

beschreven (BLISS e.a. 1967). De verpleging moet verder bedacht zijn op het gevaar van het ontstaan van een frictie-ulcus. Dit ulcus zien we nogal eens op de stuit ontstaan bij halfzittende bedpatiënten; vanuit die houding kunnen zij gemakkelijk terugzakken in de liggende, waarbij de stuit naar het voeteneinde schuift. Andere verpleegkundige maatregelen, zoals glad strijken van lakens en kleren, verwijderen van ongerechtigheden in bed en bestrijden van incontinentie (snelle verdroging!) zijn ook zeer belangrijk.

Met HAALBOOM ben ik het hartgrondig eens, dat de preventie belangrijker is dan de therapie. We moeten dus een patiënt niet in bed leggen als het niet strikt noodzakelijk is, en, mocht een patiënt toch bedlegerig worden, dan zullen we hem verpleegkundig moeten behandelen — zoals boven kort beschreven — als decubituspatiënt.

Literatuur: BLISS, M. R., R. McLAREN, A. N. EXTON-SMITH (1967) *Brit. Med. J. II*, 394. — HAALBOOM, J. R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1652. — TONINO, C. F. M. (1977) *Onderzoek naar behandeling van decubitus*. Verpleeghuis „Nieuw Vrijthof”, Tiel. — WELTEN, J. B. V. en A. G. J. KLEYZING (1973) De doorligwond, behandeling, preventie en verloop. In: *Klinisch geriatische bijdragen*, bl. 93. Van Loghem-Slaterus-Deventer.

Ochten, november 1978

C. F. M. TONINO

Collega TONINO ben ik erkentelijk voor zijn ingezonden stuk met enkele nuttige aanvullingen op mijn artikel. Ik ben het met hem eens dat het beschreven aantal patiënten klein is. Daarom heb ik ook geen genezingspercentages genoemd. De aanvullende ervaringen in de Kliniek voor Inwendige Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Utrecht hebben echter de beschreven resultaten bevestigd. De resultaten zijn zelfs nog beter, vooral door de grotere ervaring van alle betrokkenen in het behandelingsteam. De verpleegkundige speelt hierin, zoals collega TONINO terecht opmerkt, een grote rol. Ik denk echter niet dat een meer dan normale aandacht voor de patiënt belangrijk is geweest voor het gunstige resultaat, want in ons ziekenhuis steepte de verpleging altijd al veel aandacht aan decubituspatiënten. Essentieel lijkt mij de opmerking van collega TONINO over het frictie-ulcus. Men kan voor- en tegenargumenten aanvoeren over de half-zittende houding van patiënten. Het in nagenoeg alle ziekenhuizen nog gebruikte, na enkele wasbeurten als schuurpapier aanvoelende steeklaken doet de balans echter naar de negatieve kant doorslaan. Het gebruik hiervan bevordert, zeker in half-zittende houding, het ontstaan van decubitus. Het beste is mijns inziens de half-zittende houding af te wisselen met plat liggen en zitten zo rechtop als mogelijk is. Deze laatste, voor ernstig zieke patiënten moeilijk vol te houden houding, zal er snel toe leiden dat er weer een half-zittende houding wordt aangenomen. Ik vrees dan ook dat het frictie-ulcus moeilijk kan worden uitgebannen. Wellicht kan de afschaffing van het steeklaken hier gunstig toe bijdragen.

Utrecht, december 1978

J. R. E. HAALBOOM

De door HAALBOOM (1978) voorgestelde behandeling dient kritisch te worden bekeken alvorens bestralingen met UV-licht, trypure-applicatie en xantinolnicotinaationtoforese worden toegevoegd aan het arsenaal van zalven, smeersels, poeders, anti-stankcompressen, welke de hoofdverpleegkundigen gebruiken in hun strijd tegen het

doorliggen. Zeer terecht stelt de schrijver dat het met de behandeling van decubitus doorgaans droevig is gesteld.

Onvoldoende aandacht krijgt de preventie van decubitus. Zoals het woord aangeeft is het langdurig zitten of liggen in één bepaalde houding de oorzaak van lokale ischemie van de huid op predilectie-plaatsen, welke in later stadium leidt tot erosies en ulcera. Absolute voorwaarde voor een doeltreffende behandeling is het wegnemen van de oorzaak. Bij patiënten die hiertoe niet in staat zijn en hiertoe ook niet gebracht kunnen worden, is het de taak van de verpleging de oorzaak weg te nemen. Een zéér arbeidsintensieve en ondankbare taak overigens, die — zoals eerder gezegd — doorgaans ongaarne of onvoldoende wordt vervuld. Het belangrijkste aandeel in de preventie moet echter komen van de patiënt zelf. Het uitvoeren van eenvoudige gymnastische oefeningen op regelmatige tijden zorgt voor een fysiologische stimulering van de bloedcirculatie. Daarbij moet de patiënt aangeleerd worden regelmatig, d.w.z. om de vijf à tien minuten, te gaan „ver-zitten of ver-liggen”. Ook gezonde personen doen dat reflexmatig, omdat paresthesieën bijvoorbeeld in de regio van het zitvlak daartoe aanleiding geven. Bij patiënten waar dit reflex-mechanisme geheel of gedeeltelijk verdwenen is, moet door middel van intensieve revalidatie en oefeningen deze reflex „aangeleerd” worden. Het is zinloos decubituswonden te behandelen als niet met grote zekerheid vaststaat dat de patiënt niet vervalt in zijn oude gewoontes, waardoor de ulcera ontstonden. Vanzelfsprekend zijn aangepaste zittingen of matrassen hierbij noodzakelijk — de bioscoopstoelen zijn ook gecapitonneerd!

