

In deze film zag men de methode van onderzoek van het maagslijmvlies door middel van een ballon, welke men in de maag brengt, daarna opblaast, en vervolgens langs de maagwand laat schuren. Als de ballon (leeggelopen) weer te voorschijn wordt getrokken, kleven er talloze deeltjes van het maagslijmvlies aan, welke microscopisch kunnen worden onderzocht. Zelfs de betrekkelijk flauwe contrasten van het microscopische beeld waren in deze film mooi duidelijk. Men had in het geheel geen moeite de gedemonstreerde kernen als abnormaal en kenteken van kwaadaardigheid te herkennen, al kan men zich voorstellen, dat het zelfstandig opsporen van dergelijke kernen, en het uitspreken van een oordeel in een bepaald geval, nog heel wat hoofdbrekens zal kosten, en alleen door geoefende onderzoekers zal kunnen geschieden.

Een avond als deze is goed om te doen beseffen, met hoeveel zorg, toewijding en moeite, en ten koste van hoeveel geld en tijd, dergelijke films worden vervaardigd. Een woord van lof voor de „Universitaire Film” („UNFI”, leiders: drs. W. VOGEL en J. W. VAROSSIAU) te Utrecht, welker producten bepaald een goed figuur sloegen, mag hier dan ook niet ontbreken. Het is te hopen, dat de wens van prof. WOERDEMAN, in het begin van de avond uitgesproken, in vervulling moge gaan: dat men één centrum ondersteune, waar dergelijke films kunnen worden vervaardigd, en dat alle daarvoor in aanmerking komende instituten tot deze steun zullen besluiten.

Amsterdam, December 1953

M. M. HILFMAN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN



RIJKS-INSTITUUT VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

DE TREPONEMA PALLIDUM IMMOBILISATIE-PROEF

(REACTIE VAN NELSON)

Met ingang van 1 Februari 1954 zal de uitvoering van de Treponema pallidum immobilisatieproef (reactie van Nelson) in het Rijks-Instituut voor de Volksgezondheid kunnen worden aangevraagd.

Het uitvoeren van deze reactie vereist echter een zodanige opstelling en organisatie in het Instituut, dat het slechts mogelijk zal zijn dit onderzoek te doen plaats vinden in de vorm van gericht onderzoek. De proef zal slechts kunnen worden verricht na persoonlijk (schriftelijk of telephonisch overleg met het Hoofd van de Afdeling Bacteriologie-Serologie, dr. J. H. BEKKER.

In verband met de aard van de reactie is het nodig bij de inzending de volgende voorzorgen te nemen:

1e. Het bloed (ongeveer 10 ml) dient, op dezelfde wijze als voor een bloedkweek, zo steriel mogelijk te worden afgenomen; met bacterieel verontreinigd bloed wordt de reactie niet verricht.

2e. Het afgenomen bloed dient *uitsluitend* in de voor de reactie van Nelson bestemde en op aanvraag verkrijgbare receptacula per expresse te worden ingezonden; bloed opgevangen in andere receptacula wordt niet onderzocht.

3e. Een mogelijke behandeling met arsenicum of antibiotica dient gedurende tien voorafgaande dagen te worden gestaakt. De reactie van Nelson zal op 's Rijkskosten worden verricht.

Utrecht, Januari 1954

De Algemeen Directeur van het Rijks
Instituut voor de Volksgezondheid,
J. SPAANDER

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.



DE OPERATIEVE BEHANDELING VAN DE LUMBALE DISCUS-PROLAPS

Volgens collega VERBIEST¹ is rust na de operatie wegens lumbale discus-prolaps het belangrijkste. Gaarne zou ik daarentegen de nadruk willen leggen op de behoefte aan bewegingen en oefening van de rugspieren, welke mijns inziens zeker zo groot is. In 1946 werd ik zeer getroffen door de resultaten van de orthopaed HONDSWORTH (Sheffield) bij de behandeling

van patiënten met lumbale wervelfracturen. Zodra het oedeem rondom de fractuurplaats begon te verminderen en de pijn wat afnam (na 4-5 dagen), werden de patiënten in bed geïsofend en na 6-8 dagen zonder gips gemobiliseerd. Inderdaad blijken goed geïsofende rugspieren ideale „spalken” te zijn bij wervelaandoeningen.

Eenzelfde behandelingswijze pas ik thans toe bij patiënten, die voor lumbale discushernia worden geopereerd. Wanneer de zwelling van de wond en de pijn verminderen (4e dag), wordt de patiënt in bed geïsofend en gemasseerd. Op de 6e dag staat hij onder leiding van de masseur op en begint aan een streng oefenschema (lig-zit-loop- en klimoefeningen). Op deze wijze kan hij 10 dagen na de operatie in den regel zichzelf behoorlijk helpen, zich verplaatsen en trappen klimmen. Het spreekt vanzelf, dat een langere rustperiode wordt voorgeschreven, wanneer na de operatie de wond niet rustig is (haematoom, zwelling) of wanneer er een postoperatieve neuritis bestaat. Natuurlijk dient ook een andere gedragslijn te worden gevolgd, wanneer bij de operatie de statiek van de wervelkolom wordt beschadigd (zoals bij een foraminectomie) wanneer er te voren reeds belangrijke afwijkingen aan de tussenswervelgewrichten bestonden.

