

**DE INWENDIGE GENEESKUNDE
IN DE GREEP VAN DE WET
VAN ISSAWI**

Prof. dr. M. Frenkel

DE INWENDIGE GENEESKUNDE
IN DE GREEP VAN DE WET
VAN ISSAWI

Rede
uitgesproken ter gelegenheid
van zijn afscheid als
hoogleraar in de inwendige
geneeskunde
aan de Erasmus Universiteit
Rotterdam

op
20 maart 1985

door
Prof. Dr. M. Frenkel

Mijnheer de Rector Magnificus, Dames en Heren,

Toen in 1965 de Rotterdamse Medische Faculteit werd opgericht, hebben vele van de toen juist benoemde lectoren en hoogleraren besloten - in het teken van de jaren zestig - af te zien van het houden van een inaugurale rede. Ook ik. Nu, bij mijn aftreden, moest ik mij dus wel afvragen: Heb je dan wél het recht om een afscheidscollege te geven? Ik doe dit bewust wel omdat ik U verslag wil uitbrengen over een bewogen werkperiode, een periode waarin ik veel heb geleerd en waarin ik het voorrecht heb gehad, mij gelukkig te voelen door de voortreffelijke werksfeer en de vele vriendschap die ik heb ondervonden.

Dit geluk was niet altijd onverdeeld, maar dat gold niet alleen voor mij maar ook voor veel van mijn collega's:

Al in de begintijd werden wij namelijk geconfronteerd met een opkomende golf van anti-geneeskundegevoelens, aangewakkerd door de media en zelfs doordringend tot in onze volksvertegenwoordiging. De zogenaamde "officiële" geneeskunde met zijn successen maar uiteraard ook tegenslagen en teleurstellingen, raakte in discredit.

Acupunctuur en Moermandieet eisten hun plaats. Zelfs de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunde kreeg een ruimere jas aangemeten, om plaats te bieden aan kwakzalvers e.d., althans voor zover deze zich niet aan openlijke misdrijven schuldig maakten.

In groter kader ging dit gelijk op met de opkomst van anti-wetenschap. Het woord "professor" kreeg een denigrerende klank, in het bijzonder in pers en voor de televisie. De dag waarop onze landgenoot Tinbergen de

Nobelprijs kreeg, werd dit feit in een bekende krant vol sportnieuws afgedrukt temidden van de "gemengde berichten".

Veel medische studenten - en niet alleen in Rotterdam - waren, paradoxaal als het klinkt, nauwelijks meer geïnteresseerd in klinische, "curatieve" geneeskunde.

Zoals dat destijds met een neologisme heette:

Zij baalden !

De collegezalen, ontworpen voor een geboortegolf, bevatten slechts een handjevol getrouwen.

Woorden als: "Ik heb andere prioriteiten, meneer." (vooral niet "professor"), waren niet van de lucht.

Veel studenten namen tegenover de somatische geneeskunde een afwerende houding aan, zij verkeerden in een refractaire periode.

Wij docenten, een groep mensen die het enthousiasme voor het werk waar zij zelf zoveel van hielden, op jonge mensen wilden overdragen, vroegen ons vaak af:

Wie is er nu in feite de "lost generation" ?

Wij soms ?

Een stille troost was overigens dat er niets nieuws onder de zon was. Niemand minder dan Hippocrates (460-377 v.C.) heeft zich al bijna 2500 jaar geleden op niet mis te verstane wijze uitgesproken over medische studenten die zich tegenover hun leermeesters afwerend opstelden.

"Elke inspanning van hun leermeesters, zo schreef hij, is dan vergeefs." (1).

Overigens, even abrupt als deze wonderlijke afweer de jonge generatie in de hele wereld vrijwel simultaan heeft aangetast, in linkse landen rechts, in rechtse landen links, even plotseling is ze weer verdwenen. Het geluk leek weer hersteld maar een golf van bureaucratisering van onderwijs en examens, deels zelfs bij de wet vastgelegd, volgde deze onlustperiode op de voet.

Dit brengt mij op de titel:

De Wet van Issawi (2).

