

# MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN



## FILMPAKKETJES VOOR METING ONTVANGEN RÖNTGENDOSIS

Op 1 januari van dit jaar werd door de Radiologische Werkgroep T.N.O. een begin gemaakt met de distributie van filmpakketjes voor het meten van de per veertien dagen ontvangen röntgendosis. Deze pakketjes bevatten twee verschillende films, gecombineerd met twee zo gekozen filters, dat de gevoeligheid van de beide films samen nagenoeg niet afhangt van de hardheid van de stralen. Dit maakt het mogelijk met hetzelfde filmpakketje zowel röntgenals gammadoses te meten. De pakketjes zijn kleiner en lichter dan in het buitenland gebruikelijk is.

Het spreekt vanzelf, dat het nut van deze metingen het grootst is daar waar zij leiden tot opsporing van de gelukkig zeldzame gevallen, dat de maximaal toelaatbare dosis regelmatig wordt overschreden. Maar ook voor de 75 pct van de deelnemers, die blijkens de ervaring gemiddeld niet meer dan een vijfde van dit maximum ontvangen, is een regelmatige controle nuttig, doordat deze telkens weer de aandacht vestigt op het gevaar van de stralen en de noodzaak van één verantwoorde werkmethode.

Degenen, die zich voor 1957 wensen te abonneren op deze dienst, worden verzocht zich zo spoedig mogelijk op te geven bij Dr. L. H. M. VAN STEKELENBURG, Radiologische Werkgroep T.N.O., p/a N.V. KEMA, Utrechtseweg 210, Arnhem.

Per deelnemer bedraagt de abonnementsprijs f 30,— per jaar.

's-Gravenhage, 16 augustus 1956

A. E. WINKEL

Secr. Radiol. Werkgroep T.N.O.

## INGEZONDEN

(Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten)



### DIAGNOSE EN THERAPIE VAN GENITALE TUBERCULOSE BIJ DE VROUW

Naar aanleiding van de mededeling van SEELEN en STOLTE<sup>1</sup> over genitale tuberculose der vrouw resp. de steriliteit zou ik graag het volgende willen opmerken.

Bij tuberculeuze of tuberculose-achtige aandoeningen van het oog vindt men bijna nooit duidelijke tuberculeuze afwijkingen elders in het lichaam. Is dit ook zo bij tuberculose van het endometrium? Zijn er behalve verschijnselen zoals steriliteit en de pathologisch-anatomische afwijkingen, resp. positieve caviaproef, ook klinische verschijnselen die vaak een actieve tuberculose begeleiden, zoals koorts, nachtzweet, vermagering enz.? Het is voor ons internisten wel van belang te weten of het endometrium ook zo „zelfstandig” op de infectie reageert als bv. het oog.

Ik mis namelijk in het artikel de beschrijving van de algemene klinische verschijnselen van deze steriele vrouwen. Tijdens mijn sanatorium-opleiding zag ik wel vaak specifieke salpingitis met duidelijke buikkachten bij lijders aan longtuberculose. Ovariumtuberculose is inderdaad zeer zeldzaam<sup>2</sup>.

Hoewel nu „steriliteit” de vrouwen meestal niet het eerst naar ons, internisten, drijft, is het m.i. toch wel van belang iets te horen hoe het met de eventueel andere klachten gesteld is, die aanvankelijk wel door de internist worden beoordeeld. Het is bekend dat zg. latente genitale tuberculose een longhaard activeert (SUTHERLAND) en tot gewrichtstuberculose aanleiding kan geven, maar het is ook nuttig, te weten met welke algemene verschijnselen wij bij zo'n tuberculeuze endometritis te maken kunnen hebben.

Zou de ziekte van Besnier-Boeck bij deze waarschijnlijk meestal weinig algemene verschijnselen gevende aandoeningen ook een betekenis kunnen hebben?

Literatuur: <sup>1</sup>J. C. SEELEN en L. A. M. STOLTE (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 1912. <sup>2</sup>M. HOMMES (1936) *Ned. T. Geneesk.* **80**, 4529.

