

bij de zwangerschappen voorafgaande aan de geboorte van een mongoloïd kind een hoger abortuspercentage dan bij een controlegroep.

Het abortuspercentage bij moeders met een kind met mongoloïde idiotie vereist zeer zeker nog nader onderzoek. Voorshands lijkt mij, gezien het bovenstaande, nog voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies ten aanzien van dit abortuspercentage.

Literatuur: COLLMANN, R. D. en A. STOLLER (1962) A survey of mongoloïd births in Victoria Australia 1942-1957. *Amer. J. publ. Hlth* 52, 813. — COWIE, V. en E. SLATER (1963) Maternal age and miscarriage in the mothers of mongols. *Acta genet.* 13, 77. — GUSTAVSON, K. H. (1964) *Down's syndrome*. Proefschrift Upsala. — INGALLS, T. H., J. BABBOTT en R. PHILBROOK (1957) The mothers of mongoloïd babies: a retrospective appraisal of their health during pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 74, 572. — KIRKELS, V. G. H. J. (1966) *Abortus en aanlegstoornissen*. Proefschrift Nijmegen. — ØSTER, J. (1953) *Mongolism*. Proefschrift Kopenhagen. — PENROSE, L. S. (1954) Mongolian idiocy (mongolism) and maternal age. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 57, 494. — PENROSE, L. S. en G. F. SMITH (1966) *Down's anomaly*. Churchill Ltd., London. — SWAAK, A. J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* III, 65 en 110.

Nijmegen, 9 februari 1967

V. G. H. J. KIRKELS

Ik dank collega KIRKELS voor zijn vriendelijke woorden en de kanttekeningen, die hij heeft willen maken naar aanleiding van mijn artikel. Zijn opmerkingen zie ik meer als gewaardeerde aanvullingen dan als kritische aanmerkingen.

Wel treft het mij, dat collega KIRKELS consequent blijft spreken van kinderen met mongoloïde idiotie, ondanks de bezwaren die verscheidene auteurs met recht tegen deze onjuiste naamgeving hebben gemaakt.

Tilburg, 20 februari 1967

A. J. SWAAK

NIEUWE TECHNIKEN VOOR HUIDTRANSPLANTATIE BIJ VERBRANDINGEN

Het gebruik van vele kleine huideilanden („postzegels”, strookjes, snippers enz.) als transplantatiemateriaal is al oud. Het doel is, met zo weinig mogelijk huid zo groot mogelijke defecten van epitheel te voorzien.

De reëpithelialisatie gaat uit van de randen van de transplantaatjes. De volgende berekening laat zien hoe dit werkt (fig. 1). Stel dat het huidtransplantaat 10×10 cm

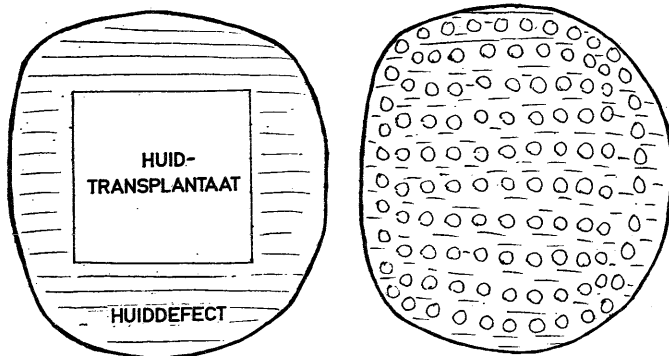


Fig. 1 (links). Huiddefect met vrij huidtransplantaat.

Fig. 2 (rechts). Hetzelfde huiddefect met hetzelfde huidtransplantaat, maar nu in 100 kleine eilandjes verdeeld.

is. De omtrek is dan 40 cm. Vanuit deze 40 cm zal de reëpithelialisatie plaatsvinden. Stel dat het transplantaat van 10×10 cm in 100 vierkante centimeters wordt verdeeld. Iedere vierkante centimeter heeft een omtrek van 4 cm. Dat wil zeggen dat die 100 cm^2 te zamen 400 cm omtrek vertegenwoordigen van waaruit de reëpithelialisatie tot stand zal komen. Dezelfde hoeveelheid huid zal dus 10 maal zoveel secundair epitheel kunnen opleveren (fig. 2).

Dank zij de moderne apparatuur (de Meek-Wall-microdermatoom) is het verkrijgen van de huideilandjes sterk vereenvoudigd. Wij kunnen de ervaringen van de collegae HERMANS en SCHEPEL (1967) dan ook geheel onderschrijven. Bijgaande foto's (fig. 3 en 4) illustreren de zeer snelle reëpithelialisatie.