Wie is Issawi ? Dat heb ik dezer dagen speciaal voor U uitgezocht. Hij is een vooraanstaand Amerikaans econoom en kenner van het Midden-Oosten*, die een aantal wetten over maatschappelijke processen heeft geformuleerd (3). De wet in kwestie luidt - naar analogie van de tweede Hoofdwet van de Thermodynamica - dat binnen een gesloten systeem de hoeveelheid kwaad constant is. Reeds jaren geleden werd in Nederland deze wet, zij het met een algemenere text, geformuleerd door Ir. L. Vos, destijds directeur van het Energiebedrijf van onze hoofdstad:

De Wet van Behoud van Chagrijn

Mijn stelling vanmiddag is dat in de geneeskunde - de interne geneeskunde allerminst immuun-fascinerende en verheugende ontwikkelingen veelal tegenkrachten oproepen waar niemand mee had gerekend en die het soms doen voorkomen alsof de hoeveelheid verdriet binnen het systeem alleen maar is verplaatst.

*geboren 1916 te Cairo.

Laat ik beginnen met voor U te schetsen hoe de interne geneeskunde in mijn assistententijd, vlak na de tweede wereldoorlog, er uitzag; hoe vervolgens grote, welhaast revolutionaire vooruitgang werd geboekt, maar ook hoe steeds weer de Wet van Issawi zijn tol kwam eisen.

Veertig jaar geleden was de interne geneeskunde in volle bloei en ontwikkeling.

Een voorbeeld:

Penicilline was er niet. Een zegen bij de behandeling van longontsteking of staphylococcensepsis. Zwaar zieke patienten genazen als bij toverslag. Wel moesten wij met de hoed in de hand bij de geneesheer-directeur voor iedere kuur toestemming vragen.

De gezondheidstoestand van onze bevolking was kort na de oorlog slecht. Veel mensen, vooral jonge mensen, leden aan ziekten die een gevolg waren van drie factoren:

- . ondervoeding,
- . te grote woondichtheid,
- . onvoldoende voedselhygiene.

Deze ziekten behoorden tot het dagelijks werk van de huisdokter en van de artsen in het ziekenhuis.

Hoe zag het ziekenhuis er destijds uit en hoe veranderde dat vervolgens ? De ziekenzalen waren groot, vaak 20-24 bedden. Voor zwaar zieken en zelfs voor stervenden was de enige afzonderingsmogelijkheid veelal dat er een paar schermpjes rondom het bed werden geplaatst. In het

Binnengasthuis te Amsterdam brandde in de winter midden op zaal een grote potkachel. De zaalzuster was onafgebroken op haar post aanwezig.

De ziekste patienten lagen het dichtst bij haar wakend oog.

In de moderne ziekenhuisbouw veranderde dat. Privacy van de patient werd als het hoogste goed beschouwd. De ziekenkamertjes werden klein, twee bedden, vier bedden. De constante bewaking door de zuster (die inmiddels "verpleegkundige" heette) werd aan de privacy opgeofferd. Deze ontwikkeling heeft er weer in hoge mate toe bijgedragen dat Intensive Care afdelingen moesten ontstaan. Daar werd trouwens de privacy weer aan de bewaking opgeofferd. De kringloop was gesloten maar uiteraard op deskundiger niveau.

In de na-oorlogse jaren lagen op een interne zaal veel patienten met acute ziekten, vaak bacteriële infecties. Met behulp van eenvoudig, maar wel zorgvuldig onderzoek aan het ziekbed en in het laboratorium was het meestal niet moeilijk de diagnose te stellen.

Toegegeven moet worden dat het desondanks lang niet altijd goed ging: Veel moesten wij aan de sectietafel leren. Ook onze eigen fouten. De prijs om een veilige dokter te worden, was toen hoog !

De patienten waren gemiddeld tamelijk jong. Daardoor bleef het aantal diagnoses per patient beperkt tot één, hooguit twee en niet - zoals bij onze tegenwoordige bejaarde ziekenhuisbevolking - vaak meer dan vijf kwalen (waaronder enkele iatrogene) tegelijk.

