

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### AFLEVERING VAN VLOEIBARE POKSTOF

Het ligt in de bedoeling om met ingang van 1 april 1969 de aflevering van vloeibare pokstof in flesjes à respectievelijk 10, 25 en 50 doses en gedroogde pokstof in ampullen à 100 doses geleidelijk te staken en deze te vervangen door aflevering van een gedroogde pokstof in éénvormige verpakking, die bedoeld is voor groeps vaccinaties.

Deze nieuwe verpakking, prijscourantnummer 411, bevat 1 ampul gedroogde pokstof en 1 ampul verdunningsvloeistof. Te uwer oriëntatie diene het volgende:

a. Reconstitutie moet plaatsvinden met 0,2 ml bijgeleverde verdunningsvloeistof. De pokstof moet op de dag van reconstituering worden gebruikt. Het restant moet door desinfectie worden vernietigd, bijvoorbeeld door koken in water.

b. De stabiliteit van de pokstof in gedroogde toestand garandeert een geldigheidsduur van één jaar bij bewaring bij 4° C.

Gezien de prijsverhouding ten opzichte van een capillair vloeibare pokstof, biedt het reeds voordeel deze entstof in multidosisverpakking toe te passen, indien tenminste 5 personen op één dag tegen pokken moeten worden gevaccineerd.

De levering van capillairen met één dosis vloeibare pokstof wordt normaal voortgezet.

Utrecht, 21 maart 1969  
Rijks Instituut voor de  
Volksgezondheid

Dr. J. SPAANDER,  
directeur-generaal

### GEZUIVERDE TUBERCULINES

Aan de serie gezuiverde tuberculines (P.P.D.) afkomstig van atypische mycobacteriën, is toegevoegd het P.P.D.-F, afkomstig van *Mycobacterium fortuitum*.

Dit nieuwe preparaat is vanaf 15 maart 1969 in circulatie gebracht. De verpakking bedraagt 1 ml. De prijzen zijn dezelfde als van de overige gezuiverde tuberculines in 1 ml-verpakking: A-prijs f 3,—; B-prijs f 2,70; C-prijs f 2,25; D-prijs f 1,95.

Utrecht, 21 maart 1969  
Rijks Instituut voor de  
Volksgezondheid

Dr. J. SPAANDER,  
directeur-generaal

### STUDIEBEURZEN VOOR KANKERONDERZOEK

Dank zij fondsen, haar ter beschikking gesteld door de „American Cancer Society”, is het de „International Union against Cancer” mogelijk, voor 1970 studiebeurzen in het vooruitzicht te stellen voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kanker.

Slechts ervaren onderzoekers die reeds hun kundigheid in onafhankelijke research hebben aangetoond en thans hun kennis door een studieperiode op een in een ander land gelegen instituut wensen te verdiepen, komen voor een beurs in aanmerking. Zij dienen bovendien te behoren tot de staf van een universiteit, van een universitair ziekenhuis, onderzoeklaboratorium of soortgelijk instituut. De onderzoekingen mogen zowel klinisch als experimenteel zijn.

De beurzen zijn niet beschikbaar voor personen die hun opleiding in methoden van kankerdetectie of therapeutische technieken wensen te vervolmaken, dan wel verschillende instituten in het buitenland voor korte tijd wensen te bezoeken. De studiebeurs wordt over het algemeen verleend voor de duur van één jaar, maar deze tijd kan langer of korter zijn naar gelang van de omstandigheden.

De stipendia zijn gebaseerd op het huidige salaris van de aanvrager en de salarissen van personen van vergelijkbare kwalificaties in de plaats van studie. Reiskosten zullen worden vergoed, eventueel ook de heen- en terugreis van gezinsleden die de aanvrager naar diens plaats van studie willen vergezellen, en dan naar huis terugkeren. De studieperiode vangt aan op 1 maart 1970.