De operatieve behandeling wordt door HAALBOOM in een groot aantal der gevallen als onmogelijk beschouwd, omdat de patiënten in een te slechte algemene conditie zijn en een algehele anesthesie niet kunnen verdragen. Indien de toestand zo slecht is, zal de wondgenezing dat ook zijn; van allerlei lokale therapie is dan weinig heil te verwachten. Deze patiënten verkeren doorgaans in een „katabole” voedingsfase waarvoor de continue gewichts daling een eenvoudige maatstaf is. Door deze patiënten in een „anabole” voedingsfase te brengen, bijvoorbeeld door enterale of parenterale hyperalimentatie, en door behandelen van bijkomende ziekten en deficiënties, legt men de basis voor een goede wondgenezing. Het bedekken van een goed granulerend defect met een huidtransplantaat of huidlap kan de tijdsduur van totale genezing aanzienlijk bekorten.

In zijn therapie-schema worden flegmoneuze ulcera behandeld met ultraviolet licht; BRZĘDECKI (1897) vond óók dat magnetisme hielp tegen brandwonden. Een ulcus met necrose en pus dient behandeld te worden. met het lancet en pincet, zodat het dode weefsel verwijderd wordt en ruime afvoer van etter gewaarborgd is, eventueel ondersteund met antibiotische therapie. De xantinolnicotinaationtoforese is slechts bij 1 patiënt toegepast, zonder vermelding van het resultaat. Of was dat bij één der patiënten die overleden zijn „zonder aanwijzingen van sepsis t.g.v. decubitus”, doch wellicht aan ernstige katabole stoornissen². In zijn tabel 1 worden de patiënten, behandeld met trypure aangegeven tussen „haakjes” — zeer terecht want trypure tast niet alleen dood weefsel aan, maar stellig ook granulatiweefsel.

Gezien de resultaten van HAALBOOM's behandeling mag aan het effect daarvan ernstig worden getwijfeld. Van de 30 patiënten waren 4 weken na aanvang van de behandeling nog 28 patiënten over. Hiervan waren slechts 7 (25%) genezen, 4 in hetzelfde stadium gebleven en 2 verergerd. In totaal had dus bij 21% van de patiënten 28 dagen intensieve behandeling geen enkel succes! Van de overige 15

patiënten wordt gemeld dat er een zeer aanzienlijke verbetering optrad, die ook later doorzette. Het is te betreuren dat dat „latere” resultaat niet is verwerkt in de publikatie. Interessant zou zijn te weten of, na aanvankelijke verbetering, de ulcera en wonden uit de groepen III en IV terugvallen in het oorspronkelijke stadium. Dan heeft de onderzoeker ten minste onomstotelijk aangetoond dat zijn voorgestelde behandeling totaal geen effect heeft. En een goed negatief resultaat is minstens zo waardevol als een positief resultaat, wanneer het wetenschappelijk onderzoek betreft.

De behandelde wonden en ulcera zijn niet beoordeeld en ingedeeld naar grootte van oppervlak en diepte. Het is aannemelijk dat de aanzienlijke verbetering optrad bij kleine, niet diepe en niet chronische ulcera, welke altijd goed reageren op frequente wisselvingen en mobilisatie. De schrijver geeft dit zelf óók aan als meest waarschijnlijke oorzaak van de behaalde successen.

Een simpele, goedkope en rationele lokale behandeling van decubitus is het zg. „fysiologisch-zout-verband”. Goed uitgewrongen vochtige gazen worden in nauw contact met het wondoppervlak gebracht. Door de capillaire werking worden bacteriën en débris in het gaas opgezogen, dat even voordat het volledig droog is, verwijderd moet worden. Het laat zich dan pijnloos uit de wond nemen en de wisseling moet doorgaans om de 3-4 uur gebeuren. Is het gaas te droog geworden en daardoor vastgeplakt aan de wond, dan dient het voorzichtig losgetrokken te worden, zodat wond-débris ook inderdaad met het gaas meegaat. Veelal worden vastgekleefde gazen losgeweekt in water, hetgeen natuurlijk het omgekeerde effect heeft en daarom verboden is. Necrotisch of sub-vitaal weefsel moet met schaar en pincet verwijderd worden. Dat behoeft niet per se door een chirurg te geschieden. Iedere arts kan dit doen en een geïnteresseerde verpleegkundige kan ook in korte tijd de juiste handelingen leren uitvoeren. Indien deze behandeling wordt uitgevoerd te zamen met de preventieve revalidatiemaatregelen bij een patiënt in een anabole stofwisselingsfase, is succes verzekerd.