Klinische ervaring, gecombineerd met nauwkeurig fysisch onderzoek, waren meestal zo efficiënt dat reeds een consult aan huis, samen met de

huisdokter, uitkomst bracht. Als gunstig neveneffect ontstond zo veelal tussen huisarts en internist wederzijds waardering en vriendschap. Nu, in 1985, hebben deze "simpele" ziekten plaatsgemaakt voor wat men noemt "multipathologie". Steeds meer moet voor het stellen van een diagnose aanvullend gebruik worden gemaakt van almaar ingenieuzere en ook ingewikkelder hulpmiddelen. Daar komt bij dat door schaalvergroting de drempel van de specialistensprekkamer versleten is.

Het consult met de huisdokter aan huis behoorde dan ook snel tot het verleden.

Daardoor ontstond helaas vaak vervreemding. Formele, haast juridische afbakening van bevoegdheden, alsmede emotioneel geladen termen als "intramuraal" en "extramuraal" maken het vinden van een modus vivendi in 1985 moeilijker dan vroeger. Het is verheugend dat initiatieven, zowel in ons land als in het buitenland, te bespeuren zijn om deze zinloze en heilloze vervreemding te doorbreken.

Mijns inziens dient de "ongewapenende" internist (U vergeeft mij de vergelijking met de Londense Bobby) regelmatig in de moderne huisartsencentra patiënten te zien. Discussie over "papieren casussen" is steriel want geen enkele patient is nu eenmaal van papier ! Uiteraard is papier nog altijd beter dan helemaal geen discussie.

Ik kom terug op de indrukwekkende veranderingen van het ziektepatroon in de periode van 40 jaar waarover ik verslag uitbreng.

"The rise and fall of disease." (14)

Vlak na de oorlog werden grote gezinnen, waar alle kinderen samen één slaapkamer deelden, geteisterd door streptococceninfecties, zoals

roodvonk. Als een kind dan na b.v. roodvonk-mastoiditis uit het ziekenhuis thuishkwam, besmette het het volgende kind ("return cases"). De streptococ bleef in circulatie. De gevolgen bleven niet uit:

- . acut gewrichtsrheuma,
- . blijvende schade aan hartkleppen,
- . nephritis die vaak chronisch werd.

Door invoering van chemoprophylaxe, maar vooral door sterk verbeterde woonomstandigheden, verdwenen de streptococcenziekten nagenoeg.

Chronische nephritis werd zeldzaam.

Maar wat kwam ervoor in de plaats ?

Door toegenomen welvaart nam de consumptie van pillen "over de toonbank" toe. Volgens Sir William Osler is de behoefte, pillen te slikken, misschien wel hät belangrijkste verschil tussen mens en dier (4,5). Quasi onschuldige hoofdpijnpoeders die phenacetine bevatten, werden verkocht en geslikt als snoepjes. Terwijl wij door de welvaart juist bevrijd waren van chronische nephritis door streptococceen bracht diezelfde welvaart talrijke gevallen van ernstige nierinsufficiëntie door jarenlang phenacetinegebruik.

Terecht komt dan het phenacetineprobleem in de publiciteit. De overheid grijpt in en de aflevering van phenacetinehoudende medicijnen wordt verboden. Dat is op zich zelf een goede zaak, het gaat immers om verslaving.

Toch brengt het phenacetinebesluit mij even op een zijspoor. Phenacetine in eenvoudige combinatiepreparaten is een voortreffelijk en bovendien licht euphoriserend middel om de pijn van patienten in late stadia van kanker te verzachten. Men kan hiermee opiumpreparaten, die veel

moeilijker te hanteren zijn, nog geruime tijd, soms maanden, achter de hand houden.

Bij deze terminale patienten is het veroorzaken van nierinsufficiëntie - waarvoor men immers jaren lang phenacetine moet slikken - geen punt van overweging. Waarom dan niet vertrouwd op de kennis en het verantwoordelijkheidsgevoel van de voorschrijvende dokter en phenacetinepreparaten uitsluitend op doktersrecept af te leveren ? De veiligheid van het aangeprezen vervangmiddel, paracetamol, is trouwens ook maar betrekkelijk (6,16).

