

HUISMAN, J., H. M. G. DOEGLAS, L. BUREMA en E. H. HERMANS Sr. (1960) Epidemiologische opsporing en klinisch beeld van de ziekte, ontstaan na het gebruik van Plantamargarine. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1828. — JANSEN, L. H., E. YOUNG, H. H. HEYMANS (1960) Enkele onderzoeken naar aanleiding van de zg. Plantaziekte. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2163. — PRAKKEN, J. R. (1960) De Plantaziekte. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2153.

Amsterdam, 23 oktober 1960

J. E. MINKENHOF

ARBEIDSGENEESKUNDIGE BIJDAGEN AAN DE GEZONDHEIDSZORG

De formule op bl. 2046 in het nummer van 15 oktober 1960 in het artikel van Prof. J. DE GROOT lijkt mij onjuist.

$$\text{Er staat: } db = \frac{10 \log I_2}{\log I^1}$$

$$\text{Dit moet zijn: } db = 10 \log \left(\frac{I_2}{I_1} \right),$$

$$\text{of: } db = 10(\log I_2 - \log I_1).$$

Literatuur: GROOT, J. DE (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2045.

Leiden, 15 oktober 1960

A. BIJL

Inderdaad, het gaat om de logaritme van de verhouding van de gemeten geluidsenergie tot de als referentiewaarde gekozen energie en niet om de verhouding der logaritmen van deze twee waarden. Mijn verontschuldiging voor deze onjuistheid.

Beverwijk, 7 november 1960

J. DE GROOT

VROEGE SPONDYLODESE EN VERTEBROTOMIE BIJ SPONDYLITIS TUBERCULOSA

Naar aanleiding van het artikel van collega VAN MEEL (1960) betreffende de vroege spondylodese bij spondylitis tuberculosa, wilde ik gaarne een opmerking plaatsen, voornamelijk als reactie op zijn standpunt, dat de resultaten van vertebrotonomie op de lange duur zeker niet beter zouden zijn dan die der oude behandelingswijzen.

Daar in Heliomare te Wijk aan Zee beide methoden, zowel vroege spondylodese als vertebrotonomie sinds 1957 worden toegepast, kunnen wij ons enigszins een oordeel vormen.

Bij 25 van onze patiënten werd door collega SCHEPEL vertebrotonomie gedaan, bij 24 patiënten wegens grote verkazende wervelhaarden, die bij de thoracale lokalisatie meestal gepaard gingen met een meer of minder groot paravertebraal abces, en bij 1 patiënt wegens neurologische stoornissen.

Van de 24 genoemde patiënten waren er niet minder dan 15, die een recidief hadden van het oude proces, dat aanvankelijk conservatief was behandeld.

Dat wij tot de vertebrotonomie en de vroege spondylodese overgingen, was juist om de vrij vaak voorkomende recidieven tegen te gaan, die immers hun oorzaak vinden in de vaak achterblijvende kaashaarden en vaak onvoldoende vorming van blokwerfels.

Onze ervaring met vroege spondylodese is, met een restrictie voor de ernstige processen, identiek aan die van collega VAN MEEL.

In gevallen met beperkte uitbreiding van de verkazingshaarden zonder paravertebraal abces of met een klein abces, is ook naar onze ervaring vroege spondylodese van onmiskenbaar belang, dank zij de „action biologique” van de ingebrachte tibiaspanen op de wervelbogen voor de bevordering van de reparatie van het wervelproces.

De „biologische werking” van het autotransplantaat wordt geconstateerd door een snellere resorptie van „afval”

en snellere resultaten van benige reparatie dan bij conservatieve behandeling. Deze „biologische curette” is naar onze mening voldoende wanneer vroeger spondylodese wordt toegepast bij processen met beperkte uitbreiding van de verkazing, waarbij het paravertebrale abces ontbreekt of van geringe omvang is. Anders wordt dit bij grotere verkazingshaarden al of niet met sekwesters en grotere abcessen. In die gevallen vervangen wij de biologische curette door de instrumentele curette.

Een uitwisseling van ervaringen, zowel van successen als mislukkingen, is daarom van bijzonder belang en kan leiden tot een zuivere indicatie voor de keuze van de operatie.

Dank zij het proefschrift van collega VAN MEEL, waarin de 56 gevallen van collega VERBEEK kritisch werden beschouwd, zijn wij vaker tot toepassing van vroege spondylodese overgegaan. Daarvoor zijn wij hem veel dank verschuldigd. Niettemin zijn de ervaringen van SVANTE ORRELL, WILKINSON, KASTERT, GERARD MARCHANT, DEBEYRE en die van ons (zie SCHEPEL 1960) zo belangrijk, dat wijsgeleide toepassing van de vertebrotonomie en grondige studie van de resultaten veel nut kunnen hebben voor de aan ons toevertrouwde patiënten.

De complicaties die collega SCHEPEL noemde, waren althans voor onze patiënten nimmer van een dergelijke omvang, dat zij niet in korte tijd geëlimineerd konden worden, afgezien van één geval van fistelvorming, dat van lange duur bleek.

Ook bij vertebrotonomie is technische ervaring van zeer groot belang, en ik mag wel zeggen, dat de complicaties thans gereduceerd zijn tot het normale operatierisico.

De röntgenfoto's van de periodiek terugkomende ontstagen en reeds grotendeels werkende patiënten tonen steeds zowel voor de groep die met vroege spondylodese als voor patiënten die met vertebrotonomie werden behandeld, een frappante benige reparatie.

Naar onze mening zou het succes bij de laatste groep, waarvoor een zo streng mogelijke indicatie werd gesteld, zowel voor de „verse” als de „oude” gevallen, niet met (een tot nu toe bekende) andere behandelingswijze zijn bereikt.

Literatuur: MEEL, P. J. VAN (1960) Vroege spondylodese bij spondylitis tuberculose. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1651. — SCHEPEL, J. A. C. (1960) De vertebrotonomie bij spondylitis tuberculose. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1608.

Wijk aan Zee, 5 september 1960 J. H. A. GERLACH

Wanneer collega VAN MEEL (1960) in zijn bovengenoemd artikel met „vroege” spondylodese bedoelt, dat de spondylodese spoedig na opneming van de patiënt in de ziekeninrichting werd verricht, ga ik, voor wat de gevallen betreft die hij noemt, met de strekking van zijn betoog volledig akkoord.

De patiënten die hij beschrijft, leden echter allen sinds jaren aan spondylitis op het ogenblik, dat zij werden opgenomen en dan is er niet het minste bezwaar — wanneer althans andere omstandigheden geen contra-indicatie vormen — tegen spondylodese; integendeel, dit kan inderdaad de genezing slechts versnellen.

Naar ik aanneem, zal collega VAN MEEL het met mij eens zijn, dat men een werkelijk verse spondylitis (dus een spondylitis die blijkens de anamnese en gezien de röntgenfoto's slechts korte tijd geleden is ontstaan) nooit onmiddellijk met spondylodese moet behandelen, doch eerst conservatief, totdat er een behoorlijke demarcatie van het ziekteproces zichtbaar is geworden.

's-Gravenhage, 21 september 1960

J. DE MOL VAN OTTERLOO