij schrijft over “de paralyseos quadam specie quam indigenae Beriberi vocant.” In de latere Nederlandse editie van 1793 met de titel *Oost en West Indische Warande* staat een beeldende vertaling: “Een sekere moeyelijcke sieckte plagh hier de mensen te plagen, die bij de Ingelande Beriberij genoemd wert, hetwelck in onse tale een schaep beteekent. Ick houde dat men den naem uyt sijnen oorspronck genomen heeft, omdat degene die met deze sieckte gequelt sijn door ’t knicken haerder knyen, ende het kort opheffen haerder voeten, der schaepen gangh nabootsen (*figuur 15*).” Bontius gaf ook adviezen over de behandeling, die onder andere bestond uit ‘stovingen’ met kruiden en insmeringen met nafta. Nicolaas Tulp, vermaard van de anatomische les, volgde in 1716 met succes de receptuur van Bontius bij de behandeling van Joost de Vogelaar, die met beriberi uit de Oost was teruggekomen.



Figuur 15. Titelblad van de Oost- en West-Indische Warande. Jacobus Bontius (1592-1631). Mogelijk is de medicinae doctor met het urinaal Jacobus Bontius.

Weltevreden

Beriberi werd pas een echt probleem voor Nederland toen een aanzienlijk deel van de militairen in de Atjeh-oorlog (1873-1914) ziek werd of zelfs overleed als gevolg van de onbegrepen maar wel herkende ziekte. Polyneuritis leidde tot toenemend verlies van de motoriek en de sensibele in de benen, zodat staan en lopen niet meer mogelijk waren. In 1886 zond de Nederlandse regering een commissie naar Nederlands-Indië om een onderzoek in te stellen naar de oorzaak en de eventuele behandeling van beriberi. Deze commissie, die bestond uit de patholoog Pekelharing, de neuroloog Winkler en de assistent Eijkman, kwam tot de conclusie dat beriberi een neurologische aandoening betrof, mogelijk als gevolg van een bacteriële infectie. Na de rapportage van de commissie werd Christiaan Eijkman (1858-1930) benoemd als hoofd van het laboratorium van het militaire ziekenhuis te Weltevreden, een buitenwijk van het voormalige Batavia. Eijkman was opgeleid als officier van gezondheid en bacterioloog. In Weltevreden deed Eijkman zijn baanbrekende waarneming dat kippen die gevoed werden met gepolijste rijst, zonder zilvervlies, verlamd raakten. In voedingsexperimenten toonde Eijkman aan dat toevoeging van zilvervliesjes aan de voeding tot herstel leidde van de lamme kippen. Het zilvervlies leverde Eijkman de Nobelprijs voor geneeskunde en fysiologie op in 1929. Geïnspireerd door

het werk van Eijkman en diens veronderstelling dat de Polyneuritis Gallinarum een equivalent was van beriberi, toonde A.G. Vorderman, inspecteur van de geneeskundige dienst voor Java en Madoera, het verband aan tussen humane beriberi en het eten van gepolijste rijst. Eijkman werd hoogleraar gezondheidsleer in Utrecht, zijn werk in Weltevreden werd voortgezet door dr. G. Grijns. Zijn onderzoek leidde tot de conclusie dat een deficiëntie ('partiële honger') de oorzaak was van beriberi. In 1926 werd in het laboratorium Weltevreden het anti-beriberi-vitamine B1, aneurine, uit rijstzemelen geïsoleerd.

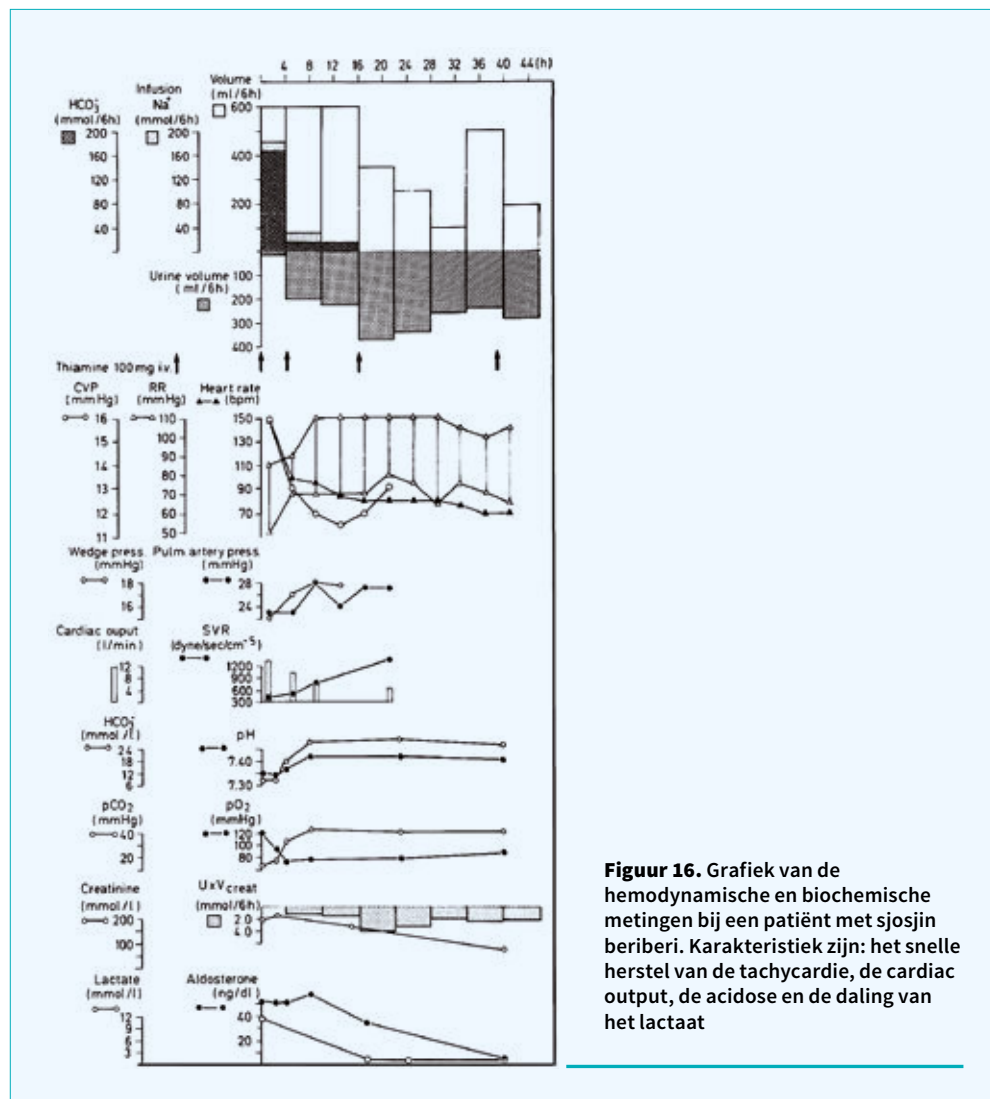
Het beriberihart

Het rapport van de commissie Pekelharing werd in Nederland besproken door diens jonge assistent Karel Frederik Wenckebach (1864-1940), de latere hoogleraar interne geneeskunde in Groningen en Wenen. De vroege belangstelling van Wenckebach voor de cardiovasculaire verschijnselen bij beriberi leidde tot een samenwerking met W.C. Aalsmeer. Deze leerling van Wenckebach bestudeerde op Java de cardiale symptomen van beriberi. Wenckebach bezocht hem in 1931, en had daarbij de gelegenheid een aantal patiënten met cardiale beriberi te onderzoeken. In 1934 schreef hij *Das Beriberi-Herz*. De sterke vergroting van de rechterhart-helft, de hoge veneuze druk, de toegenomen polsdruk bij een lage diastolische bloeddruk en de spontane vaattonen werden daarin als uiting van een hyperkinetische circulatie en als karakteristiek voor de cardiale beriberi beschreven. Door het werk van Wenckebach en Aalsmeer werd het beriberihart algemeen bekend. Na Wenckebach werd het beeld van de cardiale beriberi prachtig beschreven door professor Isodore Snapper (1889-1973) in *Bedside medicine*. Daarbij noemde Snapper het snelle herstel van het ernstige beeld na toediening van slechts 5 mg thiamine als extra kenmerk. De grootte van het hart nam daarna zo snel af dat Snapper sprak van een 'accordeonhart'.

Sjosjin

De meest ernstige vorm van beriberi was waarschijnlijk al langer bekend in de Japanse literatuur en kreeg daar de naam van Sjosjin, letterlijk hartstoten. Ook bij Wenckebach en Aalsmeer was een acute pernicieuze en fatale vorm van beriberi al bekend. Sjosjin beriberi wordt gekenmerkt door cardiogene shock, ernstige lactaatacidose, sterk verlaagde perifere weerstand en in tegenstelling tot de 'gewone' cardiale beriberi, door ernstige perifere cyanose. Dit beeld verloopt, wanneer het niet tijdig herkend wordt, fataal. Sjosjin wordt veroorzaakt door de combinatie van thiaminegebrek en chronisch alcoholisme. Dit beeld was in de Engelstalige literatuur nauwelijks en in de Nederlandse literatuur voor 1978 niet beschreven. In dat jaar publiceerde professor Cees Majoor (1912-1982) in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en in de *Journal of the Royal College of Physicians* een case report en een klinische bespreking van een patiënt met bewezen Sjosjin beriberi. Hij beschreef daarin ook de pathofysiologie van de melkzuuracidose als gevolg van thiaminetekort, door alcohol geïnduceerd tekort aan NAD en overmaat aan NADH2 in het begin van de citroenzuurcyclus. Door het werk van Majoor

werd het ziektebeeld, in Nederland althans, gemakkelijk herkend en adequaat behandeld. Bij de beschrijving van het ziektebeloop maakte menige kliniek gebruik van de grafieken uit de school van Borst, inmiddels ook geschiedenis, vrees ik (*figuur 16*). Sjosjin bleek een dankbare diagnose omdat toediening van thiamine meestal binnen een dag al leidt tot een wonderbaarlijk herstel. In mijn opleidingstijd mocht Majoor daarvoor uit bed gebeld worden. Retrospectief moet de vroegste beschrijving van de Sjosjin beriberi worden toegeschreven aan Jacobus Bontius gezien het volgende citaat uit de *Oost en West Indische Warande*: “Ende al-hoe-wel dese sieckte meestentijds van langerhandt ende met trappen yemant is bevangende,



soo overvalt sy nochtans somwijlen onversiens ende schielicken, namentlyck wanneer de menschen heet ende vermoeyt sijnde, den dranck, die uyt den Indiaanschen Palmboom komt overvloedigh ende schielijck in-swelgen”.

Literatuur

- Lindeboom GA, Van Lieburg MJ. Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde. 7e editie. Rotterdam: Erasmus Publishing; 1993.
- Major RH. Classic descriptions of disease. 3rd edition. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas publisher; 1945.
- Bynum WF, Bynum H (eds.). Dictionary of medical biography. London: Greenwood Press; 2007.
- Zuidema PJ. Oriëntale en occidentale beriberi. Ned Tijdschr Geneesk. 1983;127:92-5.
- Snapper I. Bedside Medicine. New York: Grune & Stratton; 1960.
- Majoor CLH, Hafkenscheid JCM, Van Dijk C. Enkele kernpunten uit de geschiedenis van de cardiale beriberi, die voor de praktisch werkzame arts van betekenis lijken. Ned Tijdschr Geneesk. 1982;126:771-5.
- Majoor CLH. Alcoholism as a cause of Beri-Beri heart disease. J Roy Coll Phycns. 1978;12:143-52.
- Majoor CLH. Het beriberi-hart bij alcoholici. Ned Tijdschr Geneesk. 1978;122:737-44.
- Majoor CLH, Hillen HFP. Cardiale beriberi met melkzuuracidose en cardiovasculaire collaps (sjosjin), een bij alcoholici niet zeldzaam ziektebeeld, dat gemakkelijk wordt miskend. Ned Tijdschr Geneesk. 1982;126:749-57.
- Ter Maaten JC, Hoorntje SJ, Hillen HFP. Acute pernicious or fulminating beriberi heart disease. Neth J Med. 1995;46:217-24.

De geschiedenis van het betere oog

H.F.P.HILLEN



De uitvinding van de stethoscoop door de internist Laennec vond niet bij toeval plaats in de Parijse Medische School. Na de Franse Revolutie was er niet alleen een nieuwe kijk op de wereld maar ook op de geneeskunde. In plaats van op boekengeleerdheid werd de interne geneeskunde gebaseerd op klinische waarnemingen. In dat kader werden in de grote Parijse ziekenhuizen de percussie en de auscultatie herontdekt. De Franse clinici wilden beter kunnen kijken naar de lokalisatie van ziekten in de thorax. Daarom werd het nieuwe instrument stethoscoop, letterlijk ‘kijken in de borst’ genoemd. Twee studenten geneeskunde waren nieuwsgierig genoeg om het instrument in 1822 naar Nederland te halen.

To see with a Better Eye is de titel van de uitstekende biografie van René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826), de uitvinder van de stethoscoop (*figuur 17*.) De auteur Jacalyn Duffin heeft die titel niet toevallig gekozen. Laennec was hoogleraar inwendige geneeskunde aan het Collège de France en hoofd interne geneeskunde, aanvankelijk in Hôpital Necker en later in de Charité. Deze instituten maakten met Hôtel Dieu en andere grote ziekenhuizen in Parijs deel uit van de beroemde Parijse Medische School uit de eerste helft van de 19e eeuw. In deze school maakte de geneeskunde na de Franse Revolutie een eigen revolutie door.

