

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### FINANCIËLE STEUN HIPPOCRATES STUDIEFONDS

Voor het jaar 1967 wordt door het Hippocrates Studiefonds een bedrag van f 4000,— (vierduizend gulden) beschikbaar gesteld voor wetenschappelijk werk op medisch gebied. Het College van Regenten, bestaande uit de volgende leden, beslist, wie voor 1967 in aanmerking komt voor een subsidie:

Prof. Dr. P. J. KOOREMAN, chirurg te Rotterdam  
Dr. P. HUITINGA, internist te Hilversum  
Dr. J. N. SOETERS, kinderarts te Breda  
Dr. H. MULLER, chirurg te Leiden  
Prof. Dr. Jhr. J. DE GRAEFF, internist te Leiden  
T. Y. KINGMA BOLTJES, arts te Menaldum  
J. A. E. VAN DER FEEN, arts te Goes.

Het geld moet worden besteed voor de financiering van wetenschappelijk werk, dat iets te maken heeft met de Geneeskunde in de ruimste zin van het woord. Eventueel kan een subsidie ook worden toegekend aan een instelling of persoon, die reeds van andere zijde financiële steun ontvangt.

Kandidaten voor een dergelijke subsidie dienen zich vóór 15 mei 1967 te richten tot de secretaris-penningmeester van het College van Regenten, Prof. Dr. J. DE GRAEFF, Prins Hendriklaan 3, te Oegstgeest. Een dergelijke aanvraag moet vergezeld gaan van een nauwkeurige omschrijving van het doel waarvoor het geld zal worden besteed. Degenen, die een dergelijke subsidie ontvangen, zijn verplicht om na een jaar een verslag van hun werkzaamheden aan het College van Regenten aan te bieden.

Maart 1967

### BRUNO MENDEL TRAVELLING FELLOWSHIP

Applications are invited by the Council of the Royal Society for two Bruno Mendel Travelling Fellowships tenable for a period not exceeding one year from 1 October 1967. These fellowships are awarded in rotation to British, Dutch and Israeli candidates. In 1967, the fellowships are offered to both Israeli postgraduate candidates to enable them to carry out experimental medical research at a university, medical research centre or medical school in the United Kingdom or the Netherlands, and to Dutch postgraduate candidates to enable them to carry out experimental medical research at a university, medical research centre or medical school in the United Kingdom or Israel. Israeli candidates should not already be living in either the United Kingdom or The Netherlands, Dutch candidates should not already be living in the United Kingdom or Israel.

The value of both Fellowships will be between £ 1500 and £ 2000 depending upon the qualifications of the candidates and the place and length of time of the research proposed; the successful candidates will be expected to meet all necessary travelling expenses from the sum awarded. Applications may be considered from those who hold regular appointments and whose salary would be continued during a year's absence from duty, although this is not a condition of the award. The Royal Society will not be able to continue any contributions for superannuation benefits for which a successful candidate might be liable during his or her absence from regular employment.

The appointments will be subject to the regulations governing the Bruno Mendel Travelling Fellowship, copies of

which will be available from the Royal Society. Applications, which must be submitted in English, should be made on forms to be obtained from the Executive Secretary, The Royal Society, Burlington House, Piccadilly, London, W. 1, and should be received not later than 12 May 1967.

March 1967

## INGEZONDEN

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

### EEN PATIËNT MET EEN ONDERBEENFRACTUUR

Enkele schijnbaar logische opmerkingen in het verslag van de patiëntenbespreking (MERKELBACH 1967) onder bovenstaande titel, nopen mij tot enkele kanttekeningen.

Het fraaie onderzoek van NICOLL (in het artikel wordt als auteur MANSFIELD vermeld; dit is niet juist, het onderzoek is verricht door NICOLL, die in Mansfield woont) levert schijnbaar een argument voor degenen, die weinig verschil zien tussen de resultaten van conservatieve behandeling en osteosynthese bij fracturen. De toekomstige functie wordt blijkaar volgens dit onderzoek bepaald door de weke-delenletsels en niet door de duur van immobilisatie. Dit geldt echter vooral voor de combinatie van weke-delenletsels en immobilisatie; als men na een stabiele osteosynthese direct kan laten oefenen, komt de invloed van de weke-delenletsels veel minder sterk naar voren.

Verder wordt door chirurg I de opmerking gemaakt: „Een consolidatie zal niet sneller plaatsvinden dan bij de conservatieve methode. Deze tijd ligt nu reeds in de lokale verhouding besloten.” Deze opmerking is inderdaad min of meer juist voor adaptatie-osteosynthese, doch voor stabiele osteosynthese gaat dit niet op. Men krijgt dan namelijk een andere genezingsvorm, de sanatio per primam, terwijl bij een adaptatie-osteosynthese een sanatio per secundam gebruikelijk is.