Mijns inziens berust een groot deel van de postoperatieve rugklachten op een gebrek aan oefening. Waarom zijn patiënten met luxatiefracturen van de wervelkolom na drie maanden vaak geheel genezen en een wegens hernia geopereerde patiënt niet? De eerstgenoemden worden in de regel vroeg in hun gips gemobiliseerd, de laatstgenoemden krijgen van iedereen te horen, dat zij moeten rusten. Mijn ervaring leert, dat de meeste patiënten na 3 maanden in staat zijn ook zware beroepen uit te oefenen. Vermoedelijk zou een verplicht verblijf van de hernia-patiënt in een revalidatie-centrum gedurende drie maanden na de operatie — zoals op vele plaatsen in het buitenland voor patiënten met wervelfracturen de gewoonte is — de resultaten veel kunnen verbeteren.

¹N.T.v.G. 97, 3181.

Tilburg, 8 December 1953

M. P. A. M. DE GROOD

Het komt mij voor dat collega DE GROOD in zijn ingezonden stuk te veel analogie ziet tussen de nabehandeling van patiënten met lumbale wervelfracturen en die van patiënten die wegens discus-prolaps zijn geopereerd. In het algemeen toch zijn wervelfracturen elders gelocaliseerd dan de lumbale hernia, en de lumbo-sacrale scharnier van de wervelkolom met de in functionele relatie hiertoe staande spieren dankt juist zijn speciale pathologie aan zijn bijzondere betekenis bij de statische en dynamische verrichtingen van de wervelkolom. De fracturen bevinden dus in den regel in andere delen van de wervelkolom dan de herniae.

Door wervelfractuur worden in het algemeen mensen getroffen, die voordien geen bijzondere stoornissen van de wervelkolom toonden. Van patiënten, die voor hernia nuclei pulposi worden geopereerd, kan men dit niet zeggen. Afgezien van de degeneratieve aanleg, die er bij deze patiënten kan bestaan, hebben deze lijdens reeds een (afhankelijk van het temperament van de chirurg) min of meer lange lijdensweg achter de rug, waarbij de houdingsanomalieën van de wervelkolom en de onphysiologische belasting van de lage rugspieren tot belangrijke en dikwijls irreversibele anatomische veranderingen kunnen leiden, hetgeen onder andere blijkt uit röntgenologisch aantoonbare secundaire veranderingen aan wervellichamen en kleine gewrichten. Verder worden de rugspieren bij de wervelfracturen in den regel niet op een zo belangrijke wijze beschadigd als dit geschiedt bij de laminectomie voor hernia nuclei pulposi door het drukken en rekken van spreidklemmen. Op dit punt kom ik nog terug. Het lijkt mij dus dat de ervaringen bij de behandeling van wervelfracturen niet in de eerste plaats kunnen dienen als richtlijnen voor de postoperatieve behandeling van een hernia-patiënt.

Er bestaat ook reeds literatuur omtrent zeer vroegtijdige mobilisatie en oefening van hernia-patiënten. Dit principe wordt namelijk door O'CONNELL¹ toegepast. Zijn patiënten verlaten het bed op de 8e dag en beginnen op de 10e dag met oefeningen. Hij vermeldt dat de patiënten, als zij na 3 weken het ziekenhuis verlaten, voorover gebogen staande hun tenen kunnen aanraken. All are instructed to continue regular spinal exercises — a routine that we consider most „important”.

Ook wij vinden oefeningen uitermate belangrijk. Dat geef ik ook weer op bl. 3185 van mijn artikel; de Neurologische Cliniek te Utrecht was de eerste in Nederland, die een ruim opgezette Mensendieck-afdeling organiseerde, waar ook de geopereerde lijdens aan hernia nuclei pulposi systematisch worden nabehandeld. Maar dat het vroege aanvangen en het robuuste doorzetten van deze oefeningen het absoluut heilbrengende is, valt te betwijfelen. Ook bij O'CONNELL zijn maar 60,7 pCt van zijn patiënten „cured” en 31,6 pCt „much

improved", getallen die niet sterk afwijken van getallen bij andere behandelingsmethoden.

ARMSTRONG, die eveneens een grote ervaring heeft, verkondigt in zijn in 1952 verschenen boek een heel andere opvatting. Hij schrijft op bl. 206: „The patient should be kept in bed for at least 3 weeks after operation. No useful purpose is served by endeavouring to get a patient up and walking in a few days, a cause which is advocated by some surgeons. No matter how dramatic the immediate relief may be, it must be remembered that the intervertebral joint is of necessity irritable after removal of the nucleus pulposus and that as with any irritable joint rest rather than activity is indicated.”