Revolutie

Tot 1800 werd de geneeskunde in sterke mate bepaald door twee kenmerken. Het eerste betrof het denken in theoretische modellen. Men interpreteerde ziekte als een verstoring van inwendige evenwichten, veelal in varianten van de vroegere humoraalpathologie. Ziektebeelden werden modelmatig ingedeeld aan de hand van symptomen zoals koorts, ontstekingen, ophopingen van bloed of phtisis. Een tweede kenmerk was de scheiding tussen denkers en doeners, de boekengeleerde *medicinae doctores* en de praktische chirurgijns, tussen internisten en chirurgen. Die scheiding en het denken in modellen zetten vooral de internisten op afstand, letterlijke afstand van de zieke en de ziekte. *Medicinae doctores*, de

vroegere internisten, achtten het eigenlijk beneden hun stand om zieken aan te raken. Zij interpreteerden klachten, zij raadpleegden de boeken en gaven adviezen op afstand. Ingrepen werden overgelaten aan de chirurgijns.

Van ‘observation’ naar ‘auscultation’

Daarin kwam fundamentele verandering na de Franse Revolutie. De boekengeneeskunde werd ingeruild voor waarnemen, ‘medicine d’observation’, en vooral voor het waarnemen van de lokalisatie van een ziekte in het lichaam, de lokale pathologie. De enorme aantallen patiënten in de Parijse ziekenhuizen vormden de ideale omgeving voor klinische waarnemingen en voor het verifiëren van klinische waarnemingen bij obducties. De Parijse internisten Corvisard, Bayle en Laennec deden zelf op grote schaal obducties. In de Parijse klinieken was het standsverschil tussen internisten en chirurgen geheel verdwenen. Door de toenadering tussen chirurgen en internisten namen de laatsten de fysische diagnostiek over van de chirurgen. Volgens Laennec ‘het chirurgiseren’ van de interne diagnostiek. De Parijse Medische School was op zoek naar de lokale oorzaken van ziekte en gebruikte daarvoor zoveel mogelijk de beschikbare middelen voor klinische observatie. Tegen die achtergrond werd gezocht naar de verbetering van de klinische waarneming. De leermeester van Laennec en lijfarts van Napoleon, Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821) introduceerde in Parijs de percussie. Hij vertaalde de bijna vergeten ‘Inventum Novum’, waarin Leopold Auenbrugger (1722-1809) in Wenen in 1761 als eerste de percussie beschreef. Corvisart en Laennec waren ook weer begonnen met de directe auscultatie. Hippocrates had het luisteren door het oor direct tegen de borst van de zieke te leggen al beschreven. Die ‘auscultation immédiate’ kende echter technische, maar in het Parijs van die tijd ook hygiënische en preutse belemmeringen.

In de herfst van 1816 ontdekte Laennec dat de geluiden van het hart en de longen beter gehoord konden door te luisteren via een holle buis. Hij beschreef zijn eerste instrument als een opgerold papieren cahier. Later bouwde hij zelf instrumenten van hout (*figuur 18*.) Laennec was een begenadigd fluitist en had geleerd om zelf zijn houten instrumenten te bouwen. Hij noemde zijn nieuwe diagnostische methode ‘auscultation médiante’. Het instrument waarmee de auscultatie werd gemedieerd noemde hij niet stethophone, luisteren naar de borst, maar stethoscoop, kijken in de borst, afgeleid van de Griekse woorden στήθος (‘stethos’, borst) en σκοπεῖν (‘skopein’, kijken). Vandaar *To See with a Better Eye*.

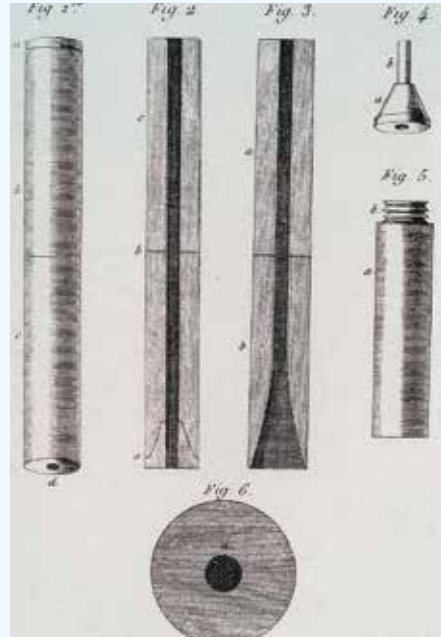
De stethoscoop

In enkele jaren bouwde Laennec een uitgebreide ervaring op met de auscultatie en beschreef zijn klinische bevindingen in 1819 in het boek *De l’auscultation médiante*.

De eerste oplage van 3500 exemplaren vond gretig aftrek voor de prijs van dertien francs per boek. Bij ieder boek werd door de uitgever een houten stethoscoop geleverd voor drie francs. Binnen korte tijd werd de stethoscoop populair onder Parijse klinici en studenten. Medische studenten waren herkenbaar aan het nieuwe statussymbool van de houten cylinder.



Figuur 17. Portret van René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826) de uitvinder van de stethoscoop. Naar een gravure van Ambroise Tardieu (1823-1824)



Figuur 18. De stethoscoop van Laennec. Afbeelding uit zijn boek *De l'auscultation Médiate, ou Traité du diagnostic des maladies des poudons* (1819)

De faam van Laennec en zijn stethoscoop bleef niet beperkt tot Parijs. Studenten en clinici uit Engeland, Oostenrijk en Nederland bezochten de Charité. In 1821 werd het boek van Laennec in het Engels vertaald en was de stethoscoop in Londen te koop. In de Weense klinische school werden de auscultatie en de stethoscoop verder verfijnd door Joseph Skoda (1805-1881). De Groningse hoogleraar P.J. Kuijjer heeft in *Kloppen en Luisteren* mooi beschreven hoe twee Utrechtse studenten, Herman van Hall en Willem Vrolik, in 1822 naar Parijs trokken om bij Laennec te 'stethoscopiseren'. Van Hall kocht in Parijs een stethoscoop, en gebruikte deze als eerste in Nederland in de kliniek in het militair hospitaal in Utrecht. In 1823 beschreef hij zijn bevindingen in zijn proefschrift *De stethoscopii in morbis pectoris usu*.

Statussymbool

Gedurende een groot deel van de gehele 19e eeuw bleef de monaurale houten stethoscoop in gebruik. De toepassing hiervan in Nederland werd in 1902 in de uitgave van het klassieke boek van de internist W.A. Boekelman over de *Physische Diagnostiek* nog uitvoerig besproken. De

houten cilinder werd echter geleidelijk vervangen door lood, eboniet of rubber. Al in 1829 werd de eerste binaurale stethoscoop met loden buizen geconstrueerd. In 1855 werd de basisvorm van de huidige stethoscoop met twee rubber slangen door de Amerikaanse arts George Cammann gepubliceerd in de *New York Medical Times*.

Het 'betere oog' van de stethoscoop werd een onmisbaar instrument maar ook een statussymbool van de dokters en vooral de internisten in Nederland.

De vraag is echter voor hoelang nog. Het betere oog is niet goed genoeg meer en wordt al vaak vervangen door preciezere ogen van de echografie en niet invasieve beeldvorming. De afstand tussen internisten en patiënten wordt voorlopig echter nog overbrugd door de stethoscoop en alle televisiedokters dragen de stethoscoop nog als beroepssymbool losjes om de hals.

Literatuur

- Duffin J. To See with a Better Eye. Princeton: Princeton University Press; 1998.
- Ackerknecht EH. Medicine at the Paris Hospital 1794-1848. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1967.
- Kuijjer PJ. Kloppen en Luisteren. Rotterdam: Erasmus Publishing; 1993.
- Boekelman WA. Fysische Diagnostiek. Haarlem: De Erven F. Bohn; 1916.
- Markel H. The Stethoscope and the Art of Listening. N Engl J Med. 2006;354:551-3.

De eerste beoefenaars van de inwendige geneeskunde

H.F.P. HILLEN



In 1924, 7 jaar voor de oprichting van de NIV schreef de Utrechtse arts dr. A.J. van der Weyde op verzoek van de redactie van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* een artikel over 'De Inwendige Geneeskunde in ons vaderland, gedurende de afgelopen 75 jaren'. De NIV had blijkbaar een voorgeschiedenis. Voor de komst van de internisten en de NIV werd het gebied van de inwendige ziekten al verzorgd door internistische voorvaders, de *medicinae doctores* en de *protointernisten*.

In de 18e eeuw bestond al een behoorlijk gevarieerd aanbod aan medische beroepsbeoefenaars. Chirurgijns, plattelandsheelmeesters, stadsheelmeesters, vroedmeesters en reizende heelmeesters zorgden voor de praktische ingrepen in de barbierswinkel, bij patiënten thuis of op de jaarmarkt. Deze praktisch ingestelde handwerkslieden waren voor een groot deel nog opgeleid in de stadsgilden van de chirurgijns.

Medicinae Doctores

Veel voornamer en geleerder waren de *medicinae doctores*. Zij hadden in de Latijnse school een brede academische vorming genoten: onderwijs in de *artes liberales* en minstens Latijn, retorica, wiskunde en astrologie in het vakkenpakket. De toekomstige *medicinae doctores* volgden een propedeutische opleiding geneeskunde in een tweejarige bovenbouw van de Latijnse school, de illustere school. De kern van dit curriculum bestond uit lezen en interpreteren van de klassieke teksten en uit anatomische lessen. Dit voorbereidend medisch onderwijs werd door professoren gedoceerd die verbonden waren aan een van de zeven Illustere Scholen met een medisch programma in Deventer, Dordrecht, 's-Hertogenbosch, Breda, Nijmegen, Amsterdam of Maastricht. Na de illustere school vertrok de geneeskundestudent naar een van de drie Hogescholen geneeskunde te Leiden, Groningen of Utrecht. Daar werd de academische studie na twee tot vier jaar afgerond met de promotie tot *Medicinae Doctor*, MD. Deze

universitair opgeleide doctores waren de geneesheren van de eerste stand die het vak vooral theoretisch en op gepaste afstand beoefenden.

In de wet van 12 maart 1818 'ter regeling van hetgeen betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunde' werd vastgelegd dat de medicinae doctores bevoegd waren tot de uitoefening van de inwendige geneeskunde.

Proto-internisten

In 1865 maakte de wet van Thorbecke een einde aan de eerste en tweede stand Geneesheren. Er kwam één stand, de artsenstand. Voortaan waren een academische opleiding en een artsexamen nodig om te worden toegelaten tot de medische praktijk. Er was nog geen sprake van specialisatie maar de verdeling van theoretische en praktische geneeskunde bleef wel zichtbaar in de benoeming van hoogleraren aan de vier universiteiten. In 1877 was de Illustere School in Amsterdam inmiddels tot universiteit verheven. Er werden leerstoelen ingesteld in de heekkunde en anatomie. Daarnaast waren er rond 1880 vijf hoogleraren met een leeropdracht

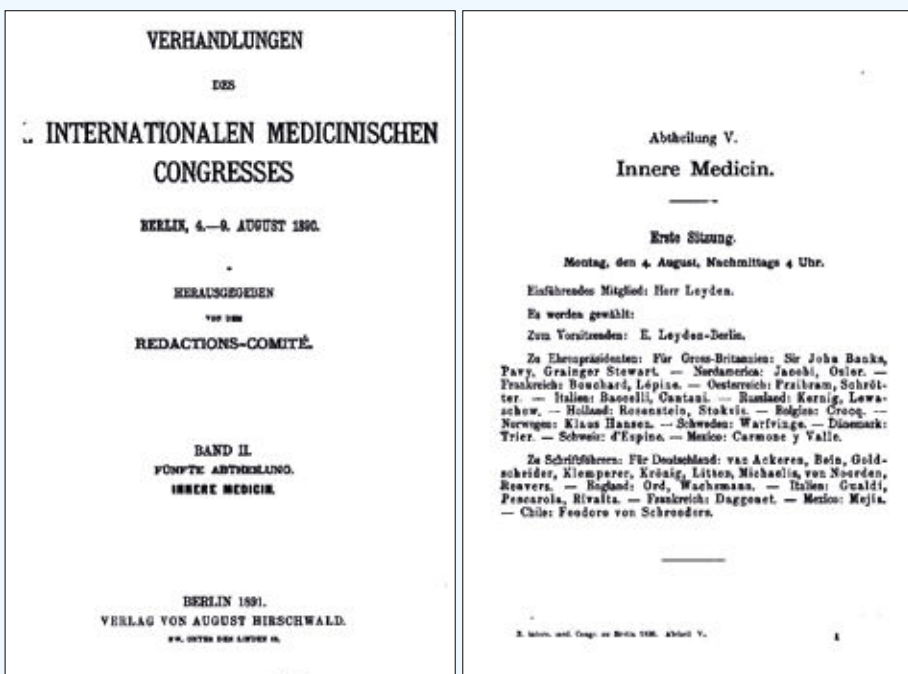


Figuur 19. Professor Samuel Siegmund Rosenstein (1832-1906), leerling van Virchow, hoogleraar Geneeskunde en Pathologie, aanvankelijk in Groningen (1866-1873) en later in Leiden (1873-1902)

COLLECTIE UNIVERSITEIT LEIDEN



Figuur 20. Professor Barend Joseph Stokvis (1834-1902) hoogleraar Algemene Ziektekunde en Klinische geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam van 1874 tot 1902



Figuur 21. Titelblad van het eerste congres voor Interne Geneeskunde van 4-9 augustus 1890 in Berlijn. Verslag van de eerste congresdag met deelnemers uit Nederland, de hoogleraren Rosenstein en Stokvis

op het gebied van de inwendige ziekten. Vaak betrof dit combinaties van algemene ziekteleer, klinische geneeskunde, pathologie en geneesmiddelenleer. Deze hoogleraren – S.S. Rosenstein in Groningen en later in Leiden, G.J. Loncq in Utrecht, H.A. Kooijker in Groningen en H.D.J.J. Hertz en B.J. Stokvis in Amsterdam, met een algemeen ziektekundige leeropdracht – waren de leermeesters en directe voorgangers van de hoogleraren interne geneeskunde in Nederland (figuur 19 en 20). Tegen het einde van de 19e eeuw en in het begin van de 20e eeuw kreeg het begrip interne geneeskunde meer profiel, geleidelijk werd de internist herkend. Van belang hiervoor was de introductie van het specialisme interne geneeskunde in Duitsland. Op 8 februari 1880 was door de directeur van de universiteitskliniek in Berlijn, Friedrich Theodor Frerichs (1819-1885) de 'Verein für Innere Medicin' opgericht, en in 1890 werd ook in Berlijn het eerste congres Innere Medicin georganiseerd (figuur 21). Onder invloed van de hoogleraren, die deels rechtstreeks uit de Berlijnse school kwamen, werden in Nederland de directe prototypes en voorlopers van de huidige internisten opgeleid, de protointernisten. "Die vroege

internisten waren bijna zonder uitzondering hoofden van afdelingen voor inwendige geneeskunde. Ze waren werkzaam in de grote, zich uitbreidende ziekenhuizen, stonden aan het hoofd van het klinisch laboratorium, en ook van de röntgenkamer. Zij fungeerden bovendien vaak tevens nog als geneesheer-directeur”, schrijft Lindeboom in het eerste NIV Lustrumboek. De latere professor Hijmans van den Bergh had van 1900 tot zijn academische benoeming in 1912 precies die functie bekleed in het Coolsingel Ziekenhuis in Rotterdam.