Winschoten, 14 juli 1956

M. HOMMES

Naar aanleiding van het artikel van Dr. J. C. SEELEN en Prof. Dr. L. A. M. STOLTE<sup>1</sup> over diagnose en therapie van de genitale tuberculose bij de vrouw zou ik graag het volgende willen opmerken.

De diagnostiek en de therapie zijn in de loop van 13 jaar sterk vooruit gegaan. Verdient het geen aanbeveling de patiënten uit de laatste vijf jaren als een afzonderlijke groep na te gaan?

Mijn ervaring omvat 48 vrouwen met genitale tuberculose die in het tijdvak van 1 november 1952 tot 1 november 1955 in de Gynaecologische Afdeling van het St. Joseph-Ziekenhuis te Heerlen (Hoofd: Dr. TH. J. VAN SANTE) werden gediagnostiseerd en behandeld. Ik ben het met de schrijvers eens, dat genitale tuberculose een belangrijke oorzaak is van primaire steriliteit bij de vrouw. Van de 48 patiënten kwamen 30 raad vragen wegens steriliteit: 29 wegens primaire en één wegens secundaire steriliteit (zij had een kind van 9 jaar). Wegens andere klachten kwamen zes ongehuwde vrouwen en twaalf gehuwde vrouwen, van wie drie één kind en één vrouw twee kinderen hadden.

Het verbaast ons enigszins, dat de auteurs geen anamnese vermelden. SCHAEFER<sup>2</sup> schreef onlangs over de diagnose der genitale tuberculose bij de vrouw o.a.: „a high index of suspicion for this entity is perhaps as important as any one diagnostic procedure”. Dit blijkt duidelijk uit het Heerlense materiaal: 11 vrouwen hadden pleuritis in de anamnese, 8 longtuberculose, 4 peritonitis tuberculosa, 3 patiënten „klieren in de buik” (appendectomie!), 2 spondylitis tuberculosa en 3 hadden tuberculose in de familie. Hieruit zou men concluderen, dat er van vroegtijdige diagnose der genitale tuberculose geen sprake is. Vermoedelijk vindt de uitzaaiing naar de eileiders plaats in de eerste maanden van het actieve stadium van extragenitale tuberculose. De gemiddelde leeftijd van onze patiënten bij de diagnose genitale tuberculose bedroeg 30,4 jaar; de gemiddelde leeftijd waarop de tuberculeuze infectie van de genitalia ontstond was vermoedelijk 22,9 jaar.

In het artikel wordt bij de diagnostiek de kweekproef niet genoemd. De beste methode, die ons ter beschikking staat om de diagnose endometritis tuberculosa te stellen, bestaat uit drie onderzoeken: pathologisch-anatomisch onderzoek, cavia- en kweekproef. Er zijn sinds enkele jaren verschillende media, die uitstekend voldoen. Wij verkregen 89 maal een positieve uitslag van de caviaproef en 61 maal een positieve kweekproef (bacterioloog: Dr. H. BEEUWKES). Speciaal is te vermelden, dat tien maal de kweek positief was, terwijl de gelijktijdig ingezette caviaproef negatief bleef. Cavia- en kweekproef waren 51 maal beide positief; 38 maal was de caviaproef positief en de gelijktijdig gedane kweekproef negatief.

Een tweede microcuretteage of aspiratie verdient zeker aanbeveling om genitale tuberculose op te sporen. Bij drie patiënten verkregen wij pas bij de tweede aspiratie een positief resultaat: twee maal een positieve cavia- en negatieve kweekproef, een maal een negatieve cavia- en positieve kweekproef. O.i. is zelfs veelvuldiger aspireren gewenst (anamnese!). Een maal werd pas bij de derde aspiratie een positief resultaat gezien: zowel kweek- als caviaproef positief; bij twee patiënten zelfs pas bij de vierde aspiratie, en wel een positieve cavia- en negatieve kweekproef, resp. negatieve cavia- en positieve kweekproef. Als controle na een conservatieve therapie blijft het nodig met tussenpozen van 3-6 maanden te blijven aspireren.

