

streren dit. Het gemiddelde peil van de gynaecologie als deel van de geneeskunde wordt dan ook evenzeer bepaald door de slechtste als door de beste beoefenaar.

Nieuwe endoscopische technieken (handzame optiek, koud licht, koolzuur) stellen iedere vrouwenarts in staat de urethra en de blaas poliklinisch vrijwel even gemakkelijk te onderzoeken als de vagina en de cervix. Simultane drukmetingen beperken zich niet alleen tot de blaas, maar zijn nu ook in de verloskunde voor de uterusholte gemeengoed geworden. Tijdens de opleiding zal dan ook de aankomende vrouwenarts de gelegenheid moeten krijgen naast een gedegen operatieve urogynaecologische scholing, zich de verschillende urodynamische onderzoeksmethodes eigen te maken. De vooruitgang van de geneeskunde vraagt bij voortduring dat datgene gedaan wordt wat gedaan behoort te worden en vraagt geen discussie over wie het zal doen. Elke vrouw met urine-incontinentie mag zich getroost weten door de gedachte dat de scheiding tussen urologie en gynaecologie niet waterdicht is.

*Literatuur:* BRUIN, A. J. J. DE (1975) *Pitfalls in managing urinary stress incontinence*. IX European congress international college of surgeons, 37. — HASPELS, A. A. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 129.

Nijmegen, januari 1976

A. J. J. DE BRUIN

Met collega DE BRUIN deelde ik de bijzondere belangstelling voor de patiënte met urine-incontinentie. Toch zou ik mijzelf als doe-het-zelver beschouwen, als er geen multidisciplinair team aanwezig zou zijn. In onze incontinentiewerkgroep is samenwerking tussen uroloog en gynaecoloog zo vanzelfsprekend en wederzijds gewaardeerd, dat wij nauwelijks kunnen begrijpen dat men een dergelijk teamwork elders weinig zinvol, opgedrongen en kunstmatig zou kunnen vinden. Behalve de verloskunde en gynaecologie in engere zin, moet de aankomende vrouwenarts zich reeds veel eigen maken: de endocrinologie, het vruchtbaarheids-onderzoek, anticonceptie, de seksuologie, de psycho-sociale zorg, de moderne bewaking, echografie, biochemie, etc. Of collega DE BRUIN de verschillende urodynamische onderzoeksmethoden niet een te zwaar accent geeft ten opzichte van deze andere ontwikkelingen binnen ons vak, is een punt dat een interessante discussie op zou kunnen leveren!

Utrecht, februari 1976

A. A. HASPELS

## De tijd moet het leren

Prof. ZWAVELING snijdt in zijn boeiende klinische les (1976) — als ik het wel heb niet bedoeld — een interessant probleem aan. Het probleem is samengevat en verborgen in de zin in de laatste alinea: „Van tevoren moet vastgesteld worden of er een kans op genezing is”, waarop Prof. ZWAVELING dan laat volgen: „Is dat het geval — ook al zou dat grote offers vragen — dan moet men bereid zijn tot zo nodig grote ingrepen”.

Iedereen zal het met Prof. ZWAVELING eens zijn dat, als er geen kans op genezing is, ingrepen ter genezing zinloos zijn. Het begrip kans wordt door hem echter wat

kansloos gehanteerd. Kans 0,9; 0,5; 0,1; 0,01? Al deze kansen worden op één hoop geveegd wat betreft de besluitvorming. Ik ben er helemaal niet van overtuigd dat bij een kans van 0,01 — ook al zou dat grote offers vragen — men bereid moet zijn tot zodanig grote ingrepen. De offers worden namelijk gebracht door de patiënten die de „prijs uit de loterij” niet trekken, maar dan wel een veel groter offer aan menselijk leed dan door degenen die een „niet” hebben getrokken in de Staatsloterij.

Om het kort te stellen: hoe ver mag de arts gaan met „heroïsche ingrepen”? Laat hij bij zijn besluitvorming (en bij die van de patiënt) de statistiek en waarschijnlijkheidsrekening een woordje meespreken? De twee beschreven patiënten zijn op het nippertje gered, maar tot welke prijs; hoeveel niet geredde patiënten staan hiertegenover? De apodictische uitspraak dat „behandeling nalaten op grond van het feit dat de prognose waarschijnlijk, doch niet met zekerheid ongunstig is, de patiënt te kort doet” zou ik in zijn absolute zin niet willen onderschrijven.

*Literatuur:* ZWAVELING, A. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 81.

's-Gravenhage, februari 1976

R. DRION

Het is onmogelijk te zeggen hoe groot de kans op genezing moet zijn, aangezien het niet zinvol is statistische gegevens toe te passen op één individu. Behalve geneeskunde zal ook de geneeskunst, dat wil zeggen ervaring en een juiste beoordeling van de situatie, hierbij een grote rol spelen.

Het is onjuist, te stellen dat de patiënten die niet te genezen zijn van hun „tumorziekte”, door een grote operatie slechts leed wordt toegebracht. Juist de primaire tumor kan zeer veel lijden veroorzaken, vaak meer dan metastasen. Een goed voorbeeld hiervan zijn de tumoren in het hoofd-halsgebied, evenals die in het verloop van de tractus digestivus. Zie hiervoor ook mijn klinische les „Chirurgische palliatie bij tumoren van de tractus digestivus” (1976).

*Literatuur:* ZWAVELING, A. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 226.

Leiden, februari 1976

A. ZWAVELING

## Moderne geneesmiddelen tegen tuberculose

Het artikel van Dr. ROOSENBERG (1976) bevat een algemene inleiding, waarin de epidemiologie van de tuberculose behandeld wordt. Terecht merkt de schrijver op dat morbiditeit en mortaliteit van de tuberculose reeds dalende zijn ver voor de toepassing van de moderne chemotherapeutica. Hij had eraan kunnen toevoegen, dat deze daling reeds begon — ik spreek voor Nederland — rond de eeuwwisseling.

Evenzeer terecht schrijft Dr. ROOSENBERG dat de oorzaak daarvan gezocht moet worden in de verbetering van de sociaal-economische en hygiënische toestand van de bevolking, waarbij het tekort aan voeding als belangrijkste consequentie van armoede of oorlogshandeling desnoods