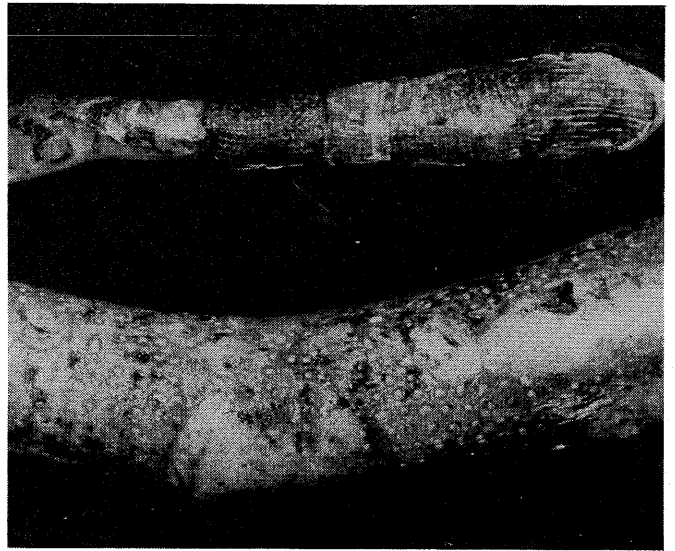


Fig. 3 (boven). Microtransplantaten in situ aan het eind van de operatie.

Fig. 4 (onder). Dezelfde patiënt zes dagen na de operatie.

Toch is scherpe beoordeling van transplantatiedikte en van de toestand van het wondbed nodig voor een juiste indicatiestelling. Men mag niet vergeten dat het defect van figuur 1 het best wordt gesloten door het te bedekken met één groot vrij huidtransplantaat. Het is duidelijk dat bij gebruik van de microtransplantaten een groot deel van de epitheelbedekking bestaat uit littekenepitheel. En littekenepitheel is nu eenmaal onvolwaardig epitheel.

Gaat men nu uit van een zeer dun huidtransplantaat, dan zal het verschil tussen de huideilandjes en het littekenepitheel niet groot zijn. Immers dunne huidtransplantaten geven een uiteindelijke epitheelbedekking die dun en atrofisch is. Gaat men nu echter uit van een dikker transplantaat dan zal het verschil tussen transplantateilandjes en littekenepitheel wel duidelijk zijn en blijven. Immers hoe dikker het transplantaat is, hoe volwaardiger de uiteindelijke huidbedekking zal zijn. Iedere chirurg zal zich de dikke pinch grafts (volgens DAVIS, en niet, zoals vaak, ten onrechte naar REVERDIN genoemd) herinneren, waarbij het verschil tussen huideilandjes en tussenliggend littekenepitheel altijd zichtbaar bleef. Ik ben daarom van oordeel, dat huidtransplantaten van $\frac{1}{2}$ tot $\frac{3}{4}$ dikte der huid, aangebracht in grote lappen, uiteindelijk de meest volwaardige huidbedekking geven en dus de eerste keus vertegenwoordigen. Is het wondbed bevuild of ernstig gekneusd, dan moet men dunnere transplantaten toepassen omdat die meer kans van

„aanslaan” (ingroei) hebben. Alleen bij zeer grote defecten, waarbij onvoldoende donorplaats ter beschikking staat, zijn de microtransplantaten geïndiceerd. De toestand van de bodem van de wond bepaalt dus de dikte van het transplantaat, en de beschikbare hoeveelheid donorplaats bepaalt, of microtransplantaten in aanmerking komen.

Nog een enkele opmerking over secundaire, geïnfecteerde huiddefecten. Voorbereiding van deze, meestal met een glazig granulatieweefsel bedekte wonden met natte verbanden (waterige furacineoplossing) maken de lokale omstandigheden eigenlijk altijd in 3 tot 5 dagen geschikt voor grondig afkrabben van de granulaties en het appliceren van dunne huidtransplantaten in grote lappen. Ook hier handhaven wij de regel dat microtransplantaten alleen toegepast worden als de hoeveelheid donorplaats tekortschiet.

Tenslotte ben ik de collegae HERMANS en SCHEPEL dankbaar voor het feit dat zij nog eens duidelijk hebben uitgesproken dat er in Nederland behoefte bestaat aan enkele centra waar patiënten met brandwonden adequaat kunnen worden opgevangen. De behandeling van de algemene toestand, en het chirurgisch sluiten van de defecten zijn natuurlijk belangrijk. Ze kunnen echter pas optimaal ontplooid worden als er een organisatie en een behuizing is, waar de patiënt met brandwonden op moderne wijze kan worden verpleegd.

Literatuur: HERMANS, R. P. en J. A. C. SCHEPEL (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 166.

Groningen, 31 januari 1967

A. J. C. HUFFSTADT

Het verheugt ons te vernemen dat ook collega HUFFSTADT deze techniek toepast en er goede resultaten van heeft gezien. Wij zijn het volkomen met collega HUFFSTADT eens, dat het gebruik van microtransplantaten alleen dan geïndiceerd is, indien onvoldoende donorhuid ter beschikking staat om hele vrije transplantaten te gebruiken, die uiteraard fraaiere resultaten geven. Het is ons echter wel gebleken dat het zeer lang duurt, tot de microtransplantaten niet meer veranderen in cosmetische zin; de allereerste patiënt die wij behandelden, nu drie jaar geleden, boekt nog steeds vooruitgang in uiterlijk en soepelheid van de transplantaten.

