

dat kunstje kan elke aap leren, maar operateurs zijn ook gewone mensen en kunnen zoals elk ander maar één ding tegelijk doen. Dit houdt in dat zij, als zij aan de ingreep bezig zijn, de conditie van de patiënt niet goed in de gaten kunnen houden. Bovendien trek ik in twijfel of de operateur in staat is om eventuele complicaties adequaat op te vangen. Een operateur is niet bedreven in het intuberen onder moeilijke omstandigheden. Ook beschikt een operateur niet over getraind anesthesiepersoneel om hem bij te staan en ook niet over voldoende hulpapparatuur (Rapport Gezondheidsraad 1979).

Dat een kort durende inhalatie-anesthesie onbekend terrein is voor de anesthesist lijkt mij een stelling die onjuist is. Elke anesthesist geeft geregeld inhalatie-anesthesieën.

De belangen van de operateur en de anesthesist botsen vaak en dat is heel begrijpelijk. Het werk van de anesthesist is namelijk het tegenwerken van de operateur, want deze laatste doet een grote of een kleine aanslag op patiënt's lichaam. De anesthesist moet zorgen dat de patiënt deze zo goed mogelijk overleeft. Daaruit volgt dat de anesthesist tegen sommige houdingen tijdens de ingreep bezwaren kan maken. Als de operateur de operatie dan technisch niet kan uitvoeren, dan moet hij een andere methode kiezen. De conditie van de patiënt tijdens de ingreep is belangrijker dan de technische eisen van een operateur.

Of een ingreep onder lokale anesthesie of onder algehele anesthesie moet gebeuren is een zaak tussen operateur en de patiënt, maar als een patiënt een algehele narcose verkiest, dan moet deze gegeven worden door de anesthesist en dan zal blijken dat het geen onverantwoorde luxe meer is.

*Literatuur:* JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237. – Rapport Gezondheidsraad (1979) Deel I, *Anesthesiologie*.

Oppenhuizen, februari 1981

R. J. STEUR

Het Ingezonden van collega Van Seventer spreekt voor zichzelf. Een betere ondersteuning van mijn betoog had ik niet kunnen wensen.

Met de eerste alinea van het Ingezonden van collega Steur kan ik mij in theorie best verenigen, in de praktijk echter niet. Juist kleine ingrepen moeten nogal eens zeer spoedig gebeuren en dat kan dan vaak niet op „het tijdstip waarop kleine ingrepen gedaan kunnen worden”. Zelfs niet als in een ziekenhuis de beste afspraken gemaakt zijn. Een spoed-tracheotomie, een myringotomie, een vreemd lichaam in de neus komt nooit volgens afspraak, er moet dan direct geholpen worden wegens levensgevaar of om patiënten pijn, angst en ellende te besparen door nodeloos wachten in spanning.

Zoals collega Steur zegt, operateurs zijn natuurlijk – net als anesthesisten – doodgewone mensen, maar doordat verschillende kleine ingrepen maar luttele minuten duren, hebben in de praktijk op dit punt nu juist nog geen aanwijsbaar slechte gevolgen plaatsgehad. Ik meen echter te weten dat anesthesisten, zelfs bij grote operaties, soms gedurende meer dan luttele minuten niet in die operatiekamer vertoeven. Het tekort aan anesthesisten, lees ik dan, is daaraan schuld.

Over de houding van de patiënt bij een ingreep kan ik kort zijn. Daarover hebben anesthesist en operateur soms verschillende denkbeelden, zodat zij daaromtrent wel eens in botsing komen. Ik ben dat geheel met collega Steur eens, maar als de anesthesist Steur dan zegt: „als de operateur de operatie dan niet kan uitvoeren wegens de techniek, dan moet (cursivering van L. J.) hij een andere methode kiezen”, zegt hij precies wat ik verfoei en aan de kaak stelde: de door

de anesthesist geëiste houding kan zo zijn, dat de operateur, wegens gevaar voor onnodig grote morbiditeit en sterfte de voorgestelde houding onaanvaardbaar vindt. Ook dan is overleg beter dan de uitdrukking: de ander moet. Dit is zeker het geval als op andere plaatsen anesthesisten met goed gevolg de algehele narcose wel op de door de chirurg gewenste wijze uitvoeren.

Tenslotte dat een chirurg „getraind anesthesiepersoneel” tot zijn beschikking heeft, berust op maatregelen door de anesthesisten ingesteld, die ik in mijn commentaar reeds noemde.