De mening van de schrijvers, dat „ovariële tuberculose, zo zij ooit voorkomt, tot de zeldzaamheden behoort”, onderschrijven wij zeker niet. Van 14 patiënten konden wij een of beide eierstokken pathologisch-anatomisch onderzoeken: bij vier vrouwen werd op deze wijze een tuberculeuze oöphoritis gediagnostiseerd.

De schrijvers delen mede, dat bij twee patiënten salpingostomie werd verricht. In de buitenlandse literatuur wordt reeds lange tijd gewezen op de diagnostische waarde van de salpingografie bij genitale tuberculose. In Nederland is men terecht bang, het proces hierdoor te activeren. Wordt echter bij de behandeling van steriliteit een plastische operatie aan de eileiders overwogen, dan moet men het salpingogram kritisch op tuberculose toetsen, om te voorkomen dat er nodeloos zal worden geopereerd.

Vijfentwintig patiënten uit onze reeks werden operatief behandeld; hieronder niet minder dan drie wegens acute intra-peritoneale bloedingen<sup>3</sup>. Vijftien maal werd de operatie volgens Beuttner verricht, waarbij een of beide ovaria gespaard bleven, en zes maal een totale uterus-extirpatie met medenemen van beide adnexa; een maal de adnexa van één zijde, een maal een tuba en twee maal beide tubae verwijderd. De operatie volgens Beuttner achten wij bij vrouwen onder de 40 jaar de aangewezen therapie ingeval tot operatie wordt overgegaan. Op slechts één uitzondering na zijn alle geopereerde vrouwen zonder klachten en zonder klinische afwijkingen gebleven. Eén patiënte, volgens Beuttner geopereerd, hield positieve cavia- en kweekproeven van het menstruatiebloed, ofschoon pathologisch-anatomisch in de geresceerde fundus uteri geen myometritis kon worden aangetoond.

Bij tien patiënten uit de groep „minimal tuberculosis” menen wij tot nu toe met de conser-

vatieve medicamenteuze therapie een bemoedigend resultaat te hebben verkregen. Bij vijf patiënten uit deze groep werd toch een operatie volgens Beuttner verricht wegens positief blijven van het menstruatiebloed na conservatieve therapie en wij zagen onlangs bij twee andere patiënten na deze therapie de endometritis tuberculosa recidiveren.

Uit het vorenstaande blijkt, dat bij „advanced tuberculosis” de operatieve therapie wordt toegepast. Jonge vrouwen met uitsluitend de klacht steriliteit, waarbij endometritis tuberculosa, doch verder geen andere klinische afwijkingen, beschouwen wij als de groep van „minimal tuberculosis”; deze patiënten behoort men aan een optimale conservatieve therapie te onderwerpen. Verschillende auteurs zoals SUTHERLAND<sup>4</sup>, KIRCHHOFF<sup>5</sup> en SCHAEFER wijzen hierop. Bij de door ons regelmatig verrichte gevoeligheidsbepalingen werd nog geen resistente stam voor streptomycine waargenomen.

*Literatuur:* <sup>1</sup>J. C. SEELEN en L. A. M. STOLTE (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 1922. <sup>2</sup>G. SCHAEFER en S. T. BIRNBAUM (1956) *Obstet. Gynaec.* **7**, 180. <sup>3</sup>A. J. J. DE BRUIN (1956) *Ned. T. Verlosk. Gyn.* **56**, 291. <sup>4</sup>A. M. SUTHERLAND (1956) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.* **63**, 161. <sup>5</sup>H. KIRCHHOFF en H. KRÄUBIG (1956) *Ergebn. ges. Tuberk. Forsch.* **13**. Thieme Verlag, Stuttgart.

Deventer, 9 juli 1956

A. J. J. DE BRUIN

De meeste patiënten met genitale tuberculose, die ons consulteerden voor hun steriliteit, hadden geen andere spontane klachten. Bij nauwkeurig opnemen van de anamnese bleek echter, dat velen zich moe voelden. Vaak werd dit deze patiënten pas achteraf duidelijk, wanneer zij van de genitale tuberculose waren „genezen”. Hun subjectief welbevinden deed denken aan dat van de zich goed voelende lijder aan een hartziekte, die pas na een geslaagde hartoperatie ervaart, wat hem tevoren heeft ontbroken.