Registratie als internist werd pas mogelijk in 1933 na de instelling van de Specialisten Registratie Commissie. Hijmans van den Bergh was een van de 59 protointernisten die op 29 november 1931 de NIV, toen nog de Nederlandsche Internisten Vereeniging, hebben opgericht.

Literatuur

- Hillen HFP, de Meyer PHE. Uit de geschiedenis van de Interne Geneeskunde. In: Hillen HFP, Ablij HC, Huis in 't Veld-Schimmel IJWJM, van der Meer J, van Megchelen P, Meinders AE. Interne geneeskunde, pijler van de moderne gezondheidszorg. NIV. Utrecht.21-31.
- Lindeboom GA. Schets van de geschiedenis der Nederlandsche Internisten Vereeniging. In: Geerling J, Lindeboom GA, Querido A, Roos J, Schalm L. Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-1981. Bohn Scheltema&Holkema. Utrecht 1981:54-67.
- Van der Weyde AJ. De Inwendige geneeskunde in ons vaderland gedurende de afgelopen 75 jaren. Ned Tijdschr Geneeskd. 1924;68:6-20.

De oprichting van de Nederlandsche Internisten Vereeniging

H.F.P. HILLEN



Vijfentachtig jaar geleden, op zondagmiddag 29 november 1931, werd de Nederlandsche Internisten Vereeniging opgericht. De Rotterdamse internist dr. S.A. Westra was de belangrijkste initiatiefnemer en tevens eerste secretaris. Hij legde de oprichting met kroontjespen als volgt vast in het gemarmerde notulenboek, dat met zorg wordt bewaard in de archieven van de NIV (*figuur 22*).

“Op zondag 29 november 1931 had in de collegezaal van Prof. Hijmans van den Bergh in het Stads- en Academisch Ziekenhuis, Catharijnesingel 101, Utrecht, des n.m. te 2 uur een bijeenkomst plaats van internisten met het doel een Nederlandsche specialisten Vereeniging van internisten op te richten. Deze vergadering was bijeengeroepen door de Heeren G. Fabius, L.S. Hannema, A.J. Korteweg, F.S.P. van Buchem, S.C.M. Spoor, L.J.H. Brongers en S.A. Westra die zich hadden geconstitueerd tot een commissie van voorbereiding om tot de oprichting van een dergelijke Vereeniging te geraken. Deze commissie richtte zich dieneinde tot de internisten-specialisten in Nederland met een circulaire, waarin als taak van de Vereeniging werd voorgesteld:

- a. een economische, tot steun van de maatschappelijke positie van internisten*
- b. een wetenschappelijke, ten einde de gelegenheid te scheppen voor de internisten, om over alle onderdeelen van hun tak van de medische wetenschap van gedachten te wisselen.*

Ter vergadering, die werd gepresideerd door de Heer Fabius, waren aanwezig de Heeren:

H. van Wely, P. Heeres, A.J. Brekelman, J. Planteijdt, A.P. Smitt, M. den Boer, J. Goudsmit, J. Enneking, M.J. Roessingh, G.J. van Thienen, Prof. Hijmans v.d. Bergh, Prof. Kuenen, Fesevur, G. Fabius, L.S. Hannema, A.J. Korteweg, F.J.P. van Buchem, S.C.M. Spoor, L.J.H. Brongers. S.A. Westra”

Weerstand

De oprichtingsvergadering moet tamelijk spannend zijn geweest omdat de oprichting van een specialistenvereniging voor internisten niet geheel onomstreden was. De Nederlandse

Ziekenfondsen

Terwijl de hoogleraren dachten aan een wetenschappelijke vereniging, waren de niet-universitaire initiatiefnemers veel meer bezorgd over de ophanden zijnde Ziekenfondswet. De ziekenfondsen zouden specialisten alleen erkennen en honoreren wanneer zij lid waren van een specialistenvereniging. Zonder NIV en zonder lidmaatschap van de NIV werd gevreesd voor de honorering van de poliklinische ziekenfondspraktijk. De orgaanspecialisten, lees de maag- darmartsen en de longartsen, hadden al een vereniging en vormden zo een bedreiging bij de verdeling van de koek van de fondspraktijk.

De argumenten van de economische en maatschappelijke belangen en de oprukkende orgaanspecialisten werden blijkbaar breed gedragen. Voor de vergadering hadden zich al 39 'proto-internisten' aangemeld als lid van de NIV. Na de ongetwijfeld waardige discussie bleken de hoogleraren overtuigd van het belang van de nieuwe vereniging en lieten ze hun bezwaren varen. De NIV kon worden opgericht. Westra beschreef dit proces met genoeg in de notulen: *"Professor Kuenen vraagt, of dus de Vereeniging gericht zal zijn tegen het orgaanspecialisme, waarop de Heer Westra bevestigend antwoordt. Hierop deelt Prof Hijmans van den Bergh mede, dat hij bekeerd is. Hij ziet in, dat de geboorte van deze Vereeniging noodzakelijk is. Ook Prof. Kuenen deelt mee dat zijn bezwaren zijn overwonnen. Ook hij zal gaarne aan de Vereeniging medewerken. Hij vraagt echter, of het niet mogelijk zal zijn ten slotte op breedere basis te komen door samenwerking met de interne orgaan-specialsten. Dit is echter iets van latere zorg".*



Figuur 23. De collegezaal van het Academisch Ziekenhuis Utrecht met dr. Hijmans van den Bergh (1928). In deze zaal werd in 1931 de NIV opgericht

“De voorzitter vraagt, of iemand nog iets te berde heeft te brengen. Waar dit niet het geval is, wordt met algemeene stemmen besloten tot den oprichting van de internisten Vereeniging”.

Moederspecialisme

In de nabespreking werd nog gefilosofeerd over de definitie van de internist. Men kwam tot de consensus dat “onder een specialist-internist wordt verstaan hij, die de interne geneeskunde in haar volle omvang beoefent”. ‘Zij’ was nog niet in de picture en de ‘volle omvang’, dat kon toen nog.

In 85 jaar is de interne geneeskunde prachtig veranderd en terecht een moederspecialisme in ieder Nederlands ziekenhuis. In het NIV Lustrumboek van 2006 is het specialisme beschreven als pijler van de moderne gezondheidszorg. De oprichters van de NIV zouden met verbazing en ontzag kijken naar de onvermoede mogelijkheden die de interne geneeskunde nu te bieden heeft. De introductie van penicilline zou pas plaatsvinden na het derde lustrum van de nieuwe vereniging. Er zijn echter ook een aantal onderwerpen in de afgelopen 85 jaar als rode draad op de agenda van de NIV gebleven. Het spanningsveld tussen het behartigen van beroepsbelangen en de wetenschapsuitoefening heeft de NIV nooit verlaten. De oprichters kozen niet toevallig voor Nederlandse Internisten Vereniging in plaats van de aanvankelijk overwogen naam Nederlandse Vereniging voor Inwendige Geneeskunde. De orgaanspecialisten bleven opdringen en de zorgen over de tarieven zijn zo oud als de NIV.

Literatuur

- Lindeboom GA. Schets van de geschiedenis der Nederlandsche Internisten Vereeniging. In: Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-1981. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema; 1981:68-103.
- Muller HP, Kramer MHH. Bestuur en beleid. In: Interne Geneeskunde, pijler van de moderne gezondheidszorg. Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-2006. Zwolle: Waanders; 2006:7-19.

De verbazingwekkende geschiedenis van de werktijden

H.F.P. HILLEN



Sinds de oprichting van de NIV in 1931 is de werktijd van arts-assistenten in opleiding gehalveerd. De geschiedenis van de werktijden is verbazend. Er is verbazing over de extreme werktijden en werkomstandigheden van assistent-geneesheren in de jaren 30 van de vorige eeuw. Opleidingseisen en maatschappelijke veranderingen waren de belangrijkste drijfveren achter de gestage vermindering van de werktijden van arts-assistenten. Geleidelijk daalde de gemiddelde werkweek van de assistenten van 80 uur in 1970 naar 60 uur in 1981 bij het tiende lustrum van de NIV. Daarna was er geen sprake meer van geleidelijke vermindering. Onder Europese en politieke druk werd de werktijd binnen tien jaar wettelijk geregeld en gemaximeerd op 48 uur. Terugkijkend is er verbazing over de vanzelfsprekendheid waarmee deze majeure ingreep is geaccepteerd als een voldongen feit. Vooruitkijkend is er verbazing over het gemis aan kennis en onderzoek van de effecten van de kortere werktijden op korte en lange termijn voor de opleiding en de internistenpraktijk.

Gemengde gevoelens

Ik vraag me wel eens af met hoeveel verbazing de oprichters van de Nederlandse Internisten Vereniging zouden kijken naar de interne geneeskunde van nu. De heren G. Fabius, L.S. Hannema, A.J. Korteweg, F.S.P. van Buchem, S.C.M. Spoor, L.J.H. Brongers en S.A. Westra stonden op zondagmiddag 29 november 1931 aan de wieg van de NIV. De eerste ledenlijst telde 39 internisten, allen mannen die aan het hoofd stonden van interne afdelingen in de universitaire klinieken en in ziekenhuizen in de grote steden.¹ Nu zouden zij zich zeker met gemengde gevoelens van ongeloof, voldoening en bewondering verbazen over de interne geneeskunde in Nederland anno 2013. Er zou bij hen voldoening bestaan over de NIV met meer dan 2000 leden, verbazing over het aantal vrouwelijke internisten en ongeloof over werken in deeltijd. Zij waren tenslotte op zondagmiddag naar Utrecht gereisd voor de oprichting van de NIV

omdat er door de week buiten de interne patiëntenzorg geen tijd meer over bleef. Zij zouden met ongeloof en verbazing horen dat tuberculose niet langer een onoplosbaar probleem was. Zij zouden zich afvragen waarom zij niet eerder gedacht hadden aan een infectie als oorzaak voor al die maagulcera. Zij zouden verbaasd zijn over het grote aantal patiënten met kanker. Zij zouden onder de indruk zijn van de verbetering van de gemiddelde levensverwachting met 30 jaar. Zij zouden begrijpen dat dit alles niet bereikt kon worden in een eenmans- of tweemanspraktijk. De splijtzwam van de subspecialisatie die in de jonge NIV tot afkeurende discussie en gevoel van bedreiging van het moederspecialisme had geleid, bleek inmiddels als *kracht in diversiteit* een enorm voordeel. Ik denk echter dat zij van al deze onvoorstelbare veranderingen in een relatief korte tijd sinds de oprichting van de NIV het meeste verbaasd zouden zijn over de werktijden van de arts-assistenten.