Amsterdam, februari 1981

L. B. W. JONGKEES

## *Ectopische uitmonding van de ureter*

Bij het artikel van KOLFF en VAN HELSDINGEN (1981) zou ik een corrigerende opmerking willen maken. In hun beschouwing doen zij naar mijn mening de embryologie van de tractus genitalis van de vrouw tekort door te stellen dat de tubae uterinae, de uterus, de cervix uteri en het vestibulum vaginae uit de gangen van Wolff ontstaan. Dit is een halve waarheid. Zonder twijfel zijn bij de totstandkoming van zowel de mannelijke als de vrouwelijke tractus genitalis de gangen van Wolff nauw betrokken. Bij de man ontwikkelen ze zich tot de afvoerwegen van het sperma (ductus deferens, vesiculae seminales), maar bij de vrouw spelen ze een belangrijke rol bij de inductie van de buizen van Müller. Uit deze buizen van Müller (en niet uit de buizen van Wolff) ontwikkelen zich de tubae, uterus en het bovenste 4/5 deel van de vagina. Aangezien de gangen van Wolff óók bij de aanleg van de ureter een belangrijke rol spelen, is het niet verwonderlijk dat anomalieën van het uropoëtische en van het genitale apparaat in allerlei combinaties worden gezien. In dit verband meen ik de schrijvers van dienst te kunnen zijn door hen te wijzen op het proefschrift van KARAMAT ALI uit 1965.

Aan het commentaar van prof. SCHOLTMEIJER (1981) zou ik willen toevoegen, dat het voor de gynaecoloog van belang kan zijn in geval van onbegrepen fluor bij jonge meisjes een ectopisch uitmondende ureter in de differentiële diagnose op te nemen (VAN HALL 1968). Niet alleen een „vaginogram” maar ook een hysterosalpingogram kan een ectopische ureter aan het licht brengen (KRUYFF 1974).

*Literatuur:* HALL, E. V. VAN (1968) *Ned. T. Verlosk.* 68, 91. – KARAMAT ALI, M. H. (1965) *Extravesicale ureteruitmondingen bij de vrouw: een embryologisch-klinische beschouwing en een bespreking van 51 Nederlandse patiënten*. Proefschrift Groningen. – KOLFF, G. C. M. en P. J. R. O. VAN HELSDINGEN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 52. – SCHOLTMEIJER, R. J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 58.

Leiden, januari 1981

H. KRUYFF

Dat de altijd boeiende en gecompliceerde problematiek van de congenitale urogenitale anomalieën weer eens onder onze aandacht werd gebracht door KOLFF en VAN HELSDINGEN (1981) en door SCHOLTMEIJER (1981) is buitengewoon nuttig. Enig commentaar vanuit gynaecologisch gezichtspunt lijkt echter wel gewenst.

Het artikel van KOLFF en VAN HELSDINGEN bevat een onjuistheid (ook onopgemerkt door SCHOLTMEIJER), als zij vermelden dat bij de vrouw „de tubae uterinae, de uterus, de cervix uteri en het vestibulum vaginae” ontstaan uit de gang

van Wolff. Deze structuren ontstaan, misschien met uitzondering van het vestibulum vaginae en de cervix (waarvan de oorsprong nog onzeker is), uit de gangen van Müller. Bij de vrouw gaat de gang van Wolff in regressie en laat slechts enkele rudimenten achter (hydatide van Morgagni, epophoron, Kobeltse buisjes, gang van Gartner).

In de beide ziektegeschiedenissen misten wij mededelingen over het al of niet gelijktijdig bestaan van misvormingen van de genitalia. Congenitale afwijkingen van urinewegen en van het geslachtsapparaat gaan immers vaak samen. Tenslotte willen wij erop wijzen dat niet alleen urologische klachten of verschijnselen, zoals door de auteurs vermeld, tot de diagnose kunnen leiden. Ook in de Nederlandse literatuur zijn casuïstische mededelingen te vinden over patiënten met ectopisch uitmondende ureters, die zich met typisch gynaecologische klachten presenteren zoals fluor vaginalis (VAN HALL 1968) of dysmenorroe (KRUYFF 1974).

*Literatuur:* HALL, E. V. VAN (1968) *Ned. T. Verlosk.* 68, 91. – KOLFF, G. C. M. en P. J. R. O. VAN HELSDINGEN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 52. – KRUYFF, H. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 373. – SCHOLTMEIJER, R. J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 58.

Hoorn, januari 1981

C. N. M. RENCKENS

Wij kunnen geheel instemmen met de kritische terechtwijzing van de collegae KRUYFF en RENCKENS inzake de omissie in ons artikel over het ontstaan van ectopische ureteruitmonding en zeker waar het de embryonale ontwikkeling betreft van de vrouwelijke geslachtsorganen. Deze ontwikkeling was ons wel bekend en had correct weergegeven moeten worden. Wij zijn dan ook blij met deze nuttige en noodzakelijke correctie. Het is in dit verband dan ook jammer dat de publikaties van VAN HALL en KRUYFF ons zijn ontgaan, wij hadden hiervan anders zeker melding gemaakt.

