

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 uterus holte 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 zonodig 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 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

nog speciaal genoemd had kunnen worden. Maar aan deze oorzaak voegt schrijver toe „en bij ons niet in de laatste plaats door ons unieke systeem van opsporing en begeleiding door de consultatiebureaus”.

Een zekere relativering van dit unieke systeem van opsporing is wel gewenst als men in het verleden kijkt. Met alle waardering voor het belangrijke aandeel van onze consultatiebureaus in de tuberculosebestrijding moet toch opgemerkt worden, dat het systeem van actieve opsporing door onderzoek van groepen van de bevolking niet het werk van consultatiebureaus is geweest, erger nog, dat zij zich hiervan lang afzijdig hebben gehouden. Op de bureaus beperkte men zich tot de „passieve opsporing”, dat is wachten tot een patiënt verwezen werd naar het consultatiebureau en dan pas speuren naar de bron en andere daardoor geïnfecteerden.

De actieve opsporing van tuberculose-besmettingsbronnen hebben wij te danken gehad aan het bedrijfsleven. Het is onze vader der bedrijfsgeneeskunde geweest, Dr. BURGER van Philips en later hoogleraar te Amsterdam, die reeds in de jaren dertig de massale röntgendoorlichting van de bedrijfsbevolking toepaste en de betekenis daarvan voor

de tuberculosebestrijding aantoonde. Hij was het, die deze betekenis uitdroeg en de stoot ertoe gaf, dat reeds vóór de tweede wereldoorlog met hulp van het toenmalige profylaxiefonds op groter schaal bedrijfsonderzoek op tuberculose plaatsvond en door het bedrijfsleven het Centraal Bureau voor Keuringen op Medisch-hygiënisch gebied daartoe werd opgericht.

Pas na de oorlog, en vaak pas jaren later, gingen de consultatiebureaus tot de actieve opsporing over, dit vaak delegerende aan speciale stichtingen, die — het spijt mij het te moeten opmerken — zich in die jaren niet altijd even vriendschappelijk tegenover de wegbereider, het Centraal Bureau, opstelden. Wil men derhalve een verklaring van de snelle daling van de tuberculosemortaliteit en -mortaliteit geven, dan mag men het aandeel, dat het bedrijfsleven hieraan heeft gehad, niet verzuimen te vermelden.

*Literatuur:* ROOSENBERG, J. G. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 241.

Leidschendam, februari 1976

P. MUNTENDAM

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### AUSTRALIË

*Groeibeperking bij meisjes.* Onder de titel „Tall girl therapy” is in het *Canadian Medical Association Journal* (10 jan. bl. 9) een editoriale beschouwing gewijd aan het streven dat zich o.a. in Australië manifesteert, om excessieve groei van meisjes tegen te gaan. Dit streven vooronderstelt drieërlei: (a) sommige meisjes merken met tegenzin dat zij langer zullen worden dan de gemiddelde man; (b) men moet over de mogelijkheid beschikken om te voorspellen welke meisjes te groot zullen worden; (c) er moet een doeltreffende therapie bestaan om dit te verhinderen. WETTENHALL en medewerkers hebben gedurende vijftien jaar hierover gewerkt en hun ervaringen gepubliceerd (*J. Pediat.* 1975, 86, 602). Zij hebben tussen 1959 en 1973 in totaal 168 meisjes met stilboestrol behandeld. Hun artikel gaat over 87 van deze meisjes. Zij gingen over tot behandeling indien de voorspelbare lengte meer zou bedragen dan 177 cm. Bij het begin der behandeling was de chronologische leeftijd van de meisjes gemiddeld dertien jaar (variërend van 11 tot 15,8 jaar); de voorspelbare lengte bedroeg 172,2 tot 189,2 cm. (Het kleinste van deze meisjes werd behandeld omdat zij balletdanseres wilde worden, geen beroep voor een lang meisje.) De behandeling werd bij 46 meisjes vóór de menarche begonnen (maar niet voor het tiende levensjaar), bij 41 meisjes erna. Voorafgaand aan de behandeling werd het kind nauwkeurig bestudeerd, o.a. om de aanwezigheid van een groeistimulerende organische kwaal uit te sluiten. De behandeling bestond uit toediening van stilboestrol (eerste week 1 mg daags, vervolgens 2 mg daags tot de volwassen lengte was bereikt), en duurde gemiddeld 2,1 jaar (0,6-4,1 jaar). Het gemiddelde resultaat van de kuur was een beperking van de lengtegroei met 3,5 cm, welk cijfer het verschil was tussen de geschatte volwassen lengte en de na de kuur bereikte lengte. Bij sommige meisjes was

het resultaat nihil, maar bij andere werd een beperking van zelfs 10 cm bereikt. In de beginperiode der behandeling hebben zich menstruatiestoornissen voorgedaan, na beëindiging van de kuur niet meer.

Volgens de onderzoekers is er geen overtuigend bewijs dat oestrogeen bij „normale” meisjes of jonge vrouwen kanker veroorzaakt. Als preparaat zouden zij thans bij voorkeur ethinyl-oestradiol in overeenkomende dosering (0,12 mg daags) willen toepassen.

#### DUITSLAND (B.R.)

*Minder ongevallen.* In 1974 zijn in West-Duitsland in totaal 2,2 miljoen arbeidsongevallen, beroepsziekten en verkeersongevallen gemeld, hetgeen een laagterecord is sedert 1954. Het aantal arbeidsongevallen daalde voor het eerst sinds 1954 onder de twee miljoen. De daling heeft zich ook in 1975 voortgezet. Volgens voorlopige berichten zijn in het voorjaar van 1975 14 pct minder arbeidsongevallen gemeld, 10 pct minder verkeersongevallen en 1 pct minder beroepsziekten. In 1975 zijn 3408 mensen tijdens hun werk omgekomen, dat is 10,0 pct minder dan in 1974. (*Dtsch. Ärztebl.*, 19 febr. bl. 478.)

*Bijna dertig procent vrouwelijke artsen in Berlijn.* Van de 6487 in het jaar 1974 in West-Berlijn werkende artsen waren 1880 vrouwen, dat is 29 pct, een duidelijk hoger percentage dan het gemiddelde in de Bondsrepubliek (20,2 pct). Vooral onder de kinderartsen waren veel vrouwen (60 pct, tegen 45 pct voor heel Duitsland). Daarentegen waren van de 263 chirurgen slechts 27 vrouwen en van de 85 urologen slechts drie. (*Dtsch. Ärztebl.*, 19 febr. bl. 480.)

#### VERENIGDE STATEN

*Immunotherapie door middel van epilaesionale scarificatie.* Voor de behandeling van kanker wordt tegenwoordig veel aandacht geschonken aan de immunotherapie, en er wordt vooral veel onderzoek verricht over de actieve, niet-