

ARTS EN SAMENLEVING



BESPREKINGEN

EERSTE HULP BIJ MASSA-ONGELUKKEN. — Begin October van dit jaar reden in Engeland twee treinen op elkaar in. De ontredde was groot, en er waren vele slachtoffers. Een aantal plaatselijke artsen begon reeds zeer kort na het ongeluk met de hulpverlening aan de gewonden. Zij laafden de slachtoffers, verzorgden de wonden, spotten ter pijnstilling morphine in. De eerste *georganiseerde* hulp werd echter geboden door een geneeskundige eenheid van de Amerikaanse Luchtmacht, bestaande uit artsen, verplegers en verpleegsters, voorzien van alle mogelijke hulpmiddelen. Deze groep was precies 2 uur en 10 minuten na het ongeluk op de plaats des onheils.

Door toedoen van de Amerikaanse hulpgroep was het mogelijk ter plaatse bloedtransfusies toe te dienen. Iedere gewonde werd op voorgeschreven wijze van een gewondenkaart (in dit geval een „label”) voorzien en zo spoedig mogelijk in gereed staande ambulances naar een ziekenhuis vervoerd.

Bij al het goede dat te loven viel, waren er echter enkele punten in de geneeskundige behandeling, die de aandacht verdienen, omdat deze punten principiële tactische handelingen betreffen, welke bij elk ongeluk, hetzij in vrede of in oorlog, aan de orde komen. Twee ingezonden stukken in de *British medical Journal* (25 Oct. 1952, bl. 942) brengen bedoelde principes in herinnering.

In het eerste ingezonden stuk beschrijft R. TUDOR-EDWARDS de uitstekende prestaties van de Amerikaanse hulpgroep, maar vraagt zich tevens af, waarom er in Engeland niet dergelijke eenheden paraat worden gehouden, om, juist bij ongelukken op afgelegen plaatsen, snel en afdoende hulp te bieden. De inzender begeeft zich niet in details, doet geen voorstellen omtrent de samenstelling van een dergelijke groep, noch ook over de wijze van vervoer naar de plaats van het ongeluk, maar beperkt zich terecht tot het uitspreken van de behoefte aan een dergelijke organisatie. Vooral in landen, die reeds ver ontwikkelde militair-geneeskundige diensten bezitten, en waar het Rode Kruis zich beijvert in tijden van catastrophen hulp te bieden, moet het mogelijk zijn op dit gebied voorzieningen te treffen. Afgezien van het praktische nut van een dergelijke parate groep in vredetijd, komen de ter bereiking van de paraatheid noodzakelijke oefeningen ook nog ten goede aan de vaardigheid der organisaties, welke zich nu eenmaal op hulpverlening in tijden van groter onheil moeten voorbereiden.

In het tweede ingezonden stuk beschrijven J. J. GORDON en R. B. MCGRIGOR hun ervaringen bij de verzorging van de gewonden, die door het Edgware General Hospital werd geboden. Van de 96 patiënten, die het ziekenhuis in de ochtend van de 8e October bereikten, werden 54 opgenomen. Op zijn minst 13 van deze patiënten hadden vóór aankomst in het ziekenhuis morphine-injecties gekregen, zonder dat op de gewondenkaart iets was aangetekend omtrent tijdstip, aantal en grootte der injecties. De inzenders dringen erop aan dat de arts, die ter eerste-hulpverlening wordt geroepen, desnoods met een huidpotlood op de patiënt zelf aantekent wat hij deze heeft toegediend, of dat hij de hulp inroept van een vrijwilliger, die onder het werk door, op papier zet wat de arts hem dicteert.

Een volgend punt, dat ook in volgorde van belangrijkheid op de derde plaats komt, betreft het laven van gewonden. Laatstgenoemde inzenders achten het toedienen van vloeistoffen zoals warme, zoete thee of meer stimulerende vloeistoffen volkomen verantwoord voor licht gewonden, of voor erg geschrokken mensen (en voor de helpers zelf), maar zijn van mening dat men de zwaar

gewonden, die waarschijnlijk door een operatie zullen moeten worden geholpen, niet mag laten drinken. Hieronder vallen niet alleen personen die verwondingen van de ingewanden hebben opgelopen, maar ieder slachtoffer dat onder algemene narcose moet worden geholpen. Deze patiënten gaan vroeger of later braken, waardoor de operatie wordt bemoeilijkt.

