

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

JODIUMTINCTUUR TER VOORKOMING VAN TETANUS

Lange jaren nadat LISTER zijn antiseptische wondbehandeling met 5 pct carboloplossing had ingevoerd, werd *Clostridium tetani* als een sporevormend micro-organisme ontdekt. De sporen zijn in een wond slechts door zeer weinig antiseptica te doden. Tinctura jodii (van ten minste 5 pct sterkte) in overmaat in de verse, zo nauwkeurig mogelijk gereinigde wond gebracht, herstelt de oorspronkelijk aseptische toestand van de weefsels in een ommezen. Bij nauwkeurige toepassing van deze methode is er geen enkel gevaar te duchten. Omdat enerzijds geen enkele ongevalswond met zekerheid vrij van *Bacterium tetani* kan worden geacht en het anderzijds onmogelijk is, bij iedere patiënt met een wondje antitetanusserum in te spuiten, behoort de ontsmetting met jodiumtinctuur de algemeen gangbare methode te worden.

Aan een en ander moest ik denken toen ik de waardevolle bijdrage van collega WILKENS las, waaruit bleek dat in een vrij kort tijdsbestek drie lijdende met prognostisch infauste tetanus door toepassing van spierrelaxantia en kunstmatige ademhaling waren gered. Hoeveel moeite en zorg, hoeveel kosten, hoeveel slapeloze nachten deze drie patiënten hebben veroorzaakt, is niet te schatten. En dit alles was niet nodig geweest. Van twee van de drie wordt vermeld, dat zij terstond na hun verwonding medische hulp ontvingen. Een van deze twee werd met ichthyolzalf behandeld, een volkomen ontoereikende behandeling om tetanus te voorkómen.

Patiënten met wonden verschijnen iedere dag op ieder spreekuur van iedere arts. Men vrage eens aan de Sociale Verzekeringsbank, hoeveel gevallen van wondinfectie dag aan dag worden genoteerd. Niemand zegge: „zij komen te laat”. Als zij zeker wisten, dat onmiddellijke hulp hun zou baten, zouden zij daarom wel komen vragen. Maar te velen kunnen wijzen op gevallen van wondinfectie na de eerste behandeling, waardoor zij het zelf maar eens proberen, tot het misgaat.

Laat ons niet langer lichtvaardig omgaan met de levens van gewonden, nu de juiste hulp voor het grijpen ligt.

Literatuur: WILKENS, G. L. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 375.

Kerkrade, 25 februari 1958

B. VERAART

De opmerking van collega VERAART stelt het probleem van de tetanuspreventie aan de orde. De gevoeligheid van *Clostridium tetani* voor tinctura jodii 5 pct is buiten twijfel en ik dank collega VERAART voor zijn toevoeging.

Omdat ook een onbetekenende verwonding, die zelfs de aandacht van de getroffene ontgaat, de porte d'entrée kan zijn, zal ook bij ruime toepassing van jodiumtinctuur, tetanus niet altijd te voorkomen zijn. De preventie van tetanus kan alleen verantwoord geschieden door actieve immunisatie, waarbij registratie, centraal of in de gemeente van inwoning noodzakelijk is (TASMAN 1957). Dat dit in Nederland mogelijk is, werd in de gemeente Eindhoven en ook in Zeist aangetoond.

Bij alle niet actief geïmmuniseerde patiënten is het inspuiten van antitetanusserum de beste preventie.

Literatuur: TASMAN, A. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1386.

Utrecht, 17 maart 1958

G. L. WILKENS

BEHANDELING VAN HET CERVICALE SYNDROOM MET REKKING VAN DE HALSWERVELKOLOM

Ik maak collega WILDERVANCK er opmerkzaam op, dat hij mij verkeerd heeft geciteerd. In 1949 heb ik *niet* geschreven, dat „70 pct van alle patiënten met het cervicale syndroom in twee maanden genezen, welke therapie men ook nalaat of toepast”. In mijn artikel beschreef ik in het kort mijn eigen therapeutische resultaten bij het cervicale syndroom (142 patiënten), waarbij werd opgemerkt, dat alle genoemde behandelingen ten minste twee maanden werden toegepast en dat de groep die röntgentherapie kreeg, duidelijk de beste resultaten leverde (59,4 pct sterk verbeterd, eventueel „genezen”), tegenover 33,8 pct voor de gehele groep, behandeld met fysisch-therapeutische maatregelen. Over de duur der klachten werd hier niet gesproken. Het ontgaat mij dan ook, wat WILDERVANCK bedoelt met zijn opmerking: „In onze groep zijn deze patiënten dus niet vertegenwoordigd, omdat de klachten drie maanden of langer aanhielden”.

De conclusie van WILDERVANCK ten opzichte van zijn therapeutische resultaten met rekking van de halswervelkolom is voor mij niet geheel aanvaardbaar. Gezien de thans geldende normen ter beoordeling van het resultaat van welke medicamenteuze of fysische behandeling dan ook, is een serie controlepatiënten altijd gewenst om tot het bestaan van een positief therapeutisch resultaat te besluiten. CHAPCHAL (1958) gaat zelfs zover, dat hij de extensie-behandeling door middel van een glisson-lis met de manipulaties rangschikt onder de maatregelen van in hoofdzaak suggestief karakter. Sir RUSSELL BRAIN, een van de grote kenners van de problemen betreffende de cervicale spondylosis, schrijft in 1954: „I have not personally been impressed with the value of traction on the head in chronic cervical spondylosis and I believe that manipulation is a dangerous mode of treatment”.

Ik ga hier niet in op de pathofysiologisch moeilijk aanvaardbare gedachtegang, dat tijdelijke tractie aan de halswervelkolom — die dan volgens WILDERVANCK de „verkorting van de halswervelkolom, oorzaak van de mechanische drukverschijnselen”, blijkbaar blijvend zou kunnen beperken — een gunstige invloed zou hebben op de radicaire symptomen bij spondylarthrosis cervicalis (al of niet met vernauwing der foramina intervertebralia). Zelfs bij een volkomen mechanische ontstaanswijze van deze symptomen, is dit moeilijk voorstelbaar. Het werk van FRYKHOLM (door WILDERVANCK geciteerd) en zijn conceptie van de „root-sleeve fibrosis” wijzen zeker niet in die richting. Ook verder in de literatuur wendt men zich steeds meer af van een uitsluitend mechanische verklaring van het cervicale syndroom (BRAIN, Heberden Oration 1954; VAN DER MEER 1957).

Literatuur: BRAIN, R. (1954) *Ann. intern. Med.* **41**, 445; Heberden Oration (1954) *Ann. rheum. Dis.* **13**, 2. — CHAPCHAL, G. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 61. — MEER, P. VAN DER (1949) *Ned. T. Geneesk.* **93**, 4153; (1957) *Méd. et Hyg. (Genève)* **382**, 601. — WILDERVANCK, A. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 5.

Rotterdam, 21 februari 1958

P. VAN DER MEER

Inderdaad is het bewuste citaat niet uit het artikel van collega VAN DER MEER afkomstig; ik bied hem voor deze vergissing mijn welgemeende verontschuldiging aan. Door verblijf buitenslands ben ik niet in de gelegenheid mijn oorspronkelijke aantekeningen te raadplegen, zodat ik deze aangelegenheid niet verder kan rechtzetten.

Dit verandert overigens niets aan de strekking van mijn