

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

VACATURE IN WEST-NIGERIA

Door tussenkomst van Prof. Dr. J. W. WOLFF ontvingen wij de volgende mededeling van het Bureau voor Internationale Technische Hulp van het Ministerie voor Buitenlandse Zaken (van Alkemadeaan 500, 's-Gravenhage):

„Hiermede bericht ik U dat in West-Nigeria een vacature bestaat voor een „Specialist Dermatologist” met ten minste tien jaren ervaring sedert zijn afstuderen. De taakomschrijving luidt als volgt:

‘The officer would serve as a consultant in Dermatology and Venereal Diseases’ Clinics in the Region and for this purpose will be required to travel. The officer will be based in Ibadan where he will take charge of a skin and out-patients venereal diseases department’.

Van de voorwaarden is in dit stadium slechts bekend, dat het geboden salaris £. 2.664 per jaar bedraagt. Ik moge U verzoeken aan deze vacature bekendheid te geven en eventuele geïnteresseerden naar mijn bureau te verwijzen”.

Amsterdam, 12 januari 1960

REDACTIE

INGEZONDEN

HET GEVAAR VAN SERUMHEPATITIS

Naar aanleiding van de Klinische les van Prof. Ruys (1959) zou ik gaarne het volgende willen opmerken.

Inderdaad moet het met enige goede wil mogelijk zijn voor iedere injectie een andere steriele spuit te gebruiken. Difteriekinkhoest-tetanus- of poliomyelitisvaccins worden algemeen sinds lang op deze wijze toegediend. Hetzelfde geldt voor de vaccinostyles bij pokkenvaccinaties. En ook is deze eis te verwezenlijken bij de prik in de vinger of het oor voor het verkrijgen van bloed dat moet worden onderzocht.

Maar hoe is het met de hemoglobinepipet, en met de pipetten voor de rode en witte bloedcellen? Deze kunnen moeilijk telkens opnieuw worden gesteriliseerd. Na reiniging van de pipet kunnen er altijd eventuele virusresten in achterblijven, die in kleine hoeveelheden via het prikwondje (met steriele naald of snepper) bij een andere patiënt kunnen binnendringen.

Literatuur: Ruys, A. Ch. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 2537.

Zierikzee, 16 december 1959

C. M. VAN HOORN

Het is natuurlijk niet uit te sluiten, dat men met een weliswaar grondig gereinigde, maar niet steriele pipet voor het tellen van bloedcellen of het bepalen van het gehalte aan hemoglobine het virus van hepatitis in de wond brengt. De kans hierop is echter waarschijnlijk geringer dan bij het toebrengen van een snee of prik. De ervaring heeft enige malen geleerd, dat de epidemieën van hepatitis op poliklinieken ophielden drie maanden nadat de vaccinostyles waren gesteriliseerd, zonder dat er overigens wijzigingen in techniek waren toegepast.

Aangezien het onmogelijk wordt geacht, de bloedpipetten na ieder gebruik te steriliseren, zal men voorlopig op deze wijze moeten doorgaan, tenzij onverhoopt zou blijken, dat het risico te groot is. Nauwkeurige observatie van patiënten die bepaalde poliklinieken bezoeken gedurende een lange termijn en bij wie andere besmettingsmogelijkheden moeten zijn uitgesloten, is echter nodig om hierover meer zekerheid te krijgen.

Amsterdam, 5 januari 1960

A. CH. RUYS

In haar klinische les over serumhepatitis stelt Prof. Ruys (1959), dat de neuroloog er goed aan zou doen, voor het sensibiliteitsonderzoek gebruik te maken van een gesteriliseerde speld. Ik moet erkennen, dat de wijze waarop de neuroloog zijn speld bewaart — aan de achterzijde van zijn revers — herinneringen wekt aan de 17e-eeuwse voorgangers die de catheter in de rand van hun hoed meedroegen.

