

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) Messergebisse 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 Falloppii	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