's-Gravenhage, februari 1981

G. C. M. KOLFF  
P. J. R. O. VAN HELSDINGEN

### *Stenen in het distale deel van de ureter*

Het artikel van VAN HELSDINGEN (1980) en DE VLAAM (1980), geeft ons aanleiding om te wijzen op een andere therapie-mogelijkheid, nl. percutane nefrostomie. Onze eerste ervaringen met deze methode beschreven wij in dit tijdschrift (RADDER 1980). Onze ervaring heeft zich intussen aanzienlijk uitgebreid en wij hopen hierover binnenkort uitvoeriger te berichten.

Wij kunnen de literatuurgegevens bevestigen, dat het op geleide van echografie en röntgendoorlichting vrijwel altijd mogelijk is een catheter in het nierbekken-kelkensysteem te brengen voor decompressie (STABLES e.a. 1978). Deze elegante en voor de patiënt zeer weinig belastende methode kan onder lokale anesthesie worden uitgevoerd en verzekert een ruime drainage van het gestuwde systeem, zonodig voor langere tijd. Tevens bestaat de mogelijkheid van gescheiden nierfunctie-onderzoek en van cytologisch, bacteriologisch en chemisch onderzoek. De kans dat een afsluitende uretersteen spontaan wordt geloosd na opheffing van de druk en het omgevende oedeem, wordt aanzienlijk verhoogd. Bijzonder dankbaar is deze therapie als een uretersteen aanleiding heeft gegeven tot pyonefrose. Bij dergelijke ernstig zieke patiënten treedt een snelle klinische verbetering op en binnen 24 tot 28 uur wordt heldere urine geproduceerd (BARBARIC 1976). Verder is er ook nog het voordeel dat bij

een niet functionerende nier door middel van antegrade pyelografie gemakkelijk het nierbekken-kelkensysteem en het boven de afsluitende steen gelegen gedeelte van de ureter in beeld kunnen worden gebracht.

*Literatuur:* BARBERIC, Z. L., R. S. DAVIS, I. N. FRANK e.a. (1976) *Radiology* 118, 567. – HELSDINGEN, P. J. R. O. VAN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 814. – STABLES, D. P., N. J. GINSBERG en M. L. JOHNSON (1978) *Amer. J. Roentgenol.* 130, 75. – VLAAM, A. G. A. DE en P. J. R. O. VAN HELSDINGEN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 819.

Meppel, juni 1980

R. W. RADDER  
J. C. VAN GOOSWILLIGEN

### *Begeleiding en behandeling van patiënten met cheilognathopalatoschisis*

In zijn klinische les heeft collega HUFFSTADT (1980) een duidelijke uiteenzetting gegeven over de in Groningen gegroeide organisatie en handelwijze. Jammer genoeg is het slot van zijn les – een pleidooi voor de multidisciplinaire aanpak – overbodig: niemand zal in deze tijd van teamgeest het tegendeel durven beweren! Bovendien wordt door dit slot (en dat blijft bij de lezer het langste hangen) de aandacht afgeleid van het belangrijkste probleem dat aan de beschreven en aanbevolen organisatie inherent is: de communicatie tussen de patiënt (diens ouders) en het team. Deze wordt namelijk moeilijker, gaat zelfs geheel verloren, naarmate het team uit meer leden bestaat!

Het was dan ook wat onthutsend te moeten lezen dat het team fors is uitgebreid nadat communicatieproblemen warenesignaleerd! Met alle respect voor maatschappelijke werkers, zou een warme arts-patiëntrelatie echt uit de tijd zijn? En zou de huisarts niet een grote rol in de begeleiding kunnen spelen? Waarom degraderen wij ons zelf tot monteurs en laten we de begeleiding aan anderen over? Wordt het niet eens tijd, zonder terug te gaan naar obsoleete praktijken, de vraag te stellen of we met het beschreven supergedifferentieerde model wel op de goede weg zijn? Is, om een paar concrete vragen te stellen, het gezamenlijke spreekuur wel efficiënt, en niet erg verwarrend voor de patiënt? Is al bij de huisartsen en patiënten getoetst hoe de begeleiding door maatschappelijke werkers wordt gewaardeerd?

*Literatuur:* HUFFSTADT, A. J. C. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2209.

Zwolle, januari 1981

J. RITTERSMA

Het is jammer dat collega RITTERSMA de inhoud van mijn Klinische les niet goed heeft begrepen. Hij interpreteert de ontwikkeling van het Groningse team op zijn eigen wijze en poneert dan dat de communicatie tussen patiënt (diens ouders) en het team verloren zou gaan naarmate het team uit meer leden bestaat. Met respect voor maatschappelijke werkers vraagt hij zich af of een warme arts-patiëntrelatie uit de tijd zou zijn. Hij veronderstelt ook dat „wij” (wie?) ons zelf degraderen tot monteurs, die de begeleiding aan anderen over laten.

Het tegendeel is waar. De deelneming door een maatschappelijke werker in het beschreven supergedifferentieerde model blijkt juist de communicatie op alle fronten niet alleen open te houden maar bovendien te verdiepen, terwijl toch de moderne ontwikkelingen hun kans krijgen. Rittersma ziet waarschijnlijk over het hoofd dat communi-