

GRILIN (1961) Dysgammaglobulinaemia and recurrent bacterial infections. *Lancet* I, 700.

Haarlem, 4 februari 1969

N. F. VOGEL

De van ZAWADSKI en EDWARDS (1967) afkomstige term „dysimmunoglobulinemie” heeft het voordeel, aan te geven op welk gebied de abnormale globulinesynthese ligt, prejudicieert niet en is veelomvattend, zonder uitspraken te doen over een eventueel pathologisch zijn van een globuline. Met name dit laatste kan niet gezegd worden van de term „paraproteïne”, (zie de bezwaren van WALDENSTRÖM 1968). Het blijft een tekortkoming, dat in de term „dysimmunoglobulinemie” niet tot uiting komt, dat het hier om M-componenten gaat. De term „dysgammaglobulinemie” is overigens veel minder in gebruik om afwijkingen aan te duiden waarbij een M-component voorkomt (JANEWAY c.s. 1967).

Het is juist, dat bij een klein deel van de aanvankelijk als „essentiële dysimmunoglobulinemie” geïdentificeerde patiënten later een maligne lymforeticulaire aandoening manifest wordt. Een omschrijving zoals „dysimmunoglobulinemie zonder verschijnselen van lymforeticulaire maligniteit” voor deze „groupe d'attente” zou inderdaad exactheid aan kortheid hebben opgeofferd.

De term „essentiële benigne monoclonale hypergammaglobulinemie” werd, hoewel hieraan zeker de door collega VOGEL genoemde bezwaren kleven, aangehouden omdat deze door het werk van WALDENSTRÖM c.s. een zo gebruikelijke aanduiding is geworden voor een vrij goed gedefinieerde toestand, dat misverstand niet leek te duchten.

Literatuur: JANEWAY, C. A., F. S. ROSEN, E. MERLER en C. A. ALPER (1967) *The gamma globulins*. Little, Brown & Co., Boston. — WALDENSTRÖM, J. G. (1968) *Monoclonal and polyclonal hypergammaglobulinaemia*. Cambr. University Press, Cambridge. — ZAWADSKI, Z. A. en G. A. EDWARDS (1967) Dysimmunoglobulinemia in the absence of clinical features of multiple myeloma and macroglobulinemia. *Amer. J. Med.* 42, 67.

Rotterdam, 17 februari 1969

C. FRANCKE
W. N. ROBERT

NARCOSE-ONGEVALLLEN

In dit tijdschrift zijn door de collegae VAN DIJK en SCHUURMANS STEKHOVEN (1969) opmerkingen gemaakt over narcose-ongevallen naar aanleiding van een Commentaar (1968).

Vaak merk ik, zelfs bij collegae, hoe weinig inzicht men heeft in de werkzaamheden van de anesthesist. Daarom zullen de drie artikelen in *Medisch Contact* (1968, 1969) zeker nuttig zijn geweest.

De bovengenoemde collegae zien m.i. de situatie rondom de hartstilstand iets te eenvoudig. In de praktijk ligt de zaak anders; daarom laat ik hier enkele opmerkingen volgen:

Natuurlijk ontstaat hartstilstand in de meeste gevallen onverwachts. Het is vaak zeer terecht om te spreken van „slechts” 3 tot 4 minuten tijd te hebben om de resuscitatie te beginnen. Denk maar eens aan situaties waarin abundante bloedingen bestaan, omstandigheden waarin de patiënt niet op zijn rug ligt, maar in zij- of buikligging geopereerd wordt, gelegenheden waarbij instrumenten-tafeltjes gedemonteerd moeten worden, enz.

Wanneer precies beginnen de beschikbare drie tot vier minuten? Bij buik- en thoraxoperaties kan de chirurg ons snel inlichten, maar bij andere operaties kan men even twijfelen.

