

den wij 14 jaar nadat de uterus wegens carcinoma in situ was verwijderd, in de vagina carcinoma in situ met daarnaast infiltrerend carcinoom. Op grond van deze en nog een andere waarneming menen wij, dat ruime profexcisie (conisatie) van de portio op zich zelf slechts een profylactische maatregel van beperkte waarde is (BREUR. Zie de bespreking) en dat ook de vagina aan de nacontrole en aan de therapie moet worden onderworpen.

De verschillen tussen het materiaal van MINDER en MASTBOOM en het onze eisen, mede wegens de nieuwe ervaringen in eigen materiaal opgedaan, regelmatige bv. jaarlijkse bespreking of publikatie van de resultaten. Het zou mij zeer verheugen, indien MASTBOOM en MINDER tot een dergelijke uitwisseling van feitelijke gegevens bereid zouden zijn.

BRUINSMA voelt zich bezwaard door de onzekerheid, die het gebruik van het woord carcinoom bij de diagnose carcinoma in situ voor het begrip carcinoom schept. De onzekerheid is er ook als men van niet-invasief carcinoom spreekt. Het gebruik van de term dyscaryosis zal BRUINSMA in een bepaald ziektegeval ook niet uit de nood helpen. Men omzeilt dan slechts de theoretische moeilijkheden. Door te spreken van micro-invasie doet men dat niet. Dit is geen theoretische uitvlucht. Het is een op grond van klinische en pathologisch-anatomische waarneming door ons en anderen gevonden kenmerk van carcinoma in situ, dat geen bijzonder belastende prognostische betekenis heeft.

Wij erkennen gaarne, dat het niet mogelijk zal zijn, de naam carcinoma in situ te veranderen. De term „exfoliatief” carcinoom legt de nadruk op een belangrijke positieve eigenschap van dit gezwel. De ongebreidelde verticale groei helpt ons het carcinoomkarakter van de afwijking te herkennen.

De bespreking in de Rotterdamse conferentie ging van de patholoog-anatomen uit en kwam voort uit de reacties die de pathologisch-anatomische diagnose bij de klinici veroorzaakt. Er werd in de conferentie vooral gestreefd naar het vaststellen van gemeenschappelijke richtlijnen bij de controle en de behandeling der gevallen. Op de wijze waarop de diagnose gesteld werd, is in het antwoord aan MINDER en MASTBOOM nader ingegaan, ook de na de conferentie opgedane ervaringen werden er in vermeld.

Het belangrijkste lijkt ons, dat het begrip „verloren tijd”, dat zo nauw aan het woord carcinoom is verbonden in ons materiaal van het carcinoma in situ, niet in die zin teruggevonden wordt, dat er bij de behandeling van een werkelijk invasief carcinoom „tijd verloren” ging.

Rotterdam }
Cincinnati } januari 1960

C. B. F. DAAMEN
M. STRAUB

Wat het cytologische gedeelte van de opmerkingen van BRUINSMA betreft, zou ik in de allereerste plaats erop willen wijzen, dat ik naar mijn mening ook in deze gemeenschappelijke bespreking duidelijk naar voren heb gebracht, dat ik zelf cytologisch alleen nog maar kan komen tot een vermoeden van een carcinoma in situ en zeker niet tot een diagnose.

Evenals een andere goede leerling van PAPANICOLAOU hecht BRUINSMA waarde aan het begrip „dyscariosis”. Ik geloof terecht; waarschijnlijk heb ik dit begrip iets op de achtergrond gelaten, omdat het mij nog niet is gelukt, een heldere voorstelling ervan te vormen.

BRUINSMA zegt zelf, dat wij de afwijkingen van de kern in allerlei andere omstandigheden kunnen zien — zelf heb ik ook gemeend ze te zien in de omgeving van een carcinoom, nl. in de vaginawand, indien het ovariumcarcinoom in het cavum Douglasi lag — maar m.i. brengt dit ons niet verder bij het carcinoma in situ.

BRUINSMA heeft terecht mijn zeggwijze „van het preparaat in zijn geheel” in deze zin opgevat. Dit slaat dus meer op de veranderingen van de normale cellen. Bij een carcinoma in situ zijn er echter ook typische maligne cellen. Helaas heb ik zeer beginnende infiltrerende carcinomen nog niet in voldoende aantal gezien om een oordeel te hebben over de normale cellen in dergelijke gevallen. Daarom heb ik geprobeerd in de verdeling van de maligne cellen een aanwijzing te vinden.

Tenslotte nog een reactie op BRUINSMA's voorstel om eenzelfde aandoening verschillende namen te geven naar aanleiding van de leeftijd der vrouw. Dit lijkt mij niet juist. Hier nader op in te gaan zou mij te ver voeren. Het is begrijpelijk, dat voor ons het probleem ook rijst ten aanzien van vrouwen die nog kinderen wensen of voor wie het nog wenselijk geacht wordt.

Rotterdam, januari 1960

A. L. C. SCHMIDT

STAMBOOM-ONDERZOEK NAAR ONBEKENDE DIABETES

Bij bevolkingsonderzoekingen op suikerziekte in Noordwijk en de Haarlemmermeer hebben collega VAN DE WEG en ik (1958) vrij veel patiënten met een prediabetische bloedsuikercurve gevonden. In verband met een erfelijkheidsonderzoek naar onbekende glucosurieën hebben wij aan een tamelijk groot aantal door het gehele land wonende familieleden van hen een Clinistix-strookje toegezonden. De mogelijkheid bestaat, dat deze personen zich voor nadere inlichtingen tot hun huisarts wenden. Wij zullen het zeer op prijs stellen, indien de huisartsen die door hun patiënten over dit onderzoek worden geraadpleegd, hen willen opwekken, eraan deel te nemen. Mochten wij glucosurie ontdekken, dan zal de huisarts natuurlijk worden ingelicht.

Literatuur: MULDER, J. D. en E. VAN DE WEG (1958) Bevolkingsonderzoek diabetes mellitus. *Huisarts en wetenschap* 2, 66.

Noordwijk, 20 januari 1960

J. D. MULDER, huisarts

BERICHTEN BUITENLAND

Duitsland

Risico van een intramusculaire inspuiting bij kinderen. — Naar aanleiding van ernstig letsel bij intramusculaire inspuiting door een verpleegster aan een zuigeling toegebracht, haalt de *Münchener medizinische Wochenschrift* (1960, bl. 163) de volgende overweging uit het vonnis van het Bondsgerechtshof aan: „Eine Krankenschwester, die damit beauftragt wird, intramuskuläre Injektionen bei Kindern vorzunehmen, muss für diese Aufgaben besondere Anweisungen und Belehrungen erhalten. Die Gefahr, mit der Injektionsmasse in die unmittelbare Nachbarschaft des Ischiassnervs zu gelangen, ist besonders gross. Wegen dieser Gefahr wird im medizinischen Schrifttum (GOLDHAHN und SCHLÄGER in ihrer Schrift „Fehler und Gefahren bei Einspritzungen und ihre rechtlichen Fragen” 1948) verlangt dass Muskelspritzungen bei Kindern grundsätzlich dem Arzt vorbehalten sind. Ob diese Forderung berechtigt ist, ist hier nicht zu entscheiden. Jedenfalls sind einer Krankenschwester, wenn sie mit dieser verantwortungsvollen Aufgabe betraut wird, hierfür besondere Anweisungen zu erteilen. Dass dies geschehen ist, hat das Krankenhaus nicht nachweisen können.”