Bij het normale onderzoek van de pijnzinnigheid wordt de speld op de huid geplaatst, maar niet door de epidermis heenge-drukt. In een hypesthetisch gebied is men geneigd, te onderzoeken hoe hard men kan prikken voordat de patiënt pijn aangeeft. Het is geen uitzondering, dat daarbij bloedpuntes verschijnen op de veelal dunne, atrofische huid. Bloedsporen van de speld ziet men voorts herhaaldelijk op de buikhuid, wanneer de reflexen moeilijk op te wekken zijn geweest. Hetzelfde geldt voor bewusteloze patiënten bij wie men de ernst van de bewustzijnsstoornis tracht te schatten door hun reactie op pijnprikkels. Bovendien poogt men zich bij deze patiënten vaak met behulp van flinke pijnprikkels te oriënteren over eventuele verlammingen.

Op grond van bovenstaande overwegingen is het waarschijnlijk:

- a. dat de speld van de neuroloog „niet schoon” is en
- b. dat met de „niet schone” neurologische speld telkens van de ene patiënt op de andere wordt geënt.

Er resten nu enkele vragen:

1. Is er een onderzoek bekend naar de bacteriologische resp. virologische populatie van de neurologische speld?
2. Hoe lang blijft een virus virulent wanneer het op een speld is beland?
3. Zijn er gevallen van hepatitis bekend die aan een neurologisch onderzoek moeten worden toegeschreven?
4. Hoe groot is het risico dat de patiënt loopt bij een onderzoek van de pijnzinnigheid op de gebruikelijke wijze?
5. Is het, ter vermindering van enthepatitis noodzakelijk, gebruik te maken van een steriele speld of kan men volstaan met een huishoudelijk schone speld voor ieder onderzoek?

Literatuur: Ruys, A. Ch. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 2537.

's-Gravenhage, 16 december 1959

A. VERJAAL

De door collega VERJAAL gestelde vragen zou ik als volgt willen beantwoorden:

Ad 1. Mij is geen onderzoek bekend naar de bacteriologische resp. virologische populatie van de neurologische speld.

Ad 2. Hepatitis-virus heeft bij kamertemperatuur een lange levensduur. In vloeistoffen (plasma) verdwijnt het bij deze temperatuur pas na maanden. Verder weet men, dat het, in gedroogde toestand, aan voorwerpen infectieus blijft.

Ad 3. Er zijn, voorzover ik weet, geen gevallen van serumhepatitis beschreven, die veroorzaakt zouden zijn door een neurologisch onderzoek. Er is echter voorzover ik weet, ook nooit een onderzoek naar ingesteld. Gezien het feit, dat de diagnose serumhepatitis niet met zekerheid is te stellen en de patiënt die met een speld op sensibiliteit wordt onderzocht, ook vaak op andere wijzen parenteraal wordt behandeld, zal alleen een ophoping van gevallen het epidemiologische bewijs kunnen leveren. Dit is uitsluitend mogelijk bij een observatie van ten minste 2-6 maanden na deze „ingreep”. Wellicht bieden de ziektegeschiedenissen van een neurologische kliniek hiertoe retrospectief de gelegenheid.

Ad 4. Het risico is niet te berekenen. Bekende feiten zijn, dat er epidemieën van geelzucht zijn ontstaan, die moesten worden toegeschreven aan het gebruik van vaccinostyles welke na de prik werden afgeveegd met een watje met ether en vervolgens voor een nieuw onderzoek gebruikt. Deze epi-

demieën eindigden drie maanden nadat sterilisatie van de gebruikte vaccinstyles werd ingevoerd (zie LEEKSMA 1949, ODIN, 1950, NIEVEEN 1951).

Ook na tatoeage zijn epidemieën waargenomen van geelzucht. Hierbij was het echter ook mogelijk, dat de gebruikte kleurstof en alcohol met sporen bloed waren verontreinigd (SMITH 1950, HOBSON e.a. 1952).

