

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” geclassificeerde 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 narcose-patiënt 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-

schillende onderzoekers toch wel aangetoond, dat er een duidelijke wisselwerking bestaat. Voor de in de tropen werkzame arts is het een dagelijkse ervaring, dat een met koorts gepaard gaande ziekte een kind binnen korte tijd tot een ernstige graad van wanvoeding kan brengen. Mazelen, met de erbij komende complicaties kan ware ravages aanrichten.

De resultaten van een epidemiologisch onderzoek verricht door het „Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP)” in drie Indiaanse bergdorpen in Guatemala kunnen dienen als verder „bewijsmateriaal”, terwijl ze eveneens een indruk geven van het wisselende verloop van een epidemie. Dit onderzoek vond plaats in de jaren 1959-1963 (GORDON, JANSEN en ASCOLI 1965). Een mazelen-epidemie begon in 1960 onder de schoolkinderen in Santa Cruz Balanyá (1459 inwoners). De schoolkinderen besmetten de kleuterbevolking. Toen de epidemie na 6 maanden ten einde liep, waren in totaal 136 gevallen geregistreerd, waarvan 78 (57 pct) onder de kleuters. De totale letaliteit was 6,6 pct (9,0 pct onder de kleuters en 4,4 pct onder de schoolkinderen). Een nieuwe epidemie brak uit in 1963, opnieuw onder de schoolkinderen. Dit maal werden 70 gevallen waargenomen; de letaliteit was 7,1 pct. Grafisch waren beide epidemieën zo goed als identiek, met een verdeling die scheef was naar rechts. In het tweede dorp, Santa Maria Cauqué met 1010 inwoners, begon de epidemie in 1960 met enkele gevallen onder de kleuters en een geval onder de schoolkinderen. Dit gebeurde aan het einde van het schooljaar en omdat de kinderen gedurende de vakantie minder, minder langdurig en minder intensief met elkaar in contact kwamen, duurde het veel langer voor de ziekte om zich heen kon grijpen. Zodra de school weer begon verliep de epidemie echter snel ten einde. Het totaal aantal gevallen was 150, met een letaliteit van 2,0 pct. Grafisch was deze epidemie het spiegelbeeld van de reeds besprokene: de verdeling was scheef naar links.

In het derde dorp — Santa Catarina Barahona, 807 inwoners — was het beeld weer anders. Dit dorp ligt enkele kilometers van een stad, waar de dorpsbewoners geregeld de markt bezoeken, terwijl bovendien het wegverkeer tussen beide plaatsen vrij druk is. Ongetwijfeld ten gevolge daarvan werd mazelen vijf maal in het dorp geïntroduceerd gedurende de jaren 1959-1963. Het resultaat van deze herhaalde epidemieën was, dat er weinig niet-immunen onder de schoolkinderen voorkwamen. Met enkele uitzonderingen werden dan ook alle gevallen onder de kleuters geregistreerd. Dank zij het gelimiteerde contact, dat de kleuters met elkaar hebben, duurde een epidemie kort (met weinig gevallen) of langer met onregelmatige pieken (2 tot 9 maanden). Het geheel deed denken aan het fluctuerende gedrag van mazelen in een stad, waar kleinere epidemieën de ruimte tussen de grotere kunnen opvullen.

Hieronder volgen enkele statistische gegevens:

	Sta. Cruz B.	Sta. Maria C.	Sta. Catarina B.
Gemiddelde incidentie (per jaar per 1000)	35	36	29
Letaliteit (per 100)	6,8	2,0	4,3
Gemiddelde sterfte (per jaar per 100.000)	244,8	75,0	89,2

De gecombineerde sterfte in de drie dorpen was voor de 0-1 jarigen: 11,1 pct, voor de 1-2 jarigen: 8,5 pct en voor de 0-4 jarigen 5,1 pct.

Hoewel het verschil met de andere kleuterleeftijdsgroepen klein was, werden de meeste gevallen tussen het 1e en 2e levensjaar gezien, dit in tegenstelling met de waarnemingen

van HOEVENAARS (1967), die vermeldt, dat in Nederland het hoogste aantal ziektegevallen werd waargenomen bij kinderen van 4 jaar.