Hoe ver zal straks onze receptuur door de overheid worden gedicteerd ? Bovendien, vergeleken met de veel ernstiger verslaving, alcoholisme, waartegen hoegenaamd niets wordt gedaan, lijkt het phenacetinebesluit haast hypocrisie.

Tot in de na-oorlogse jaren was ondervoeding, vooral in grote gezinnen en op jeugdige leeftijd, aan de orde van de dag. Longtuberculose maakte derhalve talloze slachtoffers.

Door toenemen van de welvaart (maar zeker ook door een actief opsporingsbeleid en door goede geneesmiddelen) verdween t.b.c. nagenoeg van het toneel maar in ruil daarvoor ontstond een epidemie van overgewicht en verschenen op grote schaal ziekten die tevoren uitzonderlijk waren, zoals ziekten van de kransslagaderen.

Niet alle goederen werden door de welvaart even gemakkelijk binnen het bereik van de bevolking gebracht. Om een liter melk te kunnen kopen, moest een arbeider in de afgelopen halve eeuw steeds langer werken, voor een kratje pils steeds korter !

Deze partiële welvaart bracht in onze samenleving een enorme toename van langzame zelfmoord: alcoholmisbruik, tot stand. Schipbreuk van huwelijk en van loopbaan; verkeers- en bedrijfsongevallen en vaak blijvende schade aan hersenen, lever of alvleesklier met onvoorstelbaar veel invaliditeit en veelal met dodelijke afloop: het is diep droevig dat wij daar als artsen steeds vaker machteloos tegenover staan.

Bijzonder interessant is dat in Indonesië, waar mijn vrouw en ik recent een half jaar klinisch werk hebben verricht, de processen van ondervoeding met ondervoedingsziekten en welvaart met welvaartsziekten op grote schaal naast elkaar voorkomen. De hardwerkende zakenman en de ambtenaar zijn (hoewel veel slanker dan de Europeaan) goed gevoed en worden bedreigd door coronaire hartziekten. Daar staat tegenover de eenvoudige arbeider. Alle arbeid gaat nog met spierkracht; onderhuids vet is er nauwelijks en het vaatstelsel is van een ongelofelijke souplesse, serum-cholesterolgehaltenes van 2-3 mMol/liter (= 80-120 mgr%) zijn in deze sociale groep normaal.

Hartinfarcten zijn er dan ook niet in deze groep, maar actieve longtuberculose komt ontstellend veel voor.

(Een zegen voor Indonesië is dat er praktisch geen alcoholisme is !)

Een ander voorbeeld van verschuiving van het ziektepatroon is het volgende:

In landen met toenemende welvaart wordt maagcarcinoom zeldzaam, waarschijnlijk door betere methoden van conservering van het voedsel, maar de sombere balans wordt weer "hersteld" door toename van

coloncarcinoom, waarschijnlijk door luxueuzer brood (7).

Ook als medici bewust in de voedingsgewoonten van de mens ingrijpen, laat de Wet van Issawi zich niet onbetuigd.

Eén van de vele voorbeelden:

Multipiele onverzadigde vetzuren geven enige bescherming tegen coronaire hartziekten.

Maar Koster vermeldt in *Controversen in de Geneeskunde* (8,9) een groot onderzoek waarbij de winst op de kop af wordt uitgewist door toename van kwaadaardige gezwellen !

Niet alleen door het steeds bewegende ziektebeeld is de interne geneeskunde voortdurend in verandering.

De voornaamste oorzaak van de verandering is voortdurende aanpassing aan de groei van ons inzicht, van de therapeutische mogelijkheden en van de ondersteunende technologie.

Een paar voorbeelden:

Het concept van Paul Ehrlich (1854-1915) uit het begin van deze eeuw dat antibacteriele chemotherapie "Therapia Magna Sterilisans" mogelijk was, bewees hij door het maken van middelen tegen trypanosoma en tegen de verwekker van syphilis. De ontwikkeling van de antibiotica vloeide hieruit voort, verreweg de grootste vooruitgang van de geneeskunde in deze eeuw.

Uiteraard maakten wij kennis met het opduikende probleem van resistentie, maar dat is op grond van de Wet van Issawi achteraf niet verwonderlijk.