Kost en inwoning

De opleiding van arts-assistenten was lange tijd conservatief en traditioneel gebaseerd op het beproefde systeem uit de chirurgijngilden. Een leerling-gezel leerde het vak door vier jaar onder leiding van een erkende gildemeester te werken. Het was daarbij gebruikelijk dat de leerling bij de meester kost en inwoning genoot.² In de positie van arts-assistenten interne geneeskunde uit de tijd van de oprichting van de NIV waren die basiskenmerken van het middeleeuwse meester-gezelsysteem nog onverminderd herkenbaar. In de algemene ziekenhuizen werkten twee of drie assistent-geneesheren, een of twee voor de chirurgische afdeling en een voor de interne afdeling. Het aantal assistenten voor de interne geneeskunde in 1931 is bij gebrek aan een centrale registratie niet goed bekend, maar een reële schatting lijkt mij 50 tot 70. Zij waren inwonend, kregen van de religieuze zusters in de Diaconessenhuizen en Katholieke Ziekenhuizen goede kost en van het ziekenhuis een wedde van 1500 gulden per jaar. De geneesheer-assistenten waren vrij zelfstandig verantwoordelijk voor de zaalpatiënten, maar het was hun verboden particuliere klassepatiënten te behandelen, “behoudens in noodgevallen”. Het uitgangspunt was dat de assistent-geneesheren altijd beschikbaar waren voor de medische behandeling van de nieuwe en de opgenomen patiënten. Lange en eigenlijk onbeperkte werktijden waren het gevolg. De positie van de assistent-geneesheren in 1928 wordt wel heel harde werkelijkheid in het volgende besluit van het bestuur van het ziekenhuis Calvariënberg in Maastricht: *“De ziekenhuis commissie heeft voorgesteld aan dr ‘Interne’ verlof te verlenen tot uitwonen ten einde te kunnen trouwen. Onder voorwaarde dat hij eene woning betrekke in de nabijheid van het ziekenhuis en in overleg met den Directeur Geneesheer zoodanige maatregelen zal treffen als noodig om zijne verplichtingen als assistent onverkort waar te nemen. De commissie zou er prijs op stellen indien bij de kennisgeving van het te nemen besluit tevens wordt medegedeeld dat uit dit verlof geen consequenties hoegenaam mogen worden getrokken noch voor een vaste aanstelling noch voor een andere salarisregeling als kort geleden is aangenomen.”* Dit voorstel werd goedgekeurd. Men kwam de assistent-geneesheer in kwestie nog wel grootmoedig tegemoet door hem 600 gulden vergoeding voor huisvesting toe te kennen nu hij geen

gebruik meer maakte van kost en inwoning in het ziekenhuis.³ In de Spartaanse leerschool bestond de opleiding vooral en misschien alleen uit de supervisie tijdens de visites op zaal. Wanneer u nu denkt dat dit alleen in Maastricht voorkwam, raad ik u aan in de bestuursnotulen en de aanstellingsvoorwaarden voor assistenten uit de periode tussen de twee wereldoorlogen in uw eigen onderwijshospitaal te kijken.

Amerikaanse tijden

In 1949 werden de visitaties van opleidingsklinieken ingesteld. Geleidelijk maakte het meester-gezelsysteem plaats voor een meer gestructureerde opleiding waarvoor overigens pas in 1958 formele opleidingseisen werden geschreven. Kost en inwoning waren niet meer aan de orde, maar hard en lang werken als assistent in opleiding bleef de norm. Voorwaarden voor de erkenning van de opleidingen werden dagelijkse ochtendrapporten, grote visites twee keer per week, een wekelijkse patiëntenbespreking en maandelijkse refereeravonden. Tot eind 1960 bleven de zaal en de eerste hulp het typische werkterrein voor de assistent in opleiding. In de meeste opleidingsziekenhuizen werkten in die periode al meer, vaak vier tot zes, assistenten op de interne afdeling. De stilzwijgende afspraak en de verwachting over de werktijden kwam erop neer dat assistenten zolang werkten tot de dagelijkse taken voor de patiëntenzorg waren afgerond, inclusief die op zaterdag. De gemiddelde werktijd was toen op het niveau van de assistenten in opleiding in de grote Amerikaanse klinieken, namelijk 80 uur per week.

Dierbare herinneringen

Ik ben opgeleid in het Sint Radboud ziekenhuis in Nijmegen in de eerste helft van de jaren zeventig. Mijn opleider professor Majoor noemde mij 'Hillen' en ik liet het wel uit mijn hoofd om hem 'Cees' te noemen. Wij werkten van acht tot acht, werden in de stijl van Majoor zeer nauwkeurig gesuperviseerd, werden gestimuleerd om wetenschappelijk onderzoek te doen en zeer gestimuleerd om op zaterdag de vergaderingen van de Algemene Ziektekundige Vereniging in Utrecht bij te wonen. In die tijd waren de avond- en nachtdiensten al minder frequent, maar de weekenddiensten eens per kwartaal van vrijdagochtend tot maandagavond bleven indrukwekkend. Lange werktijden waren trouwens voor de stafleden even vanzelfsprekend als voor de assistenten. Ondanks de werktijden van 70 tot 80 uur per week bewaar ik met veel blijvende vrienden uit die tijd dierbare herinneringen aan een bij tijd en wijle uitputtende maar zeer motiverende opleiding. Er waren in die periode 380 assistenten in opleiding voor interne geneeskunde, met een netto-inkomen van 2500 gulden per maand.

Andere tijden

In 1984 overleed een jong meisje, Libby Zion, in een New Yorks ziekenhuis nadat assistenten aan het eind van een te lange dienst een pneumonie hadden gemist. Het internationale debat over fouten door vermoeide assistenten met onacceptabele werktijden kwam mede door de 'Libby Zion case' ook in Nederland op gang. Daarnaast was er in de nasleep van maatschappelijke

veranderingen van de jaren zestig en zeventig bij de assistenten en bij een enkele vooruitstrevende internist ook de twijfel ontstaan of het wel zo verstandig was om alle beschikbare tijd monomaan in te zetten voor de interne geneeskunde. Was evenwicht tussen werk en gezin, sport en spel niet van groot belang voor het welzijn en wellicht het optimaal functioneren van de jonge dokters? Geleidelijk werd het maatschappelijk onverantwoord gevonden dat piloten en vrachtwagenchauffeurs onder de Arbeidswet van 1919 vielen en arts-assistenten niet.⁴ Zonder al te veel opzien en debat werden de werktijden van de arts-assistenten verminderd. In het NIV Lustrumboek uit 1981 schreef de assistent en latere KNMG-voorzitter A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman dat de gemiddelde werktijd voor de 440 assistenten interne geneeskunde in de academische en de algemene ziekenhuizen rond 63 uur lag. Het leek hem onwaarschijnlijk dat “de agio na een dergelijke werktijd steeds even fris was voor het verdiepen van theoretische kennis in de avonduren, met wellicht nadelige gevolgen voor het welslagen van gestructureerd onderwijs en toetsing”. Er was dus nog ruimte voor verbetering. En die verbetering kwam zonder veel weerstand en sneller dan verwacht. Vanaf 1988 stuurde de overheid in navolging van de Europese Richtlijn aan op een arbeidstijdenwet voor vroedvrouwen en arts-assistenten. De Sociaal Economische Raad (SER) werd nog om advies gevraagd omdat het besluit zou leiden tot een aanzienlijke uitbreiding van het aantal arts-assistenten. De SER ging te rade bij de wetenschappelijke verenigingen. De NIV hield toen nog een vergeefs pleidooi voor de variant van 55 uur, maar stemde in feite in met de verdere reductie van de werktijd van de assistenten in opleiding. Alleen de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde was tegen. Het sociale en economische klimaat was toen nog zodanig dat de ministerraad in 1993 een Werktijdenbesluit voor Geneeskundigen en Verloskundigen (WBGV) nam. In Engeland werd in 1998 een soortgelijke wet aangenomen. De invoering en de handhaving van de wet bleek in beide landen overigens weerbarstiger dan voorzien. Via overgangsmaatregelen, discussies over wat gerekend moest worden tot arbeidstijd en na toetsing en sancties door de arbeidsinspectie, werd de huidige situatie bereikt. Een arts in opleiding in Nederland mag niet langer werken dan gemiddeld 48 uur per week, 38 uur daarvan besteed aan patiëntenzorg en 10 uur aan opleiding. Op dit moment zijn er 916 assistenten lid van de JNIV.

Een verbazingwekkende geschiedenis

Het is eigenlijk verbazingwekkend hoe vanzelfsprekend een van de meest ingrijpende veranderingen in de praktijk van de interne geneeskunde, de halvering van de werktijd van assistenten, is verlopen. De oprichters van de NIV zouden zich dus de vraag kunnen stellen of de assistenten van nu veel slimmer zijn dan in de begintijd. Dat is ook zo omdat meer dan de helft van de assistenten vrouw is. Zij zouden zich kunnen afvragen of in een tijd van evidence-based medicine ook onderzoek is gedaan naar de effecten op korte en lange termijn van een zo majeure wijziging in de praktijk van de interne geneeskunde. Uit Amerikaans onderzoek kan redelijkerwijs worden geconcludeerd dat de kwaliteit van de directe patiëntenzorg door arts-assistenten niet slechter is geworden na de inkrimping van de werktijden van 88 naar 80

uur.⁵ Soortgelijk onderzoek voor Europa en Nederland is er tot nu toe niet.⁶ Onze oprichters zouden zich daarom zorgen kunnen maken over de ondergrens van de noodzakelijke ervaring. Hoe vaak moet een assistent een aandoening of een ingreep zien om optimale kwaliteit van diagnostiek en therapie te kunnen bieden? Zij zouden dus met verbazing vaststellen dat de effecten van deze interne aardverschuiving niet goed bekend en niet of nauwelijks onderzocht zijn. Zij zouden de wenkbrauwen fronsen wanneer zij met elkaar spraken over de continuïteit van de zorg en over het behoud van informatie wanneer niet één maar veel dokters moeten zorgen voor goede en veilige behandeling van interne patiënten. Er is een geruststellende gedachte. Om niet alleen met verbazing maar ook met trots en vertrouwen naar de interne geneeskunde van hun NIV te kunnen kijken zouden de oprichters van de NIV even moeten kunnen binnenlopen bij de jaarlijkse Internistendagen. Daar zouden zij met verbazing en verwondering naar de beeldschermen, de pc's en de EPD's kijken en vooral veel enthousiaste en gelukkige jonge internisten zien. Dat alles was er nog niet bij de oprichting van de NIV.

Literatuur

1. Lindeboom G.A. Geschiedenis van de Nederlandsche Internisten Vereeniging. In: Geerling J, Lindeboom GA, Querido A, Roos J, Schalm L. Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-1981. Bohn, Scheltema & Holkema. Utrecht, 1981:68-103.
2. Andel van MA. Chirurgijns, Vrije Meesters, Beunhazen en Kwakzalvers. De chirurgijnsgilden en de praktijk der heilkunde (1400-1800). Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1981.
3. Extracten uit het Register van Besluiten van het Burgerlijk Ambestuur ten dienste van den Geneesheer-Directeur van het Ziekenhuis Calvariënberg te Maastricht 1929-1934.
4. Van der Meer J. Werktijd en kwaliteit van de assistent-geneeskundige in opleiding tot specialist. Ned Tijdschr Geneeskd. 1989;133:1385-7.
5. Stegeman T, Trimbos B, Terpstra O. Werktijdenbesluit moet geen keurslijf zijn. Minder vlieguren doet de kwaliteit van de opleiding geen goed. Medisch Contact. 2012;67:137-40.
6. Moonesinghe SR, Lowery J, Shahi N, Millen A, Beard JD. Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. BMJ. 2011;342:d1580.

Binnengasthuis, van nonnenklooster naar AMC

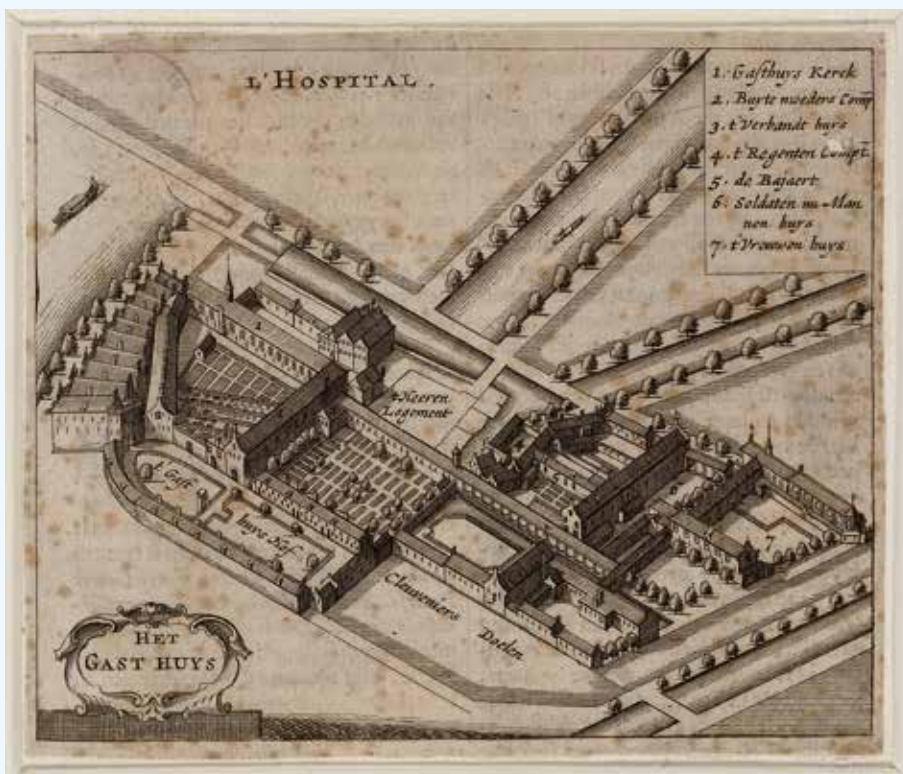
J. VAN DER MEER



‘Onze interne kloostergemeenschap kende zijn vaste rituelen, visites, woensdagmiddagbespreking, curven en koffie en er heerste een sfeer van saamhorigheid, al was het maar omdat wij alles beter wisten en zelf konden doen, van foto’s maken en bacteriën kweken tot onderzoek van bloed en sputum. Bij uitzondering was een chirurg nodig en wat vaker een patholoog-anatoom. De gelofte van armoede had de gemeente Amsterdam al voor ons en onze patiënten afgelegd.’ Dit schreef Ad Dunning, hoogleraar cardiologie, in het voorwoord van *Verhalen uit het Binnengasthuis 1957-1961* van Johan Vreeken, hoogleraar interne geneeskunde, evenals Dunning toen werkzaam in het AMC. ‘Er heerste in dit gasthuis, deze interne kliniek, een allergenoeglijkste sfeer, niet van verbroedering misschien, zeker ook niet van genezing, maar van een intiem en toch overzichtelijk gedonderjaag onder elkaar...’ beweert Anton Wachter, coassistent in de jaren 30 van de vorige eeuw, in *De laatste kans* van Vestdijk.