Oudere patiënten met genitale tuberculose hebben klachten die variëren van een acute ontsteking onder in de buik tot vage pijn aldaar, al of niet gepaard gaande met een gestoord welbevinden of met palpabele gynaecologische afwijkingen. In deze gevallen lijkt de genitale tuberculose ons ook van belang voor de internist, die speciaal dan aan deze afwijking moet denken, wanneer in de anamnese een tuberculeuze infectie voorkomt (70 pct van onze patiënten leden vroeger aan een manifeste tuberculose elders in het lichaam). Het is ons niet geheel duidelijk wat collega HOMMES bedoelt met het „tuberculose-type van Besnier-Boeck”. Het zal wel niet de bedoeling zijn een discussie uit te lokken over de al dan niet tuberculeuze aard van de ziekte van Besnier-Boeck. Wel kan worden gezegd, dat een positieve caviaproef wijst op tuberculose, en de ziekte van Besnier-Boeck onwaarschijnlijk maakt. Het vinden van tuberkelbacillen heeft ons tot de diagnose tuberculose doen besluiten. Wij kennen slechts één publikatie over het voorkomen van de ziekte van Besnier-Boeck in het endometrium (ENGELHARD<sup>1</sup>). Jammer genoeg werden met het endometrium van zijn patiënten geen cavia- of kweekproeven gedaan, zodat het bewijs o.i. niet is geleverd. In het algemeen is de mening van collega DE BRUIN, dat de diagnostiek van genitale tuberculose in de door ons beschreven vijftien jaren sterk vooruitgegaan is, wel juist, maar voor onze patiënten geldt dit niet. In 1942 werd de diagnose door ons op precies dezelfde manier gesteld als in 1955! In de loop van deze jaren was in de therapie zeker een belangrijke vooruitgang te constateren, een verandering die in ons artikel duidelijk uitkomt. Wij splitsen onze patiënten namelijk in een groep die „roborend” werden behandeld (vóór de invoering van de antibiotica en chemotherapeutica) en een groep die met chemotherapeutica en antibiotica werden behandeld.

Uit de cijfers die collega DE BRUIN geeft, mag hij niet concluderen, dat genitale tuberculose een belangrijke oorzaak van steriliteit is. Daarvoor moet het aantal gevallen van genitale tuberculose berekend worden op het totale aantal steriliteit-gevallen en niet het aantal steriliteit-gevallen op het totale aantal gevallen van genitale tuberculose. Na enige jaren hebben wij de kweekproef niet meer toegepast, omdat ons is gebleken, dat deze minder voldeed dan de caviaproef. Wij willen in dit verband en mede met het oog op het volgende nadrukkelijk erop wijzen, dat wij steeds endometrium hebben onderzocht en geen menstruatiebloed. Wij veronderstellen, dat collega DE BRUIN, werkend in een gynaecologische kliniek en niet op een Consultatiebureau, hetzelfde deed, al spreekt hij alleen over onderzoek van menstruatiebloed. Zijn hierdoor misschien de bovengenoemde en nog nader te bespreken verschillen in uitkomst tussen hem en ons te verklaren?

Onze ervaringen wettigen de indruk, dat door twee maal aspireren de diagnose genitale tuberculose, indien er een endometritis bestaat, vrijwel zeker wordt gesteld. Veelvuldiger aspireren lijkt ons niet gewenst. Wij vragen ons af of in vele gevallen, waarbij de diagnose

endometritis tuberculosa pas bij de  $n^{\text{de}}$  endometriumaspiratie is gesteld, de endometritis tuberculosa niet is ontstaan door het (n-1) maal aspireren. Door veelvuldig te manipuleren kan een tuberculeus proces in de tubae opflikkeren en een endometritis tuberculosa doen ontstaan.