Een ander geniaal concept dat Paul Ehrlich precies honderd jaar geleden publiceerde en dat wij in onze studententijd als science-fictionplaatjes uit de leerboeken kenden, was dat het oppervlak van de cellen met een soort "antennes", receptoren is uitgerust, die in de cel functies kunnen in- of uitschakelen.

Driekwart eeuw later zijn deze receptoren dagelijkse praktijk in de geneeskunde. Ze hebben uiteenlopende taken en kunnen door specifieke middelen worden geblokkeerd. Hierdoor kreeg de behandeling van een aantal frequente ziekten, zoals verhoogde bloeddruk, angina pectoris, maagzweer, veel meer mogelijkheden.

Hamburger in Parijs was de eerste die aantoonde dat transplantatie van nieren bij de mens mogelijk was (10). Hart-, lever- en beenmergtransplantatie volgden, dankzij diepgaande kennis van weefselimmunologie. Dat bij transplantatie kwaadaardige lymfomen de kop op steken, is een zorgelijke uiting van de wet van behoud van chagrijn.

Dan zijn daar de revolutionaire ontdekkingen op biologisch terrein: De dubbele helix, de genetische manipulatie (niet alleen door de mens maar ook door virussen !), de verrassende taakverdeling binnen de republiek der lymfocyten, de opiumachtige stoffen die niet slechts door de papaver maar ook in onze eigen hersenen worden gemaakt.

Genoeg stof voor een volgende informatie-explosie in de kliniek.

De technologie bracht ons de glasvezeloptica waardoor bv. de gastro-enterologie (om een vergelijking van Robert Loeb te gebruiken) veranderde in de dermatologie van de binnenkant van de mens.

De CT-scanner bracht de "doorsneden" die wij voor ons kandidaatsexamen topographische anatomie moesten kennen plotseling, in zuivere vorm, aan het ziekbed.

De kleppen van het kloppende hart kan men - voornamelijk dankzij Rotterdams onderzoek (Bom)- met ultrageluid zien werken. Fantastisch !

Het is een voorrecht voor een clinicus, dit alles te hebben zien ontstaan en groeien, maar bij al ons enthousiasme moeten wij echter erkennen dat de Wet van Issawi zijn tol eiste.

Volgens informatie van het Departement van Volksgezondheid (1985) was de gemiddelde verpleegprijs* in Nederland in

1950	f1.	6,20
1960	-	14,40
1970	-	66,-
1980	-	285,-
1985	-	365,-

Een indrukwekkende explosie.

Het aanvragen van diagnostische verrichtingen, zowel intra- als extramuraal, gaat niet meer zoals voorheen via een persoonlijk consult, maar door het aankruisen van een hokje op een soort "stembiljet". Overmaat aan diagnostiek - die bovendien door "anderen" wordt uitgevoerd - is het gevolg.

Men kan het vergelijken met de overmaat mosterd op de rand van je bord terwijl maar een héél klein beetje voor het plakje biefstuk nodig is ! Misschien helpt het, als straks de aanvraagcomputer ook de prijs van

*Deze bedragen zijn niet geheel vergelijkbaar, maar de tendens is reëel.

Iedere verrichting laat zien.

Een ontwikkeling die zowel noodzakelijk als gevaarlijk is, is de tendens tot superspecialisatie, zoals die vooral rondom nieuwe technieken en moeilijke behandelingsmethoden ontstaat.

Ik heb het niet over de grootste centra, waar enkelingen en groepen zich moeten toeleggen op het uitdiepen van een beperkt gebied. Ik bedoel meer dat groepjes artsen zich systematisch van de hoofdmacht afsplitsen waardoor Italiaanse toestanden, dat wil zeggen een ongelimiteerd aantal sub-specialismen ontstaan, een medisch Micronesië.

Dit brengt mij op het verschil tussen expert en specialist.

Volgens van Dale is een expert iemand die op een bepaald gebied deskundig is, een specialist iemand die zich op een bepaald gebied heeft toegelegd.

U voelt het verschil.

