

## INGEZONDEN

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

### CORROSIE EN CORROSIEZIEKTE

Het artikel van MULDER en DEN OTTER (1963) over corrosie na osteosynthese is zeer instructief, maar ik vraag mij af of de gegeven voorbeelden wat de collumfracturen betreft wel gelukkig zijn.

Structuurveranderingen in de femurkop zijn namelijk na collumfracturen zo frequent, dat het verband met corrosie niet zeker is. Min of meer uitgebreide avasculaire necrose van de femurkop kan zich jaren na consolidatie nog voordoen en de pijnklachten die tot verwijdering van collumpennen leiden, worden vaker veroorzaakt door kopnecrose dan door corrosie van de pen.

Ik ben het met de schrijvers eens dat het theoretisch juist is, schroevendraaiers e.d. van vitallium te gebruiken; dit geldt met name voor de botboren, omdat ijzeren boren zeer breukbaar zijn en het niet eenvoudig is, het afgebroken stuk weer te verwijderen, terwijl men vitallium boren die bovendien veel sterker zijn, bij breuk ongestraft kan laten zitten.

*Literatuur:* MULDER, E. M. J. en G. DEN OTTER (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 2364.

Assen, 20 december 1963

H. VAN DER HOUWEN

### CORROSIE EN CORROSIEZIEKTE

De bij het artikel van MULDER en DEN OTTER (1963) behorende röntgenfoto's 7, 9 en 10 zijn niet overduidelijk gereproduceerd, maar vooral figuur 10 laat een femurkop zien, waarvan het dragend gedeelte afgeplat en vermoedelijk ook verdicht is; het aan de spijkerpunt grenzende gedeelte vertoont een bolvormige projectie. Men zou veeleer geneigd zijn te veronderstellen dat de structuur- en vormveranderingen gevolgen zijn van een ischemische necrose van het caput.

De patholoog-anatoom DIJKSTRA schrijft bij weergave van het histologisch onderzoek niets over de vitaliteit van de femurkop.

*Literatuur:* MULDER, E. M. G. en G. DEN OTTER (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 2364.

Dordrecht, 22 december 1963

H. J. G. ZWIJSEN

### DE ETIOLOGIE VAN FLUOR VAGINALIS BIJ 400 PATIËNTEN

Collega ENGEL (1964) stelt, dat door het nadrukkelijk informeren naar de aanwezigheid van fluor een selectie van die patiënten ontstaat, die het meest voor suggestie vatbaar zijn. Ik ben dit niet met hem eens. Als een patiënte bv. voor een nacontrole na een partus komt, gebeurt dit op verzoek van de behandelende geneesheer. Bij alle vragen, die men een patiënte bij zo'n controle stelt, behoort ook de vraag naar fluor. Als men er niet naar informeert, zou het materiaal alleen bestaan uit die patiënten die wegens hun fluor het spreekuur bezoeken en juist dan heeft men geselecteerd materiaal.

Ook het tweede bezwaar gaat niet op. Bij goede lezing van mijn artikel zou het duidelijk zijn geweest, dat er behalve in de genoemde groep met ectopie, al of niet in combinatie met regeneratie, ook patiënten met trichomonas-infecties of jodium-negatieve gebieden waren die een ectopie met of zonder regeneratie hadden. In totaal hadden van de 400 patiënten 273 een ectopie, al of niet met regeneratie. Dit is significant meer dan in het materiaal van 1962, waar-

bij patiënten met én zonder fluor voorkwamen ( $\chi^2 = 6,5$ ,  $P = 0,01$ ).

Dat fluor vaginalis fysiologisch kan zijn, ben ik met collega ENGEL eens. Mijn artikel ging dan ook over fluor vaginalis in het algemeen, en niet over pathologische fluor.

Wat het derde bezwaar betreft: noch het materiaal van 1962, noch van 1963 was geselecteerd. De groepen waren te klein voor statistische bewerking.

De betekenis van fluor vaginalis bij asthenische vrouwen is gering in medisch opzicht. De fluor is waterig door ver-grote transsudatie. De vagina-wanden zijn livide verkleurd en in het druppelpreparaat zijn bijna uitsluitend epitheelcellen te zien.

*Literatuur:* ENGEL, F. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 52.

Enschede, 19 december 1963

K. J. H. VERSCHOOF

### EEN SNELLE KWANTITATIEVE MICRO-BEPALING VAN FIBRINOGEEN IN PLASMA

Wij zijn DEN OTTOLANDER (1964) dankbaar voor zijn opmerking, aangezien hij ons opmerkzaam heeft gemaakt op een fout in ons oorspronkelijke artikel, die ons ontgaan is. In tegenstelling tot het gezegde dat bij de screening methode het stolsel na 15 minuten beoordeeld moet worden, dient dit na 3 minuten te geschieden.

Zijn bezwaar richt zich overigens in het algemeen tegen iedere methode waarbij geen fibrinolyse-remmende stof wordt toegevoegd. De gevallen echter, waarbij de fibrinolytische activiteit zo groot is, dat het stolsel na 3 minuten in ernstige mate vervloekt zijn zo zeldzaam, dat wij het geoorloofd achten, de toevoeging van de remstof te laten vervallen.

Deze opvatting is gebaseerd op een aantal bepalingen, verricht in samenwerking met MOERS, die het eerst gewezen heeft op de noodzaak epsilon-aminocapronzuur bij de fibrinogeenbepaling toe te voegen. De juistheid van deze opvatting wordt bovendien bevestigd door een onderzoek van BOTTEMA en VERVOORT, waaruit blijkt dat een fibrinolytisch effect pas na 10 minuten een significante verandering geeft.

Er is echter geen enkel bezwaar tegen, de methode toe te passen met toevoeging van epsilon-aminocapronzuur. In dat geval dient het bloed opgevangen te worden in buisjes waar men aan de 0,5 ml 5 pct K-oxalaat 4 mg epsilon-aminocapronzuur toevoegt. Indien men de oxalaatoplossing in de buisjes indroogt, gebruikt men hiervoor een oplossing die per 100 ml 5 gram K-oxalaat en 4 gram epsilon-aminocapronzuur bevat.

*Literatuur:* BOTTEMA, J. K. en H. J. P. VERVOORT; in druk. — MOERS, A. M. J. (1962) Proefschrift Amsterdam. — OTTOLANDER, G. J. H. DEN (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 52.

Amsterdam, 20 december 1963

TH. STRENGERS

E. G. M. TH. ASBERG

### PRIMAIRE ACUUT VERLOPENDE CUTANE CRYPTOKOKKOSE

Door een abus hebben wij in ons artikel (1963) niet vermeld, dat de gist voor het eerst op het Streeklaboratorium te Groningen (directeur: Dr. R. K. KOOPMANS) microscopisch in de etter werd aangetroffen. Hiervoor onze verontschuldiging.

*Literatuur:* RUITER, M. en G. J. ENSINK (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 2264.

Groningen, 20 december 1963

M. RUITER

G. J. ENSINK