

Verslag van de werkgroep Plattelandsheelmeesters

Eind 1977 werd de werkgroep opgericht, waarvan mededeling werd gedaan in een aantal medische, historische en genealogische bladen. Tevens werd bij deze aankondiging van oprichting een oproep gedaan aan de lezers om gegevens over plattelandsheelmeesters ter kennis te brengen van de werkgroep. Deze oproep bleek een groot succes, want in één jaar tijd kwamen er ruim dertig reacties, zodat de taak van inventarisatie nu over kan gaan in een fase van ordenen en bewerken. De bedoeling is echter dat de inventarisatie en het speurwerk onverminderd door blijven gaan.

De reacties op de oproep waren te splitsen in de volgende categorieën: a. genealogische gegevens over chirurgijns, vooral uit de 19e eeuw, maar ook uit de 17e en 18e eeuw; b. gegevens over instrumenten, vooral uit de 19e eeuw; c. rekeningenboeken van plattelandsschirurgijns; d. gegevens over archieven waarin materiaal over plattelandsschirurgijns te vinden is.

Belangrijk is ook dat sommige briefschrijvers nadere informatie vroegen, bijvoorbeeld over de opleiding van chirurgijns en de koepokinenting. Hier vervulde de werkgroep dus reeds een voorlichtende functie.

Er werden twee lezingen gehouden over plattelandsschirurgijns, door M. C. DE HAAN op een medisch histori-

sche dag, en door D. J. B. RINGOIR op de ontmoetingsdag van Nederlandse en Duitse medisch-historici.

Aangezien de rekeningenboeken van chirurgijns belangrijk blijken als bron van inlichtingen over de dagelijkse praktijk, volgt hier één lijstje van de thans bekende boeken:

Rekeningenboek heelmeeester uit Varsseveld, 1672-1674. Oud archief gemeente Wisch, nr. 321.

Adolph de Meyer — Gooi, 1663-1698. Rijksarchief Zwolle (beschreven door C. J. Snuif, 1928).

Pieter Turcq — Dinteloord, 1696-1708. Rijksarchief Den Bosch (beschreven door M. C. de Haan, 1977).

Anthonie Egberts — Durgerdam, 1739-1773. Gemeente-archief Amsterdam (beschreven door D. J. B. Ringoir, 1977).

Willem Mantingh — Hoogeveen, 1768-1791. Particulier bezit mw. Kloosterman-Dekker te Hilversum (beschreven door L. Huizing, Hoogeveen; uitg. Knoop en Niemeyer).

Eveneens van belang is dat het complete archief van het plattelandssziekenfonds van Tienhoven en Maarseveen, opgericht in 1785 en actief tot 1930 behouden gebleven, thans berust in het Rijksarchief te Utrecht.

De werkgroep gaat door met inventariseren, maar mist thans de mankracht om het materiaal verder te bewerken. Behalve de oproep om materiaal ter kennis te brengen, wil de werkgroep ook alle geïnteresseerden oproepen het thans verzamelde materiaal te bewerken. Voor melding richte men zich tot de secretaris van de werkgroep, dr. D. B. J. RINGOIR, Willibrorduslaan 27, 1216 NX Hilversum; tel. 035-40691.

INGEZONDEN

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

Diagnostiek en therapie van het carcinoma in situ van de cervix

In zijn artikel vermeldt collega VAN KEMPEN (1979) de resultaten van de behandeling van 89 patiënten met een carcinoma in situ. Deze diagnose werd gesteld op grond van cytologisch onderzoek, multiële biopsieën van de portio en (of) een endocervixcurettage, zonder dat aanvullend onderzoek plaatsvond in de zin van kolposcopie en (of) een diagnostische conisatie. Indien de histologie van de biopsie en (of) endocervixcurettage in overeenstemming was met de cytologische diagnose van een carcinoma in situ, werd bij deze patiënten hysterectomie verricht. De histologische diagnose van het operatiepreparaat werd vervolgens vergeleken met de pre-operatieve diagnose.