Expertise is onmisbaar in de geneeskunde. Het is een misvatting dat de specialist geen goede algemene dokter zou kunnen zijn (15), maar superspecialisatie, te ver doorgevoerd, draagt de kiem van intellectueel isolement en versnippering in zich.

Dit geldt natuurlijk niet voor wetenschappelijke symposia en verenigingen die zich met een deelgebied bezighouden. Het gevaar is echter niet denkbeeldig dat zich multipiele belangenverenigingen vormen, volgens het model van de gilden, waarvan de invloed soms evenredig is met het kwadraat van de geluidsterkte. Dit is schadelijk voor de zo broodnodige samenwerking tussen artsen. Hoe makkelijk kunnen dan grensoorlogen ontstaan.

U kent de prachtige Middeleeuwse stad San Gimignano in Midden Italië. Talrijke huizen daar zijn in feite hoge kasteeltorens van waaruit de ridders elkaar eeuwenlang met pijl en boog bestookten. Dat moeten wij binnen de Interne vermijden !

De Babylonische spraakverwarring in de Interne Geneeskunde versterkt de onderlinge vervreemding nogmaals (11). Acronymen hebben binnen elk superspecialisme hun eigen betekenis. Voor de ene arts is "M.I." Myocard Infarct, voor de ander Mitralis Insufficiëntie, voor een derde wellicht beide.

Als jong medisch student was ik getuige van het volgende conflict: De verontrustende oogarts zegt tegen de gynaecoloog (bij een patiente met zwangerschapstoxicose): "Collega, zou het niet beter zijn de zwangerschap te onderbreken, ik vind dat de fundus achteruit gaat ?" De gynaecoloog krijgt een vuurrood hoofd, slikte een paar maal en bulderde toen: "Ezel, ! De fundus kan alleen maar omhoog of omlaag gaan". Elk sprak over zijn eigen fundus.

In het Academisch Ziekenhuis in Rotterdam zijn deze problemen gelukkig beperkt gebleven. Dit kwam omdat zo veel mogelijk is gekozen voor het "open" model van internisten met expertise meer dan voor het model van multipale waterdichte compartimenten. Dit systeem werkt goed, ook omdat bijna iedereen naast zijn deskundigheidsgebied ongeselecteerde interne patienten behandelt en ook als algemeen internist onderwijs aan studenten geeft.

Dit brengt mij op de medische studenten.

Voor het onderwijs aan beginnende medische studenten en aan co-assistenten is deze "generalistische" aanpak van onschatbare waarde. In tegenstelling tot wat sommigen menen, moeten medische studenten immers worden opgeleid tot

ongedifferentieerde iatroblasten (Dornhorst (12)).

Als studenten hun klinische onderwijs vrijwel uitsluitend van superspecialisten krijgen (een tendens aan sommige universiteiten), is hun vaste vraag: Hoe moet deze veelheid van gespecialiseerde kennis in mijn arme solitaire brein onderdak vinden ?

Dit leidt tot de kernvraag:

Kan de Interne Geneeskunde overleven of is de "critische massa" te groot ?

Mijn antwoord is: Interne Geneeskunde kan en moet overleven. Interne Geneeskunde is niet een groeiende opeenstapeling van encyclopedische informatie, een soort kruiend ijs, maar is een methode van denken en werken die de arts aan het ziekbed in staat stelt de informatie die de patient biedt, te toetsen aan inzicht en kennis. Eenvoudiger gezegd, is dit een pleidooi om met behulp van alle zintuigen, inclusief het cerebrum, aan het ziekbed primaire informatie te winnen waarmee de volgende phase van het onderzoek en ook de behandeling goed geprogrammeerd kunnen worden. Dit vereist kennis en vooral ruime ervaring die uitsluitend aan het ziekbed kan worden opgedaan, maar die in medisch Micronesië niet meer is bijeen te garen.

Ik weet dat ik sommigen tegen de haren strijk door te zeggen dat een dokter aan het ziekbed best een beetje "technicus" mag zijn. Maar óók dokter.