Aanvragen in te dienen vóór 1 september 1969 bij: International Union Against Cancer, P.O. Box 400, 1211 Geneva 2, Switzerland.

## INGEZONDEN

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

### CAMPYLODACTYLIE

Bij het artikel van L. KOENS (1969) zou ik gaarne enkele kanttekeningen willen maken. De gevonden lipodystrofie van de vierde lumbricalis (aan welk spiertje ook ADAMS in 1891 aandacht besteedde) is een belangwekkende aanwijzing voor een degeneratief proces in het buig-strekapparaat van de pink. Maar hoe kan deze afwijking de buigingsstand van de pink verklaren, tenzij de spier verkort is, bv. door fibrose? Bovendien is het bij directe elektrische prikkeling van de spier en bij elektromyografisch onderzoek gebleken dat de lumbricalis in vivo als werking heeft: strekking van de interfalangeale gewrichtjes met buiging van het metacarpofalangeale gewricht (BACKHOUSE 1966), hetgeen door STACK (1963) wiskundig verklaard werd, en onlangs ook door THOMAS c.s. (1969). Therapeutische resultaten, waarnaar collega KOENS vraagt, werden onlangs, en waarschijnlijk na inzending van zijn artikel, gegeven door SMITH en KAPLAN (1968), die van hun 28 patiënten er 9 opereerden aan 14 vingers door middel van tenotomie van de flexor digitorum sublimis. Deze methode had, evenals andere chirurgische procedures slechts succes als na de operatie een spalkje werd gedragen; er werd dan vrijwel altijd een vermindering van de contractuur met minstens een-derde mee bereikt. De ingreep volgens NEUHOF (1914): doorsnijding van de ligamenta collateralia, die ik overwoog in mijn artikel (1957) (welke enige Nederlandse bijdrage door collega KOENS niet wordt genoemd), heeft de orthopeed intussen eenmaal voor mij verricht, maar zonder succes.

In hetzelfde artikel noemde ik kort een bij mijn weten (ook sindsdien) niet beschreven vorm van camptodactylie in het distale interfalangeale gewrichtje, waarvoor ik de naam clinodactylia anteroposterior opperde. Een van de beide patiënten, een meisje van toen 14, nu 27 jaar, zag ik onlangs nog eens terug. De toestand is onveranderd; het meisje heeft wel klachten.

Zo karig als collega KOENS meent (ongeveer 20 publicaties) is de literatuur niet: ik beschik over 67 literatuuroppgaven.

*Literatuur:* ADAMS, W. (1891) On congenital contraction of the fingers. *Lancet* II, 111. — BACKHOUSE, K. M. (1966) The mechanics of normal digital control. *Ann. roy. Coll. Surg. Engl.* **36**, 154. — HAAS, W. H. D. DE (1957) Camptodactylie. *Ned. T. Geneesk.* **101**, 2121. — KOENS, L. (1969) Campylodactylie. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 229. — NEUHOF, H. en E. OPPENHEIMER (1914) *Surg. Gynec. Obstet.* 193. — THOMAS, D. H., CH. LONG en J. M. F. LANDSMEER (1969) *J. Biomechanics* **1**, 107. — SMITH, K. J. en E. B. KAPLAN (1968) *Camptodactyly and similar atraumatic deformities of the proximal interphalangeal joints of the fingers.* — STACK, H. G. (1963) *Ann. roy. Coll. Surg. Engl.* **33**, 307.

Amsterdam, 22 februari 1969

W. H. DE HAAS

Naar aanleiding van de door collega DE HAAS gemaakte kanttekeningen, gaarne de volgende opmerkingen.

