

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Voorstellen voor antirook-poliklinieken

De stichting Volksgezondheid en Roken vraagt om uitgebreide voorstellen voor onderzoek naar het bieden van poliklinische hulp aan personen die het roken wensen te staken, doch dit moeilijk vinden. Voor dit doel is een bedrag beschikbaar van maximaal f 100.000,—. De voorkeur gaat uit naar een demonstratie-project, waarbij gestreefd wordt naar een aanpak die met geringe kosten op vele plaatsen kan worden toegepast. Goede mogelijkheden om de resultaten van deze hulpverlening te kunnen toetsen, zijn vereist.

Uitgewerkte voorstellen met begroting, worden ingewacht bij het Bureau der Stichting, Frederik Hendriklaan 34a, Den Haag.

Subsidieaanvragen bij het Koningin Wilhelmina Fonds

Het Koningin Wilhelmina Fonds, Nederlandse Organisatie voor de Kankerbestrijding (KWF-NOK), maakt bekend dat subsidieaanvragen voor 1978 ten behoeve van wetenschappelijke projecten van kankeronderzoek bij het Bestuur

KWF-NOK kunnen worden ingediend vóór 31 maart 1977. Na die datum ingekomen aanvragen kunnen niet worden behandeld.

Niet eerder door het KWF gesubsidieerde leukemieprojecten, vooral op experimenteel terrein, zullen als regel niet voor subsidie in 1978 in aanmerking komen, gezien de grote steun die het KWF reeds aan leukemieonderzoekingen verleent. Wanneer een aanvrager toch subsidie aanvraagt voor onderzoek naar leukemie, zal hij duidelijk moeten aantonen, dat zijn leukemieproject uitmunt door originaliteit, kwaliteit en efficiënte aanpak.

Hetzelfde geldt voor onderzoek dat wordt voorgesteld voor immuunstatusbepalingen aan patiëntenmateriaal.

Voor subsidieaanvragen gelden de volgende voorwaarden:

1. aanvragen indienen via het bestuur van een (universitair) kankercentrum of -instituut;
 2. voor nieuwe aanvragen van elders wende men zich voor inlichtingen tot dr. E. BOELSEMA-VAN HOUTE, research-coördinator, tel. 020-735575;
 3. projectbeschrijving in *duplo* indienen uitsluitend op daartoe bestemde formulieren die op aanvraag bij de research-coördinator verkrijgbaar zijn;
 4. de periode waarin de aanvragen voor 1978 worden ingewacht loopt van 1 februari 1977-31 maart 1977.
- Aanvragen richten aan het Bestuur KWF-NOK en research-coördinator: de Laressestraat 33, Amsterdam-1077.

INGEZONDEN

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

Amoebenabces

Met belangstelling las ik de klinisch-pathologische conferentie over een patiënte met een amoebenabces (DUNNING 1976). De vraag werd gesteld wat nu precies de indicatie voor de punctie van het abces is. Collega ZUIDEMA wees terecht op de grootte van het abces, als een der indicaties. Vele lezers realiseren zich misschien niet, hoe groot zo'n abces wel kan zijn, hetzij solitair, hetzij door confluëren van multiple abcessen.

In oktober 1969 zag ik in het regeringsziekenhuis te Nahariya, Israël, een 72-jarige Druze boer, afkomstig van de Golanhoogte. Het gieren met menselijke faeces is daar een veelvoorkomende gewoonte, en het is niet moeilijk te raden, hoe de infestatie ontstaan was. De patiënt werd opgenomen met hoge koorts, geelzucht en rechtzijdige buikpijn. Een emetine-metronidazol-kuur had geen resultaat, en de toestand van de patiënt ging in feite snel achteruit. Op de 5e dag na opname werd een leverpunctie verricht, waarbij 9 liter chocoladebruine „pus” werd afgetapt, die een emmer half vulde. Na deze ingreep sloeg de behandeling aan, de geelzucht verdween, en de patiënt werd na 3 weken als gezond ontslagen.

Literatuur: DUNNING, A. J. (1976) K.P.C. *Ned. T. Geneesk.* 120, 1685. — WHO Expert Committee on Amoebiasis (1969) *Wld Hlth Org. Techn. Rep. Ser.* No. 421.

East Lansing, december 1976

B. A. KATS

De chirurgische behandeling van het carpale-tunnelsyndroom

Het artikel van collega VUURSTEEN (1976) betreffende de chirurgische behandeling van het carpale-tunnelsyndroom roept bij mij enkele vragen op.

1. De schrijver maakt onderscheid tussen primaire en secundaire vormen van het carpale-tunnelsyndroom. Bij de primaire vorm zou geen duidelijke pathologische factor aanwijsbaar zijn. Naar mijn ervaring (ca. 250 operaties) wordt bij de zg. primaire vorm, na het uitwendige vrijleggen van de zenuw, bijna altijd een duidelijke compressieplaats op de N. medianus gezien in de vorm van een lokale versmalling en een plaatselijke versterkte vaatinjectie van de zenuw. Deze compressieplaats bevindt zich meestal ver distaal in de carpale tunnel zodat de N. medianus tot ver in de handpalm vrijgelegd moet worden. In dit verband heb ik in het artikel van collega VUURSTEEN het onderzoek van MATRICALI gemist die een dwarslopende spierbuik heeft beschreven die vernauwing van de canalis carpi kan veroorzaken (MATRICALI 1970).

2. Door deze plaatselijke druk kan, zowel om als in de N. medianus de hoeveelheid bindweefsel toenemen zodat ook bij de „primaire” vorm de klassieke uitwendige decompressie van de zenuw ontoereikend kan zijn. Het verdient daarom aanbeveling bij elke operatie, na de uitwendige decompressie van de N. medianus, met of zonder neurologische uitval, een extra- en intraneurale neurolyse uit te voeren met de opera-