Ten slotte bespreken deze inzenders het nut van bloedtransfusie op de plaats des onheils. Zij menen, dat met het geven van de transfusie in vele gevallen kostbare tijd verstrijkt, en wat erger is, dat bovendien tijdens het vervoer naar het ziekenhuis veel van het ingespoten bloed weer verloren gaat. In enkele gevallen werkt de transfusie ter plaatse inderdaad levensreddend; maar vooral indien er in de buurt afdoende chirurgische hulp beschikbaar is, achten zij het tijdstip dat de patiënt het ziekenhuis wordt binnengedragen, het geschiktst voor de bloedtransfusie.

Al degenen, die wel eens geroepen werden om bij massa-ongelukken hulp te verlenen, kennen het belang vooral van de eerstgenoemde principes, de paraatheid voor hulpverlening, en de goede berichtgeving. Het opmerken van de tekortkomingen bij de overigens alleszins lovenswaardige wijze waarop de hulp bij het Engelse spoorwegongeluk werd verleend, heeft zijn grote verdienste; nut kan dit echter pas afwerpen, wanneer de geformuleerde desiderata aanleiding geven tot de organisatie en de oefening van zulke hulp-groepen als door de eerste inzender wordt bedoeld.

M. M. HILFMAN

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.



PENICILLINE-DEPOTPRAEPARATEN

Naar aanleiding van het artikel van BLOM-IDES en POLANO¹ over de bruikbaarheid van P.A.M. als depot-praeparaat, zou ik gaarne het volgende opmerken:

Schrijvers hebben aangetoond, dat P.A.M. een zeer vlakke 24-uurs-spiegel geeft en dat het grote overeenkomst toont met het retarcilline. Het is stellig niet veel beter dan retarcilline, hetgeen uit de medegedeelde getallen blijkt. Dat de spiegel van retarcilline na 24 uur 0,06, van P.A.M. 0,12 bedraagt, is niet zo belangrijk, daar het blijkt, dat in de laatste kolom het P.A.M. + Na-penicilline ook slechts 0,09 E. na 24 uur geeft. Het verschil na 24 uur tussen P.A.M. en P.A.M. + Na-penicilline had ik graag wat nader toegelicht gehad. Het is toch wel zeer onwaarschijnlijk, dat toevoegen van 100.000 E. Na-penicilline aan de olie-oplossing, de spiegel na 24 uur *lager* maakt, terwijl er van een piekeffect niets merkbaar is. Hiermede verliest het gevonden verschil met retarcilline voor mij sterk aan waarde.

Schrijvers hebben mijns inziens uitsluitend aangetoond, dat P.A.M. als depot-praeparaat iets langer werkt dan depocilline en retarcilline; dat het niet mengbaar is met Na-penicilline, en dat bicilline als het enige depot-praeparaat dat een gelijkmatige spiegel combineert met een piek, voor de meerderheid der infecties te verkiezen zal zijn. Een constante, lage spiegel zonder pieken houdt het gevaar in, dat de bacteriën gemakkelijk resistent worden en minder gevoelige in het geheel niet worden getroffen.

Het artikel suggereert de terugkeer naar een behandeling met een (in den regel te lage) constante bloedspiegel. Het suggereert, dat meestal een spiegel van 0,3 E. of lager toereikend is. Het vestigt onvoldoende aandacht op de grote waarde van de intermitterende behandeling, waarbij alleen de, veelal noodzakelijke, hoge spiegels te bereiken zijn.

Internisten en chirurgen hebben in den regel te maken met infecties, waarbij levensgevaar dreigt en waarbij men liever te hoog dan te laag doseert. Bovendien zijn deze infecties vaak minder gevoelig en minder gemakkelijk voor penicilline bereikbaar, zodat ook daarom een constante spiegel van ongeveer 0,3 E. in deze gevallen ontoereikend is.

De toepassing van depocilline is in de afgelopen jaren in de huispractijk in vele gevallen een mislukking gebleken. Het bicilline, bij voorkeur 2 maal per 24 uur ingespoten, betekende een aanzienlijke winst. Het valt te betreuren, dat door dit artikel op onvoldoende gronden