Wij bewonderen de moed van de schrijver om zijn gegevens te publiceren. Verder reikt onze waardering niet, omdat wij menen dat hij zich op een gevaarlijke weg bevindt, die geen navolging verdient. Onze kritiek laat zich als volgt indelen:

1. Bij 7 patiënten (bijna 8%) werd geen carcinoma in situ in het preparaat aangetroffen, doch een infiltrerend carcinoom, terwijl bij 3 patiënten de patholoog-anatoom geen zekere uitspraak kon doen over het wel of niet aanwezig zijn van infiltratie. De schrijver stelt dat in 6 van de 7

bōvengenoemde gevallen de term „micro-invasie (volgens de definitie van MESTWERDT (1947) van toepassing was. In het door de auteur aangehaalde artikel gaf MESTWERDT slechts een kwalitatieve beschrijving van het microcarcinoom. Hoe belangrijk deze historische definitie voor onze opvatting over het biologische gedrag van het cervixcarcinoom ook mag zijn, volgens de huidige inzichten is een kwantitatieve meting van de invasie-diepte noodzakelijk om de grens te trekken tussen een macro- en micro-invasief proces. De bestudering van een zeer groot aantal coupes van het conisatiepreparaat is hiertoe een absolute voorwaarde.

Deze wijze van benadering is van groot praktisch belang omdat steeds meer de mening veld wint, dat indien de invasie minder dan 3 mm (volgens sommigen 5 mm) bedraagt, volstaan mag worden met een eenvoudige hysterectomie, terwijl bij diepere invasie de kans op lymfkliermetastasen zo groot is dat de patiënt met een veel grotere risico's gepaard gaande ingreep behandeld dient te worden, nl. de radicale hysterectomie met lymfadenectomie of radiotherapie. Afgezien van het feit van VAN KEMPEN door het nalaten van een conisatie niet van tevoren geïnformeerd was over het wel of niet aanwezig zijn van invasie, geeft hij zelf toe dat het „niet in alle gevallen mogelijk bleek de invasiediepte exact in mm vanaf de basale membraan te meten”. In hoeveel gevallen dat wél mogelijk

was vermeldt hij niet. Bovendien geeft de auteur niet aan hoeveel en op welke wijze de coupes vervaardigd werden. Met andere woorden, door geen conisatie te verrichten heeft de auteur zich de mogelijkheid ontnomen om van te voren geïnformeerd te zijn over eventueel aanwezige invasie, terwijl nadat de patiënt reeds behandeld was, door de wijze van bestudering van het materiaal onmogelijk uit te maken is of we te doen hebben gehad met een volgens de huidige criteria micro- of macro-invasief proces.

Wij zijn daarom van mening dat de auteur zijn patiënten aan een onverantwoord en een te vermijden risico heeft blootgesteld. Dat de 7 genoemde patiënten (nog?) geen metastasen hebben is een gelukkige bijkomstigheid die aan deze uitspraak niets afdoet.

Bij één patiënte kwam men achteraf toch kennelijk tot de conclusie dat er sprake was van een macro-invasief proces. Zij werd behandeld met inwendige radiumapplicatie. Met deze behandeling worden eventueel aanwezige lymfkliermetastasen onvoldoende geattaqueerd en omdat bij een macro-invasief proces de kans hierop verre van denkbeeldig is (nl. 15%), is het op zichzelf onbegrijpelijk dat een uitwendige bekkenveldbestraling of een lymfadenectomie bij deze patiënte achterwege gebleven is. Onbedoeld demonstreert de auteur met de resultaten van zijn onderzoek het eminente belang van de diagnostische conisatie. Immers, alleen dan is het van tevoren mogelijk op verantwoorde wijze de meest geëigende therapie voor de individuele patiënt te kiezen. Wanneer men achteraf in het hysterectomiepreparaat een invasief proces aantreft is optimale therapie niet meer mogelijk.

2. Breed meet de auteur de nadelen van de conisatie uit en haalt, om zijn visie te staven, ten onrechte een studie van HASPELS aan, die handelt over de obstetrische problemen na portio-amputatie (en dus niet na conisatie). Overigens zijn wij het met hem eens dat conisatie gepaard gaat met een niet te verwaarlozen morbiditeit. De uterusextirpatie gaat echter niet alleen met morbiditeit, doch ook met een onzes inziens niet te verwaarlozen mortaliteit gepaard. Bovendien zijn wij van mening dat uterusextirpatie niet zelden aanleiding kan geven tot psycho-seksuele problemen en depressie. Van beide is de conisatie o.i. de kleinste en de minst mutilerende operatie, waaraan wij als therapeutische ingreep de voorkeur geven indien aan een aantal voorwaarden voldaan is. Wij menen dan ook dat er vooral bij de 25 nulli- of primigravidae, sprake is geweest van „overtreatment”, ondanks het feit dat volgens de auteur deze patiënten geen prijs op hun fertiliteit stelden. Heeft de auteur ook nagegaan hoeveel van deze patiënten na enkele jaren spijt hadden van hun beslissing?