Het Binnengasthuis (BG) was in 1582 als Sint Pietersgasthuis gevestigd in de gebouwen van een nonnenklooster. Het terrein was door de lokale overheid gevorderd nadat Amsterdam in 1578 naar het protestantse kamp was overgegaan. Evenals andere voorlopers van ziekenhuizen in Nederland was het gasthuis een tijdelijk toevluchtsoort voor arme reizigers, bedelaars en zwervers. Vanaf het begin werden er zieken verpleegd en kwamen dagelijks chirurgijns uit de stad langs. Pas in 1601 werd een arts benoemd, en in 1672 een tweede. Veel hadden die niet in te brengen, want het beleid werd vooral bepaald door de regenten. (L’histoire se repète?) Het personeel werd slecht betaald en verdiende bij door de verkoop van koffie, thee en tabak, en bestal soms de patiënten.

In de 17e eeuw was het gasthuis te klein om alle pestpatiënten op te vangen (*figuur 24*). Daarom werd als dépendance van het gasthuis in de buurt van de Overtoom in de weilanden een Pesthuis gebouwd. Toen de pest afnam werden er de hopeloze gevallen uit het Sint Pietersgasthuis opgenomen. Het Pesthuis brandde in 1732 af en herrees als Buitengasthuis. Dit vormde de basis voor het Wilhelmina Gasthuis (WG) dat in 1893 werd geopend.



Figuur 24. Het BG aan het eind van de 17e eeuw

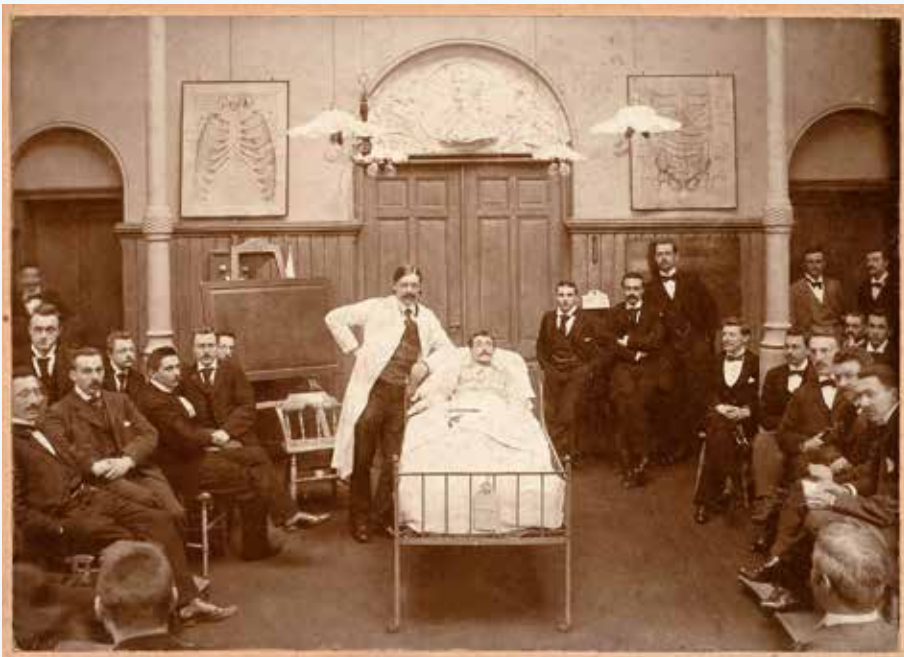
STADSARCHIEF AMSTERDAM

In 1828 werd in het BG een Klinische School gevestigd met de stadsmedicus H.F. Thijssen als eerste hoogleraar klinische geneeskunde, het begin van de Amsterdamse internisten-school. Veel school kon Thijssen niet maken want hij overleed al twee jaar later. Van zijn latere opvolgers zijn vooral P.K. Pel, I. Snapper (kort in het BG, daarna in het WG, Peking en New York) en J.G.G. Borst (1902-1976) bekend geworden. De bijgaande foto van Pel in de collegezaal van de interne kliniek laat zien dat bij het onderwijs de patiënt centraal stond (figuur 25). Deze vorm van klinisch onderwijs vond zijn hoogtepunt in de befaamde zaterdagochtendcolleges van Borst waarbij de keukenstoelen uit de tijd van Pel ook bezet werden door studenten uit andere steden.

Wilhelmina Gasthuis

In 1925 was het WG ook academisch ziekenhuis geworden met meer mogelijkheden voor specialisatie, ook binnen de inwendige geneeskunde. Onder meer de psychiatrie, neurologie, verloskunde en later cardiologie, longziekten en gastroenterologie waren exclusief gelokaliseerd in het WG terwijl in het BG de kindergeneeskunde en de dermatologie waren gevestigd. Deze situatie met onder meer twee interne en twee chirurgische afdelingen van de Gemeente Universiteit was verre van optimaal. Bovendien had de Gemeente Amsterdam ook nog een eigen interne en een chirurgische afdeling in het BG.

Het BG was in de 19e eeuw het eerste ziekenhuis in Nederland waar auscultatie en percussie werden ingevoerd en later de röntgenologie. In de 20e eeuw was het echter niet meer mogelijk de mogelijkheden van de moderne geneeskunde voldoende te realiseren. Ook de voorzieningen voor de patiënten waren hopeloos verouderd: zalen met meer dan 20 bedden en een sanitaire accommodatie waarvoor een campinghouder geen vergunning zou krijgen. Bij gebrek aan liften in de interne kliniek transporteerden dragers net als op de Alkmaarse kaasmarkt de



Figuur 25. College van professor Pel (1852-1919)

STADSARCHIEF AMSTERDAM

zieken over het terrein. In 1939 had de gemeenteraad al besloten het BG te sluiten. Pas na de oorlog werd dat mogelijk, maar niet zonder veel gedonderjaag.

Slotervaart

In 1943 was op een zolder in het BG het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis opgericht. De explosieve groei van deze activiteit binnen de schamele behuizing in het BG maakte nieuwbouw noodzakelijk. In 1959 werd op een kale vlakte in Slotervaart een groot laboratorium annex productiefaciliteit geopend. Een van de vele plannen voor de academische geneeskunde ging uit van een nieuw academisch ziekenhuis in Slotervaart, maar dat pakte anders uit. In 1960 nam het Rijk de financiering van de universiteit van de gemeente over. Na veel getouwtrek werd in 1966 besloten WG en BG te sluiten en op een nieuwe locatie een academisch ziekenhuis te bouwen. Het rode college van B en W vond dat er naast protestantse en katholieke ziekenhuizen ook bedden voor onkerkelijke Amsterdammers moesten zijn en liet het Slotervaartziekenhuis bouwen. Dit werd in 1976 geopend, in een periode waarin Amsterdam een beddenoverschot had, en niet ver van het katholieke St. Lucasziekenhuis en het protestantse Andreasziekenhuis. In 1969 stelde de overheid 750 miljoen gulden beschikbaar voor de start van de bouw van drie nieuwe academische ziekenhuizen in Amsterdam, Utrecht en Leiden. Amsterdam besteedde als koploper meer dan een derde deel van het budget als voorbereiding van de bouw van het Academisch Medisch Centrum in de Bullewijk, Amsterdam Z.O. Het duurde nog tot 1972 voordat de faculteit de nieuwbouwplannen goedkeurde. Een reeks bezuinigingen vertraagde het bouwproces en pas in 1981 konden de academische afdelingen van het BG naar het AMC verhuizen. Daarna volgden successievelijk de afdelingen van het WG en tenslotte de over de stad verspreide preklinische instituten. Onder leiding van de hoogleraren Van Leeuwen, Koster en Vreeken begonnen de gefuseerde afdelingen inwendige geneeskunde aan een nieuwe toekomst.

Literatuur

- De Moulin D, van Eeghen I.H., Meischke R. Vier eeuwen Amsterdams Binnengasthuis. Wormer: Inmerc B.V.; 1981.
- Mooij A. Doctors of Amsterdam. Amsterdam: Amsterdam University Press; 1999.
- Van Lieburg M.J. (red.). De Amsterdamse Internistenschool 1828-2008. Rotterdam: Erasmus Publishing; 2008.

Hemofilie: een volwassen kinderziekte

J. VAN DER MEER



‘**D**at wordt na de oorlog mijn Buitenkliniek’ dacht de Joodse kinderarts Simon van Creveld (1894-1971) bij het passeren van de buitenplaats Oud-Bussem, op dat moment eigendom van een fascist. In 1950 lukte het hem inderdaad in dat gebouw de ‘Noord-Hollandse Buitenkliniek voor kinderen’ te openen. Veertien jaar later kwam op hetzelfde terrein de Hemofiliekliniek van de grond, de eerste op de wereld (*figuur 26*).

Professor Van Creveld – van 1938 tot 1964 hoofd van de kinderkliniek in het Amsterdamse Binnengasthuis – was een van de eerste ‘stollers’ in Nederland. Halverwege de jaren 30 van de vorige eeuw had hij als een van de eersten in de wereld gevonden dat een eiwitfractie uit serum de stollingstijd in hemofiliebloed verkortte. (Er werd toen nog geen verschil gemaakt tussen hemofilie A – tekort aan factor VIII – en gebrek aan factor IX: hemofilie B.) Injectie van dit preparaat, zowel i.v. als i.m. (!), verkortte de stollingstijd bij hemofiliepatiënten. De oorlog onderbrak zijn research. Elders in de wereld lukte het met behulp van plasmafractionering meer gezuiverde stollingspreparaten te bereiden. Na 1945 probeerde Van Creveld de nieuwe mogelijkheden uit bij de behandeling van kinderen met hemofilie. Aanvankelijk kon een bloeding alleen worden gestelpt door inspuiting van vers bloed of plasma. Het effect daarvan was beperkt omdat de concentratie van stollingsfactoren in plasma gering is en de noodzakelijke verhoging daarvan met bloed of plasma al gauw tot overvulling van de circulatie leidt. Een doorbraak was de toevallige vondst van de Amerikaanse onderzoeker Judith Pool: als bevroren vers plasma bij 4°C factor wordt ontdooid, ontstaat een precipitaat dat een hoog gehalte aan factor VIII bevat (*figuur 27*). Vanaf 1966 kon het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst (CLB) dit cryoprecipitaat als gevriesdroogd product in Nederland leveren.

Beperkt

De therapeutische mogelijkheden waren vroeger zeer beperkt. Bloedingen in gewrichten en spieren waren de meest voorkomende complicaties met vaak ernstige invaliditeit tot gevolg.



Figuur 26. De eerste hemofiliekliniek ter wereld kwam in 1964 van de grond

VAN CREVELDKLINIEK, UTRECHT

Bij het eerste teken van zo'n bloeding werd zo snel mogelijk een stollingspreparaat toegediend. Volledige bedrust, voorzichtige mobilisatie en milde fysiotherapie waren de volgende stappen. De orthoeped beperkte zich tot het aanbrengen van spalken om de aangetaste gewrichten in de meest gunstige stand te houden (*figuur 28*). Contracturen werden met rekverbanden en gips behandeld. Operaties werden alleen in levensbedreigende omstandigheden verricht. De verpleegduur was lang, zodat in 1966 voor de kinderen in de Hemofiliekliniek buitengewoon onderwijs werd georganiseerd.

Stollingspreparaten

De komst van cryoprecipitaat en andere geconcentreerde stollingsfactoren heeft van een geïnvaleerd kind met hemofilie een vaak normaal functionerende volwassene gemaakt. In 1967 begon Jeanne Stibbe – later internist in Rotterdam – in de Hemofiliekliniek met profylactische toediening van de stollingspreparaten. Begin jaren 70 van de vorige eeuw was er regelmatig overleg tussen hemofiliebehandelaren; internisten speelden daarbij een belangrijke rol, onder anderen Loeliger en Velkamp uit Leiden, Ten Cate uit Amsterdam en Sixma uit Utrecht. Er was ook intensief contact met de in 1971 opgerichte Nederlandse Vereniging van

Hemofilie-Patiënten. Dat contact was des te meer nodig omdat in 1973 thuisbehandeling werd ingevoerd waarbij ouders van patiëntjes een spilfunctie hadden. Een en ander had als gevolg dat langdurige opname van kinderen uit de tijd raakte en dat de Hemofiliekliniek, die in 1971 was omgedoopt tot Van Creveldkliniek, in financiële problemen kwam. In 1976 werd de kliniek onderdeel van het Medisch Centrum Berg en Bosch in Bilthoven. De behandeling was toen al voornamelijk poliklinisch. Een eigen verpleegafdeling was niet meer nodig. Snelle mobilisatie werd regel. Corrigerende orthopedische operaties werden mogelijk. Er was een nauwe samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Toen Berg en Bosch in 1992 failliet ging, werd de hemofilieafdeling overgeplaatst naar dat academisch ziekenhuis. De tot een polikliniek gereduceerde Van Creveldkliniek is nu onderdeel van de afdeling Hematologie van

WOENSDAG 25 MEI 1966

Amerikaans preparaat opent kans op

Leven zonder Vrees

DIE
EEUWIGE
ANGST
VAN DE
LIJDER
AAN
HEMOFILIE

voor

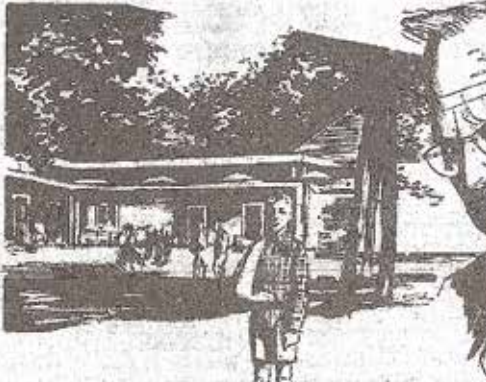
Verwonding

Nog geen
middel ter
genezing

Van een onzer verslaggevers
HUIZEN (N.-H.), dinsdag

de neiging tot bloeden te verminderen.
Dat doen we ook als een operatie noodzakelijk is. Aan een patiënt h.v. een blinde-darmoperatie moet ondergaan, moet hij dagelijks transfusies hebben daar iedere injectie maar zes tot acht uur werkzaam is."