Wat nu de verdere revalidatie betreft het volgende: De actieve O'CONNELL zegt met nadruk dat patiënten, die uit het ziekenhuis worden ontslagen, zoveel mogelijk „back strain” moeten vermijden. Een meisje dat verpleegster wil worden, wordt dit beroep ontraden. Het blijkt ook dat O'CONNELL het hervatten van zwaar werk een probleem vindt, want hij zegt hierover, dat de therapeut afkerig er van is verandering van beroep aan te raden bij arbeiders die zware lichamelijke arbeid verrichten, vooral op grond van de financiële bezwaren die er aan verbonden zijn. Hij noemt als troost dat velen hunner toch weer in staat worden hun zware werk te verrichten.

Collega DE GROOD zegt dat goed geoefende rugspieren ideale spalken blijken te zijn bij wervelaandoeningen. Ook ik heb in mijn artikel aangeduid dat spalken slechts onder de grootste reserve dienen te worden aangebracht, maar ik voel niet alleen voor goed geoefende rugspieren, doch nog meer voor geoefende *goede* rugspieren.

In mijn artikel besprak ik de electromyographische onderzoeken door WEDDELL, FEINSTEIN en PATTLE en van MACK op de lumbosacrale spieren van gelaminectomeerde patiënten. Zij vonden hierbij denervatieverschijnselen, die waarschijnlijk waren ontstaan bij het spreiden en rekken van deze spieren gedurende de laminectomie. Het blijkt dat de gemiddelde duur van het bestaan van deze denervatieverschijnselen ongeveer 183 dagen, dus ongeveer 6 maanden, bedraagt. Ik vraag mij af of zware oefening van deze, nog zieke spieren en vroegtijdige hervatting van zwaar werk de beste behandeling is en het lijkt mij juist dat behalve een gematigd en individueel aangepast oefeningssysteem kleine perioden van rust en ontspanning van de spieren worden ingevoegd. Bij patiënten, die zwaar lichamelijke arbeid verrichten, is het wellicht zelfs wenselijk om, alvorens hun werkhervatting toe te staan, hen eerst electromyographisch te onderzoeken.

Natuurlijk zijn er enkele patiënten, die snel volledig herstellen. Dat merkt men reeds vroeg bij de nabehandeling en het zou geen zin hebben deze mensen een snelle aanpassing te beletten. Het is echter niet juist om daarom alle anderen — minder begenadigden — te forceren in deze snelle pas mee te lopen. Als hun dit niet gelukt, dreigen zij in een uitzonderingspositie te geraken, met alle gevolgen hiervan op psychisch en sociaal gebied.

Het voorstel van collega DE GROOD om alle hernia-patiënten „verplicht” 3 maanden in een revalidatie-centrum te laten doorbrengen, lijkt mij onder de huidige omstandigheden en opvattingen niet practisch uitvoerbaar. Ik meen echter uit deze opmerking wel te mogen afleiden dat collega DE GROOD, evenals ik, een tegenstander is van het vroegtijdig ontslaan van de patiënt uit het ziekenhuis, ook al is deze patiënt reeds ambulante.

Literatuur: J. E. A. O'CONNELL (1951) *J. Bone Joint Surg.* (Brit. vol.) **33-B**, 8.

Utrecht, 18 December 1953

H. VERBIEST

BERICHTEN



BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — CHOLERA, PEST EN POKKEN. Het jongste *Rapport Epidémiologique et Démographique* van de Wereldgezondheidsorganisatie (1953, **6**, bl. 227-256) geeft cijfers betreffende het vóórkomen van cholera, pest en pokken in verschillende delen der wereld.

In 1952 werden in India 96.854 gevallen van cholera aangegeven (46.212 sterfgevallen), in Pakistan 21.252 (12.944 sterfgevallen). Ook het grootste aantal pestgevallen werd in 1952 uit India gemeld (7.539 met 1.279 doden). Indonesië volgde met 1.977 aangegeven gevallen en 1.044 sterfgevallen.

Aan de cijfers betreffende pokken gaat een studie van het endemische voorkomen over de gehele wereld in het tijdperk 1936-1950 vooraf. In 1952 boekte India 73.295 lijdende en 16.698 sterfgevallen, Indonesië 172 met 12 sterfgevallen. In Europa waren Spanje en Portugal tot voor korte tijd door hoge cijfers gekenmerkt. In 1939 en 1940 werden in Spanje en Portugal onderscheidenlijk 2.919 en 1.247 gevallen bekend. In de jongste tijd zijn de cijfers sterk gedaald; Spanje boekte in 1952 geen enkel geval, Portugal 65.