Uiteraard kan men de biologische processen die tot genezing van een fractuur leiden, niet versnellen door een operatie, doch wel kan men het lichaam de mogelijkheid bieden, de gunstigste vorm van genezing te kiezen. Hetzelfde geldt immers voor de wondbehandeling: een sanatio per primam gaat sneller en beter dan een sanatio per secundam.

Bij de besproken patiënt (dit geldt voor alle patiënten met dergelijke onderbeenfracturen; afgezien van beroep e.d.) is naar mijn mening adaptatie-osteosynthese met bv. een plaatje volgens Lane onjuist. De voordelen t.o.v. de conservatieve behandeling zijn gering, terwijl er nogal wat nadelen en gevaren aan verbonden zijn. Bij stabiele osteosynthese zijn de voordelen veel groter en de gevaren veel minder.

*Literatuur:* MERKELBACH, J. W. (1967) Een patiënt met een onderbeenfractuur. *Ned. T. Geneesk.* **111**, 265. — MÜLLER, M. E. (1963) *Technik der operativen Frakturenbehandlung*. Springer-Verlag. — NICOLL, E. A. (1964) Fractures of the tibial shaft. *J. Bone Jt Surg.* **46B**, 373.

Rotterdam, 27 februari 1967

W. VAN DER SLIKKE

Het ingezonden stuk van collega VAN DER SLIKKE geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Het voordeel van operatieve tegenover niet-operatieve behandeling van een fractuur is de mogelijkheid van nauwkeurige repositie en behoud van deze repositie. Hetzelfde gebeurt bij het hechten van een wond. Sommigen spreken daarom misschien ook juister van osteosutuur in plaats van

osteosynthese (collega VAN DER SLIKKE spreekt hier van „adaptatie-osteosynthese“).

De osteosynthese(plaat) volgens Lane biedt op zich geen absolute stabiliteit en daarom moet ook altijd een uitwendige fixatie-hulp worden gegeven in de vorm van gips. Bij deze vorm van osteosynthese vindt echter ook genezing plaats per primam intentionem — immers er is geen wond-spleet meer, die overbrugd moet worden. Mits op goede indicatie en met goede techniek uitgevoerd, zijn de voordelen groot en de risico's gering, ook voor de latere functie van de gewrichten (wij spreken hier alleen over de gesloten fractuur zonder ernstig weke-delenletsel). De plaat van Lane, die van vitallium is vervaardigd, behoeft niet te worden verwijderd. De compressie-osteosynthese wordt met zo zwaar materiaal uitgevoerd dat geen uitwendige fixatie meer nodig is. Deze osteosynthese is dus absoluut stabiel. Dit biedt het grote voordeel dat de aangrenzende gewrichten voortdurend in beweging kunnen blijven. Daartegenover staat het nadeel van het inbrengen van een veel groter, niet corrosie-bestendig, vreemd voorwerp. De infectie-kansen mogen hierbij niet licht worden aangeslagen. Voorts moet het grote corpus alienum door een tweede operatie na 1 tot 1½ jaar altijd weer worden verwijderd.

De voor- en nadelen van alle methoden moeten bij iedere patiënt steeds weer tegen elkaar worden afgewogen, waarbij talrijke factoren in aanmerking moeten worden genomen. Dit naar voren te brengen is de allereerste bedoeling van een patiënten-bespreking. Discussie over verschillende operatie-technieken gaat dit kader enigszins te buiten.

Groningen, 6 maart 1967

P. J. KUIJER

#### ERVARINGEN MET DE IMMUNOFLUORESCENTIETEST IN DE SERODIAGNOSTIEK VAN TOXOPLASMOSE

In aansluiting op het artikel van VAN NUNEN en VAN DER VEEN (1965) lijkt het mij nuttig onze ervaringen mede te delen, die wij gedurende een jaar onderzoek hebben opgedaan betreffende de vergelijkbaarheid van de sabin-feldman-reactie (SF), uitgevoerd door O. MAKSTENIEKS (hoofd van de Bacteriologische afdeling van het Laboratorium voor Microbiologie der Rijksuniversiteit te Leiden), en de immunofluorescentietest (IFT), welke in ons laboratorium werd gedaan.

In plaats van cryostaat-preparaten van muizehersenen gebruykt wij het peritoneale vocht van Swiss S.P.F. muizen (afkomstig van Centraal Proefdierenbedrijf TNO), drie dagen te voren geïnfecteerd met de deelen-stam (afkomstig van VAN DER VEEN). Dit peritoneale vocht werd zodanig verdund, dat bij een vergroting van  $8 \times 40$  ongeveer 15 parasieten per gezichtsveld te zien waren. Op objectglaasjes werd op het midden van iedere helft een druppel van deze verdunning enigermate uitgespreid en gedroogd. Hierna werden de preparaten ten minste een uur bij  $-20^\circ \text{C}$  gefixeerd in watervrije aceton (Analar van BDH), daarna opnieuw gedroogd, en bij  $-20^\circ \text{C}$  bewaard.

