

de activiteit van het corpus luteum bij de pseudozwangere rat. A. JONGSMA, Localization of genes on human chromosomes.

*Utrecht:* M. V. A. M. KROEKS, Cervixslijm. Onderzoeksmethoden van fysisch-chemische eigenschappen van de Sims-Huhnertest en van de glycoproteïnesynthese. J. J. M. MARX, De absorptie van ijzer bij bejaarden. Onderzoek van de mucosa-opname, het mucosa-transport en de retentie van een fysiologische dosis anorganisch ijzer. J. M. C. DOUZE, De „paraquatlong”. De paradoxale werking van zuurstof. J. O. C. M. FRENKEN, Sociaal-seksuologisch onderzoek onder 600 gehuwden. R. F. M. JESSURUN, Betekenis van zoutbelasting en spironolactontoediening voor de diagnose primair hyperaldosteronisme. M. B. GUIJ, Collageen in het wortelvlies van de continu erupterende caviasnijtanden. Een biochemisch onderzoek naar voorkomen, eigenschappen en stofwisseling. R. N. SLOOTWEG, Veranderingen van collageen en niet-collagene eiwitten in het wortelvlies bij versnelling van

de eruptie. Een biochemisch en histologisch onderzoek in verschillende sectoren van het wortelvlies van de caviasnijtand. F. J. M. VAN GELOVEN, Postoperatieve tromboseprofylaxe. Een vergelijkend onderzoek naar de waarde van indirect werkende anticoagulantia, dextran 40 en subcutaan heparine. H. G. GALLÉ en A. CLEMENS, De sacculus van *Rana esculenta*. Een fysiologische en fysische studie over de spatiele en temporele eigenschappen van een evenwichtssysteem. J. VAN RIJSWIJK-VERBEEK, De invloed van atopische allergenen op het komplementensysteem in vitro. G. DE KEIZER, Over synoviale vloeistof, gewrichtssmering en arthrosis deformans. H. J. J. BOELEN, Het ontstaan van de actiepotentialen, N1 en N2 in het gehoororgaan, met een verklaring voor het vinden van een P1 in het elektrocochleogram. J. H. M. NIEUWENHUIJS, Kontraktiteit van de linker ventrikel. A. A. STOKHOF, Left ventricular bypass-assisted hypothermic circulatory arrest in the dog. B. SANGSTER, Vergiftiging door orfenadrine. Kliniek, pathofysiologie, behandeling.

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Stichting Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek*

Het Bestuur van de Stichting Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek, waarin is opgenomen het Steunfonds van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding maakt bekend, dat het dit jaar wederom een beurs van maximaal f 2500,— beschikbaar stelt.

Deze studiebeurs is bestemd voor een Nederlandse vrouw,

die haar studie geheel of vrijwel geheel heeft voltooid en gespecialiseerd wetenschappelijk onderzoek wil verrichten in of buiten Nederland.

Sollicitaties in 10-voud met uitvoerige levensbeschrijving (personalia, studieverloop, etc.) en een duidelijk studieplan met opgave van de geraamde kosten van uitvoering onder vermelding van referenties (met adressen) worden vóór 1 mei 1977 ingewacht bij de secretaris, drs. A. D. DE STIGTER-HUISING, Mozartlaan 7, Naarden.

## INGEZONDEN

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

### *Miskende malaria tropica*

Naar aanleiding van de gerechtelijke uitspraak over een miskend geval van malaria tropica (1976) willen ondergetekenden nog een kanttekening maken. Geen enkele vorm van voorlichting kan waarborgen, dat de reiziger volledig beschermd zal zijn. De voorlichter heeft immers geen vat op de naleving van de voorschriften van de malariaprofylaxe of beter nog van de malariasuppressieve medicatie. De reiziger zelf blijft uiteindelijk verantwoordelijk voor het regelmatig innemen van de voorgeschreven medicatie *gedurende* het verblijf in de tropen en een periode van minstens 4 weken na terugkeer. De ervaring leert dat het niet naleven van de voorschriften de voornaamste oorzaak is van „import-malaria” in Nederland. Van oudsher weten we dat bij niet tijdige herkenning malaria tropica dodelijk kan verlopen. De bij *Plasmodium falciparum* voorkomende chloroquineresistentie is nog in slechts een enkel geval in Nederland geconstateerd. Gelukkig worden de meeste gevallen van import-malaria hier veroorzaakt door *P. ovale* en *P. vivax* (malaria tertiana) en verlopen deze gewoonlijk niet dodelijk.