Na veertig jaar met groot enthousiasme in de interne geneeskunde te hebben gewerkt, kan ik U verzekeren dat weinig zaken zoveel bevrediging geven als het goed verrichten van het "handwerk" aan het ziekbed. De meeste patienten - over de patient als medemens heb ik veel nagedacht, maar vanmiddag weinig gezegd - voelen zich hierbij in veilige handen, maar (tot zover de Wet van Issawi) het kost meer tijd.

Ik kom nu aan het punt waar het voor mij de laatste achttien jaar om draaide: de Interne Geneeskunde in het Academisch Ziekenhuis in Rotterdam. U wilt mij vandaag mijn chauvinisme ten goede houden als ik voornamelijk spreek over de afdeling Interne Geneeskunde II.

Met een kleine groep senioren, aanvankelijk Jan Birkenhäger, later Emile Brommer, Mark van Blankenstein, Paul Wilson, Roel Swart, Jan Dees en Solko Schalm hebben wij ons toegelegd op de spijsverteringsorganen, maar - kwestie van principe - de afdeling bleef "Algemene Interne" en elke medewerker bleef all-round internist.

Ondanks alle technologische ontwikkelingen bleven zij ook in hart en ziel "dokter": De patient stond als mens steeds centraal.

Ik ben mijn medewerkers daarvoor bijzonder dankbaar.

Jan Birkenhäger is maar kort op de afdeling gebleven, hij volgde Querido op maar bleef zowel een goede buur als een goede vriend.

Brommer ging in de research.

Mark van Blankenstein leerde zichzelf de endoscopie en maakte samen met Jan Dees de gastro-enterologie tot een bloeiend referentiecentrum.

Samen met de röntgenologen kon het meest verborgen orgaan van de mens, het pancreas, verkend worden. En dat was nodig, enerzijds door de steeds frequentere pancreasbeschadiging door alcohol, maar anderzijds ook omdat zich een geheimzinnige grote epidemie van carcinomen van het pancreas over de wereld aan het uitbreiden is.

Paul Wilson, met zij internationale achtergrond: Kaapstad, Groningen, zijn altijd hartelijke maar onverstoorbare persoonlijkheid, zijn zin voor humor en zijn scherpzinnigheid, bracht ons nieuwe inzichten in de porphyrinehuishouding en in leverpathologie, maar was ook steeds de man die schijnbaar onoplosbare klinische puzzles even oploste.

Roel Swart met zijn scherp klinisch inzicht en zijn ontvullende nuchterheid bracht ons steeds weer met beide benen op de grond.

Solko Schalm, erfelijk belast met een onverwoestbare belangstelling voor leverziekten, wijdde zich met energie en succes aan hepatologische research, maar ook hij bleef internist.

Wim van de Berg en zijn medewerkers boden expert biochemische hulp waar nodig.

Helena Nonnekes waakte als hostess en toegewijde secretaresse over het wel en wee van wat door haar het "kantoor" werd genoemd.

Ons werk was alleen maar mogelijk dankzij de loyaliteit van de verpleging. Ik ben zuster Jeanet van der Ruit-de Jong, zuster Paula Sintmaartensdijk, zuster Nel Stam en veel anderen zeer erkentelijk. Een lange reeks assistenten heeft voor mij de vreugde in het werk groot gemaakt. Soms heb ik weleens de indruk gehad dat dit ook in omgekeerde

richting het geval was.

Zelf heb ik het meest geleerd door na te denken over vragen die studenten in hun onschuld stelden. Ik ben ze daarvoor dankbaar.

U ziet, mijn chauvinisme noopt mij vast te stellen dat de Wet van de Issawi onze afdeling ongemoeid heeft gelaten.

Dick den Haan, de manier waarop jij al deze jaren Dijkzigt hebt geleid was voorbeeldig. Wat moet jij vroeger een voortreffelijk huisdokter zijn geweest.

Een loopbaan komt niet in een vacuum tot stand.

Mijn oom, Dr. Herman Frenkel, leidde mij al op de middelbare school in de denkwereid van Spinoza in. Na mijn "propjes" gaf hij mij de gelegenheid in zijn laboratorium de toenmalige histologische technieken te leren en mij in het carcinoomprobleem te verdiepen.