Gevaren



Het aan bloederziekte lijdende kind houdt zich ver van ruwe spelletjes op het schoolplein. Dat heeft het al jong geleerd.

Prof. dr. S. van Creveld
(rechts op de tekening)

„Dat er niet veel voor hen gedaan kan worden is een fabel”

Figuur 27. Publiciteit na de Amerikaanse ontdekking

VAN CREVELDKLINIEK, UTRECHT

het UMC Utrecht. Daarnaast zijn er in Nederland nog 12 centra waar de circa 1500 kinderen en volwassenen met hemofilie kunnen worden behandeld.

Bloedoverdraagbare ziektekiemen

Het succesverhaal van de behandeling kent helaas dramatische episoden. Cryoprecipitaat werd vaak uit plasma van vier donoren gemaakt. Voor de productie op industriële schaal werden (en worden) plasmapools gebruikt afkomstig van duizenden donoren. Infecties met bloedoverdraagbare ziektekiemen waren vanaf het begin theoretische mogelijkheden die helaas ook werkelijkheid zijn geworden. Allereerst hepatitis. Voor 1992 konden virussen in preparaten met het kwetsbare factor VIII onvoldoende worden geïnactiveerd, met als gevolg talrijke besmettingen met hepatitis B en C. Dat was nog niet alles. In januari 1983 werd in het CLB een unieke bijeenkomst gehouden die als 'Bloody Sunday' bekend is geworden. Aanwezig waren behandelaren, patiënten, vertegenwoordigers van het COC, de Inspectie en producenten. De dwingende aanleiding was het bericht dat in Californië onder homoseksuele mannen een onbekende dodelijke ziekte was opgedoken. Later dat jaar werd elders het hiv-virus ontdekt, maar in Nederland werden die zondag al twee belangrijke besluiten genomen. Allereerst



Figuur 28. Spalken moesten de aangetaste gewrichten in de juiste stand houden

VAN CREVELDKLINIEK, UTRECHT

werden – met instemming van het COC – homoseksuele mannen als donor uitgesloten. Verder werd de productie van vier-donor-cryoprecipitaat krachtig opgevoerd om het gebruik van preparaten uit grote plasmapools zoveel mogelijk te beperken. Deze alerte reactie van alle betrokkenen heeft het hiv-probleem in Nederland in vergelijking met andere landen beperkt. Dat neemt niet weg dat in de periode 1979 en 1985 circa 170 van ongeveer 1200 Nederlandse patiënten besmet zijn geraakt.

Sinds 1992 is recombinant factor VIII op de markt. Omdat dit preparaat ook een aantal bezwaren heeft, worden daarnaast nog steeds plasmaproducten gebruikt. Streng selectie van donoren, screening van het plasma, verbeterde virusinactivatie en vaccinatie van nieuwe patiënten tegen hepatitis B hebben de infecties tot een acceptabele frequentie teruggebracht. De ruimere beschikbaarheid van stollingspreparaten maakt het nu mogelijk orthopedische ‘inhaaloperaties’ bij oudere patiënten uit te voeren.

Goede vooruitzichten

In 1972, 1978 en 1987 zijn enquêtes gehouden onder de Nederlandse hemofiliepatiënten. Resultaten: de levensverwachting is vrijwel normaal geworden, de besmetting met hiv is belangrijk lager dan in een groot aantal andere landen, schoolverzuim en studievertraging zijn aanzienlijk afgenomen en het opleidingsniveau van volwassen patiënten is even hoog als dat van de Nederlandse volwassen bevolking.

‘Persistent slow bleeding for days from trivial injuries greatly limits the activities of the person’ staat in *Cecil&Loeb Textbook of Medicine* uit 1955. De geschiedenis van de hemofilie laat zien dat deze sinds de oudheid bekende kinderziekte nu een goed behandelbare aandoening van volwassenen is.

Literatuur

- Knecht-van Ekelen A de. ‘Hemofilie, een ziekte in beweging’. Utrecht, 1998.
- Varekamp I, et al. De maatschappelijke effecten van de moderne hemofiliebehandeling. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1989;133:404-8.
- Smit C. Ballonvaart. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2013;157:180.

Van Binnengasthuis naar Slotervaart, van CLB naar Sanquin

J. VAN DER MEER



Waar raken de historie van het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst en die van de interne geneeskunde elkaar? Jan van der Meer neemt ons mee in de historie van de eerste bloedtransfusiedienst in Nederland.

“We zagen de koningin achter de ramen door de verschillende afdelingen van het gebouw schrijden, omringd door een stoet in jacquet gestoken dribbelende maraboes die steeds een paar stapjes terug deden om haar voor te laten gaan. Als moesten zij uitproberen of de vloer het wel hield. We zagen haar even later over het terrein lopen, bij de vijver verpozen en wuiven, leek het wel, naar de pelikanen op het eilandje. En ik geloof waarachtig dat ze terugknikten met die stofzuigerzakken. Misschien kwam dat ook wel omdat hare majesteit weer iets wilds met veren op haar hoofd had. Dat ze een soortgenoot in haar meenden te herkennen.” Zo beschrijft Jan Wolkers in *Turks Fruit* met dichterlijke vrijheid de opening van het nieuwe Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst (CLB) van het Nederlandse Rode Kruis. Het CLB was tussen 1956 en '59 verhuisd van het Binnengasthuis in het oude centrum naar een lege vlakte tussen de tuinders van Slotervaart in Amsterdam West. Naast de koningin staan burgemeester G. van Hall en de wetenschappelijk en algemeen directeur professor J.J. (Joghem) van Loghem (*figuur 29*). Beiden zijn van groot belang geweest voor de groei en bloei van het CLB.

Eerste bloedtransfusiedienst

In 1930 was door internist dr. H.C.S.M. van Dijk onder auspiciën van het Rode Kruis in Rotterdam de eerste bloedtransfusiedienst in Nederland opgericht, gevolgd door diensten in veel andere steden. Onder dreiging van een nieuwe wereldoorlog ontstond de behoefte aan voorraden bloed. Hiertoe werden in samenwerking met de geneeskundige dienst van de landmacht twee conserveerinrichtingen ingericht, één in Rotterdam onder leiding van Van Dijk en één in het Binnengasthuis in Amsterdam onder leiding van prof. dr. J.G.G. Borst (vader

van de biochemicus Piet en schoonvader van de latere minister Els). De internist Borst is vooral bekend geworden door zijn onderzoek naar water en zout en de bloedsomloop en door zijn klinisch onderwijs, maar in de jaren 30 was hij een pionier van de bloedtransfusie. Zijn assistenten verzorgden de bloedtransfusies in het Binnengasthuis. Hij ontwierp een langwerpige glazen kolf waarin bloed kon worden bewaard en getransporteerd, de zogeheten borstkolf. De Rotterdamse inrichting ging bij het bombardement in mei 1940 verloren zodat Amsterdam als nationaal centrum overbleef. In 1943 kreeg de conserveerinrichting in het Binnengasthuis de naam Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandsche Rode Kruis, een weidse naam voor een laboratorium dat krap behuist was op een zolder van een gebouw aan een steegje op het ziekenhuisterrein (*figuur 30*). Directeur werd Jip Spaander, assistent van Borst, en later de eerste directeur van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid, het latere RIVM. De borstkolf maakte het in die oorlogsjaren mogelijk bloed door het hele land te transporteren en heeft onder andere bij de slag om Arnhem dienst gedaan.

Groei

In de oorlog hadden de Engelsen en Amerikanen de techniek van de bloedtransfusie verder ontwikkeld. Na 1945 werd die achterstand door het CLB snel ingelopen. De fragiele borstkolf



Figuur 29. De opening van het nieuwe CLB in 1959. Rechts naast de koningin professor Van Loghem en daarnaast burgemeester Van Hall

ARCHIEF CLB



Figuur 30. Ingang van het CLB in Slotervaart (Amsterdam-West)

ARCHIEF CLB

werd vervangen door de robuuste glazen fles en later de plastic zak. De van de Amstel Brouwerij afkomstige biochemicus Mastenbroek ontwierp een methode om plasma lyofiel te drogen, later gevolgd door de fractionering waarbij plasma in diverse componenten zoals albumine en immunoglobulinen werd gescheiden. De groei van de activiteiten – behalve op een zolder nu ook in een kelder – vroeg om een nieuwe structuur. Begonnen als een dienst van het Rode Kruis was het CLB uitgegroeid tot een bedrijf dat grote investeringen moest doen. Onder leiding van de bankier, curator van de Gemeente Universiteit en latere burgemeester Van Hall werd in 1949 een zelfstandige stichting opgericht waarin het Rode Kruis, Gemeente Amsterdam, Ministerie van Oorlog en het Rijk vertegenwoordigd waren.

Researchlaboratorium

In 1950 volgde Van Loghem Spaander op als directeur. Na zijn opleiding tot internist in het Wilhelmina Gasthuis had hij in 1945 op de zolder van het CLB tijdens zijn diensttijd als reserveofficier een researchlaboratorium ingericht. Het kamertje bood ruimte aan twee personen, een microscoop, een handcentrifuge en een ijskast die op petroleum ‘liep’. Zijn

eerste researchonderwerp was het in 1940 ontdekte resussysteem met als praktisch gevolg het doen van wisseltransfusies bij pasgeborenen waarvoor hij met een medewerkster en een chauffeur het land inging. De research werd de derde belangrijke pijler van het CLB naast de productie van plasmacomponenten en transfusieapparatuur en de diagnostiek van transfusieproblemen en auto-immuunziekten. In 1959 werd Van Loghem hoogleraar immunopathologie en werd het laboratorium voor experimentele en klinische immunologie van de Universiteit van Amsterdam in het CLB geïntegreerd.

Van Loghem had een goede neus voor talent en hij gaf zijn medewerkers de ruimte onder het motto 'Iedereen die de dertig gepasseerd is heeft het recht op het maken van zijn eigen fouten'. Dit leidde onder meer tot 62 promoties. Bij zijn aantreden als directeur had het CLB in het BG 70 medewerkers, bij zijn vertrek in 1979 ongeveer 1000. Hij ontdekte al vroeg het werk van Corneille, Heijboer en Wolkers toen dat nog betaalbaar was, en legde een van de eerste



Figuur 31. De ingang van het CLB in het Binnengasthuis

ARCHIEF CLB

naoorlogse bedrijfskunstverzamelingen in Nederland aan in de verwachting dat kunst aan de muur de onderzoeker in het lab stimuleert.

Fusie

Ondertussen waren in het land 110 bloedtransfusiediensten van het Rode Kruis werkzaam die in de jaren 70 opgingen in 22 regionale bloedbanken waar bloed werd afgenomen en bewerkt. Het CLB verzamelde de grondstof voor de productie van plasmacomponenten door middel van zogenoemde plasmacampagnes in dorpen op afstand van de bloedbanken. Dat gaf de nodige wrijving tussen de bloedbanken en het CLB. Verder was elke bloedbank een aparte stichting met een eigen bestuur en beleid. Het was dan ook niet eenvoudig een landelijk transfusiebeleid uit te voeren, waar zeker grote behoefte aan was toen bleek dat het aidsvirus door bloed kon worden overgebracht. Vooral dankzij de inzet van minister Els Borst – gepromoveerd bij Van Loghem – fuseerden de bloedbanken en het CLB en ontstond op 1 januari 1998 Sanquin Bloedvoorziening, waarmee de naam CLB geschiedenis werd.

De bloedtransfusiedienst in Nederland is gestart door een internist, een internist heeft in het BG de basis voor het CLB gelegd en het CLB is geleid door internisten (behalve Van Loghem onder meer Pim van Aken en Ernest Briët). Veel internisten hebben daar hun militaire diensttijd doorgebracht en zijn er gepromoveerd op onderwerpen als auto-immuunziekten, virushepatitis, aids, hematologische ziekten, bloedstolling, allergische aandoeningen en transplantatieproblematiek. Het CLB is dan ook niet alleen het centraal laboratorium van de bloedtransfusiedienst maar ook het centraal laboratorium van de inwendige geneeskunde.

Met dank aan Anneke de Regt en Bouke Bottelier voor het leveren van de foto's.

