

# INGEZONDEN

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

## RICHTLIJNEN BIJ DE BEOORDEELING VAN DE UITKOMSTEN DER BEHANDELING VAN ONVRUCHTBAARHEID

Collega PANNEKOEK deed goed werk door te trachten het percentage te leeren kennen van de vrouwen, die zonder onze hulp nog zwanger kunnen worden, wanneer het huwelijk een zeker aantal jaren steriel is geweest. Maar in zijn berekeningen schuilen mijns inziens twee fouten. In de eerste plaats verwaarloost hij den invloed der geboortebeperving in het begin van het huwelijk. Hoe vaak toch hooren wij patiënten niet zeggen, dat zij in de eerste jaren van haar huwelijk geen kinderen wenschten. Volgens mijn gegevens is dit in ruim 25 pCt. van de huwelijken gedurende één tot vijf jaren het geval. En dus zal een belangrijk deel der vrouwen, die volgens de officieele cijfers eenige jaren steriel gehuwd geweest waren, dit in werkelijkheid nog maar kort of in het geheel niet geweest zijn, waardoor dus de cijfers van PANNEKOEK veel te hoog zijn geworden, terwijl bij het vermelden van de resultaten der behandeling de jaren, waarin geboortebeperving werd toegepast, niet worden meegeteld. De in figuur 1 gegeven graphiek spreekt dit niet tegen. Dit zou pas het geval zijn, wanneer de opzet bestond geen kinderen te krijgen; nu komt het dus vroeg of laat toch tot het ontstaan van een eerstgeborene. En daar dit al tal van jaren zoo is, zal daarvan niets blijken in de krommen.

Een tweede fout is, dat uit de opgaven die PANNEKOEK gebruikte, niet beoordeeld kan worden of de vrouwen reeds één of meer miskramen hadden. Is dit wel het geval, dan hooren zij thuis in de groep vrouwen met secundaire steriliteit, terwijl PANNEKOEK haar tot die met primaire steriliteit rekent.

PANNEKOEK haalt nog aan, dat het mij met het sondeeren lukte in 23.9 pCt. van de vrouwen met primaire steriliteit een zwangerschap te doen ontstaan, dat wil zeggen bij 28 van de 117 vrouwen. Maar van die 28 waren reeds 17 vrouwen binnen twee maanden zwanger, namelijk 9, die in het geheel niet meer menstrueerden na de behandeling en 8 die nog maar 1 of 2 keer de menstruatie kregen, zoodat het sondeeren niet alleen geen schade deed, maar zelfs een duidelijk gunstig effect had.

Amsterdam, 5 April 1944

F. C. VAN TONGEREN

## HET SARCOOM VAN EWING

Naar aanleiding van de klinische les van prof. dr. L. D. EERLAND (*N.T.v.G.* no. 1/2, I, 1944) over het sarcoom van EWING, meen ik enkele opmerkingen te mogen maken.

Mijns inziens is het te betreuren, dat men bij het beschreven patiëntje geen proefexcisie heeft verricht alvorens tot therapeutisch handelen over te gaan. Uit mijn assistententijd herinner ik mij een analoog geval, waarbij men eveneens op grond van dezelfde bevindingen de diagnose meende te moeten stellen op sarcoma femoris (type EWING). Het betrof hier een 18-jarigen jongen die sinds 3 weken klaagde over vrij hevige pijn in het rechter bovenbeen, welke vooral 's nachts ondragelijk was. Op de Röntgenphoto's zagen wij aan de femurdiaphyse belangrijke afwijkingen, welke ten deele periostaal en ten deele myelogeen gelocaliseerd waren. Naast elkaar zag men in het bot *beendestructie*, waarvan de begrenzing niet scherp was ten opzichte van het omringende beenweefsel, en *periostale vorming* van nieuw been met *invasie in de weeke deelen*. Op enkele plaatsen had het proces de corticalis doorbroken. Duidelijk waren te zien de „lipping” van het periost, de zonnestraalteekening en de laagsgewijze peri-ostale botafzetting (uienschiltumor). Hoewel de reacties op het Ca-antigeen, uitgevoerd volgens de BRUÏNE GROENEVELDT EN DE KROMME, negatief waren, werd de diagnose zonder eenigen twijfel gesteld op sarcoom van EWING.

Er werd exarticulatie verricht zonder voorafgaande proefexcisie; bij het pathologisch-anatomische onderzoek bleek nu, dat er bestond een *chronische osteomyelitis* met peri-ostale beenwoekering.

Het was slechts mijn bedoeling het belang van de proefexcisie, ook in die gevallen,