De briljante colleges van Snapper (13) en de menselijkheid van Borst met zijn enorme enthousiasme voor klinische physiologie waarvan hij in Nederland de primeur had, waren inspirerende ervaringen die mijn richting hebben bepaald.

Ju Groen, leermeester, opleider, de facto promotor, vernieuwer van de geneeskunde, maar vooral vriend.

De kleine, niet-academische afdeling in het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam, waaraan jij destijds leiding gaf, had een uniek intellectueel en menselijk klimaat. Jij behoefde nooit verlegen te zitten om medewerkers die het enthousiasme voor interne geneeskunde brandend hielden.

Ik noem:

Emanuel Godfried, Jan Bastiaans, Henk Pelser, Max Koster, Frits Offerijns, Philip Rümke, Ru van Waaijen, Anna Schotte, Bart Dekker, Frits Meijler en in het laboratorium Bertus Willebrands.

Irving London, highly talented leader of research in Medicine, has been my teacher and friend for 30 years.

Dries Querido liet mij naar Rotterdam komen. Ik hoop dat ik hem niet teleurgesteld heb, want ik heb voor hem als mens, als arts en als onderzoeker, maar natuurlijk ook als stichter van de Rotterdamse faculteit de grootste bewondering.

Eén oud leerling en levenslange vriend wil ik hier speciaal bedanken, Dr. Herdin Sibuea uit Indonesië, die ons een half jaar naar Jakarta liet komen, een ervaring die mij weer bij het beginpunt van mijn carrière terugbracht, waarmee de cirkel gesloten is.

Tenslotte mijn gezin. Het is het grootste voorrecht voor ouders als ze door hun kinderen worden overtroffen, en dit is zonder twijfel het geval. Jullie zijn altijd mijn klankbord, mijn adviseurs, mijn critici, maar vooral mijn vrienden gebleven.

Herta met haar grote liefde voor praktische eerste lijns geneeskunde, maar ook voor de ontwikkelingen van de medische wetenschap.

Jij hebt als:

huisvrouw,

huisarts,

vroedvrouw,
gastvrouw,
moeder en
echtvrouw

al datgene mogelijk gemaakt waardoor ik nu van ganser harte tegen U
allen kan zeggen:

Ik dank U.

Literatuur

1. G.E.R. Lloyd, Hippocratic Writings. Pelican Classics, 1978, pg.68.
2. Bloch, A. Murphy's Law. Price, Stern, Sloane Publ. 1980, pg.84.
3. Issawi, Ch.Ph. Issawi's Laws of Social Motion. Hawthorne Publ. 1973.
4. Bean, R.B. Sir William Osler Aphorisms. Charles C. Thomas Inc. 1961, pg.105.
5. Strauss, M.B. Familiar Medical Quotations. Little, Brown & Comp. 1968, pg.125.
6. Harrison's Principles of Medicine. Mc. Graw Hill, 10th. ed. 1983, pg.1263.
7. Teppo, L. in: Grundman, Geographical Pathology in Cancer Epidemiology. Fischer Verlag Stuttgart. 1982, pg.11.
8. Koster, M. in: Querido, A, Roos, J. Controversen in de Geneeskunde, dl. I. Uitg. Bunge, 1980, pg.231.
9. Dayton, S., Pearce, ML. Prevention on Coronary Heart Disease and other Complications of Arteriosclerosis by Modified Diet. Am.J.Med. 46. 751 (1969).
10. Hamburger, Jean et al. Nephrology. Saunders 1968, pg.1282.
11. Genesis 11, 1-9.
12. Dornhorst, A. J. Royal College of Physicians of London. 19. College Commentary. pg.12 (1985).
13. Snapper, I., Kahn, A.I. Bedside Medicine. Grune & Stratton, 1967.
14. Boillet, A. The Rise and Fall of Disease. Am.J.Med. 70. 12 (1981).
15. Lee, R.V. The Generalist, A. Jaundiced View. Am.J.Med. 72. 184 (1982).

16. Fevery, J. Hepatische Iatrogene Pathologie. Tijdschr.v.Gastro
Enterologie 24, 429 (1985).

