

INGEZONDEN.

De redactie behoudt zich voor ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken zoo noodig eenige bekorting aan te brengen.

EMPIRISME IN DE THERAPIE.

Voor bezwaren al of niet gegrond, vaak ook in het *N. T. v. G.* (o.a. bladz. 1588 en bladz. 1591, dezen jaargang) geuit, over het aanbevelen van onvoldoend gefundeerde geneesmethodes, mogen de volgende theoretische algemeene beschouwingen in overweging worden genomen.

Daar KANT zegt, dat onze kennis bestaat uit een synthese van rationalisme en empirisme, uit datgene wat onze verstandelijke gedachtenconstructies opleveren, en uit dat wat de waarneming leert, is het misschien niet van belang ontbloot, deze gebieden van ons kenvermogen ieder afzonderlijk nader te bezien.

De vraag of het rationalisme of het empirisme primair zou zijn, is een oud filosofisch strijdpunt, doch algemeen (KANT, SCHOPENHAUER, BECHER, ERWIN STRAUZ) wordt toch wel aangenomen, dat voor de physica, chemie, astronomie, biologie, en ook voor de geneeskundige therapie onze kennis wordt ontleend aan de ratio en aan de empirie (voor de therapie bestaande uit een opgave van volgens een bepaalde geneesmethode behandelde reeks patiënten), beide.

Het eerste gebied onzer kennis nu, onze theoretische gedachtenconstructies, is in het algemeen door een langdurige wetenschappelijke opleiding en door veel ervaring op geneeskundig gebied voldoende zeker, hierin komen niet zoovele vergissingen voor. Dit kan echter van het empirische gedeelte der medisch-therapeutische kennis niet worden gezegd; een goed doorgevoerd empirisme zou namelijk reeds alle onwerkzame medicamenten moeten doen uitvallen. Wij hebben er nog vele, dus het empirisme heeft gedeeltelijk gefaald.

Het empirisme nu heeft daarom niet voldaan, omdat de voorwaarden, waaraan het heeft te voldoen bij mijn weten nergens geformuleerd zijn. Welke eischen kan men aan de waarneming stellen? Een middel moet o.a. voldoende zijn onderzocht.

Reeds dadelijk is het duidelijk, dat men in sommige situaties het aantal genezingen, dat aangevoerd moet worden om een therapeuticum te kunnen aanbevelen, kan bepalen. Stel voor men heeft te doen met een ziekte met een mortaliteit van 100 pCt. (pernicieuse anaemie komt hier dicht bij). *Eén enkel* goed vastgesteld genezingsgeval geeft dan reeds het recht een middel aan te bevelen.

Bij een zeker percentage mortaliteit zal men in zijn bewijsmateriaal minimaal zooveel gevallen moeten aanhalen, als het minimum aantal gevallen, waarop de statistiek is gebaseerd, bedraagt. De letale gevallen kunnen namelijk onregelmatig verspreid liggen, men kan dus niet zeggen bij 20 pCt. letaliteit op 5 gevallen geen sterfgeval of op 10 gevallen *een* sterfgeval, mijn middel is goed; neen, het aantal van de statistiek is noodig. Iets dergelijks geldt ook voor morbiditeit, ziekteduur enz., doch hier worden de verhoudingen veel ingewikkelder. Ik meen, dat het gemiddelde van een ziektebeloop, zoo mogelijk in cijfers uitgedrukt, moet worden opgesteld en daarnaast dat van overeenkomstige reeksen van behandelde patiënten, en dat dan kritisch moet worden vergeleken.

Daar in de pathologie veel ordening bestaat zou deze voor het empirische gedeelte van de therapie theoretisch ook moeten kunnen gevonden worden. Misschien zijn er regels op te stellen, waaraan bij aanbeveling van een nieuwe geneesmethode de gewoonlijk aangehaalde waarnemingen aan patiënten (ook wat het aantal betreft) minimaal behooren te voldoen, om op deze wijze aan een op dit gebied meermalen heerschende onvolledigheid zooveel mogelijk tegemoet te komen.

Amsterdam.

A. DEN HERDER.

DE ATTESTEN IN DE „ONDERLINGE”.

Het rondschrijven van het Bestuur der Onderlinge Verzekeringsmaatschappij van Geneeskundigen ter verdediging van zijn opvatting, dat verklaringen, in te