Voor de proef werden ingezet: een bekend positief serum in een zodanige verdunning, dat nog duidelijk fluorescentie aanwezig was, een negatief serum, en van het te onderzoeken serum de verdunningen  $1/64$ ,  $1/128$ ,  $1/256$  en  $1/512$ . Deze preparaten werden op dezelfde wijze behandeld als in eerder genoemd artikel. De serum- en conjugaat-behandeling werden uitgevoerd bij  $37^\circ \text{C}$  in een vochtige atmosfeer gedurende  $1/2$  uur ieder (gebruikt werd: Horse anti Human Conjugate van Roboz). Indien de verdunning  $1/512$  nog duidelijk fluores-

centie gaf, werd er nog verder verdund. Afgelezen werd met een Zeiss-fluorescentiemicroscop. De sterkte van fluorescentie werd aangegeven als  $+++$ ,  $++$  en  $\pm$ , waarbij  $\pm$  als negatief gold en diende als aanduiding, dat de zwak fluorescerende parasieten toch gezien werden. Hierdoor werd voorkomen dat het toevallig afwezig zijn van parasieten, als negatief werd afgelezen. In de op deze manier gemaakte preparaten is de specifieke fluorescentie van leukocyten en detritus duidelijk te onderscheiden van die van parasieten. Het resultaat van dit onderzoek volgt hierna kort samengevat:

Reciproke waarden van 94 sera met gelijke uitkomsten van IFT en SF (een verschil van één opvolgende serumverdunding werd binnen de grenzen van de normale spreiding gerekend), waarvan:

|         |   |        |
|---------|---|--------|
| 19 < 64 | 4 | 1024   |
| 8 64    | 4 | 2048   |
| 12 128  | 7 | 4096   |
| 19 256  | 1 | 8192   |
| 18 512  | 1 | 16.000 |
|         | 2 | 64.000 |

Voorts verschilden 6 sera méér dan één opvolgende serumverdunding, en wel 5 sera 2 opvolgende verdunningen, en één serum 3 opvolgende verdunningen.

*Literatuur:* NUNEN, M. C. J. VAN en J. VAN DER VEEN (1965) Onderzoek op toxoplasmosis door middel van immunofluorescentie. *Ned. T. Geneesk.* **109**, 742.

Dordrecht, 6 maart 1967  
(Bacteriologisch Laboratorium van  
het Gemeente Ziekenhuis, tevens  
Streeklaboratorium voor de  
Volksgezondheid)

J. H. DRIESSEN

#### EEN MAAND PAUZE BIJ HET GEBRUIK VAN ORALE ANTICONCEPTIVA?

HASPELS en WIBAUT (1967) en ook MADLENER (1967) zijn het met mij eens, dat na het gebruik van ovulatierezers een fibrose van het ovarium kan ontstaan. Zij verschillen met mij alleen van mening, dat zij deze verandering altijd als reversibel beschouwen, terwijl ik geloof, dat een langdurige amenorrhoe en anovulatore bloedingen na het gebruik van de „pil“ erdoor kunnen worden veroorzaakt. Verder onderzoek zal leren, wie gelijk heeft. Voorlopig acht ik voorzichtigheid geboden.

De eerst genoemde schrijvers wijzen op „de retorische zin over het carcinoma in situ“ in mijn commentaar. Ik neem aan, dat zij op de hoogte zijn van de veranderingen in het vaginale uitstrijkpreparaat tijdens de orale anticonceptie. ATTWOOD (1966) zag onlangs een toeneming van het aantal uitstrijkpreparaten met dyskariosis, die een voorstadium kan zijn van een carcinoma in situ van de portio uteri. Belangrijk is een mededeling van SCHMIDT op een vergadering van de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging op 4 juni 1966. Hij onderzocht in zijn polikliniek 100 vrouwen, die een erosio portionis hadden en die ovulatierezers gebruikten. Hij vond 7 maal een carcinoma in situ en 1 maal een infiltrerend carcinoom van de portio uteri.

*Literatuur:* ATTWOOD, M. E. (1966) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlt* **73**, 662 (referaat in *Ned. T. Geneesk.* 1966, **110**, 2308). — HASPELS, A. A. en F. P. WIBAUT (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 370. — MADLENER, M. M. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 370. — SCHMIDT, A. L. C. (1967) *Ned. T. Verlosk.* **67**, (ter perse).

Utrecht, 26 februari 1967

W. P. PLATE