

Het ingezonden stuk van collega JAMES gaat geheel in tegen opvattingen, die door feiten (oorlogservaringen) gesteund, als juist kunnen worden aangenomen.

Afgezien van de vraag of een onmiddellijk toegediende antitetanusserum-injectie in staat is, het uitbreken van tetanus te voorkomen, mag men niet vergeten, dat een aantal patiënten zich niet terstond onder behandeling stelt, maar later komt. Voorzover onder deze laatste categorie patiënten voorkomen, wier wonden met de tetanusbacil zijn besmet, die tetanus zullen krijgen, die eigenlijk reeds tetanus hebben, als de ziekte nog niet manifest, komt de antitetanusserum-injectie vrijwel zeker te laat.

Jaren geleden kwam op een avond een moeder met haar zesjarig zontje op mijn spreekuur. Het jongetje was enige dagen tevoren gevallen; op een van zijn knieën bevond zich een korst met straatvuil ter grootte van een gulden. Vermoedelijk heeft het kind over pijn in zijn beentje geklaagd. Ongerustheid bestond er niet. Er waren geen plaatselijke ontstekingsverschijnselen; de temperatuur was zeer weinig verhoogd (enkele streepjes) en aan de zijde van de verwonding waren de reflexen te hoog. Ik dacht aan de mogelijkheid van beginnende tetanus, stopte het ventje in bed en ging de volgende ochtend kijken. Hij toonde toen een aanduiding van opisthotonus, terwijl de spieren aan het getroffen been rigider waren geworden. De diagnose tetanus stond wel vast. Het jongetje werd diezelfde dag in een ziekenhuis opgenomen, waar hij na korte tijd overleed.

Hoge doses antitetanusserum (ook intralumbaal), zoals in die tijd juist werden gepropageerd, zouden hem niet hebben kunnen redden. Daarentegen zou actieve immunisatie, zoals deze nu zeer dikwijls wordt toegepast, de dodelijke afloop waarschijnlijk hebben voorkómen.

Ik geef dit voorbeeld om duidelijk te maken, dat men door de actieve immunisatie te verwerpen, een aantal patiënten aan onnodig risico blootstelt. Ook ben ik van mening, dat voortgezette actieve immunisatie de enige zekere methode is, die het aantal (sterf)gevallen van tetanus kan doen verminderen.

In de praktijk heb ik vroeger ook „getracht” de steekkanalen van spijkerwond enz. „vol te spuiten” met tinctura jodii; het was voor mij zeer de vraag, of de meest verdachte plaats, het einde van het steekkanaal, door de jodiumtinctuur werd bereikt.

Als controlerend geneeskundige van de Sociale Verzekeringsbank zie ik af en toe (vrijwel uitsluitend in de zomermaanden) tetanus; bij het merendeel van de mij bekende tetanuspatiënten ontstond de ziekte na een spijkerverwonding van de voet! Dit zou een aanwijzing kunnen vormen, in geval van selectie, de actieve immunisatie op volwassen leeftijd voort te zetten o.a. bij die groepen van arbeiders, die meer dan andere, de kans hebben, steekwonden op te lopen.

De kwestie van de voortgezette actieve immunisatie heb ik slechts heel even aangeroerd; over dit probleem valt natuurlijk veel meer te zeggen.

Literatuur: JAMES, K. J. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 2183.

Breda, 17 november 1957 J. CH. VAN DER SLUIS

DE SERUM-GLUTAMAAT-OXAALACETAAT-TRANSAMINASEPROEF BIJ HARTINFARCT

In het artikel van collega NANNINGA wordt gesteld, dat de bepaling van de transaminase-activiteit in serum een waardevolle aanwijzing is voor de diagnose hart-infarct. Enkele dagen later werd deze conclusie in een rondschrijven van een geneesmiddelfirma aan artsen overgenomen. Voor het bepalen van de *differentieel*-diagnostische waarde is echter een adequate controlegroep nodig. Met uitsluitend normale personen als controlegroep zou bv. een verhoogde bloedbezinking een specifiek diagnosticum voor een longontsteking kunnen worden geacht.

In een samenvattend referaat in dit *Tijdschrift* is indertijd reeds betoogd, dat een verhoging van de serum-transaminase-activiteit bij lijders aan leverziekten wel voldoende vaststaat, maar dat de pathognomonische betekenis van deze bepaling bij patiënten met een acuut hartinfarct onzeker is, zolang bv. een chronische shocktoestand of gegeneraliseerde of partiële weefselbeschadiging als oorzaak niet zijn uitgesloten. Het is nl. gebleken, dat de transaminase-activiteit van het serum bij allerlei andere ernstige ziekte toestanden (veelal met shock gepaard gaande) eveneens verhoogd kan zijn. Ten aanzien hiervan geeft het artikel van collega NANNINGA geen uitsluitel. Van slechts 3 van de 40 onderzochte patiënten worden klinische gegevens vermeld; bovendien ontbreken de gegevens van het controle-onderzoek. De laatste tijd is men wat de specifieke betekenis betreft van de transaminase bij het hartinfarct reeds veel voorzichtiger geworden. WALSH e.a. beschrijven een verhoogde transaminase-activiteit bij patiënten met longinfarcten en met een ernstige pneumonie. LIEBERMAN e.a. beschrijven hetzelfde bij 3/4 van hun 51 patiënten met een ernstig trauma, bij 9 patiënten met een ernstige hersentrombose en bij 3 lijders aan een ernstige decompensatio cordis.

Literatuur: LIEBERMANN, J., I. I. LASKY, S. I. DULKIN en O. E. LOBSTEIN (1957) *Ann. intern. Med.* **46**, 485, 497. — NANNINGA, H. S. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 2156. — WALSH, J. R., F. L. HUMOLLER en F. G. GILLYCK (1957) *Ann. intern. Med.* **46**, 1105. — Referaat (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 2739.

Amsterdam, 26 november 1957

J. GERBRANDY

Het doel van mijn artikel was, de lezer opmerkzaam te maken op de betekenis van de S.G.O. T. als hulpmiddel (zie mijn samenvatting) voor het stellen van de diagnose hartinfarct.

Het is niet de bedoeling geweest een samenvattend overzicht te geven van de enorme literatuur, die reeds hierover vooral in de Verenigde Staten is verschenen. Alle door collega GERBRANDY gemaakte kritische opmerkingen zijn uitvoerig in de literatuur gepubliceerd, waaruit overduidelijk blijkt, dat een verhoogde transaminase-spiegel niet pathognomonisch is voor hartinfarct.

Omtrent de waarde der S.G.O.T.-concentratie bij vele klinische beelden (myocard-infarct, decompensatio cordis, arteriële en pulmonale embolieën, shocktoestanden en leveraandoeningen), alsmede voor een uitgebreid literatuuroverzicht moge ik collega GERBRANDY verwijzen naar het eerste deel van mijn proefschrift (Utrecht, november 1957).

Rotterdam, 10 december 1957

H. S. NANNINGA