3. Het belangrijkste argument van de auteur om meteen een hysterectomie te verrichten was: „een voor de patiënt definitieve verlossing van gevaren” zodat ze niet meer voor de psychisch belastende cytologische nacontrole terug hoefde te komen. Hij beroept zich o.a. op het onderzoek van KOLSTADT en KLEM uit 1976. Wij betreuren het zeer dat de auteur het werk van KOLSTADT en KLEM volkomen ten onrechte citeert ter ondersteuning van zijn visie. Uit dit uitgebreide en gezaghebbende onderzoek blijkt immers, dat de kans op een recidief na hysterectomie wegens een carcinoma in situ, even groot is als na een conisatie (3,3%, waarvan meer dan de helft invasief carcinoom). KOLSTADT raadt daarom aan iedere patiënt die behandeld is voor een carcinoma in situ levenslang te volgen. De opmerking van VAN KEMPEN: „Mocht uit de literatuur blijken, dat de vaginatoprecidieven van carcinoma in situ na hysterectomie in toenemende frequentie worden gesignaleerd, dan zullen wij ons beleid t.a.v. het na-onderzoek moeten wijzigen”,

slaat dan ook nergens op, want het bewijs dat dit het geval is, is (niet alleen door KOLSTADT) overduidelijk geleverd. Wij drukken de auteur daarom op het hart om al zijn patiënten op te roepen en levenslang te controleren.

Overigens hebben we wel begrip voor de klaarblijkelijke onrust van de auteur over de gevolgen van bevolkingsonderzoek. Dit onderwerp komt geregeld ter sprake op de halfjaarlijkse besprekingen van de Werkgroep Cervix Uteri, die in 1974 is opgericht. Onder andere door middel van een verantwoord gebruik van de kolposcoop, waardoor enerzijds cryocoagulatie van pre-invasief carcinoom — mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan — mogelijk is, en anderzijds de indicaties voor conisatie en uterus-extirpatie scherper gesteld kunnen worden, streven wij naar de kleinste ingreep voor de individuele patiënt en hopen hiermee de lasten die uit het bevolkingsonderzoek voortvloeien te kunnen verlichten.

Wij nodigen collega VAN KEMPEN uit om aan deze discussie deel te nemen.

Literatuur: KEMPEN, P. J. H. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 692.

Utrecht, juni 1979

E. R. TE VELDE,
namens de Werkgroep Gynaecologische Oncologie,
Academisch Ziekenhuis
Utrecht

Naar aanleiding van het ingezonden schrijven van collega TE VELDE willen wij het volgende opmerken:

De invasie-diepte bij de patiënten B t.m. G (zie tabel 2, bl. 695) overschreed in géén geval de 5 mm grens, gemeten vanaf de basale membraan. Om dit te beoordelen werd een groot aantal coupes van de operatiepreparaten gemaakt. Het aantal coupes was afhankelijk van de ernst van de laesies. Aldus werd de diagnose micro-invasie bij de bovengenoemde patiënten gesteld.

Voor het stellen van de diagnose micro-invasie, volgens de „huidige criteria”, waarbij behalve de invasie-diepte (5 mm of minder) tevens het oppervlak van de epitheelafwijking van waaruit de invasie is ontstaan (10 mm² of minder) en het al of niet voorkomen van vaatingroei in de beschouwing wordt betrokken, is volledig serieel onderzoek van elk operatiepreparaat vereist. Dit betekent het maken van honderden coupes, hetgeen voor een in de periferie werkzaam zijnde patholoog-anatoom een onmogelijke opgave is. Deze zal, steunend op inzicht en ervaring, met behulp van minder coupes moeten beoordelen of er sprake is van een macro- dan wel micro-invasief proces.