Het verschil in letaliteit en gemiddelde sterfte per jaar tussen Santa Cruz Balanyá enerzijds en Santa Maria Cauqué en Santa Catarina Barahona anderzijds was statistisch significant op 1 pct niveau. Dit werd als volgt verklaard. In Santa Maria Cauqué werden alle zieken behandeld (ongeacht de kwaal). In alle drie de dorpen was de voeding eenzijdig — het hoofdvoedsel bestond uit „tortillas” (maïskoeken) met zeer weinig dierlijk eiwit —, zodat wanvoeding in min of meer ernstige graad aan de orde van de dag was. In Santa Maria Cauqué werd niets gedaan ter verbetering van de voeding, ook werden geen adviezen gegeven. In Santa Catarina Barahona werd geen medische behandeling verstrekt — alleen in hoognodige gevallen — doch alle kleuters kregen als supplement een drank bestaande uit een hoogwaardig plantaardig eiwitmengsel. Dit mengsel (Incaparina) werd hun dagelijks verstrekt. Santa Cruz Balanyá was het controle dorp, waar alleen ziekten en ziekte duur werden geregistreerd. Uit de cijfers blijkt duidelijk de invloed van betere voeding, terwijl verantwoorde medische zorg een nog groter resultaat opleverde. In landen waar de medische zorg en de voeding goed zijn, komt men dus gemakkelijk tot de conclusie, dat het met mazelen nogal meevalt. Doch in landen waar het zowel aan het ene als aan het andere mankeert, kan de prijs aan sterfte en geprolongeerde morbiditeit (bv. ten gevolge van secundaire wanvoeding) ontstellend groot zijn. In die landen behoort mazelenvaccinatie op nationale schaal, eventueel met hulp van internationale organisaties, de hoogste prioriteit te hebben.

*Literatuur:* GORDON, J. E., S. SINGH en J. B. WYON (1961) Field study of deaths and causes of death in rural populations of the Punjab, India. *Amer. J. med. Sci.* **241**, 359. — GORDON, J. E., A. A. J. JANSEN en W. ASCOLI (1965) Measles in rural Guatemala. *J. Pediatrics* **66**, 779. — HOEVENAARS, H. A. M. (1967) *Measles and measles vaccination*. Proefschrift Amsterdam. — MORLEY, D. C., W. J. MARTIN en I. ALLEN (1967a) *W. Afr. med. J.* **15**, 24; (1967b) *E. Afr. med. J.* **44**, 497. — POLAK, M. F. (1968) Mazelenvaccinatie. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1905. — Referaat (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1963.

Suva (Fiji), januari 1969

A. A. J. JANSEN

## BERICHTEN

### BUITENLAND

#### *Wereldnieuws*

**Levercirrose en welvaart.** — Uit een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt dat levercirrose steeds vaker voorkomt in welvarende landen. In 1965 werd het hoogste sterftecijfer voor levercirrose geregistreerd in West-Berlijn, nl. 44,7 per 100.000 zielen. Daarna kwam Frankrijk met 32,5 (in 1956) en 34,2 (in 1965), vervolgens Portugal met 30,4 (in 1965). De laagste getallen vond men in IJsland (2,1) en Engeland en Wales (2,9). In Nederland bedroeg in 1965 de sterfte aan levercirrose 3,5. (*WHO Press*, 10 febr.)

#### *Canada*

**Nomen proprium.** — Sommige artsen zijn van oordeel dat men aan de patiënt niet moet meedelen wat voor geneesmiddel hij krijgt, en wel omdat zij veronderstellen dat het gemis aan openheid sterk wordt gecompenseerd door de genezing bevorderende psychische invloed die van de geheimzinnigheid uitgaat. Op het etiket van de afgeleverde medicijn moet dus alleen een gebruiksaanwijzing voorkomen en niet de naam van het middel. Andere artsen menen dat