1. ADAMS (1891) vraagt zich in zijn artikel af, of er misschien een slechte ontwikkeling is van de musculi lumbricales en interossei. Aanvankelijk had ik in mijn artikel een overzicht opgenomen van de vermeende, in de literatuur beschreven, oorzaken van campylo-dactylie. Door de redactie van dit *Tijdschrift* is dit veranderd door de volgende zin: „In de literatuur wordt betekenis toegekend aan aanleg- of ontwikkelingsstoornissen van de huid, pezen, gewrichten of spieren.” Ik heb mij met deze verandering, wegens de overzichtelijkheid, geheel kunnen verenigen. Vast staat, dat ADAMS alleen aan de mogelijkheid heeft gedacht, dat de kleine handspiertjes wel eens een rol zouden kunnen spelen bij het ontstaan van de campylo-dactylie. De progressie, het nooit meedoen van de duim, het altijd meedoen van de pink, heeft ADAMS nooit verklaard.

2. Collega DE HAAS meent dat bv. door fibrose van de musculi lumbricales de campylo-dactylie te verklaren zou zijn. Zoals ik in mijn artikel beschrijf (bl. 229 onder a), en zoals dit wordt bevestigd in de door collega DE HAAS genoemde onderzoeken van STACK (1963), BACKHOUSE (1966) en THOMAS (1969), is de „werking” van de musculi lumbricales: buiging van de grondfalangen en strekking van de midden- en eindfalangen, ofte wel buiging in het metacarpofalangeale gewricht en strekking in de interfalangeale gewrichten. Indien er fibrose, dus ook schrompeling, van de musculi lumbricales zou bestaan, zouden deze spiertjes verkorten en zou juist het beeld ontstaan dat het tegenovergestelde is van de campylo-dactylie, nl. flexie-stand in het metacarpofalangeale gewricht en (hyper)extensie in de interfalangeale gewrichtjes.

Juist bij een dystrofie, zoals door mij beschreven is, kan de campylo-dactylie worden verklaard.

3. Mijn stelling, dat de verschillende behandelingsmethoden niet ideaal zijn, en dat de behandeling met spalkjes wel enig resultaat heeft, wordt door collega DE HAAS middels de publikaties van SMITH en KAPLAN (1968) bevestigd. Bovendien blijkt de door collega DE HAAS in zijn artikel van 1957 aangehangen methode van NEUHOF (1914) ook voor DE HAAS geen ideaal resultaat te hebben gehad. Echter jammer dat DE HAAS dit niet gepubliceerd heeft, maar het nu als kanttekening bij een ander artikel mededeelt. Voor collega DE HAAS geldt nu des te meer de opmerking in mijn artikel, dat men nergens iets over de resultaten van de behandelingswijzen leest, zodat aangenomen mag worden dat ze niet ideaal zijn.

4. Zoals ik reeds vermeldde, heb ik, uit hoofde van de overzichtelijkheid, met opzet het aantal schrijvers tot een minimum beperkt. Uiteraard heb ik indertijd het artikel van collega DE HAAS gelezen. Juist zijn artikel bracht mij tot de overtuiging, dat het opsommen van veel namen en theorieën de duidelijkheid niet ten goede komt.

5. Bovendien bevat het artikel van collega DE HAAS van 1957 geen enkel nieuw gezichtspunt. Hij overweegt in dit artikel voor de behandeling van de campylo-dactylie de operatieve methode van NEUHOF (1914), die laagsgewijs huid, fascia, peesschede, voorste gewrichtsbanden en ligamenta collateralia kliefde, waarna NEUHOF onder enig kraken de vinger wist te strekken. Een plastisch chirurg lopen bij het lezen van een dergelijke ingreep de rillingen over de rug.

Collega DE HAAS besluit zijn artikel met de zin: „Deze ingreep (klieven van de ligamenta collateralia) zou desnoods subcutaan kunnen worden uitgevoerd.” Ik hoop niet voor collega DE HAAS dat de orthopeed die (uiteraard zonder succes) deze ingreep voor hem verrichtte, op deze wijze heeft gewerkt.