De eenvoudige hysterectomie is bij micro-invasie een algemeen aanvaarde therapie. De 6 patiënten zijn onzes inziens dus adequaat behandeld. Dat zij na een follow-up van 2 tot 7 jaar geen tekenen van lokaal recidief of metastasen vertonen is dus allerminst een „gelukkige bijkomstigheid” te noemen.

Dat de verdenking op micro-invasie bij 5 van de 6 patiënten niet pre-operatief is gerezen (bij patiënte G, tabel 2, was dit wel het geval) menen wij te moeten toeschrijven aan het achterwege laten van een cervix-curettagage bij al deze patiënten.

Ten aanzien van patiënte A (tabel 2) hebben wij verzuimd te vermelden dat zij behalve de inwendige radiumapplicatie tevens een uitwendige bekkenveldbestraling heeft gehad met behulp van megavoltapparatuur, waarbij een totale dosis van 5000 rad gegeven werd in 25 fracties.

Ook deze patiënte vertoont 8 jaar na de behandeling geen tekenen van recidief of metastasen.

In precies 5 kolomregels tekst worden in de „beschouwing” de nadelen van exconisatie „breed uitgemeten”. De obstetrische complicaties na therapeutische conisaties, waarbij de top van de conus moet reiken tot het ostium internum cervicis, zijn onzes inziens niet wezenlijk verschillend van die van de portio-amputatie. Op grond van in de literatuur vermelde percentages van exconisaties, waarbij in de conus een invasief carcinoom wordt aangetroffen en mogelijk door tumorweefsel kan worden gesneden, lijkt het aannemelijk dat deze procedure door versleping van tumorcellen een iatrogene metastasering ten gevolge heeft. Een casuïstische mededeling van STOLK e.m. in dit tijdschrift (1977) is in dit verband illustratief. De desbetreffende patiënte overleed 6 maanden na een diagnostische exconisatie.

Het is duidelijk dat de uterusextirpatie geen ingreep is om op lichtvaardige indicatie te verrichten. Het besluit hiertoe werd steeds in overleg met de patiënte en haar partner genomen. Ofschoon wij geen systematisch onderzoek hebben gedaan naar het aantal spijtoptanten in onze patiëntengroep, is tijdens het na-onderzoek op generlei wijze gebleken dat er patiënten waren die hun beslissing betreurden. 65 van de 89 vrouwen waren 40 jaar of ouder, hetgeen in deze groep een argument te meer was voor het verrichten van hysterectomie.

Het misverstand omtrent de derde opmerking kan worden opgehelderd door het oorspronkelijke artikel nog eens goed te lezen. Onder het hoofd „therapie”, waar een overzicht wordt gegeven van de verschillende opvattingen van auteurs omtrent behandeling en na-onderzoek, wordt enkele malen het artikel van KOLSTAD en KLEM (1976) vermeld. De strekking van dit artikel is ook ons niet ontgaan, vandaar dat wij besluiten met: „Sommigen (auteurs) adviserenetc.” In het slot van de „beschouwing” (bl. 696), waar wij onze eigen visie hieromtrent motiveren zal collega TE VELDE tevergeefs zoeken naar bovengenoemde literatuurverwijzing.

Recidieven van carcinoma in situ en zelfs invasief carcinoom na hysterectomie worden door verschillende auteurs beschreven. Helaas is het vaak niet mogelijk om te differentiëren tussen echte recidieven, „recidieven” ten gevolge van het in eerste instantie onjuist beoordelen van het operatiepreparaat en laesies primair uitgaande van het vagina-epitheel.

Voor ons is nog niet duidelijk bewezen dat de vaginatoprecidieven na hysterectomie wegens carcinoma in situ van de cervix uteri significant meer voorkomen dan het aantal primaire in situ vaginacarcinomen in een normale populatie. Wij wijzen in dit verband op een recente publicatie van KIRKUP e.a. (1979).

Er zijn vele wegen die naar Rome leiden. Wij danken collega TE VELDE voor de enthousiaste wijze waarop hij de „Utrechtse weg” beschreven heeft. Wij hopen duidelijk gemaakt te hebben, dat onze weg niet zo „gevaarlijk” is als in zijn ingezonden schrijven wordt beweerd.