Ad 5. Ter vermindering van enthepatitis is het niet afdoende, een speld met alcohol, ether of zeepsop te reinigen. Men moet deze na gebruik schoonmaken en dan steriliseren, waarvoor 10 minuten uitkoken voldoende is. Bij gebruik van autoclaaf of drukpan hangt de tijdsduur enigszins van maat en verpakking enz. af. In den regel is 10-20 minuten voldoende. (Droog steriliseren bij 110° C is bij de gebruikelijke werkingsduur van enkele uren niet veilig).

De speld behoeft dan verder niet steriel bewaard te worden. De ervaring heeft immers geleerd, dat deze „schoon” in de achterkant van de revers gestoken weinig andere risico's meebrengt.

Literatuur: HOBSON, A. C. S., D. E. FRASER en N. H. NEWMAN (1952) *Brit. med. J.* II, 1111. — LEEKSMA, C. H. W. (1949) Een epidemie van hepatitis bij de bezoekers van een diabetes-polikliniek. *Ned. T. Geneesk.* 93, 1681. — NIEVEEN, J. (1951) Beloop en gevolgen van een serumhepatitisepidemie onder lijders aan diabetes. *Ned. T. Geneesk.* 95, 2608. — ODIN, M. (1950) *Acta med. scand.* 140, Suppl. 259, 130. — SMITH, B. F. (1950) *J. Amer. med. Ass.* 144, 1074.

Amsterdam, 24 december 1959

A. CH. RUYS

DE WERKING VAN RÖNTGENSTRALEN BIJ ENKELE VORMEN VAN ARTHROSIS DEFORMANS EN PERIARTHROSIS HUMEROSCAPULARIS

Tegen de conclusies die DE BLÉCOURT, BODE en STAM (1959) in hun artikel uit de statistische bewerking hebben getrokken, moet ik ernstige bezwaren aanvoeren.

Op bl. 2365 lees ik: „Uit ons onderzoek menen wij dus te mogen concluderen, dat röntgentherapie, toegepast volgens ons doseringsschema, bij de door ons behandelde vormen van arthrosis deformans vrijwel hetzelfde effect heeft als een schijnbestraling”. Tot zover ben ik het volkomen met de schrijvers eens, doch zou de bijzin „toegepast volgens ons doseringsschema”, dik onderstreept wenssen. Deze dosis van 3 wekelijkse bestralingen van 150 r of van 250 r is nl. laag. Zelfs als de bestraling wordt herhaald (als gevolg van kritiek van andere röntgenologen werd bij een groep van patiënten later nog eens 3 maal 150 r in drie weken gegeven, zonder dat dit het resultaat wijzigde), blijft de dosering laag. Bovendien weet men niets van de tussenliggende tijd. Daarom is de conclusie onjuist, zoals deze in de samenvatting geformuleerd wordt: „Röntgenbestraling heeft bij arthrosis deformans dus geen zin, en komt pas in aanmerking, wanneer alle andere bij deze aandoeningen gebruikelijke in- en uitwendige geneeswijzen hebben gefaald”.

Ook is deze conclusie in strijd met de ervaringen van anderen. Ik moge hiervoor verwijzen naar het artikel van BOL (1958) met een literatuurlijst met 82 titels, waaronder ook een artikel van VON PANNEWITZ uit 1953, dat DE BLÉCOURT en medewerkers blijkbaar over het hoofd gezien hebben.

Zoals bij alle therapie is het resultaat van een behandeling afhankelijk van de wijze van dosering. Daarbij kan het soms moeilijk zijn, uit te maken welk schema het beste is. Dit geldt ook voor de stralenterapie. Doch voor het bereiken van therapeutisch resultaat moet er in elk geval aan zekere minimum-voorwaarden zijn voldaan; uit het Groningse artikel

kan men alleen besluiten, dat de daar gebruikte methode hieraan niet voldoet.

