

pathectomie niet genoemd als behandeling voor ischemische pijn in rust bij diabetici. Collega BOONTJE stelt terecht dat deze ingreep overwogen moet worden wanneer de ischemische factor op de voorgrond staat en de weefseldefecten nog niet al te uitgebreid zijn. Vele patiënten met diabetische voetafwijkingen hebben echter vaak tevens een neuropathie van het autonome zenuwstelsel; sympathectomie zal bij deze patiënten weinig effect hebben. De mate van de neuropathie is niet altijd gemakkelijk vast te stellen en het resultaat van de ingreep is naar onze ervaring dan ook vaak moeilijk te voorspellen. In de afgelopen 5 jaren is in ons ziekenhuis bij 5 diabetici sympathectomie beiderzijds en bij 4 aan één zijde verricht. Bij 3 patiënten was het resultaat goed te noemen, bij de 4 patiënten met sympathectomie aan één kant moest binnen enkele weken toch tot een amputatie worden overgegaan. Twee patiënten overleden kort na de ingreep.

Ik ben het met collega BOONTJE eens dat in acute situaties met verminderde arteriële doorstroming geprobeerd kan worden door infusie met dextranen de „sludging” van de erythrocyten tegen te gaan om zo de gestoorde circulatie te verbeteren. Wij voegen daar zelf novocaïne en anticoagulantia aan toe. Het effect van deze maatregelen is slechts tijdelijk en het is de vraag of de prognose op lange termijn van de verminderde circulatie bij diabetici er door wordt verbeterd.

Collega TOUW-LANGENDIJK en collega NAAFS wijzen op lokale behandeling van een neuropathisch (lepreus) voetulcus met een pleister. Vaak zullen bacteriën in een diabetisch voetulcus echter weinig kwaad doen maar wanneer wel een echte ontsteking aanwezig is, bestaat het gevaar dat door afplakken dit soms diep liggende proces zich ongemerkt verder uitbreidt.

Menformon (oestron) is als zalf niet in Nederland in de handel. Het effect op de wondgenezing van de lokale applicatie van oestron is mij niet bekend.

Zwolle, maart 1978

A. F. CASPARIE

De stethoscoop als drager van pathogene micro-organismen in het ziekenhuis

Na lezing van het artikel van P. J. STEINBERG en D. DE HOOP (1978) moet het mij van het hart, dat ik het verbazingwekkend vind dat er zo veel nauwgezette arbeid, tijd en

energie zijn besteed om iets aan te tonen, waarvan tevoren de uitslag vrijwel met zekerheid te voorspellen was geweest. Tenslotte weten wij dat bacteriën alomtegenwoordig zijn en in ziekenhuizen de pathogene zeker ook.

Daarbij lijkt het mij nuttiger te zoeken naar middelen die de weerstand van mensen tegen deze micro-organismen kunnen opvoeren, dus niet naar middelen die die kiemen kunnen doden, maar naar weerstandbevorderende middelen, zoals bv. thuja d 6 of *Prunus spinosa* 10%, *aurum apis regina* en zo zou ik nog een reeks middelen kunnen noemen die de patiënt weerstandkrachtiger kunnen maken, zodat hij — ook al komt hij in aanraking met de bedoelde kiemen (hetgeen feitelijk voor iedereen geldt) — er niet ziek van wordt.

Het onderzoek zoals is uitgevoerd aan de stethoscoop lijkt mij een voorbeeld van geld- en energieverspilling. Waarbij ik overigens respect heb voor de kundigheid waarmee het onderzoek is uitgevoerd.

Literatuur: STEINBERG, P. J. en D. DE HOOP (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 303.

Amsterdam, maart 1978

G. P. J. MOES-SWAAB

De oorzaak van besmetting van patiënten met pathogene micro-organismen is vaak iatrogeen. Om dit aspect bij een instrument als de stethoscoop te leren kennen (althans voor wat betreft het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit) was het noodzakelijk het door ons beschreven onderzoek te verrichten, te meer daar wij de kunst van het koffiedik-kijken niet machtig zijn. Deze noodzaak werd nog eens geaccentueerd door het aangetoonde verschil in contaminatie van die stethoscopen in het genoemde Engelse ziekenhuis en het AZVU: respectievelijk 20% en 8%.

Dat infectiepreventie voor iedere patiënt van groot belang is spreekt vanzelf. Belangrijke facetten zijn hierbij het verhogen van de weerstand van de patiënt, o.a. door een uitgebalanceerd dieet, en natuurlijk het voorkómen van contact met pathogene micro-organismen.

Het toedienen van weerstandverhogende middelen zoals genoemd door mw. MOES-SWAAB lijkt ons, vooral bij patiënten met extra risico's (zoals brandwondpatiënten, patiënten onder cytostatische therapie, polytraumatisées etc.) niet helemaal afdoende.

Amsterdam, maart 1978

P. J. STEINBERG
D. DE HOOP

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Subediting. — In een „personal paper” schrijft JANE SMITH over haar werk; zij is redactrice van een veelgelezen medisch weekblad. Een medisch auteur, zegt zij, kan vrijwel steeds zijn artikel ergens opgenomen krijgen als hij maar volhoudt. Dat is vreselijk jammer omdat dit schrijvers niet noopt tot beter werken, de lezers noodgedwongen moeten ziften, en omdat slechte artikelen nadeel berokkenen aan de geneeskunde. Redacteurs zijn moreel wel verplicht de zorgeloosheid van schrijvers te lijf te gaan, hen in een keurslijf te rijgen om bruikbaar materiaal te verkrijgen. Rigoreus

redigeren is nuttig om velerlei redenen: helderheid, nauwkeurigheid en enige eenheid van stijl en typografie komen de lezer toe; ook moet hij erop kunnen rekenen dat de stalen van statistische adstructie werkelijk „significant” zijn. „For these reasons, therefore, and also because a British scientist's literary education virtually stops after about the age of 15, the author is not necessarily the best person to prepare his paper for publication.”

Ook weidt zij uit over de kunst van schrappen en herschrijven, zodat het artikel doorzichtiger en indringender wordt. Bondig is beter en er ontstaat meer plaats voor andere bijdragen (te harder moet de redacteur werken om de gewonnen ruimte weer te vullen). Natuurlijk geldt het overgenomen citaat alleen de Britten; maar het is aardig dit zich