Literatuur: KIRKUP, W., A. SINGER en A. S. HILL (1979) *The Lancet* II, 22. — STOLK, J. G., J. L. MASTBOOM, G. P. VOOYS e.a. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1220.

Rotterdam, juli 1979

P. J. H. VAN KEMPEN
H. P. V. M. HOYNCK
VAN PAPENDRECHT
H. P. CREMERS
J. C. HAGE

Resultaten van chirurgische behandeling van renovasculaire hypertensie; een retrospectief onderzoek

Enige opmerkingen, die in ons ingezonden stuk (1979) betreffende de publicatie van collega HOEFNAGELS c.s. (1979a) voorkwamen, blijken door ons te beknopt weergegeven te zijn. In een ingezonden mededeling moet men zich nu eenmaal tot het meest wezenlijke beperken. Mogelijk dat een nadere toelichting ertoe bijdraagt ons standpunt te verduidelijken, waarbij we de puntsgewijze beantwoording van collega HOEFNAGELS c.s. (1979b) volgen.

1. Collega HOEFNAGELS en medewerkers menen dat het behoud van de nier en het voorkómen van nierinsufficiëntie slechts zelden een indicatie is om tot reconstructie van een vernauwde nierarterie over te gaan en zij refereren aan publicaties uit 1962 en 1964. Wij zijn het er volledig mee eens, dat 15 jaar geleden een dergelijke indicatie nauwelijks bestond. De medicamenteuze behandeling van de hypertensie stond toen nog in de kinderschoenen en de levensverwachting van patiënten met hypertensie was kleiner. Deze patiënten overleden aan de complicaties van hun hypertensie, voordat de stenose van hun nierarterie(n) in een complete afsluiting was overgegaan. Nierarteriestenose leidde toen inderdaad slechts zelden tot een nierinsufficiëntie. Dank zij de medicamenteuze behandeling is de levensverwachting van deze patiënten echter aanmerkelijk verbeterd. Zij bereiken een hogere leeftijd, maar intussen neemt de vernauwing van de nierarterie(n) toe. Arteriosclerose is immers een progressief proces waardoor vaak beide nierarteriën worden aangetast. Dit geldt ook voor de fibromusculaire dysplasie, met uitzondering van de media-fibroplasie, die meestal na het 40e levensjaar tot stilstand komt. De kans dat de patiënt op het ogenblik dat de vernauwde nierarterie totaal raakt afgesloten nog in leven is, wordt dus groter. Het klinkt paradoxaal, maar de kans op een toenemend aantal nierinsufficiënties bij oudere patiënten zal groter worden naarmate de resultaten van de medicamenteuze behandeling van hypertensie beter zijn. Hoewel onderzoek hierover nog ontbreekt, ons althans niet bekend is, vormt deze logische gedachtengang voor ons een argument om het behoud van de nier als een belangrijke indicatie tot vaatreconstructie te beschouwen. Dit standpunt wordt door de feiten ondersteund. In toenemende mate worden we geconfronteerd met patiënten met een door afsluiting van beide nierarteriën veroorzaakte nierinsufficiëntie, bij wie een hypertensie, waarvan het oorzakelijke verband met een nierarteriestenose bekend was, gedurende vele jaren met antihypertensiva werd behandeld.

2. Onze vraag wat de indicatie tot primaire nefrectomie bij zo vele patiënten was, werd door collega HOEFNAGELS en medewerkers niet beantwoord, zodat we menen te mogen aannemen dat onze veronderstelling, dat de lokalisatie en (of) de uitbreiding van de laesies van de nierarterie bij de indicatiestelling een rol gespeeld hebben, juist is. Wij zouden er nogmaals op willen wijzen, dat deze factoren geen reden mogen zijn om een overigens gezond orgaan te verwijderen! Nefrectomie kan alleen geïndiceerd zijn: a. wanneer de nier onherroepelijk verloren is en terugkeer van de functie uitgesloten geacht moet worden, b. wanneer de (algemene of cardiale) toestand van de patiënt geen reconstructieve operatie toelaat.

3. De opmerking dat in verzamelstatistieken gegevens bijeengevoegd worden van verschillende auteurs, die meestal niet dezelfde selectie en beoordelingscriteria han-