

voortduurt en bijverschijnselen geeft, zooals fluor, soms druknecrose enz., de tweede, omdat de operatieve behandeling iets tracht te verbeteren, wat zeker voor een deel op aangeboren minderwaardigheid van spier en bandapparaat berust, misschien wel als onderdeel van de enteroptosis van GLÉNARD.

Wanneer in de toekomst bij beginnende prolapsen minder naar den ring zou worden gegrepen en de vrouw meer op het nut van bepaalde gymnastische oefeningen zou worden gewezen, waarvan de prophylactische waarde natuurlijk het grootst is, geloof ik, dat wij van een goed gefundeerde therapie gebruik maken.

Amsterdam.

R. F. SCHUURMANS.

STRALENBEHANDELING VAN KWAADAARDIGE GEZWELLEN VAN DE VROUWELIJKE GESLACHTSORGANEN.

Wanneer men het artikel van dr. DEN HOED leest in het vorige nummer van dit *Tijdschrift*, dan krijgt men den indruk, dat de operatieve behandeling van het carcinoom van den uterus op een brankroet staat. Daar deze mededeeling is verschenen uit een toonaangevende kliniek meen ik eenige opmerkingen te moeten plaatsen ter nadere oriëntering van de lezers.

Op blz. 5006 schrijft dr. DEN HOED, „dat statistieken in de wereldliteratuur verschenen, aantoonen, dat er bij den opereerbaren kanker van den baarmoedermond even goede uitkomsten worden verkregen met de stralenterapie als met de operatieve behandeling.” Hierbij moet echter niet uit het oog worden verloren, dat deze statistieken moeilijk uit te leggen zijn, omdat bij den een operabel is wat bij den ander voor niet operabel geldt. De operatiestatistieken zijn belast met een groote primaire mortaliteit, die wisselend groot is bij verschillende operateurs. Wanneer dus de primaire mortaliteit verminderd kan worden bij een even groote radicaliteit van de operatie, dan worden de operatie-uitkomsten beter dan die met radium verkregen. Dit is in den laatsten tijd mogelijk geworden door de modificaties van de vaginale operatie volgens STÖCKEL. De mortaliteit van de abdominale radicale operatie (die vroeger vrij algemeen werd toegepast) beweegt zich tusschen 13 tot 20 pCt. Die van de vaginale radicale operatie tusschen 5 tot 7 pCt. ! Het is echter niet juist om de operatieve behandeling tegenover de stralenterapie te stellen. De behandelingsmethodes moeten elkaar eerder aanvullen dan met elkaar concurreren. Bekend is hoe onberekenbaar het carcinoom zich tegenover de radiumbestraling zoowel als tegen de operatieve behandeling kan gedragen. Beide methodes kunnen hun successen boeken, echter krijgt men den indruk, dat deze successen naast elkaar liggen en afhankelijk zijn van de soort van het carcinoom. Voor het adenocarcinoom van de cervix staat bijvoorbeeld vast, dat het beter kan worden geopereerd, maar ook plaveiselcelcarcinomen ziet men soms na een bestraling spoedig recidiveeren en na een opvolgende operatie langer refractair blijven, terwijl ook het omgekeerde geldt. Het is daarom m.i. juister om de operatie zooveel mogelijk te combineeren met de radiumbestraling. In het ziekenhuis aan den Coolsingel te Rotterdam volgen wij den volgenden weg: uterus en parametria worden vaginaal verwijderd (mortaliteit 4,3 pCt.), na ongeveer 10 tot 14 dagen legt de radioloog (dr. LAMMERS) links en rechts in het wondbed der parametria radiumpraeparaten, Röntgennabestraling volgt dan later. Deze behandelingswijze, welke ook in andere klinieken wordt gevolgd, zal waarschijnlijk betere uitkomsten gaan geven.

De radiumbehandeling van het corpuscarcinoom is onzeker. Men kan over de plaats van het carcinoom in den uteruswand niet goed georiënteerd zijn. Bovendien is de baarmoeder een contractiel orgaan, dat verslapt en zich samentrekt, hetgeen bij een curettement kan worden waargenomen. De ligging van het praeparaat wisselt daardoor en is onzeker, hetgeen bij contrôle op Röntgenphoto's te zien is. Het is moeilijk een carcinoom, dat in den fundus is gelegen, voldoende te bestralen met een praeparaat, dat meestal evenwijdig aan de baarmoederas ligt. Het adenocarcinoom, dat hier gevonden wordt, is vaker refractair tegen bestraling. Bovendien

kan bij het corpuscarcinoom volstaan worden met de minder ingrijpende uterus extirpatie zonder verwijdering van de parametria. De getallen uit deze radium-statistieken zijn m.i. nog niet voor beoordeeling rijp.