Bij de voorlichting dienen we een methode te gebruiken

die de grootste waarborg geeft dat de reiziger de tabletten inneemt. Tevens dient de arts het advies in zijn administratie op de kaart van de reiziger (patiënt) te registreren. Het is daarom wellicht nuttig de gedragslijn van ons Instituut voor Tropische Geneeskunde te Leiden aan u voor te leggen.

1. Iedere reiziger, die voor een kort dierend bezoek (minder dan drie maanden) naar de tropen vertrekt, krijgt in principe tabletten voorgeschreven, die *dagelijks* moeten worden ingenomen (VAN DER KAAY en ZUIDEMA 1976). De kans op vergeten wordt verkleind, omdat het dagelijks innemen eerder een routine wordt dan het gebruik van tabletten die eenmaal per week moeten worden ingenomen. Bovendien heeft het éénmaal vergeten dan minder ernstige consequenties.

2. In het vaccinatieboekje wordt een inlegvel *gehecht* met de volgende aanwijzingen voor de malaria-profylaxe:

- gebruik de anti-malaria-tabletten *regelmatig* volgens voorschrift
- neem de tabletten *niet* in op de nuchtere maag, maar *gedurende* of *na* de maaltijd
- de tabletten moeten worden ingenomen te beginnen op de dag *voor* vertrek naar het land of gebied waar malaria voorkomt en men moet hiermee *doorgaan* tot minstens

vier weken na terugkeer uit voornoemd land of gebied.  
- NB! Krijgt men een ziekte met koorts binnen *anderhalf jaar* na terugkeer uit de tropen in Nederland, vertel dan uw arts dat u in een land bent geweest waar malaria voorkomt.

Deze laatste opmerking is eraan toegevoegd, daar we weten dat de profylaxe of suppressie de „ware” recidieven van een infectie met *P. vivax* of *P. ovale* niet altijd kan voorkomen of juist aanleiding kan zijn tot een uitgestelde „eerste malaria-aanval”. Dergelijke aanvallen zijn zelfs wel 3 tot 4 jaar na terugkeer uit de tropen waargenomen (VAN DER KAAJ EN ZUIDEMA 1976). De termijn van 1½ jaar is dan ook arbitrair gekozen. Tevens hebben we rekening te houden met de mogelijkheid van resistentie van de parasiet tegen de gebruikte middelen. Door deze aanwijzingen in het vaccinatieboekje te hechten, kan de patiënt, indien hij zich dit herinnert of opnieuw naleest, de arts op zijn bezoek aan de tropen wijzen. Laat hij dit na, dan is de arts aangewezen op de aantekening in zijn kaartsysteem betreffende de voorgeschreven profylaxe, waardoor hij aan een recent bezoek aan de tropen wordt herinnerd. Deze handelwijze beoogt slechts de kans te vergroten dat tijdig aan de mogelijkheid van een malaria-infectie wordt gedacht, zodat de behandelend arts

deze ziekte in de differentiële diagnostiek kan betrekken. Tot onze spijt is gebleken, dat verschillende reisbureaus en ook andere instanties verkeerde of onvolledige adviezen aan reizigers geven (soms wordt aangeraden lang voor het vertrek met de profylaxe te beginnen, maar wordt niet gezegd dat de medicatie na terugkeer moet worden voortgezet). Bovendien wordt ongeacht het te bezoeken land een zelfde medicatie voorgeschreven, geen rekening houdend met eventuele resistentie of met de intensiteit van transmissie (VAN DER KAAJ EN ZUIDEMA 1976). Een goed overzicht over de verspreiding van malaria tot eind 1975 is te vinden in „Information on malaria risk for international travellers” (WHO 1976).

*Literatuur:* Gerechtelijke Uitspraak (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1756. — KAAJ, H. J. VAN DER EN P. J. ZUIDEMA (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 884. — WHO (1976) *Wkly epidem. Rec.* 51, 181.

