

Met veel belangstelling hebben wij kennis genomen van het artikel van WARMENHOVEN e.a. (1981) over hun onderzoek naar de medische gevolgen van martelingen bij in Nederland verblijvende vluchtelingen. Terecht wordt ook gewezen op het grote aandeel van psychische problemen bij de presentatie van de klachten tijdens en vlak na het martelen.

Wij betreuren het dat slechts van de oprichting van het Centraal Medisch Team voor Vluchtelingen is gesproken, terwijl het voor de auteurs als bekend mag worden verondersteld dat vanaf september 1978 een Sociaal Psychiatrische Dienst voor Latijns-Amerikaanse Vluchtelingen (SPD-LAV) is opgericht en is ondergebracht bij de Stichting „Singel 50” voor Geestelijke Gezondheidszorg te Amsterdam. Deze SPD-LAV is belast met de psychische opvang en begeleiding van alle in Nederland verblijvende Latijns-Amerikaanse vluchtelingen.

Literatuur: WARMENHOVEN, C., H. VAN SLOOTEN, N. LACHINSKY e.a. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 104.

Amsterdam, januari 1981

O. MARKX

Collega DRAIJER heeft gelijk met zijn opmerking over het gebruik van de „elektroshock” in tabel 2. Uiteraard bedoelen wij elektrische schokken. Er is inderdaad een essentieel verschil tussen elektrische schokken, zoals die bij de door ons beschreven personen werden toegepast, en de vooral vroeger in de psychiatrie gebruikte elektroshocktherapie.

Het lijkt ons onjuist om alle actiegroepen te betitelen op de wijze zoals collega DRAIJER dat doet.

Welk land bedoeld wordt in de laatste alinea is ons niet duidelijk; wellicht de Sovjet Unie of China. Bij ons onderzoek waren wij afhankelijk van het aanbod van vluchtelingen. Het is bekend dat de laatste jaren veel mensen uit Latijns Amerika en zeer weinig uit Midden- en Oost-Europa arriveren, hetgeen niet inhoudt dat wij niet ook aandacht hebben voor de grote problemen in andere landen.

Wij danken collega MARKX voor zijn aanvulling. Wij waren op de hoogte van het bestaan van de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Latijns-Amerikaanse Vluchtelingen. Er zijn uiteraard meer instanties, die wij niet alle hebben kunnen noemen.

's-Gravenhage, februari 1981

N. LACHINSKY

De hyperbare-zuurstofbehandeling van acuut huidgangreen

In zijn artikel geeft collega D. J. BAKKER (1980) een indeling van acuut huidgangreen in twee hoofdgroepen: necrotiserende fasciitis en progressief bacterieel gangreen. Bij bacteriologisch onderzoek worden diverse uitkomsten in beide groepen verkregen.

Naar mijn mening pleit deze diversiteit tegen een primair etiologische betekenis van de gekweekte bacteriën. Bij bespreking van de etiologie noemt collega BAKKER terecht bacteriën niet als oorzaak. Om verwarring te voorkomen lijkt mij de naam progressief bacterieel gangreen dan ook niet op zijn plaats. Ongetwijfeld kan een bacteriële infectie oorzaak van gangreen zijn. Het is dan wel een eis, voordat de diagnose met zekerheid wordt gesteld, dat het desbetreffende micro-organisme gekweekt kan worden.

Rook e.a. (1972) geven in hun boek een indeling van gangreen in vier groepen: gangreen door uitwendige oor-

zaken, door infecties, door een abnormale weefselreactie op prikkels en door vasculaire afwijkingen. Deze indeling lijkt mij zinvoller dan die, welke door collega BAKKER wordt voorgesteld.

Literatuur: BAKKER, D. J. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2164. – ROOK, A., D. S. MILKINSON en F. J. G. EBLING (1972) *Textbook of dermatology*, bl. 979.

Vlissingen, januari 1981

D. J. H. VERMEER

Collega VERMEER ben ik zeer erkentelijk voor zijn bijdrage aan de discussie over het acute huidgangreen. Uiteraard is mijn artikel niet het laatste woord in deze moeilijke materie en het is ook niet onmogelijk dat een chirurg wat neigt tot simplificeren in de nomenclatuur.

Dat bij bacteriologisch onderzoek verschillende uitkomsten in beide groepen gangreen worden verkregen pleit mijns inziens toch niet per se tegen een primair etiologische betekenis van de gekweekte bacteriën. Zoals gezegd vond Meleney bij zijn patiënten in alle gevallen een hemolytische streptokok en hij kende hieraan dan ook terecht etiologische betekenis toe. De verandering in het bacteriologische patroon van de gekweekte bacteriën tot één waarin we nauwelijks nog de weg lijken te kunnen vinden, hangt mijns inziens samen met het sterk toegenomen gebruik van vele soorten antibiotica, vooral ook bij deze door mij beschreven patiënten die immers vrijwel alle een ernstig grondlijden hadden. De micro-organismen zijn in zoverre van belang dat ze tot weefseltrauma in de zin van infectie aanleiding geven. Welke bacterie dit dan veroorzaakt is van minder belang.

Op deze grond zou men inderdaad bezwaar kunnen aantekenen tegen de toevoeging „bacterieel” aan de term progressief huidgangreen en zou men wellicht beter alleen kunnen spreken van „bacterieel huidgangreen”, alhoewel niet vergeten moet worden dat in alle gevallen wel één of meer micro-organismen werden gekweekt.

Een ander argument tot het handhaven van de term „progressief bacterieel gangreen” ligt in het historische feit dat sinds CULLEN in 1924 deze vorm voor het eerst beschrijft, steeds de toevoeging „bacterieel” in de nomenclatuur wordt gevonden. Bovendien vond onlangs GIULIANO (1977) nog wel een bepaald bacterieel patroon bij deze patiënten zodat ik de term toch zou willen handhaven.

De indeling van de verschillende gangreenen door Rook e.a. in hun *Textbook of dermatology* betreft alle vormen van gangreen, dus ook van weefselversterf door bevriezing of door diabetische vaatafwijkingen. Hierbij behoren dus ook andere typen dan we bij het acute huidgangreen tegenkomen. Daarbij is de bovengenoemde indeling een etiologische en is juist de etiologie van het acute huidgangreen onduidelijk of zeer complex. Ik meen dat het ontstaan van de door mij beschreven gangreenen juist berust op een samenspel, hoe dit dan ook moge zijn, van alle door Rook e.a. genoemde oorzaken. Het leek mij daarom beter een indeling te geven in die aspecten, die de verschillende vormen van gangreen met elkaar gemeen hebben, namelijk de macroscopische en de microscopische, en niet in die etiologische aspecten waarvan we niet weten of ze en in hoeverre ze een rol spelen in het ontstaan.

Literatuur: CULLEN, T. S. (1924) *Surg. Gynec. Obstet.* 38, 579. – GIULIANO, A. e.a. (1977) *Amer. J. Surg.* 134, 52. – MELENÉY, F. L. (1924) *Arch. Surg.* 9, 317.

Baambrugge, februari 1981

D. J. BAKKER