Men zou akkoord kunnen gaan, met bij iedere narcosepatiënt een monitor aan te sluiten. Maar de praktijk leert,

dat de mate waarin dit meer zekerheid zou bieden, heel vaak overschat wordt. De anesthesist, die al de gehele dag aan knopjes van allerlei soorten toestellen draait om te regelen, in te stellen, bij te stellen, te ijken enz., is er volledig van doordrongen, dat apparatuur onbetrouwbaar is in die zin, dat er op ieder tijdstip ergens een stoornis kan ontstaan. Het gebeurt geregeld dat de controle-apparatuur foute waarden aanwijst.

Tijdens de algehele narcose heeft de anesthesist zijn aandacht grotendeels nodig voor patiënt, beademing en operatie; dat wil dus zeggen, dat ieder toestel dat belangrijke gegevens moet verstrekken, onmiddellijke controle nodig heeft van een vakkundig persoon, die niet alleen behoeft af te lezen bij welk cijfertje de naald van de meter staat, maar ook moet kunnen beoordelen en eventueel moet kunnen controleren of die gegevens met de werkelijkheid kloppen.

En als men het er zo over eens is, dat tijdens narcoses meer apparatuur gebruikt moet worden, hoe moeten wij dan op de polikliniek werken? Daar worden per uur ongeveer 8 tonsillectomieën en 6 curettages verricht.

Het is mijn stellige overtuiging dat meerdere zekerheid tijdens algehele narcose niet in de eerste plaats verkregen wordt door het aansluiten van controle- en registratie-apparatuur, maar wel wanneer de anesthesist onder gunstiger omstandigheden zal kunnen werken. Het zou te ver voeren om hier nader op in te gaan; men leze bovengenoemde artikelen in *Medisch Contact*. Het werk dat gedaan moet worden is te veel, er zijn daarvoor nu eenmaal te weinig anesthesisten. Daarom sanctioneren de ziekenfondsen het werken aan twee operatie-tafels tegelijkertijd. Daar is ook het fondshonorarium op gebaseerd.

Reorganisatie op korte termijn is nu nog niet mogelijk, maar wel kunnen er betere omstandigheden voor het werk van de anesthesist geschapen worden door in de eerste plaats te zorgen voor voldoende en competente hulpkrachten. Dan kan de anesthesist zijn volle aandacht wijden daar waar dat nodig is, en ook wat meer doen aan de zo belangrijke pre- en postoperatieve verzorging. Dit komt de veiligheid van de patiënt tijdens de ingreep zeker ten goede.

Literatuur: Het specialisme anesthesie (1968, 1969) *Medisch Contact* 23, 1375; 24, 5 en 39. — Commentaar (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 2147. — VAN DIJK, L. M. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 40. — SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 41.

Enschede, 6 februari 1969

J. L. NIERSTRASZ

MAZELEN EN DE NOODZAAK TOT VACCINATIE

De mededeling van Dr. M. F. POLAK (1968) noopt mij tot het volgende commentaar. De mening, dat mazelen „slechts één van de kinderziekten” is, verliest snel grond, hoewel aan de ziekte naar mijn mening nog niet het belang wordt gehecht, dat ze verdient. Vooral indien men ervan uitgaat, dat mazelen in tropische en subtropische gebieden — waar de medische voorziening vaak onvoldoende of niet aanwezig is en waar de voeding te wensen overlaat — een „killer” is in de waarste zin van het woord. GORDON, SINGH en WYON (1961) hebben dit duidelijk gemaakt door hun onderzoekingen in India, waar mazelen één van de tien voornaamste doodsoorzaken is. Dat India geen uitzonderingsplaats inneemt, bleek opnieuw uit de publikaties van MORLEY, MARTIN en ALLEN (1967a, b; gerefereerd in dit *Tijdschrift* (1968)).

Terwijl het niet eenvoudig is de relatie wanvoeding („proteïne-calorie Malnutrition”) — ziekte, in dit geval wanvoeding — mazelen in maat en getal uit te drukken, hebben ver-