De internist en Europa

J.W.F. ELTE, H. ABLIJ



Wespreken steeds vaker van en over Europa en de grenzen binnen dit werelddeel lijken te vervagen, ondanks alle problemen en sceptici. Wellicht dat we over enkele decennia ons echt Europeaan gaan voelen en noemen. Europa is nog nooit zo actueel geweest en op medisch gebied is dit niet anders. Ook hier wordt gestreefd naar saamhorigheid en uitwisseling van kennis. Een goede gelegenheid om de geschiedenis van de interne geneeskunde binnen Europa eens onder de loep te nemen.

Tot 1996 werd de Europese interne geneeskunde vooral overheerst door de Franstalige Association Européenne de Médecine Interne (d' Ensemble) (AEMI(E)). De Association heeft in het verleden prachtige dingen gedaan, waaronder de organisatie van tweejaarlijkse congressen van hoge kwaliteit, waarin tal van onderwerpen die betrekking hadden op de interne geneeskunde aan bod kwamen. Maar het bleef een Franstalige aangelegenheid. Het probleem was natuurlijk – naast het enigszins elitaire karakter – de taal. De Franse taal is prachtig, maar vormde wel een belemmering om de interne geneeskunde op Europees niveau naar een hoger plan te tillen.

Europese eenwording op internistisch niveau

Al in 1969 vonden enkele leden van de sectie interne geneeskunde van de European Union of Medical Specialists (UEMS) dat het belangrijk was – naast het bespreken en uitvoeren van de Europese regels – de interne geneeskunde in Europa op de kaart te zetten. En niet alleen op medisch-inhoudelijk gebied, maar ook op het gebied van wetenschap, ethiek en beroepsmatige zaken in de breedste zin. Het was in de jaren negentig het idee van de Italiaan prof. Ugo Carcassi en de Spanjaard prof. Jaime Merino om de AEMI(E) te transformeren tot een Engelstalige en dus veel toegankelijker, op Europa gerichte federatie. Dus geen doorlichting en ballottage meer voor de aspirant-leden, maar een open en toegankelijke organisatie voor elke Europese internist. De oprichting van de European Federation of Internal Medicine (EFIM), in 1996 in Parijs (!), was een feit en er worden nu 34 wetenschappelijke internistenverenigingen (uit 32 landen) en circa 40.000 internisten door de EFIM vertegenwoordigd. De Fransman prof. Yves Le Tallec was de laatste voorzitter van de AEMI(E) en de Zwitserse prof. Philip Jaeger werd de eerste voorzitter



Figuur 32. Het EFIM-bestuur (Executive Committee, 2012)

JAN WILLEM ELTE

van de EFIM. De Nederlander dr. Hein Muller werd de eerste EFIM-penningmeester. EFIM is nu in vrijwel alle Europese landen een erkende organisatie. Recent trad Cyprus toe. Vreemde eend in de Europese bijt is Denemarken: daar is de algemene interne geneeskunde opgeheven en het land is geen lid meer. Maar dat wordt ruimschoots gecompenseerd door de niet-Europese landen: Israël en Turkije zijn volwaardig lid en Tunesië en Marokko zijn geassocieerd lid. Per land zijn er twee afgevaardigden. Verder zijn er nauwe overzeese banden met de American College of Physicians (ACP), met de Royal College of Physicians (RCP) in Londen en met de International Society of Internal Medicine (ISIM).

Een Europees tijdschrift

Al vóór de oprichting van de EFIM werd de interne geneeskunde van Europa vertegenwoordigd door het in 1989 opgerichte tijdschrift *European Journal of Internal Medicine* (EJIM). Carcassi werd hoofdredacteur en de Nederlander dr. Jan Willem Elte één van de 'deputy editors'. In 1999 werd het hoofdredacteurschap overgenomen door prof. Harry Hillen en werd Elsevier de uitgever. In de jaren van het bestaan van de EJIM is het aantal ingediende manuscripten gestaag toegenomen, waarbij er ook ruime belangstelling is voor het blad uit niet-Europese landen. Hillen heeft hier een grote bijdrage aan geleverd. Een Nederlander werd opgevolgd door een Nederlander: prof. Peter de Leeuw trad in 2003 aan als hoofdredacteur. Vanaf 2009 tot

op heden is de Italiaan prof. Pier Mannucci hoofdredacteur. Dat naast de kwantiteit ook de kwaliteit van de artikelen is toegenomen, mag blijken uit de toegenomen impactfactor van 2.89.

De EFIM-congressen

Zoals je mag verwachten van een volwaardige medische Europese organisatie is er ook een nu jaarlijks terugkerend congres. Het eerste EFIM-congres werd in 1997 in Maastricht gehouden met ongeveer 1000 deelnemers, waarvan ruim 200 uit Nederland. Harry Hillen speelde een thuiswedstrijd als voorzitter. De vorm die het congres moest krijgen was al vastgesteld en goedgekeurd tijdens de oprichtingsvergadering van de EFIM in Parijs. Hierna hebben EFIM-congressen plaatsgevonden in Florence (1999), Edinburgh (2001), Berlijn (2003), Parijs (2005), Lissabon (2007), Rome (2008), Istanbul (2009), Athene (2011), Madrid (2012), Praag (2013), Geneve (2014) en Moskou (2015). Op 2 en 3 september 2016 zal het 15e European Congress of Internal Medicine (ECIM) in Amsterdam plaatsvinden. Prof. Mark Kramer is dan voorzitter en voor het eerst zal het congres worden gehouden zonder een gelijktijdig nationaal congres (eigenlijk was dat in Maastricht ook al zo!).

In 2010 kon het congres in Stockholm helaas niet doorgaan door de benarde financiële omstandigheden; er werd een alternatieve, kleinschaliger bijeenkomst in Luzern georganiseerd. Het aantal deelnemers is sinds het eerste congres meer dan verdubbeld, tot 2500 in Madrid.



Figuur 33. De vier NIV-leden in EFIM, van links naar rechts: Frank Bosch, Harry van Hulsteijn, Mark Kramer en Jan Willem Elte (2012)

JAN WILLEM ELTE

EFIM en de internationale school

Een ander groot succes is de European School of Internal Medicine (ESIM). Op initiatief en onder leiding van Merino werd deze ‘summer school’ vanaf 1998 jaarlijks in Alicante gehouden. Ongeveer 60 arts-assistenten nemen jaarlijks deel, geselecteerd en gefinancierd door de nationale wetenschappelijke verenigingen (en de American College of Physicians!). Vanaf 2006 is de ESIM achtereenvolgens in Lissabon, Brighton, Kuşadası (Turkije) en Sardinië gehouden. Vanaf 2011 is er, naast de summer school, ook een ‘winter school’ eerst in Saas-Fee, Zwitserland en nu in Riga (Letland). Vanuit Nederland zijn er gewoonlijk drie arts-assistenten die deelnemen aan de summer school en winter school, naast enkele Nederlandse docenten. Vanaf 2017 zal de summer school voor drie jaar naar Nederland komen in het Akoesticum in Ede. Director is Mark Kramer, als codirectors treden Hein Muller en Jan Willem Elte op. Vanuit de NIV is er een werkgroep ‘Europa’, waarin diverse NIV- en JNIV-leden hun bijdrage leveren.

De Europese juniorenafdelingen

Zoals met elke organisatie die een beroepsgroep vertegenwoordigt waarbij een opleiding van vele jaren voorafgaat aan de uiteindelijke professie, bestond de behoefte om een juniortak van de AEMI(E) op te richten. Bovendien bleef het aantal leden van de seniorenafdeling beperkt door de strenge toelatingseisen, met het risico op voortschrijdende vergrijzing en wegvallen van leden. Derhalve werd in 1978 de Young AEMI(E) opgericht, mede door de eerste voorzitter, David Overbosch. De doelstellingen van de Young AEMI(E) waren goeddeels dezelfde als die van de AEMI(E), maar kenden twee belangrijke toevoegingen: (i) de overgang naar het Engels als voertaal en (ii) een gemakkelijke toegang voor iedere (junior-) internist in Europa, zonder ballotage. De jeugd was zijn tijd dus ver vooruit! In 1983 nam Jan Willem Elte het voorzitterschap over en vanaf 1985 had de Young AEMI(E) een eigen sessie tijdens de tweejaarlijkse AEMI(E)-congressen. Daarnaast organiseerde de Young AEMI(E) zelf een aantal goed bezochte ‘Eurotherapeutics congressen’. Na 13 jaar ging in 1991 de Young AEMI(E) weer op in de AEMI. Vanuit de (ex-)deelnemers van de summer en winter school en de ESIM is een initiatief ontstaan om een netwerk van art-assistenten en jonge klaren op te richten, genaamd de Young Internists (YI). De YI is onderdeel van de EFIM, met een eigen bestuur en ‘assemblee’. Zoals je mag verwachten van de jonge generatie, wordt er veel gebruikgemaakt van internet en social media. Ze zijn via hun bestuur vertegenwoordigd in alle EFIM-gremia. Tijdens het jaarlijkse EFIM-congres hebben de YI hun eigen, uiterst interactieve, bijeenkomsten. Vanuit Nederland hebben vooral Monique Slee-Valentijn, Carolien Beukhof en Charlotte de Bree grote bijdragen geleverd.

Andere activiteiten op Europees niveau

Er zijn in de loop der jaren tal van activiteiten ontwikkeld binnen de EFIM, waarvan enkele genoemd zullen worden. Allereerst de werkgroep ‘The EFIM Working Group on Professional Issues in Internal Medicine’. Deze werkgroep is in het leven geroepen om de positionering van

de internist en de interne geneeskunde binnen Europa te definiëren. Hierbij ging het vooral om de ethische en politieke kwesties die de interne geneeskunde aangaan. Dit heeft geleid tot twee belangrijke strategische rapporten: (i) *Political issues in Internal Medicine in Europe: a position paper*, uit 2005, onder leiding van de Zwitser Werner Bauer en (ii) *Internal Medicine in Europe: how to cope with the future?* uit 2010, onder leiding van Mark Kramer. Nadien zijn nog rapporten gevolgd over *The changing face of Internal Medicine* en *General Internal Medicine in Academic Medicine*. Naast Mark Kramer is ook dr. Harry van Hulsteijn in deze werkgroep actief, met name waar het gaat om kwaliteit.

Ten tweede de werkgroep 'Core competences'. De zogeheten kerncompetenties, ofwel eindtermen, zijn gedefinieerd en vastgelegd in het huisblad EJIM in 2007. Vanuit de European Board of Internal Medicine (EBIM), een samenwerkingsverband tussen de UEMS en EFIM, wordt hard gewerkt aan een Europees internistencurriculum. Aan welke minimumeisen moet de Europese internist voldoen? Basis hiervoor vormden vele nationale curricula, de CanMEDS en twee recente artikelen in EJIM met de resultaten van door de werkgroep en de YI geïnitieerde questionnaires met betrekking tot 'Postgraduate Education' en 'Practice of Internal Medicine'. De 'curriculumwerkgroep' staat onder voorzitterschap van prof. Rijk Gans, dr. Monique Slee-Valentijn en Jan Willem Elte maken er deel van uit. Het eindresultaat is bijna beschikbaar. Verder zijn er nog werkgroepen die onderzoek doen naar zeldzame ziekten, vaccinatie voor volwassenen, en die klinisch onderzoek en uitwisseling binnen Europa stimuleren. Dit alles is te vinden op de website van de EFIM: www.efim.org.

Onafhankelijk van EFIM, maar wel sterk gelieerd, is de Foundation for the Development of Internal Medicine in Europe (FDIME). Deze FDIME sponsort assistenten uit lage-inkomenslanden om aan ESIM deel kunnen te nemen, verstrekt beurzen voor onderzoek – met name op het gebied van zeldzame ziekten – en ondersteunt ook het uitwisselingsprogramma van EFIM. De huidige secretaris-generaal is Jan Willem Elte.

Ten slotte...

EFIM heeft zo haar problemen gekend, maar is nu actiever dan ooit. Veel is daartoe bijgedragen door gedreven voorzitters. Recent heeft EFIM haar eerste vrouwelijke voorzitter gehad: Nica Cappellini, opgevolgd door Frank Bosch, de huidige EFIM-voorzitter. Vanaf 2005 tot 2013 was Jan Willem Elte secretaris-generaal van de organisatie, hij is nu nog 'Associate Secretary'.

De steun van de huidige en voorgaande NIV-voorzitters aan de EFIM is onontbeerlijk. Op dit moment zijn prof. Sophia de Rooij en prof. Mark Kramer onze nationale afgevaardigden binnen de 'Administrative Council'. De voorzitter van de UEMS, Sectie Interne Geneeskunde, is Rijk Gans. Kortom, internistisch Europa staat op de kaart en Nederland participeert nadrukkelijk; veel van onze werkwijzen en ideeën zijn terug te vinden in definitieve EFIM- en UEMS-documenten.

Het Snapper-instituut en de Franse Revolutie

H.F.P.HILLEN


De NIV heeft haar expertisecentrum voor de na- en bijscholing van internisten, het Snapper-instituut genoemd. Die keuze zal niet alleen gebaseerd zijn op de internationale faam van Isodore Snapper (1889-1973). Snapper was hoofd van de interne kliniek in het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam en vanaf 1944 hoofd en opleider van de interne kliniek in het Mount Sinai Hospital in New York. Snapper werd en wordt echter bovenal gewaardeerd als auteur van zijn magnum opus ‘Bedside Medicine’ en als de ‘champion of bedside medicine’. Vooral in die context past zijn naam voortreffelijk bij een instituut waarin de kennis en de vaardigheden die iedere internist moet beheersen interactief en rond het al of niet gesimuleerde ziekbed worden gedoceerd.

