

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

## Kippeëiwit en brandwonden

Vraag 1. Gaarne zou ik de mening van de redactie willen vernemen over de toepassing van rauw kippeëiwit als eerste hulp bij verbranding door kokend water. Alles wat men naar mijn mening te doen heeft, is: direct een kippeëi schoonwassen, drogen, breken. Dan alleen het rauwe eiwit voorzichtig op de verbrande huid smeren, even in laten drogen en dit tweemaal herhalen. Geen verband aanleggen.

Resultaat: vrijwel geen pijn meer. Er ontstaat geen blaar. De huid ziet er na een dag weer ongeveer normaal uit.

Zou het eiwitvliesje mechanisch blaarvorming tegenhouden of zou het gevormde vocht worden geabsorbeerd? Is er een andere mogelijke verklaring?

Een contra-indicatie voor deze methode zal waarschijnlijk bestaan bij personen met overgevoeligheid voor kippeëiwit (cezeem). Een duive- of ander soort ei is niet snel te verkrijgen.

Antwoord. De diepte van een verbranding door kokend water is afhankelijk van de tijdsduur van het contact en de snelheid van afkoeling. De beste remedie is daarom de snelste; in de meeste gevallen is dit de koudwaterkraan.

Rauw kippeëiwit zal dus altijd te laat komen, wanneer het erom gaat een diepere brandwond te voorkomen. Het is echter een ervaringsfeit dat bij oppervlakkige brandwonden, hetgeen verbrandingen door kokend water meestal zijn, de pijnlijkheid van de brandwond wordt verminderd door het aanleggen van een verband dat de brandwond afsluit van de buitenlucht.

Het lijkt dat de applicatie van rauw kippeëiwit op de brandwond tot gevolg heeft dat er vrijwel geen pijn is. Het feit dat er geen blaar ontstaat, is o.i. niet te danken aan het toepassen van dit middel. Daarvoor is uitsluitend de diepte van de verbranding van betekenis.

## INGEZONDEN

### *De behandeling van varices met scleroserende stoffen*

Het antwoord op vraag 31 (1971) vertolkt het standpunt uit de jaren dertig toen de langzamerhand verbeterde chirurgische techniek de resultaten van de toenmalige scleroseringen „overvleugelde”.

De scleroseringstechniek is zo verbeterd dat de resultaten in veel gevallen beter zijn dan de chirurgische behandeling, zeker ook cosmetisch. Beide methoden zijn gelijkwaardig en hier geldt het gevleugelde woord van TOURNAY: „Een goede operatie is beter dan een slechte sclerosering en omgekeerd.” Een combinatie van beide is soms het best. Daar er in Nederland slechts enkele centra zijn waar *behoorlijk* wordt gescleroseerd (die worden dan ook overlopen) is *bij gebrek aan keus* chirurgische behandeling de enige oplossing; in enkele

gevallen heeft chirurgische behandeling de voorkeur. Een goede sclerosering richt zich op de insufficiënte Vv. perforantes (meer dan 100 Vv. perforantes in een been!) en saphena-inmondingen, ter herstel van de defecte spierpomp. Een voldoende stevige en langdurige compressie (4-6 weken) is een *conditio sine qua non*.

Wie niet in een V. perforans durft te spuiten of geen verband wil leggen, wie geen intravasaal hematoom wenst te ledigen of niet in een oedemateus been durft te prikken etc., kan zich beter niet met scleroseren bezighouden, daar hij de negatieve mening omtrent scleroseren in stand helpt houden.

Voor wie nog wél wil scleroseren zijn er tegenwoordig enkele goede scleroseringsvloeistoffen, zoals bv. Na-tetradecylsulfaat en als nieuwste het hydroxypolyethoxydodecaan (Aethoxysklerol); met dit laatste kunnen in lage concentraties ook de kleine intracutane varices en teleangiëctasieën behandeld worden, evenals bv. spider naevi.

De voordelen van een goede sclerosering zijn o.a.: Geen mortaliteit, geringe morbiditeit, geen littekens, geen ziekenhuis-opname, geen arbeidsverzuim (huisvrouwen en zelfstandigen), zeer geringe kosten (de meeste ziekenfondsen honoreren een behandeling niet eens), besparing van ziekenhuisbedden, zusters etc.

*Literatuur.* Vraag 31 (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1382.

Bergen, 15 november 1971

S. H. OOSTERWAL

Het gaat in wezen om de bewering van collega OOSTERWAL dat de scleroseringstechniek zo verbeterd zou zijn dat de resultaten in vele gevallen beter zijn dan die van chirurgische behandeling.

Ik neem direct aan dat collega OOSTERWAL met zijn techniek uitstekende resultaten bereikt. Toch zijn bij een goed uitgevoerde operatieve behandeling van een primaire varicosis de resultaten zonder meer optimaal te noemen. Uiteraard kan dan niet volstaan worden met alleen een stripping van de vena saphena magna en (of) parva, zoals jammer genoeg nog wel eens gebeurt en waarbij de „recidiefkans” aanzienlijk is. In het bijzonder moeten eveneens alle lokale varikeuze convoluten verwijderd worden en moeten insufficiënte perforerende venen worden geligeerd. Bij een juiste wijze van sluiting van de huid zijn ook de cosmetische resultaten uitmuntend; operatielittekens behoeven na enige tijd niet meer zichtbaar te zijn. Bij de operatieve behandeling van de secundaire varicosis dient men zich in principe te richten op de insufficiënte venae perforantes en bestaat lang niet altijd de behoefte of de mogelijkheid het oppervlakkige systeem te verwijderen. Compressie is vaak nodig.

Aan de juistheid van de hierboven reeds aangehaalde bewering van collega OOSTERWAL kan dan ook zonder meer sterk getwijfeld worden. Zie hiervoor het oorspronkelijke antwoord met de opmerkingen over verhoogde veneuze druk en rekanalisatie.

Het door collega OOSTERWAL aangehaalde gevleugelde woord zou men dan ook kunnen veranderen in de volgende uitspraak: „een goede operatie is nóg beter dan een goede sclerosering”.