Het zou nuttig zijn geweest, wanneer collega DE BRUIN zijn vier lijders van tuberculeuze oöphoritis iets nader had beschreven. Want het al of niet frequent zijn van een tuberculeuze oöphoritis vormt een belangrijke factor bij de bepaling hoever men de operatieve therapie zal uitbreiden.

In de twee gevallen, waarin een salpingostomie werd gedaan, omdat de juiste toestand niet werd herkend, waren de salpingogrammen kritisch bekeken. Om deze reden is de operatie in deze gevallen niet nodeloos te noemen.

Nijmegen, 6 augustus 1956

J. C. SEELEN  
L. A. M. STOLTE

## BERICHTEN



### BUITENLAND

ENGELAND. — ROKEN EN LONGKANKER. De ten departemente voorbereide antwoorden, die de Minister van Volksgezondheid op vragen uit het Lagerhuis pleegt te geven, wekken nog al eens kritiek. Onlangs verklaarde de bewindsman: „The Government will take such measures as are necessary to ensure that the public is kept informed of all the relevant information as and when it becomes available”. „Two cancer producing agents have been identified in tobacco smoke, but whether they have a direct role in producing lungcancer, and if so what, has not been proved”. De Londense correspondent van de *Canadian Medical Association Journal* (1 juli 1956, bl. 75) noemt dit „a masterly example of tightrope walking which would have filled with envy the superb acrobats in the Russian Circus now appearing in the Metropolis”.

Telkens wordt op min of meer bedekte wijze te kennen gegeven, dat de voorzichtige wijze, waarop de regering zich uitlaat, samenhangt met de enorme bedragen der tabaksbelasting, die de schatkist niet kan missen. Intussen zit de tabaksindustrie niet stil. Zij gaf 250.000 pond sterling aan de „Medical Research Council” voor wetenschappelijk onderzoek en de tabakshandel verklaarde, dat „more than 30 different articles of popular consumption have been accused of being a source of cancer, and in every case ultimate experience has eliminated them. Now that tobacco has come round into this category what we need is more research and fewer premature statements”.

FINLAND. — DE ERFELIJKHEID DER DISPOSITIE VOOR REUMATOÏDE ARTHRITIS. De *Annales medicinae Fenniae* geven als supplementum 23 tot deel 45 (1956) het verslag van een onderzoek naar de erfelijkheid van de aanleg tot reumatoïde arthritis. Het bewerkte materiaal betrof 117 zieken; een controle-groep werd gevormd door 40 personen die wegens een ongeval in het ziekenhuis waren opgenomen. Bij de broeders en zusters der leden van de reumatische en van de controle-groep werd dan de frequentie der ziekte nagegaan, met de uitkomsten 7,6 pct resp. 3,2 pct (almost significant).

FRANKRIJK. — SYMPOSIUM OVER BIOKLIMATOLOGIE. De internationale vereniging voor bioklimatologie zal 29-31 augustus in UNESCO-House te Parijs een bijeenkomst houden.

ITALIË. — SYMPOSIUM OVER BORSTKANKER. Het volgende jaar, 24 tot 29 juli 1957, zal aan de afdeling voor kankeronderzoek van de Universiteit te Perugia een „Symposium internazionale” over carcinoma mammae worden gehouden. Men zal zich in het bijzonder bezighouden met de uitkomsten van proefondervindelijk onderzoek en tevens nagaan in hoeverre deze uitkomsten voor de pathologie van de mens van betekenis zijn. Aan belangstellenden verstrekt Prof. LUCIO SEVERI, Casella postale 167, Perugia, inlichtingen. Tot deelneming behoeft men een persoonlijke uitnodiging (*Riforma Medica*, 1956, bl. 868).

— TOESPRAKEN VAN DE PAUS. Het *Rooms Katholiek Artsenblad* (juni 1956) bevat de volledige tekst der toespraken, die Z.H. Paus Pius XII over transplantatie van de cornea en over kunstmatige inseminatie heeft gehouden. Tegen eerstgenoemde geneeskundige handeling bestaan geen morele en religieuze bezwaren; daarentegen is de kunstmatige inseminatie, die