

Dr. K. LLOYD WILLIAMS en Dr. SHAW, de twee Engelse pioniers op het gebied der thermografie. Voor het Duitse en Oostenrijkse gebied hebben Dr. KOOB uit Essen en Dr. STRASSL uit Wenen deze taak op zich genomen, terwijl Dr. GAUTHERIE uit Straatsburg het Romaanse taalgebied — Frankrijk, Italië, Spanje en Waals-België — kreeg toegewezen. Voor het Nederlandse taalgebied én voor Luxemburg werd ondergetekende aangewezen. Gehoopt wordt, dat in een later stadium ook de Oosteuropese landen bij het werk betrokken zullen kunnen worden. Voorlopig moest daarvan worden afgezien door het ontbreken van contacten in deze gebieden.

Het ligt niet in de bedoeling als onderdeel van in de inleiding genoemde, uit het Duitstalige gebied stammende organisaties te gaan optreden, maar wel om met deze én andere reeds bestaande organisaties contact op te nemen en te onderhouden. Tot nu toe bestaan er, voor zover de initiatiefnemers bekend is, géén organisaties die zich specifiek met de thermografie bezighouden.

Allen die zich voor de thermografie en de methode van warmtediagnostiek interesseren, worden uitgenodigd hun naam en adres aan ondergetekende bekend te willen maken. Ook zij die, zonder zich op dit ogenblik met de thermografie bezig te houden, geïnteresseerd zijn in het tot stand komen van een Europese organisatie, worden uitgenodigd hun adhesie door inzenden van hun naam en adres bekend te willen maken.

In verband met de voor begin december 1971 gedachte „inventariseringsbijeenkomst van de initiatiefnemers” zou het wenselijk zijn uiterlijk 15 november a.s. reeds de beschikking te kunnen hebben over een globale indruk omtrent de aanwezige interesse bij de Nederlandse collegae.

Tilburg, 25 september 1971  
Bredaseweg 376

N. J. M. AARTS,  
arts-radioloog

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### ENKELE ASPECTEN VAN OORZAKEN EN BEHANDELING VAN HET ULCUS CRURIS

In zijn klinische les constateert collega VAN DER MEER (1971) dat bij een aantal ulcera cruris, waarbij geen veneuze insufficiëntie gevonden wordt, compressieve verbanden toch tot de genezing kunnen bijdragen. Als voorbeeld noemt hij een patiënt met een traumatisch ulcus cruris en twee patiënten met banale infecties. Dit is zeker een nuttige observatie en kan in de praktijk voor velen bij hun therapeutisch handelen van belang zijn.

Hij beschrijft de moderne onderzoeksmethoden voor de veneuze insufficiëntie, maar geeft slechts een summier beschrijving van het klinische beeld van de ulcera, en deze ulcera zijn tenslotte huidafwijkingen, waarbij de morfologische diagnose slechts een eerste stap is op de weg naar de uiteindelijke diagnose en beoordeling, maar een *essentiële* eerste stap (ROOK e.a. 1968).

Men kan dan ook stellen dat een ulcus, dat niet in een gepigmenteerde induratie (verhard gebied) ligt, waarbij bovendien geen retromalleolair oedeem en geen uitgezette kleine venen aan de voetrand gevonden worden, zeker geen ulcus cruris, door veneuze insufficiëntie veroorzaakt, zal zijn.

De gehele differentiële diagnostiek kan hier, evenmin als in het kader van een klinische les, besproken worden en

staat (evenals de verbandtechniek) voortreffelijk beschreven in de *Pathology and surgery of the veins of the lower limbs* van DODD en COCKETT (1956).

Hoewel collega VAN DER MEER stelt dat het ulcus cruris een probleem van de algemene praktijk is gebleven, is mij uit ervaring bekend dat een aantal huisartsen het op prijs stelt dat de dermatoloog de zorg voor de behandeling van deze patiënten op zich neemt en zeer terecht merkt hij dan ook op, dat de ziekenfondsen voor de kosten van deze zaken niet voldoende oog hebben. Patiënten die in het begin dagelijks of enige malen per week verbonden dienen te worden, zijn een grote belasting voor de praktijk. Het is bovendien voor deze, vaak oudere patiënten, medisch belangrijk dat zij ambulante behandeld worden. Ziekenhuisopname is dan niet alleen op economische, maar ook op medische gronden niet zo gewenst. Dit zal grote kostenbesparingen voor de ziekenfondsen geven en het zou redelijk zijn als de dermatoloog hiervoor een adaequate honorering zou krijgen.