Dat het mogelijk zou zijn sterk geïnfecteerde defecten eigenlijk altijd binnen drie tot vijf dagen met natte verbanden schoon te krijgen voor transplantatie lijkt ons, althans bv. bij grote verbrandingen, wel enigszins optimistisch.

Tenslotte zouden wij willen voorstellen, gezien het weinige dat er op het gebied der verbrandingstherapie in Nederland gebeurt, een soort gespreksgroep, c.q. werkomité te vormen, waarin ervaringen worden uitgewisseld en plannen voor de toekomst kunnen worden besproken.

Beverwijk, 20 februari 1967

R. P. HERMANS
J. A. C. SCHEPEL

BERICHTEN BUITENLAND

Engeland

Barbituurzuurvergiftiging. — De *Lancet* van 28 januari (bl. 200) wijdt een uitvoerig hoofdartikel aan acute barbituurzuurvergiftiging. Tien procent van alle in Britse ziekenhuizen opgenomen ziektegevallen staan op rekening van acute vergiftiging, grotendeels door barbituraten. Uit de cijfers van de Registrar General verneemt men bijvoorbeeld dat in het jaar 1964 in Engeland, Wales en Schotland meer dan 2200 sterfgevallen ten gevolge van barbituurzuurvergiftiging zijn geregistreerd. In haar artikel legt de redactie de nadruk op

tijdige behandeling. „Most of the severely poisoned will be adequately treated by forced diuresis, but haemodialysis should be used in the worst affected or when forced diuresis is contraindicated by cardiac or renal disease.”

Conflict tussen huisarts en coroner. — De coroner, een gerechtelijk ambtenaar, soms medisch onderlegd, aan wie de taak toekomt, de overheid bij een sterfgeval omtrent de doodsoorzaak zo nodig nader in te lichten, neemt soms geen blad voor de mond als hij meent kritiek te moeten uitoefenen op de geneeskundige behandeling die aan de dood van de overledene is voorafgegaan. Zo beschuldigde hij onlangs een huisarts, dat deze „grossly overprescribed chloral hydrate for Mrs. M.” en hij voegde er aan toe: „I give you warning that you are not going to tie me in knots with any pseudo-scientific mumbo-jumbo”. Maar de aldus beledigde huisarts liet zich dit niet welgevalen en bracht zijn ondervinding bij de commissie, die bij het ministerie van Binnenlandse Zaken „the whole question of the coroner system” in onderzoek heeft genomen. (*Med. News*, 27 jan., bl. 1).

Medische en sociale beweegredenen tot therapeutische abortus. — Het wetsontwerp ter herziening van de wettelijke bepalingen in zake de geneeskundige beëindiging van de zwangerschap, ingediend door het parlementslid DAVID STEEL, vond veel instemming. Intussen openbaarden zich ook twijfel en tegenstand. In het ontwerp staat voorop dat therapeutische abortus medisch geïndiceerd is, wanneer het leven of de lichamelijke of de geestelijke gezondheid van de zwangere door voortzetting van de zwangerschap ernstig wordt bedreigd; deze indicatie geldt eveneens indien er grote kans is dat het kind door lichamelijke of geestelijke afwijkingen ernstig zal zijn „handicapped”, of indien de capaciteit van de zwangere als moeder ernstig zal worden overbelast door de zorg voor een kind (of voor een ander kind „as the case may be”), of indien de zwangere gebrekkig is, of bij het begin der zwangerschap nog geen 16 jaar was, of het slachtoffer van verkrachting was. Het betrekken van „social causes” tot het ontwerp achten sommigen ongeoorloofd. Hiertegenover verklaarde Prof. Sir DENIS HILL in een brief aan de *Times* (*Med. News*, 20 jan., bl. 8): „Social facts and social issues as they impinge on the life and well-being of patients are now part of every doctor’s training and to deny responsibility for them by restricting what is medical to its older, narrower physical definition is to attempt to put the clock back”. (*Brit. med. J.*, 31 dec. 1966, bl. 1650).

Europa

Cardiologie en kindergeneeskunde. — Het Ve Europese congres voor kindercardiologie zal van 10 tot 13 mei te Rome worden gehouden. De vorige congressen kwamen te Lyon, Groningen, Dundee en Helsinki bijeen. Inlichtingen verstrekt Prof. ALESSANDRO SEGANTI, Pediatrische Kliniek der Universiteit van Rome. (*Rif. med.*, 12 nov. 1966, bl. 1288).

Experimentele chirurgie. — Het IIe Europese congres voor experimentele heelkunde zal van 3 tot 5 april te Leuven worden gehouden. Inlichtingen verstrekt Dr. I. I. HAXHE, Laboratorium voor proefondervindelijke heelkunde, 69 Brusselssestraat, Leuven. (*Rif. med.*, 12 nov. 1966, bl. 1288).

Italië

Levenswerk van Malpighi (1628-1694). — Bij de Cornell University Press, Ithaca (N.Y.) verscheen een overzicht van het levenswerk van de grote Italiaanse fysioloog en van enigen van zijn tijdgenoten onder de titel *Marcello Malpighi and the evolution of embryology*, samengesteld door de Ameri-