

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 ommezien. 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 ichthylzalf 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 radiculare 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

betoog, waarmee ik bedoelde te zeggen, dat een aanzienlijk percentage van de patiënten met het cervicale syndroom, vanzelf of na de een of andere vorm van behandeling, na enkele weken of maanden vrij van klachten is. Ook DROOG-LEEVEER FORTUYN (1954) wees daarop in een klinische les: „Een aantal brachialgieën verdwijnt zoals zij zijn gekomen, al of niet onder begeleiding van antineuralgica en allerlei vormen van fysieke therapie”. Daarom paste ik bij de keuze van de patiënten een zodanige selectie toe, dat alleen zij in aanmerking voor tractie kwamen, die langer dan drie maanden ononderbroken klachten hadden; velen klaagden reeds langer dan een jaar. De patiënten uit mijn serie hadden dan ook geen baat gevonden bij acetosal, warmte-behandelingen (infrarood, ultrakorte golven) of massage. De kans op spontane „genezing” gedurende de korte periode, dat tractie werd toegepast, was door deze selectie aanzienlijk verkleind. Onder deze omstandigheden leek het mij aanvaardbaar, af te zien van een controle-groep. Ik ben het dan ook slechts ten dele eens met VAN DER MEER, als hij stelt, dat „een serie controle-patiënten altijd gewenst is om tot het bestaan van een positief therapeutisch resultaat te besluiten”.

Er zijn ook andere methoden, die conclusies toelaten. Om de werkzaamheid van streptomycine bij meningitis tuberculosa aan te tonen, heeft men geen controlegroep nodig, omdat de kans op spontane genezing nihil is. Naar mijn mening is de kans op spontane „genezing” van patiënten met reeds langer dan drie maanden bestaande klachten van het cervicale syndroom binnen de gemiddeld negen dagen, die de rekbehandeling in beslag nam, zo klein, dat men, behalve de genoemde selectie, geen verfijnde statistische technieken behoeft. Het resultaat van de behandeling is onder die omstandigheden, naar de mening van de afdeling statistiek van ons Centrum (leiding Dr. G. J. FORTUYN), met het gezonde verstand te beoordelen. Deze mening wordt gedeeld door R. P. GAGE, statisticus bij de Mayo Clinic, Rochester, Minn.

Collega VAN DER MEER is te bescheiden geweest bij het citeren van Sir RUSSEL BRAIN. In diens volledige betoog zijn geen argumenten te vinden voor het verwerpen van de tractiebehandeling bij patiënten met ongecompliceerde cervicale spondylosis. Sir RUSSEL (1954) schreef: „From what has been said it will be clear that immobilization of the neck is the measure most likely to bring about arrest of the *thologic changes in the spinal cord* (cursivering van mij, W.), and it is our practice to begin with a plaster collar and after a few weeks to substitute a plastic one which must be worn for several months. 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. The most difficult question to decide is when surgery is indicated”. Hier is klaarblijkelijk alleen sprake van de behandeling van patiënten met cervicale spondylosis bij wie er bovendien myelogene complicaties zijn. Door mij werden echter uitsluitend patiënten zonder neurologische of andere complicaties, met tractie behandeld, terwijl nooit „manipulatie” is toegepast.

Ik heb in mijn artikel niet beweerd, dat door kortdurende tractiebehandelingen een blijvende invloed op de verkorting van de halswervelkolom zou kunnen worden uitgeoefend. Wel meen ik te hebben aangetoond, dat door deze behandeling de radicaire symptomen bij een aanzienlijk percentage van de patiënten kunnen worden verminderd of opgeheven. Een afdoende verklaring voor dit resultaat kan ik niet geven. MC FARLAND en KRUSEN (1943) en JUDOVICH (1952) schreven, dat door tractie met een lis van Glisson

tijdelijk verlenging van de wervelkolom kan worden bereikt, welke gepaard gaat met vergroting van de intervertebrale ruimten.

JUDOVICH toonde aan, dat er ten minste 11 kg gewicht nodig is om deze verruiming tot stand te brengen. Hij wees er in 1954 bovendien op, dat in de praktijk veelal slechts 2½-5 kg wordt aangewend. In die gevallen zal men met CHAPCHAL (1958) wellicht met recht van een suggestieve therapie kunnen spreken. Hoe tijdelijke tractie de verhoudingen in de intervertebrale foramina min of meer blijvend kan wijzigen, weet ik niet.

In een belangrijk percentage der gevallen verdwijnt het cervicale syndroom ondanks het persisteren van de röntgenologisch aantoonbare spondylosis. Ik heb niet geschreven, dat het cervicale syndroom uitsluitend mechanisch zou moeten worden verklaard. Wel vind ik, dat het aannemelijk is, dat eventuele mechanische factoren door een kortdurende tractiebehandeling kunnen worden bestreden.

Over de interpretatie van het werk van FRYKHOLM verschil ik met collega VAN DER MEER van mening. Sir RUSSEL BRAIN schrijft hierover: „FRYKHOLM has made an important observation, that the pathologic change of root sleeve fibrosis is not necessarily limited to the roots passing through foramina which exhibit bony narrowing. He points out that narrowing of the cervical intervertebral discs shortens the cervical spine relative to the spinal cord and therefore tends to displace the nerve roots caudally in the foramina. As a result they may be subjected to pressure by the edge of an intervertebral foramen, which is not itself narrowed by osteophytes. Trauma may also occasionally by itself cause root sleeve fibrosis”.

Literatuur: BRAIN, R. (1954) *Ann. intern. Med.* **41**, 445. — CHAPCHAL, G. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 61. — DROOG-LEEVEER FORTUYN, J. (1954) *Ned. T. Geneesk.* **98**, 1278. — JUDOVICH, B. (1952) *Amer. J. Surg.* **84**, 646; (1954) *J.-Lancet* **74**, 266. — MC FARLAND en F. H. KRUSEN (1943) *Arch. phys. Ther.* **24**, 263. — MEER, P. VAN DER (1949) *Ned. T. Geneesk.* **93**, 4153. — WILDERVANCK, A. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 5.

Rochester (Minnesota),
8 maart 1958

A. WILDERVANCK

BERICHTEN

BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — INTERNATIONAAL CONGRES VOOR VRUCHTBAARHEID EN STERILITEIT. Het derde wereldcongres voor vruchtbaarheid en steriliteit zal van 7 tot 13 juni 1959 te Amsterdam worden gehouden. Honorair secretaris: Dr. L. I. SWAAB, Sint Agnietenstraat 4, Amsterdam-C.

— INTERNATIONAAL CONGRES VOOR DIFFERENTIËLE ANTHROPOLOGIE. Het vijfde congres van het Bureau International d'Anthropologie différentielle zal van 21-25 september 1958 te Amsterdam worden gehouden. Inlichtingen verstrekt het secretariaat, Koninklijk Instituut voor de Tropen, Linnaeusstraat 2 A, Amsterdam-O.

— INTERNATIONAL CONGRES VOOR NEURO-FARMACOLOGIE. Het eerste congres van het Collège international de Neuro-psycho-pharmacologie zal van 8 tot 13 september 1958 te Rome worden gehouden. Inlichtingen verstrekt de president Prof. E. TRARUCCHI, Via Andrea del Sarto 21, Milaan.

— INTERNATIONAAL CONGRES VOOR KINDERPSYCHIATRIE. Het IVe internationale congres voor kinderpsychiatrie zal van 15 tot 20 juni te Lissabon worden gehouden. Secreta-