Wanneer collega VAN DER MEER stelt dat het 't beste is deze patiënten, indien de huisarts meent de behandeling over te moeten dragen, naar daarvoor bestaande instituten te verwijzen, lijkt dat praktisch niet haalbaar, gezien het grote aantal van deze patiënten.

Het zou mogelijk kunnen zijn dat de ziekenfondsen een extra garantie eisen dat er voldoende theoretische en praktische kennis op dit gebied bij de vrij gevestigde dermatoloog aanwezig is, voordat zij er toe overgaan, dit op bijzondere wijze te honoreren.

Misschien zou een praktische oplossing kunnen zijn het geven van een aantekening voor flebologie aan de dermatoloog die dit wenst, evenals men een aantekening kent voor röntgenologie. Deze aantekening zou bijvoorbeeld verkregen kunnen worden door het volgen van een stage op de afdeling van collega KUIPER in Nijmegen of van collega VAN DER MEER in Amsterdam.

*Literatuur:* DODD, H. en F. B. COCKETT (1956) *The pathology and surgery of the veins of the lower limbs*. E. and S. Livingstone, Edinburgh en Londen. — MEER, B. J. VAN DER (1971) Enkele aspecten van oorzaken en behandeling van het ulcus cruris. *Ned. T. Geneesk.* **115**, 1177. — ROOK, A., D. S. WILKINSON en F. J. G. EBBING (1968) *Textbook of dermatology*, I, bl. 26. Blackwell Scientific Publications, Oxford en Edinburgh.

Rotterdam, 30 augustus 1971

L. VAN DER LUGT

Collega L. VAN DER LUGT merkt op dat ik mij in mijn klinische les te veel onthouden heb van een beschrijving van de klinische beelden. Hij verwijst daarbij naar de uitspraak van ROOK en WILKINSON, dat dit toch een essentiële eerste stap moet zijn. Van deze beschrijving heb ik mij echter bewust onthouden, omdat de indeling naar het klinisch aspect, zoals voorheen vele malen beschreven in de literatuur, onvoldoende is gecorreleerd met resultaten van objectief onderzoek van de hemodynamische verhoudingen. Ook dient men zich te realiseren dat het klinische beeld van het ulcus cruris, ongeacht de aetiologie, sterk kan variëren, afhankelijk van de tijd van bestaan en de toegepaste therapie.

In het boek van DODD en COCKETT (1956), dat als verouderd kan worden beschouwd, worden een paar voortreffelijke adviezen gegeven ten aanzien van soberheid bij de plaatselijke therapie. Over andere aspecten van de door hen aanbevolen chirurgische en conservatieve therapie zijn de meningen zeer verdeeld.

Het elastische compressieverband bij voorbeeld, is in Nederland ontraden door collega H. R. VAN DER MOLEN.

H. HAID (1969) rapporteert over zijn resultaten van metingen van door kous of diverse soorten verband uitgeoefende druk op een been. Hij komt tot de conclusie dat de werkzaamheid van het verbandmateriaal des te groter is, naarmate de elasticiteit geringer is. Dit stemt overeen met onze bevindingen. Een nader onderzoek hierover is bij ons in bewerking.

Ook het moderne werk op dit gebied van PEACOCK en VAN WINKLE (1970) waarin een hoofdstuk speciaal aan het ulcus cruris is gewijd, zou ik niet graag als richtsnoer voor de behandeling van het ulcus cruris willen gebruiken, omdat in dit boek de ambulante conservatieve behandeling wordt veronachtzaamd.

Voorts heb ik inderdaad gesteld dat de huisarts zelf deze conservatieve compressie-therapie kan uitvoeren, maar ik heb er ook op gewezen dat deze behandeling geleerd moet worden en veel oefening vereist. Hieruit volgt — en dat is ook mijn persoonlijke ervaring — dat de huisarts deze behandeling graag aan de dermatoloog overlaat, die in de meeste gevallen, na voldoende opleiding, over meer ervaring beschikt.

In enkele gevallen zal uitvoeriger pathofysiologisch onderzoek noodzakelijk zijn. Een dergelijk onderzoek is van groot belang voor de verdieping van het inzicht in de pathogenese van het ulcus cruris. Gezien de hoge kosten van de hiervoor benodigde apparatuur zal dit onderzoek wel tot enkele centra beperkt moeten blijven.

*Literatuur:* HAID, H. (1970) Messergebnisse des Andrucks von Verbänden und Kompressionsstrümpfen verschiedener Materialien. *Ergebnisse der Angiologie*, Band 4, bl. 181. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York. — MOLEN, H. R. VAN DER (1959) *Angiologie*. — PEACOCK, E. E. en W. VAN WINKLE (1970) *Surgery and wound repair*. Saunders Co., London, Philadelphia, Toronto.