Literatuur: HAALBOOM, J. R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1652. — BRZEDECKI, K. (1897) *Magnetisme tegen brandwonden*. In: *Ha dokter, ho dokter*, bl. 103. De Haan, Bussum.

Amsterdam, november 1978

R. B. BERGMAN

Terecht legt collega BERGMAN grote nadruk op het belang van preventieve maatregelen voor het voorkomen van decubitus. Dat is uiteraard ook mijn mening. Uit zijn ingezonden stuk valt echter op te maken dat hij slechts ervaring heeft met een selecte groep decubitus-patiënten, nl. zij die in aanmerking komen voor chirurgische therapie. Hij heeft blijkbaar geen ervaring met de chronisch zieke patiënt, die ondanks alle preventieve maatregelen toch decubitus ontwikkelt, zoals veel wordt gezien in de algemene en geriatrie praktijk. Ondersteunende therapeutische maatregelen als hyperalimentatie of zelfs parenterale voeding zijn daar veelal niet mogelijk. Juist voor deze groep van patiënten werd mijn onderzoek verricht.

Ik dank collega BERGMAN voor zijn interessante literatuur-verwijzing. Indien hij het desbetreffende stukje zelf ook nog had gelezen zou hij hebben geweten, dat de genoemde BRZEDICKI niet de behandelend arts was, maar de vader van het door magnetisme „genezen” meisje. Dat ultraviolet licht wel degelijk fysische effecten op het menselijk lichaam heeft, behoeft ik hier niet te betogen.

Wat betreft het genezingspercentage van de in mijn artikel beschreven patiënten het volgende: het is collega BERGMAN ontgaan dat een genezen wond tot geruime tijd na de feitelijke genezing nog een roder aspect heeft dan het omringende weefsel. Mijn stadium I was gedefinieerd als „pseudo-erytheem” of roodheid. Vandaar dat het genezingspercentage niet de door collega BERGMAN berekende 25 was, maar in werkelijkheid 63, namelijk 19 van de oorspronkelijk 30 patiënten.

Utrecht, december 1978

J. R. E. HAALBOOM

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Campylobacter-besmetting door ongekookte melk van de boerderij. — In het *Communicable disease report* (24-11-1978) van de Public Health Laboratory Service wordt mededeling gedaan van door *Campylobacter* veroorzaakte gastro-enteritis bij patiënten die rauwe melk rechtstreeks van de boerderij betrokken. Uit de faeces van 29 personen uit de gezinnen waarin deze melk ongekookt was gedronken werd 13 maal *Campylobacter* geïsoleerd, in 9 gevallen bij patiënten met diarree. Eén patiënt dronk gewoonlijk alleen gepasteuriseerde melk maar hij had toevallig éénmaal een kop rauwe melk op de boerderij gedronken. *Campylobacter* werd ook gevonden in de tepelhouders, bij het elektrisch melken gebruikte houders die om de tepel sluiten. De nadere typering was ten tijde van de publikatie nog niet bekend.

Ook in Nederland is de verkoop van rauwe melk direct van de boerderij toegestaan. Enkele jaren geleden werd dit recht op grond van Europese regelingen opnieuw aan de boeren toegekend. Daarbij is een belangrijke verworven-

heid op het terrein van de Volksgezondheid ten dele prijsgegeven om in de pas te lopen met een regeling die aan landen met een primitief melkdistributiesysteem de directe verkoop van de boerderij mogelijk moet maken.

VERENIGDE STATEN

Butylnitriet als pepmiddel en aphrodisiacum. — Butylnitriet wordt in de Verenigde Staten op grote schaal verkocht (omzet 20 miljoen dollar per jaar) als middel om „high” te worden en als seks-stimulans. Deze mode vindt haar oorsprong in het gebruik dat een kleine groep van „Kick-Seekers” maakte van het slechts op recept verkrijgbare amylnitriet. Dit middel werd vroeger aan patiënten met angina pectoris voorgeschreven. Beide stoffen geven vaatverwijdering („flushed face”) en daling van de bloeddruk en zij versnellen de hartslag. De gebruikers verklaren dat zij er „high” van worden en het gevoel krijgen van hun remmingen te zijn bevrijd. Volgens discodansers wordt het ritme van de muziek intenser beleefd. Verder zou het gebruik tijdens de coïtus het orgasme verlengen en