

vaak voorkomt. Referent tekent hierbij aan, dat de indicatiestelling moeilijk is door het ontbreken van objectieve gegevens. Het lijkt hem daarom verstandig de operatie alleen toe te passen bij patiënten met een habituele patellaluxatie.

Literatuur: DEVAS, M. en A. GOLSKI (1973) *Brit. med. J.* I, 589. — WILES, P., P. S. ANDREWS en M. B. DEVAS (1956) *J. Bone Jt Surg.* 38B, 95.

B. R. H. JANSEN

Diversen

Het ontstaan van postoperatieve wondinfecties

Het is bekend dat bacteriën — in druppeltjes en huidschilfers — via de lucht van operatiekamers wondinfecties kunnen veroorzaken. Door middel van speciale vormen van ventilatie, zoals toevoer van steriele lucht onder overdruk en de laminaire flowsystemen, wordt getracht deze zg. airborne infecties te beperken.

Om na te gaan in hoeverre airborne contaminaties van betekenis zijn voor het ontstaan van wondinfecties, stelden SHAW e.a. (1973) een prospectief onderzoek in naar de bacteriële verwekkers van wondinfecties bij uiteenlopende operaties. Deze operaties werden uitgevoerd in een ruimte, waarin de lucht werd gefiltreerd (tot partikels van 5 μ), bevochtigd, verwarmd tot 70° Fahrenheit en onder overdruk ongeveer 20 keer per uur verversd. Per week vonden in dit vertrek gemiddeld 30 operaties plaats, waarvan $\frac{1}{4}$ deel spoedgevallen betrof. Bij 18 willekeurige operaties werd de bacteriële contaminatie van de lucht gemeten. Het bleek dat deze vóór binnenkomst van de patiënt gemiddeld 2,4, tijdens binnenkomst 3,6, gedurende de operatie 1,7, tijdens de wondhechting 1,5 en tijdens het verlaten van de operatie-

kamer 2,8 kolonievormende bacteriën per kubieke voet lucht bedroeg, hetgeen met de bevindingen van andere onderzoekers overeenkomt. Het aantal wondinfecties varieerde tussen verschillende operaties en liep uiteen van 1% bij hartoperaties en sympathectomieën tot 50% bij ingrepen aan colon en rectum. Bij hernia-operaties en mastectomieën bedroeg de frequentie van wondinfecties respectievelijk 3,3 en 8,1%. Bij vaatoperaties aan het bovenbeen was de frequentie van wondinfecties, die hoofdzakelijk voorkwamen bij een huidsnede hoog in het bovenbeen, 26%; bij operaties aan de maag en galwegen 16% en aan de urinewegen 19%. Het merendeel van de infecties (72%), o.a. bij de sympathectomieën, de hartoperaties en zoals te verwachten was bij de ingrepen aan colon en rectum, werd veroorzaakt door Gram-negatieve bacteriën al of niet te zamen met *Staphylococcus aureus*. Bij de overige infecties (28%), overwegend bij operaties aan de borst of de maag, werd uitsluitend *S.aureus* gekweekt.

Uit het voorgaande blijkt dat elk soort operatie een eigen risico van wondinfectie heeft. Exogene factoren, met name besmetting van de lucht zijn, althans in operatiekamers die — zoals de bij dit onderzoek betrokkene — op speciale wijze worden geventileerd, geen belangrijke bron van infectie. Veeleer lijkt de plaats van de huidsnede de frequentie en de bacteriële soort van wondinfecties te bepalen. De schrijvers komen tot de slotsom dat de invoering van dure ventilatiesystemen zoals de „laminair flow”, die de bacteriële contaminatie van de lucht nog verder omlaag brengen, waarschijnlijk weinig zal bijdragen tot vermindering van wondinfecties.

Literatuur: SHAW, D., C. M. DOIG en D. DOUGLAS (1973) Is airborne infection in operating-theatres an important cause of wound infection in general surgery? *Lancet* I, 17.

E. B.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Hemagglutinatie-remmende antistoffen tegen rubella in Rotterdam

Het artikel van collega BÄNFFER (1973) geeft belangrijke informatie over het voorkomen van HAR-titers bij de Rotterdamse bevolking. Of dit hoge percentage ook gehaald zal worden in de dunner bevolkte gebieden is een open vraag. Een rubella-epidemie in een huisartsenpraktijk zal stellig door velen van ons met zorg bezien worden met het oog op de zwangere vrouwen. Naar mijn ervaring weten de meeste van hen niet of zij vroeger rubella hebben gehad; en ook de huisarts zal zelden op deze vraag een antwoord weten, tenzij hij al lang praktijk uitoefent en de diagnose destijds in zijn kaartsysteem heeft vastgelegd.

Het lijkt me daarom een goede zaak om bij alle zwangeren die zich voor het eerst op het spreekuur melden een HAR-reactie te laten verrichten, eventueel gecombineerd met bloedgroepen- en luesonderzoek. De uitslag kan de betrokkenen dan mondeling en schriftelijk worden meegedeeld. De onvoldoende beschermde vrouwen kunnen gewaarschuwd worden zich bij een besmetting direct te melden. De anderen wordt op deze wijze veel onrust en onzekerheid bespaard.

Met collega DEKKING (1973) meen ik dat de zwangere vrouwen hier recht op hebben. Het lijkt een volkomen logische zaak om dit onderzoek evenals het bloedgroepen- en

luesonderzoek voor zwangeren op rijkskosten te laten verrichten.

Literatuur: BÄNFFER, J. R. J. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1149. — DEKKING, F. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 886 en 1170.

Giessenburg, 12 september 1973

A. C. BOOT,
huisarts

Acupunctuur en hypnose

Collega DRION (1973) suggereert in zijn reactie op het artikel over acupunctuur (J. STORK 1973), dat de Indische Nederlander gemakkelijker te hypnotiseren zou zijn dan de volbloed Europeaan. Mijn ervaringen in een krijgsgevangenkamp op Singapore-eiland waren hiermee niet in overeenstemming. De Australische chirurg van dit kamp, M. WOODRUFF, thans hoogleraar in Edinburg, schreef dienaangaand (1946) dat hij verbaasd was over het feit, dat de Engelsen en Australiërs ondanks hun scepsis tegenover hypnose even gemakkelijk konden worden gehypnotiseerd als de Indo-Europeanen.

Een zelfde conclusie staat in het verslag van een lezing voor de Nederlandse vereniging voor medische hypnose over „Hypnotische avonturen in krijgsgevangenschap” (SAMP-