Amsterdam, 20 september 1971 B. J. VAN DER MEER

## ENDOMETRIOSIS INTESTINALIS

Het artikel over endometriosis intestinalis heb ik met belangstelling gelezen. Collega VAN LENT (1971) komt daarin tot zeer belangrijke conclusies.

Hij schrijft daarin ook dat hormonale veranderingen een rol kunnen spelen bij het ontstaan van endometriosis intestinalis. Helaas vermeldt hij er niet bij, dat deze hormonale veranderingen op een eenvoudige manier aan te tonen zijn en wel door middel van een uitstrijkje uit het zijgewelf van de vagina.

Als gynaecologen gebruiken wij het vaginale uitstrijkje regelmatig als diagnosticum voor endometriosis ovarii of endometriosis interna. De criteria heb ik beschreven in: „Endometriosis interna” (1955) en in: „The vaginal smear pattern in cases of endometriosis” (1965).

Ik zelf laat nog dikwijls een kenmerkend uitstrijkje zien, gemaakt bij een vrouw met een blaas-endometriosis, bij wie wij de diagnose op een veel ingewikkelder manier hadden vastgesteld. Bij enkele patiënten, bij wie de chirurg tijdens de laparotomie de diagnose gesteld had en die hij aan mij had overgedragen ter verdere behandeling, vond ik eveneens zulk een uitstrijkje. Helaas heb ik de vermoedelijke diagnose endometriosis intestinalis nog niet vóór de operatie kunnen stellen.

Zolang nog niet eens alle gynaecologen blijk geven van hun waardering inzake een cytologisch onderzoek, wil ik het een chirurg helemaal niet kwalijk nemen, dat hij van de waarde van het cytologisch onderzoek niet overtuigd is.

Dit is dus geen vorm van kritiek. Ik meende echter op deze wijze een kleine aanvulling te kunnen geven op het uitstekende overzicht van collega VAN LENT.

*Literatuur:* LENT, D. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 1375. — SCHMIDT, A. L. C. (1955) *Ned. T. Geneesk.* **99**, 2783; (1965) *Acta cytol. (Philad.)* **6**, 247.

Rotterdam, 24 augustus 1971

A. L. C. SCHMIDT

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling van collega VAN LENT (1971) over twee gevallen van endometriosis intestinalis, die in een periode van drie maanden op een heelkundige afdeling ter behandeling kwamen, leek het mij nuttig aanvullend te berichten over waarnemingen op een gynaecologische afdeling bij endometriosis in het algemeen en bij endometriosis intestinalis in het bijzonder.

In een periode van ongeveer 1½ jaar behandelde ik 40 patiënten. De lokalisatie van de endometriotische haarden is in onderstaande tabel aangegeven.

### LOKALISATIE VAN ENDOMETRIOTISCHE HAARDEN BIJ VEERTIG PATIËNTEN

Peritoneum van kleine bekken en cavum Douglasi	26
Ovaria	25
Ligamenta sacrouterina	18
Tubae Fallopii	7
Corpus uteri	5
Ligamenta rotunda	3
Vagina	2
Tractus intestinalis	2
Septum rectovaginale	2
Cavum retzii	1
Cervix uteri	1

Endometriosis intestinalis kwam dus — overigens zonder specifieke klachten te veroorzaken — voor bij 2 van de 40 patiënten, ofwel bij 5%. Ook dit percentage is dus duidelijk lager dan wel in de buitenlandse literatuur wordt aangegeven. Ook het aantal uteriene lokalisaties was zeer laag. Ik werd daarentegen getroffen door de hoge frequentie van haarden in de uterosacrale ligamenten. Dit kleine aantal patiënten laat echter geen uitspraak toe over de algemene geldigheid van deze bevindingen.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de lokalisatie steeds (met uitzondering van de twee gevallen van endometriosis vaginalis) door laparoscopie en (of) laparotomie werd vastgesteld en de diagnose endometriose in vele gevallen ook door histologisch onderzoek was bevestigd.

Ik zou nog willen ingaan op de opmerking, dat er een omgekeerde relatie bestaat tussen het aantal zwangerschappen van de vrouw en de frequentie waarmee endometriose voorkomt. Dit kan een gevolg zijn van de gunstige invloed van de graviditeit op de endometriose. Daarbij moet echter niet worden vergeten, dat bij patiënten met endometriose zwangerschap dikwijls niet mogelijk is. Van de 45 patiënten die COHEN (1964) in zijn proefschrift beschrijft was steriliteit een klacht bij 22; bij 12 van hen zelfs de hoofdklacht (dit ondanks het feit, dat onder deze 45 patiënten 6 ongehuwde en 3 gescheiden vrouwen waren). In mijn materiaal van