6. Collega DE HAAS zal weten, dat er ook vormen van buigstanden van de vingers bestaan, die zeker de naam campylo-dactylie niet verdienen. Er moet duidelijk gesteld worden dat de campylo-dactylie begint in het proximale interfalangeale gewricht, waarbij in latere stadia een hyperextensie in het metacarpofalangeale gewricht ontstaat. De opmerking dat de door collega DE HAAS genoemde clinodactylia anteroposterior een vorm van campylo-dactylie zou zijn, lijkt mij, gelet op de door mij gegeven omschrijving van campylo-dactylie, onjuist, immers de genoemde afwijking is uitsluitend gelokaliseerd in het distale interfalangeale gewricht. Misschien was hierover meer helderheid gekomen indien collega DE HAAS zijn belofte, die hij in zijn artikel van 1957 deed, nl. „en nog te publiceren”, had ingelost.

7. De opmerking dat een dergelijke afwijking nog niet is beschreven, wordt gelogenstraft door het artikel „Een zeldzame misvorming van de pink” door mej. Z. M. BEEKMAN in 1956 (dus 1½ jaar vóór de publikatie van collega DE HAAS), en nog wel in dit *Tijdschrift*! Collega DE HAAS kan dus nu over 68 literatuuropgaven beschikken.

Als ik de artikelen die zuiver en alleen over campylo-dactylie zijn gepubliceerd bezie, is mijn opgave nog niet zo ver van de waarheid af.

*Literatuur*: BEEKMAN, Z. M. (1956) Een zeldzame misvorming van de pink. *Ned. T. Geneesk.* 100, 1372.

Utrecht, 10 maart 1969

L. KOENS

#### ERYTHEMA INFECTIOSUM DEZELFDE ETIOLOGIE ALS RUBELLA?

Naar aanleiding van het artikel van Prof. GISPEN en mevrouw BRAND-SAATHOF (1969) waarin zij stellen dat het rubellavirus bij patiënten met erythema infectiosum kan worden geïsoleerd, menen wij er goed aan te doen, erop te wijzen, dat er tot nu toe alles voor pleit deze twee ziekten als aparte klinische epidemiologische en etiologische eenheden te beschouwen.

Voor de klinische differentiële diagnostiek moge verwezen worden naar MINKENHOF (1967). Uit epidemiologisch oogpunt is het belangwekkend, dat na de laatste epidemie van rubella, die in Amsterdam eind 1967 begon, in april 1968 zijn hoogtepunt bereikte om eind augustus praktisch te verdwijnen, zich een uitgebreide epidemie van erythema infectiosum ontwikkelde.

De wijziging van het beeld werd door de meeste huisartsen herkend. Veel patiënten met erythema infectiosum hadden in de voorafgaande periode aan rubella geleden.

Ten aanzien van de ziekte-oorzaak valt op te merken dat uit neus-keel-conjunctiva-uitstrijk van 31 aan erythema infectiosum lijdende patiënten geen enkele maal het rubellavirus kon worden gekweekt. Bij 9 van deze patiënten en bij nog 2 patiënten bij wie geen virus-onderzoek plaatsvond, werd geen stijging van het antistof-gehalte (HAR-test) van het serum gevonden (Dr. M. WABEKE).

In dezelfde periode waarin bovengenoemd onderzoek plaatsvond, kwamen ook nog sporadische gevallen van rubella voor; bij 7 van deze patiënten (A t.m. G) werd virologisch en (of) serologisch onderzoek verricht met de volgende uitkomsten:

|                                 | A | B | C | D | E | F | G |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| patiënten                       | + | + | + | + | + | — | o |
| virus-isolatie                  | + | + | + | + | + | — | o |
| HAR-titer-stijging 4× of groter | + | + | + | o | o | + | + |
| o = niet verricht               |   |   |   |   |   |   |   |

Het is van belang op te merken, dat in sporadisch voorkomende gevallen zowel de diagnose van de rubella als die van het erythema infectiosum moeilijk kan zijn, daar ge-