

Uit zijn laatste zin blijkt, dat coll. CRUL de statistische methoden niet vertrouwt. Door de wisselmethode en de variantie-analyse zijn de afwijkingen in operatie- en narcosetechniek, hoeveelheid narcotica en zo voort zo goed mogelijk mathematisch genivelleerd. Ondanks het zo genaamde kleine aantal patiënten (2×22) is de conclusie sterk significant ($P_2 = 0,01$). Het aantal patiënten blijkt derhalve voldoende te zijn; critiek hierop mist elke grond.

Pethidine is geen narcoticum, is zelfs een slecht sedativum; toevoeging ervan kan de narcose niet verdiepen. Pentothal is een narcoticum; toediening hiervan vermindert de hoest niet. In mijn onderzoek is in de groep zonder pethidine meer pentothal gebruikt; toch hoesten de patiënten significant meer dan in de pethidinegroep. Dat in de pethidinegroep 4 op de 15 patiënten ongeveer een uur later wakker zijn, wijst niet op een diepere narcose. De lang nawerkende analgesie is de oorzaak dat de patiënten in deze groep niet na korte tijd reageren op klappes en kneepjes.

Ten slotte: een „feit” waaraan niemand twijfelt, behoeft niet waar te zijn. In de dagen van GALILEÏ twijfelde ook niemand er aan, dat de zon om de aarde draaide!

Utrecht, 24 Februari 1953

J. PH. BUSCHKENS

VERANTWOORDELIJKHEID VOOR TIJDENS NARCOSE GEMAAKTE FOUTEN

Het ingezonden stuk van collega VAN GELDEREN¹ geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen: De opererende chirurg kan onmogelijk twee dingen tegelijk goed doen. Hij kan zich niet op zijn chirurgische werk concentreren en tegelijkertijd de juiste anaesthetische handelingen verrichten (of laten verrichten). Daarbij komen dat de narcotiseur de gehele patiënt, met de pols, bloeddruk, kleur, vulling der vaten, ademhaling en zo voort, meer overziet dan de chirurg, die zijn aandacht geheel moet wijden aan het werk zijner handen. De beste kapitein zal in de gebieden, die hem niet geheel bekend zijn, een loods aan boord nemen.

Wanneer twee specialisten op het zelfde ogenblik een patiënt behandelen, dan is het ondenkbaar, dat de een zijn wil aan de ander oplegt, omdat hij meent de enig verantwoordelijke te zijn. Het enige dat hier de koers bepaalt is het *welzijn van de patiënt* en dit wordt door onderling overleg gevonden.

In zoverre is de chirurg voor de narcose verantwoordelijk, dat hij de goede narcotiseur voor zijn patiënt kiest, maar is door goede samenwerking de operatieve behandeling ingesteld, dan blijft ieder op zijn gebied verantwoordelijk.

Dit alles stemt overeen met het antwoord van de Redactie en zelfs met het door collega VAN GELDEREN aangehaalde stukje uit JOHNSON en KIRBY, want de patiënt blijft van de chirurg, net zo goed wanneer een chirurgische patiënt tijdelijk door een internist behandeld wordt, bij voorbeeld om een diabetes te reguleren.

Literatuur: CHR. VAN GELDEREN (1953) *N.T.v.G.* 97, 564.

Enschede, 1 Maart 1953

J. L. NIERSTRASZ

(Discussie gesloten, REDACTIE)

BERICHTEN



BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — LEERGANG OVER WERELDGEZONDHEID. Van 4 tot 15 Mei wordt te Genève het 5de „Seminar on World Health” gehouden, bestaande uit elf voordrachten van deskundige ambtenaren van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het programma is aan te vragen aan het adres der World Federation of United Nations Associations, Palais des Nations, Avenue de la Paix, Genève.

ENGELAND. — DE EISEN, AAN EEN GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT TE STELLEN. De redacteur van het *New England Journal of Medicine* heeft onlangs verklaard, dat „the prominent feature of any journal is its original papers” en dat „obviously, few papers will be of universal interest to all the Journal’s readers”. Naar aanleiding van deze verklaring van zijn Amerikaanse confrère heeft zich de redacteur van de *British Medical Journal* (28 Februari 1953, bl. 496) eveneens in zijn taak verdiept. Ook zijn blad is niet bestemd voor huisartsen of specialisten, of hygiënisten, of laboratoriumwerkers. „It is a journal which aims at representing the best of British medicine”. Men moet dan ook betwijfelen, dat het toenemend aantal bladen voor