Ikzelf doseer vrij hoog en geef bv. bij arthrosis deformans van de knieën 4 maal 200 r voor, en 4 maal 200 r achter, de gehele serie van 8 maal 200 r in vier weken. De therapeutische werking wordt dan meestal pas merkbaar na 5 of 6 bestralingen en het is beslist geen psychisch effect. Er doet zich nl. ook een objectief waarneembaar verschijnsel voor. Vóór de behandeling is het geïrriteerde gewricht meestal enigszins gespannen. Er behoeft geen duidelijke hydrops te bestaan, doch de irritatie in het gedeformeerde gewricht veroorzaakt toch een lichte zwelling en de vermeerde spanning is waarschijnlijk een der oorzaken van de pijn. Tijdens de bestralingen neemt de irritatie af en slinkt de zwelling. Het gewricht wordt daardoor lossen; zelf ervaren de patiënten dit tijdelijk als een verslapping. Zij zeggen bv., dat zij nu door de knieën zakken. Het is dan soms nodig het gewricht te ondersteunen door een elastieken kous of een zwachtel.

Men kan de vraag stellen, of een dergelijke dosering verantwoord is, nu men bij goedaardige afwijkingen zo dikwijls waarschuwt tegen het gebruik van ioniserende stralen. Ik kan hierop antwoorden, dat op het ogenblik door een groep radiologen een onderzoek wordt ingesteld naar het vóórkomen van leukemie na bestraling wegens arthrosis deformans. Dit onderzoek omvat vele duizenden gevallen en is nog niet geheel voltooid, zodat ik er nog niets definitief over kan mededelen. Wel staat het vast, dat er bij de 1000 patiënten die ikzelf sedert 1936 heb behandeld, slechts 1 lijder aan leukemie is.

Tenslotte vraag ik mij af, over welke andere werkzame therapeutische hulpmiddelen men beschikt, interne en externe, die volgens DE BLÉCOURT c.s. eerst geprobeerd moeten worden. Met de interne hulpmiddelen zullen toch niet de gewone pijnpoedertjes en tabletten bedoeld worden. Of moet men aan preparaten zoals fenylbutazon denken? Het permanente gebruik van dit soort middelen lijkt mij toch zeker bedenkelijk bij een ziekte als arthrosis deformans. Hetzelfde geldt nog meer voor ingrijpende therapeutica zoals prednison enz. Wat de externe middelen betreft, hiermede zal wel de fysieke therapie bedoeld zijn. Doch naar mijn mening is het effect van de hierbij toegepaste methoden juist bij arthrosis deformans vrijwel steeds, zo niet altijd, meer psychisch dan lichamelijk.

Ik geloof dan ook, dat men bij arthrosis deformans de behandeling met röntgenstralen beslist niet kan missen. Natuurlijk wil ik daarmee niet zeggen, dat bij iedere lijder aan arthrosis deformans van welke graad en van welk gewricht ook, het succes verzekerd is. Doch een enkele reeks bestralingen met voldoende totale dosering kan soms jarenlang verlichting geven.

Daarbij wil ik wel toegeven, dat bij terugkeer van de klachten een nieuwe serie bestralingen onjuist is, niet alleen omdat men dan voor een niet-levensgevaarlijke aandoening teveel ioniserende stralen zou toedienen, doch ook omdat een dergelijke nieuwe stralenkuur niet meer voldoende werkzaam is.

Literatuur: BLÉCOURT, J. J. DE, J. J. BODE en H. C. STAM (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 2364. — BOL, F. (1958) *Medicina Mundi* 4, 114. — PANNEWITZ, G. VON (1953) *Röntgentherapie der Arthrosis deformans. Strahlentherapie* 92, 375.

Nijmegen, 14 december 1959 J. TH. VAN DER WERFF

Wij hebben niet aangetoond, dat röntgenbestraling (volgens het Groningse doseringsschema) niet werkzaam is, maar wel, dat schijnbestraling even effectief is. Wij zagen immers bij 62 pct van de met 3×150 r of 3×250 r behandelde lijders