

tuberculose had geleden, waarvoor zij twee jaar had gekuurd.

Bij gynaecologisch onderzoek werden aan beide zijden naast een geretroflecteerde uterus, palpabele en onregelmatige adnexa gevonden. In het speculum werd een normale portio gezien met een heldere slijmprop. De „Spinnbarkeits-test” was normaal. Wij stelden als waarschijnlijkheidsdiagnose: inactieve genitale tuberculose. De bezinkingssnelheid was normaal, alsook het leukocytenaantal en de differentiatie. Er werd herhaaldelijk met de menstruele afscheiding een kweek ingezet, telkens met negatief resultaat. De reactie van Pirquet was positief. De basale-temperatuurcurve liet duidelijk ovulatore toppen zien. Collega HELLINGA vond bij de echtgenoot geen fertilitiestoornis.

Wij gaven haar instructies betreffende de vruchtbare dagen.

Na anderhalf jaar besloten wij tot salpingografie. Bij röntgenonderzoek in februari 1959 werd het volgende gevonden: Cavum uteri van normale grootte en normale opaciteit met scherpe begrenzing, vermoedelijk in gefixeerde retroflexie gelegen. De tubae vulden zich langzaam, maar in het ampullaire gedeelte bleek er bilateraal een hydrosalpinx te bestaan. Het verloop van de tubae was rigide en hier en daar waren er scherpe knikken, die konden wijzen op adhesies. De beide tubae leken als het ware naar boven getrokken, „image en suspendue”. Het ampullaire gedeelte toonde daarbij een divertikelachtig beeld. Longitudinale plooien werden niet gevonden. Dit is echter zelden het geval bij Lipiodolfoto's; op de controlefoto was er geen doorgankelijkheid en zagen wij duidelijk beiderzijds een hydrosalpinx. Verder werden er links-onder in de buik een hoeveelheid scherp begrensd verdichtingen gezien, die het meest aan tandelementen deden denken.

De röntgenologische conclusie was als volgt: Bilaterale hydrosalpinx vermoedelijk van tuberculeuze oorsprong. Daarnaast een dermoidkyste.

In verband met bovenstaande bevindingen verwachtten wij niet veel van operatieve therapie en pertubatie.

Bij deze patiënte hadden wij reeds alle hoop opgegeven, toen de publikatie verscheen van ARNOLDE DE MORAES en M. PEANO (1958). Door een louter toeval kwam patiënte in die tijd bij ons op de polikliniek en wij verzochten haar, deze methode te mogen toepassen.

Eind augustus 1960 deden wij in de 1e cyclushelft herhaalde intra-uteriene inspuitingen met cortison en streptomycine in 0,9 pct NaCl-solutie opgelost. Deze behandeling verliep zonder complicaties.

Begin oktober 1960 werd een controle-salpingografie gedaan; thans bleken de tubae doorgankelijk te zijn. De patiënte menstreeude voor het laatst op 31 oktober 1960 en is thans zwanger.

Door dit succes aangemoedigd zijn wij ondertussen van wal gestoken met de toepassing van deze therapie bij andere patiënten.

Literatuur: MORAES, A. DE en M. PEANO (1958) *Gynec. et Obstet.* 57, 244. — VASEN, L. C. L. M. (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 361.

Haarlem, 13 maart 1961

A. BEKAERT

DE STATISTIEK VAN HET LONGCARCINOOM

In de discussie (1961) die zich ontwikkeld heeft betreffende de statistiek van het longcarcinoom (GERRITS en BAGNAY 1960) zou ik gaarne nog een laatste antwoord geven. De vraag die ik stelde: „Is er naast de insluitmethode ook gebruik gemaakt van de uitstrijkmethode? Zo neen, waarom niet?” is nog steeds niet beantwoord.

De collegae GERRITS en BAGNAY (1961) eindigden met

een wedervraag of ik de insluitmethode gebruik heb, en zo niet, waarom niet? Ik kan het antwoord hierop zeer snel geven: alles wat met insluiten te maken heeft en het daarna vervaardigen van coupes behoort naar mijn mening tot het terrein van de patholoog-anatoom; ergo heb ik dit terrein voor mij zelf gesloten. Wel heb ik mij natuurlijk ervan op de hoogte gesteld uit de literatuur.

De heren GERRITS en BAGNAY hebben van begin af vooropgezet, dat ik voorkeur zou hebben voor de een of andere methode. Dit komt in mijn opmerkingen nergens tot uiting. Integendeel, er staat duidelijk: „Ik geloof, dat elke methode in goed-geschoolde handen goede uitkomsten kan geven”. Het zijn de collegae GERRITS en BAGNAY, die hebben betoogd, dat de insluitmethode niet de verschillende carcinoomvormen kan aantonen. Ik heb hen erop attent gemaakt, dat de uitstrijkmethode dat wel kan en hun gevraagd of zij die methode dan niet gebruikt hebben en waarom niet.

Uit hun mededelingen blijkt, dat zij het morfologische werk niet zelf deden. Wel delen zij ten opzichte van de typebepaling een insufficiëntie mee van de insluitmethode en zij besluiten, dat volgens hen de ene methode niet voor de andere onderdoet. Ik kan dit niet begrijpen. Het is dan ook inderdaad beter maar niet verder langs elkaar heen te schrijven en deze vruchteloze discussie te staken.

Aan Prof. DEELMAN zou ik het volgende willen antwoorden: Ik heb geschreven „... dat er wordt vastgehouden aan een histo-morfologische instelling die bij de insluitmethode wel elke waarde verloren heeft”. Collega DEELMAN (1961) heeft achter „vastgehouden” „zelf” ingelast (door D.). Als collega DEELMAN goed gelezen had, had hij ingezien, dat deze aanvulling van hem er bepaald niet bij hoort. Waar ik verderop duidelijk op gewezen heb, is op het gevaar van liefhebbers van niet-morfologisch geschoolde medici op dit gebied, en ik meen de aantijging van Prof. DEELMAN aan mijn adres in zijn korte commentaar rustig van de hand te kunnen wijzen. Collega DEELMAN schrijft: „Het past mij niet kritiek uit te oefenen op de methode zoals de heer BRUINSMA die toepast”. Ik ben het hier niet mee eens. Als het iemand past, op de door mij toegepaste methode kritiek te leveren, dan is het zeker collega DEELMAN. Wat hem niet past en hem naar mijn mening onwaardig is, is de manier waarop hij mijn persoon aantast. Dit getuigt m.i. van een niet objectieve wetenschappelijke kritiek inzake de onderhavige probleemstelling. Collega DEELMAN had behoren te weten dat ik niet leef op het niveau van een „op het randje af een onwaardige instelling tegenover een methode”, waarmee ik geen ervaring heb.

Ik leg dit dan ook maar naast mij neer. Het enige steekhoudende antwoord dat ik hierop heb is, collega DEELMAN in alle ernst en met alle respect voor zijn autoriteit uit te nodigen daadwerkelijk kennis te komen nemen van het werk, dat er in mijn laboratorium wordt verricht.

Hij zal te allen tijde een welkome bezoeker zijn.

Literatuur: BRUINSMA, A. H. (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 141 en 508. — DEELMAN, H. T. (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 508. — GERRITS, J. C. en W. BAGNAY (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 2605; (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 141 en 508.

Utrecht, 14 maart 1961

A. H. BRUINSMA

Prof. DEELMAN, aan wie wij het wederwoord van collega BRUINSMA hebben toegezonden, acht een antwoord hierop onnodig. Wij sluiten hierbij de discussie.

REDACTIE