Bij het carcinoom aan de vulva meen ik, dat de operatieve verwijdering van vulva met de liesklieren links en rechts in een geheel (zooals bij het mammacarcinoom) gevolgd door bestraling de aangewezen weg is.

Rotterdam.

B. S. TEN BERGE.

DE GROOTSTE UITSLAG VAN DEN OSCILLOMETER BIJ BLOEDDRUK-BEPALING.

Als antwoord op de opmerkingen van collega BLAISSE in het *N. T. v. G.* van den 31sten Augustus 1935, blz. 4199, moge dienen:

1. Collega BLAISSE meent, dat ik teruggekeerd ben tot de theorie van MAREY, zulks is geheel onjuist; mijn publicaties geven nergens aanleiding tot deze opvatting. MAREY meende, dat bij bepaling van den bloeddruk met den oscillometer of oscillograaf de diastolische bloeddruk overeenkomt met den manchetdruk, als de oscillometer of oscillograaf den grootsten uitslag toont.

a. Volgens mijn overtuiging is het ontstaan van den grootsten uitslag van den oscillometer of oscillograaf, een toevallig gebeuren en nimmer een criterium voor eenigerlei bloeddrukwaarde, dus noch voor den diastolischen druk, noch voor de „pression moyenne dynamique”, indien deze bestond. 1)

b. Met een oscillometer is de diastolische druk in het geheel niet te bepalen, met een oscillograaf zeer moeilijk of in het geheel niet. Slechts bij het registreren van een oscillotonophotogram ontstaan duidelijke criteria voor het bepalen van den diastolischen druk, zooals beschreven in mijn proefschrift 2).

Deze beide opvattingen wijken geheel af van de leer van MAREY.

2. Het op blz. 859 van het *N. T. v. G.* door mij gestelde: De geheele amplitudo komt thans ten goede aan de registratie enz. wordt door collega BLAISSE uit het verband gehaald. Het geldt niet voor een oscillogram in het algemeen, doch slechts voor een regelmatig rechtgeschreven oscillogram, dat alleen in theorie bestaat, zooals op pagina 860 van het *N. T. v. G.* uitvoerig uiteengezet. De constructie is noodig om een inzicht te krijgen in het tot stand komen van een oscillogram.

3. Collega BLAISSE schrijft: „de elasticiteit van den vaatwand blijft buiten beschouwing. Dan moet de redeneering ook waar zijn, indien de arterie een slappen, niet elastischen wand heeft.”

De elasticiteit, in casu juister „de rekbaarheid” van den vaatwand blijft echter geenszins buiten beschouwing. Men zie slechts op blz. 858, 859 enz., de navolgende redeneering van collega BLAISSE behoeft dus *niet* waar te zijn.

Het vraagstuk van de volumeschommelingen vormt een afzonderlijk onderwerp, los van de door mij behandelde stof. Bij het behandelde onderwerp gaat het in de eerste plaats om verschillen van *drukschommelingen* in manchets en bloedvat, die niet gelijk behoeven te verlopen met de *volumenschommelingen* van het gecompriëerde stuk arterie, zooals door collega BLAISSE bedoeld.

4. Wanneer men de metingen van PACHON, GLEY en GOMEZ, critisch bekijkt, ziet men, dat deze weinig bewijzend zijn en niet tegen critiek bestand.

Het heeft bij den huidige stand der wetenschap geen zin bloeddrukwaarden, verkregen door onbloedige indirecte methodes te vergelijken met waarden, verkregen door directe bloedige metingen, daar men met beide systemen verschillende grootten meet 2), blz. 78. Over de „pression efficace” of „pression moyenne dynamique” vindt men nergens een behoorlijk scherp omlijnd begrip 2) blz. 9, 10 en 11. Ten slotte vervalt de aannemelijkheid van haar bestaan met het aannemen, dat de grootste uitslag van een oscillometer of oscillograaf een toevallige registratie is 2), blz. 75.

1) *N. T. v. G.* sub 2, blz. 867 d.d. 2 Maart 1935.

2) *Bloedsdrukmeting: het Oscillotonophotogram*, Amsterdam 1934.