Geneeskunde rond het ziekbed en het daaraan verbonden onderwijs aan het ziekbed werden vanaf het begin van de 20e eeuw in Nederland kenmerkende fundamenteën van de interne geneeskunde. Iedere internist kent wel het voorbeeld van de ervaren clinicus die de kennis en de kunde aan het ziekbed van de individuele patiënt toepast en daarover inspirerend communiceert en leert. Tijdens de laatste Domusdag sprak Piet Borst nog enthousiast en vol bewondering over zijn vader als bevlogen en inspirerend leermeester. Borst werd op zaterdagochtend op de fiets gevolgd door een hele school op weg naar zijn klinische lessen in het Binnengasthuis. Eerder heb ik al met Karl Brandt geschreven over de meesterlijke Schalm in Arnhem (zie *hoofdstuk 10*). Bij visitaties in Leiden noemen de studenten steevast de naam van Edo Meinders wanneer het om klinisch onderwijs gaat. De Nederlandse traditie van de kampioenen van de ziekbedgeneeskunde wordt nu als een kostbaar erfgoed voortgezet in het Snapper-instituut. In dit artikel worden enkele aspecten van de geschiedenis van dit ‘bedside-erfgoed’ beschreven.



Figuur 34. Pierre Jean Georges Cabanis (1757-1808), arts-filosoof. Hervormer van het medisch onderwijs tijdens de Franse Revolutie

De bedsidemythe van Boerhaave

Veel publicaties over de geschiedenis van bedside medicine beginnen met het Collegium medico-practicum in het St. Caecilia Gasthuis in Leiden als bakermat van het klinisch onderwijs in Nederland en mogelijk in heel Europa. Daarbij speelt mythevorming rond de grote Boerhaave een rol. In 1636 werden in het St. Caecilia Gasthuis weliswaar twaalf bedden ingericht voor het klinisch onderwijs door Heurnius en later door De le Boë Sylvius, de praktische klinische opleiding had in de Leidse Academie echter weinig prioriteit. Dat bleef ook onder Boerhaave het geval. Herman Boerhaave (1668-1738) trok vooral met zijn unieke theoretische colleges en door het gebruikelijke privé-onderwijs een groot aantal internationale studenten naar Leiden. Onderwijs aan het ziekbed bleef echter beperkt tot klinische demonstraties rond hooguit enkele bedden. De ontwikkeling van bedside medicine kwam pas echt op gang door de ontwikkeling van ‘médecine d’observation’ in de Franse Revolutie.

De revolutie van de Franse geneeskunde

Binnen de Franse Revolutie voltrok zich na 1794 op basis van de denkbepelden van de arts-filosoof Pierre Jean Georges Cabanis (1757-1808) de Franse medische revolutie. Cabanis



Figuur 35. Pieter Klazes Pel (1852-1919), grondlegger van de Amsterdamse internistenschool

(figuur 34) schreef als invloedrijk lid van de Raad van Vijfhonderd het nieuwe plan voor het medisch onderwijs in zijn *Coup d'oeil sur les révolutions et la réforme de la médecine à Paris* (1795). In navolging van de empiristische opvattingen van Francis Bacon en vooral John Locke werd de verouderde boekenkennis vervangen door observatie, waarneming, als bron van kennis en onderwijs. De filosofie van de observatie ging geheel in de geest van de Verlichting vooraf aan de geneeskunde van de observatie. De plannen van Cabanis voor de hervorming van het medisch onderwijs werden door de Assemblées aanvaard. In de Écoles de Santé de la Revolution werd voortaan de 'médecine d'observation' gedoceerd. Klinische observatie en inductie van klinische waarnemingen werden uitgangspunten voor het nieuwe onderwijs. Bedside medicine is in de eerste plaats gebaseerd op observatie aan het ziekbed en dat is precies wat in de grote Parijse ziekenhuizen werd geïntroduceerd tijdens de overgang van de 18e naar de 19e eeuw. In de massale ziekenzalen van de Charité en Hôtel Dieu werden geselecteerde studenten vier jaar getraind in de klinische observatie. De besten uit deze groep verwierven de status van 'interne' als inwonend assistent. De internisten Corvisart en Laënnec introduceerden de waarnemingen door percussie en auscultatie. Zij doceerden de fysische diagnostiek in conférences aan kleine groepen studenten. De obductiekamer werd een ruim voorziene practicumzaal onder leiding

van Pinel en Bichat. Pierre Alexandre Louis vertaalde klinische waarnemingen in statistiek en het begin van evidence-based medicine. Klinische observatie, leren in de klinische context, kleinschalig onderwijs aan het bed van de patiënt het ontwikkelen van een klinische blik, de ‘coup d’oeil’ en het vaardigheidsonderwijs zijn onderdelen van bedside medicine en bedside teaching die rechtsreeks van de onderwijsfilosofie van Cabanis afstammen.

Bedside medicine uit Berlijn

De Franse school was succesvol en trok studenten uit heel Europa naar Parijs. Lange tijd was ‘ancien interne des hôpitaux de Paris’ een eretitel die voor volle spreekkamers zorgde. In 1822 ondernamen twee Nederlandse studenten, Herman van Hall uit Amsterdam en Willem Vrolik uit Utrecht, de reis naar Parijs om stage te lopen bij Laennec. Zij brachten als eersten de stethoscoop naar Nederland.

De Parijse school ging vervolgens aan dit succes ten onder. De École de Santé werd in 1796 École de Médecine’ en had binnen vier jaar 1200 studenten. Kleinschalig onderwijs en bedside medicine werden door de grote aantallen studenten na 1825 steeds minder mogelijk. Elders in Europa, deels geïnspireerd door het Parijse model, werd vooral in de kliniek van de Charité in Berlijn de klinische observatie gecombineerd met de verworvenheden van de nieuwe natuurwetenschappen. In de Berlijnse school werden de biomedische basisvakken, vooral de fysiologie, de klinische chemie en later de farmacologie, toenemend betrokken bij de interpretatie van klinische waarnemingen aan het ziekbed. Die nieuwe vorm van bedside medicine werd door Samuel Siegmund Rosenstein (1832-1906) in Nederland geïntroduceerd. Hij was een leerling van Ludwig Traube die in de Charité naast Virchow naam had gemaakt als een veelgevraagd clinicus met veel aandacht voor zijn patiënten. Volgens Pannekoek maakte Rosenstein rond 1860 tijdens een studiereis ook kennis met de kliniek in Parijs. In 1865 aanvaardde Rosenstein het hoogleraarschap in de geneeskunde in Groningen met de inaugurele rede *Die Beziehungen zwischen Wissenschaft und Praxis in der Medizin*. Zijn leerling Pel heeft de bedside medicine die Rosenstein uit Berlijn had meegenomen, treffend beschreven: “Nog zie ik Rosenstein voor mij zitten in de collegezaal. Het ziekbed in het midden, een schare studenten er omheen en de Leermeester gezeten op een eenvoudig leuningstoeltje naast de zieke” [...] “Hij leerde ons waarnemen, ondervragen en bovenal denken. Zieken en geen ziekten behandelen –dit waren zijn beginselen. Docent als geen ander, bezat hij in hooge mate de gave, zijn kennis aan anderen mede te deelen en zoo heeft hij bij menigeen den lust tot wetenschappelijk onderzoek door woord en daad wakker geschud”. En verder: “Ante omnia non nocere”, geheel in overeenstemming met het motto ‘primum non-nocere’ van het Snapper-instituut.

De Nederlandse traditie van bedside medicine

Pieter Klazes Pel (1852-1919) was leerling van Rosenstein en bij uitstek de opvolger in de traditie van bedside medicine (figuur 35). Hij werd in 1883 benoemd als hoogleraar ziektekunde en geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. “Terwijl het hoofdkenmerk van de



Figuur 36. Isodore Snapper (1889-1973), auteur van *Beside Medicine*

tegenwoordige klinische wetenschap gelegen is in de consequente toepassing van de natuurwetenschappelijke methode van onderzoek aan het ziekbed, wordt de hoge betekenis eener onbevooroordeelde waarneming ook thans geen enkel ogenblik uit het oog verloren” [...] “Slechts aan het ziekbed kan de student de ziekteverschijnselen leeren waarnemen en constateeren, hunnen oorsprong en hunne beteekenis leeren doorgronden, den loop der ziekte leeren kennen en de waargenomen ziekteverschijnselen tot een bepaald ziektebeeld leeren ombineren”, schrijft Pel in zijn inaugurele rede. Pel was een goed spreker en schreef met een vlotte pen 17 klinische lessen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Hij wordt in De Amsterdamse Internistenschool door veel van zijn leerlingen en opvolgers als een begenadigd docent en een scherpzinnig breedgeoriënteerd algemeen internist geroemd. Pel gaf voor studenten vier uur per week onderwijs in de fysische diagnostiek en in de kliniek van acute infectieziekten. Kom daar nog maar eens om in de agenda van de huidige professor.

In die traditie, na een opleiding bij Hijmans van den Bergh, werd de jonge Snapper (figuur 36) in 1919 op dertigjarige leeftijd hoogleraar Algemene Ziektekunde en Propedeutische Kliniek. Tot zijn vlucht voor de Nazi's bouwde Snapper in het Wilhelmina Gasthuis een internationale reputatie als docent en onderzoeker op. De bijzondere persoonlijkheid van Snapper is door zijn student Simon Vestdijk mooi beschreven in de zevende roman uit de Anton Wachter-cyclus: “...en hij toverde hun de ziekten voor met de losse hand en het achteloos virtuositeitsvertoon van

de Europese vermaardheid op 35-jarige leeftijd. En toch alles even precies, leerzaam, stelselmatig. Daar kwam hij schommelend binnenlopen, jong en al wat kaal, het Spinoza-achtige gelaat door een berustende glimlach overtoegen. En dan begon hij”.

In 1960 verscheen *Bedside Medicine* en tijdens mijn studie heb ik al veel profijt gehad van de leerzame en kraakheldere beschrijving van de interne ziektebeelden door de bril van de zeer ervaren Snapper. Tot mijn verrassing hebben de klinische observaties in de tweede uitgave uit 1967 de tand des tijds goed doorstaan. Lees de kliniek van pneumonie, het myeloom en beri beri en u herkent de relevante klinische details van de patiënt in het ziekbed. De traditie van de revolutionaire bedside medicine, in Nederland vooral gevestigd door Rosenstein, Pel en Snapper, wordt dus terecht voortgezet door de nieuwe kampioenen van de moderne bedside medicine in het Snapper-instituut.

Literatuur

- Beukers H. Clinical teaching in Leiden from its beginning until the end of the Eighteenth century. In Beukers H, Moll J. Clinical teaching, past and present. Clio Medica. Amsterdam:Rodopi; 1989.
- Bonner TN. Becoming a physician. Baltimore/London: John Hopkins University Press; 1995.
- Princetown NJ: Princetown University Press; 1980.
- Snapper I, Kahn AI. Bedside Medicine. 2nd edition, New York and London: Grune & Stratton; 1967.
- Staum MS. Cabanis: Enlightenment and medical philosophy in the French revolution.
- Van Gijn J, Gijssels JP. Isidore Snapper (1889-1973) en Bedside medicine. Ned.Tijdschr Geneesk. 2011;155:A2647.
- Van Lieburg MJ. De tijd op schrift. Een selectie van bronteksten uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1857-1957. Rotterdam: Erasmus Publishing; 2007.
- Van Lieburg MJ. De Amsterdamse Internistenschool. Rotterdam: Erasmus Publishing; 2008.
- Vestdijk S. De rimpels van Esther Ornstein. 10^e druk. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar; 1999. pag 556.

Auteurs

- Dr. H. Ablij, internist, Alrijne Ziekenhuis Leiden
- Dr. A. Berghout, internist n.p., Maasstad Ziekenhuis Rotterdam, voorzitter NIV-commissie geschiedenis van de interne geneeskunde
- Prof. dr. G.H. Blijham, em. hoogleraar Interne Geneeskunde, UMCU Utrecht
- Dr. K.H. Brandt, internist, maag-, darm- en leverarts n.p., Gemeente Ziekenhuis Arnhem
- Dr. J.W. Elte, internist n.p., Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam
- Prof. dr. L.A. van Es, em. hoogleraar Interne Geneeskunde, Nefrologie, LUMC Leiden
- Prof. dr. R.O.B. Gans, hoogleraar Interne Geneeskunde, UMCG Groningen
- Prof. dr. H.F.P. Hillen, em. hoogleraar Interne Geneeskunde, MUMC+ Maastricht en voorzitter NIV-commissie geschiedenis van de interne geneeskunde (2008-2016)
- Prof. dr. J.B.L. Hoekstra, hoogleraar Interne Geneeskunde, AMC Amsterdam
- Prof. dr. R.S.G. Holdrinet, em. hoogleraar Hematologie, Radboud UMC Nijmegen
- Prof. dr. P.W. de Leeuw, em. hoogleraar Interne Geneeskunde, MUMC+ Maastricht
- Prof. dr. J. van der Meer, em. hoogleraar Interne Geneeskunde, VUmc Amsterdam
- Prof. dr. A.E. Meinders, em. hoogleraar Interne Geneeskunde, LUMC Leiden
- Dr. P. Niermeijer, internist n.p., Ziekenhuis Gooi-Noord Blaricum
- Prof. dr. D.S. Postma, hoogleraar Longziekten, UMCG Groningen
- Prof. dr. E.A. van der Veen, em. hoogleraar Interne Geneeskunde, VUmc Amsterdam
- Prof. dr. E.G.E. de Vries, hoogleraar Medische Oncologie, UMCG Groningen
- Dr. W. Wieling, internist, AMC Amsterdam