Leiden, oktober 1976

H. J. VAN DER KAAJ  
P. MAS BAKAL  
H. L. WOLFF

## BERICHTEN

### Buitenland

#### GROOT-BRITANNIË

*Schadelijke invloed van couveuse-lawaai op gehoor van premature kinderen.* Naar herhaaldelijk is gebleken, komt er onder kinderen die met gering gewicht zijn geboren, meer doofheid voor dan onder normale kinderen. Bij de doorsneebevolking vindt men 0,4 pct „onverklaarbare” doofheid, bij personen die te licht waren geboren (< 1,8 kg) 7,6 pct; bij een geboortegewicht onder de 1,4 kg was dit zelfs 10 pct. ELLIS DOUCK en medewerkers (*Lancet*, 20 nov. bl. 1110) hebben bij twaalf ex-licht-gewichtkinderen het gehoorverlies bepaald, en anderzijds in regelmatig gebruikte couveuses het variabele geruis gemeten. Bij de twaalf onderzochte personen kon geen enkele andere oorzaak voor het gehoorverlies worden gevonden. Bij alle twaalf werd een aanmerkelijk verlies van de hoge-tonen-waarneming vastgesteld.

Bij bepaling van het lawaai in de couveuses werden wisselende waarden gemeten; de hoogste waarde bedroeg 80 db. (In industriële omgeving wordt 90 db als gevaargrens beschouwd.) De onderzoekers hebben pasgeboren caviae gedurende zeven dagen blootgesteld aan ononderbroken geruis van 80 db. De dieren werden met een grote dosis Nembutal gedood. Bij onderzoek van beide cochleae werden aanmerkelijke beschadigingen gevonden van de buitenste haarcellen. De proef werd ook genomen op oudere caviae; hierbij werd geen beschadiging vastgesteld. Dit komt overeen met de ervaring dat het lawaai-niveau van de couveuse bij volwassen mensen gewoonlijk geen schade teweegbrengt. De auteurs concluderen dat de bij licht-gewicht-kinderen vaak voorkomende doofheid waarschijnlijk het gevolg is van schadelijke inwerking van couveuse-lawaai.

#### VERENIGDE STATEN

*Mogelijke schade door vermeerdering van kennis.* In het *Journal of the American medical Association* (13 sept. bl.

1259) is een artikel verschenen van J. C. SISSON en medewerkers, getiteld „Clinical decision analysis: the hazard of using additional data”, waarin op een reëel risico wordt gewezen dat samenhangt met het ter beschikking komen van nieuwe en betere onderzoeksmethoden. Geringe kennis is een gevaarlijk ding; evenwel, de klaarblijkelijke remedie van het tekort — het verwerven van nieuwe informatie — kan een nog gevaarlijker toestand doen ontstaan.

Stel dat van 1000 patiënten met chronische pijn boven in de buik twaalf lijden aan pancreas-carcinoom. Indien men hieraan niets doet, zullen alle twaalf aan deze kwaal bezwijken. Nu krijgt men de beschikking over een test waardoor men in staat is, bij 80 pct van dergelijke patiënten reeds in een symptoomloos stadium de aanwezigheid van het carcinoom vast te stellen, zodat deze patiënten de kans krijgen te worden geopereerd. Maar bij 20 pct van de buikpijnpatiënten geeft de test een fout-negatieve uitslag, en bij 5 pct een fout-positief resultaat. Aangezien verder de operatiesterfte bij totale pancreasextirpatie ongeveer 10 pct bedraagt, kan men berekenen dat in totaal 12 of 13 patiënten, onder wie 5 met een goedaardige aandoening, aan de operatie of aan het gezwel zullen sterven, en dat voorts 44 carcinoomvrije mensen tot een leven met insufficiëntie van het pancreas gedoemd worden. In werkelijkheid heeft de nieuwe test dus een grotere tol geëist dan de oorspronkelijke kwaal zonder behandeling zou hebben gedaan.

#### ZWEDEN

*Deficiënte cilia en onbeweeglijke spermatozoa.* BJÖRN A. AFZELIUS beschrijft in *Science* (23 juli bl. 317) vier mannen met een „inborn disease” die zich uit in onbeweeglijkheid van hun cilia. Alle vier produceerden levende spermatozoa, evenwel met onbeweeglijke, stijve staarten. Bij elektronenmicroscopisch onderzoek bleek dat hun zaadcellen betrekkelijk normaal waren, maar dat ze geen dyneïne-armen („dynein arms”) bezaten, dat zijn structuren die voorkomen