

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Internationale Geigy Rheuma-prijs

Tijdens het XIII Internationale Reuma-congres in Kyoto (Japan) zal voor de tweede maal de uitreiking van de Internationale Geigy Rheuma-prijs plaats vinden.

De firma Ciba-Geigy AG, te Bazel, stelt hiervoor weer Zw. fr. 50.000,— ter beschikking. Ook deze keer zullen er maximaal drie prijzen zijn, waarvan de 1e prijs minimaal Zw. fr. 25.000,— zal bedragen.

De deelname-voorwaarden kunnen bij de firma Ciba-Geigy N.V. Postbus 241, Arnhem of eventueel bij het secretariaat van de „Internationale Rheumaliga” Postfach 155, 4016 Basel, Schweiz verkregen worden.

De sluitingstermijn voor inzending van manuscripten is gesteld op eind september 1972.

Arnhem, 5 juni 1972

Gedroogd BCG-vaccin

Het ligt in de bedoeling in de loop van juni 1972 het vloeibare BCG-vaccin te vervangen door een gedroogd vaccin, het Vaccinum Tuberculosis (BCG) exsiccatum.

De nieuwe verpakking, prijscourant nr. 405, bevat 1 ampul gedroogd BCG-vaccin en 1 ampul met 1 ml verdunningsvloeistof.

De resuspensie geschiedt voor toepassing bij volwassenen met 0,5 ml van de verdunningsvloeistof; de dosis bedraagt dan 0,1 ml.

Voor toepassing bij zuigelingen wordt het vaccin geresuspendeerd in 1 ml van de verdunningsvloeistof; de dosis bedraagt dan 0,05 ml.

In gedroogde vorm is het vaccin maximaal 1 jaar houdbaar, mits bewaard bij een temperatuur beneden 6° C; na resuspensie moet het vaccin binnen 1 uur worden gebruikt.

De prijzen zijn als volgt: A prijs f 7,54; B prijs f 6,79; C prijs f 5,66; D prijs f 4,90.

Bilthoven, 7 juni 1972

J. SPAANDER,
directeur-generaal van het
Rijks Instituut voor de
Volksgezondheid

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Nogmaals: tracheotomie bij status asthmaticus

Het antwoord van collega DEENSTRA (1972) op onze opmerkingen naar aanleiding van zijn klinische les over status asthmaticus dwingt ons tot een weerwoord, omdat naast de details ook de hoofdzaak van zijn antwoord een onjuiste indruk dreigt over te brengen.

In zijn klinische les wordt een patiënte beschreven die overlijdt in een status asthmaticus mede ten gevolge van een niet ingestelde beademing. De beademing werd niet ingesteld, omdat de misvatting bestond, dat hiervoor tracheotomie nodig zou zijn.

Volgens de recente literatuur (MOORE 1969; LAXENAIRE en SADOUL 1970) echter, is de tracheotomie voor — langerdurende — beademing een secundaire, electieve ingreep. Juist bij het type patiënt, dat collega DEENSTRA beschrijft is een endotracheale intubatie — liefst nasotracheaal — geïndiceerd. Deze procedure is voor ervarenen simpel uitvoerbaar en neemt nog geen vijf minuten in beslag. De intubatie en aansluiting aan een beademingsapparaat kunnen in bed geschieden na sprayen van neus, keel en stembanden met een lokaal anaestheticum.

Wat de nadelen betreft: een aanzienlijk uitgebreidere casuïstiek dan die collega DEENSTRA t.a.v. de nasotracheale intubatie geeft, zou over de tracheotomie te melden zijn (GLAS 1962; DEVERALL 1967; MULDER 1969). De grotere weerstand van de endotracheale tube vergeleken met een tracheacanule is bij een patiënt die beademd wordt van geen belang. Juist bij de status asthmaticus is de luchtwegweerstand dermate vergroot dat de weerstand van tube of tracheotomicanule procentueel te verwaarlozen is (ULMERS c.s.

1965; NUNN 1969). Wél vereist de grote ademweerstand het gebruik van het juiste type beademingsapparaat.

Concluderend stellen wij dat nasotracheale intubatie met eventuele beademing zonder uitstel dient te worden verricht op het moment dat de patiënt hier enig nut van zou kunnen hebben, bv. bij:

- correctie van gestoorde bloedgaswaarden;
- vermindering van de ademarbeid;
- mogelijkheid tot bronchiaal toilet en (of) lavage.

Omdat tijdens beademing ademdepressie uiteraard geen rol speelt, is adequate sedering altijd mogelijk. De bezwaren van collega DEENSTRA, dat een nasotracheale intubatie de patiënt onrustiger zou maken dan een tracheotomie vervallen hierdoor.

De aarzeling van elke arts, te besluiten tot tracheotomie is gegrond en wel omdat er een veel minder ingrijpend alternatief bestaat, dat snel uitvoerbaar is en — zeker op korte termijn — dezelfde mogelijkheden biedt.

Literatuur: DEENSTRA, H. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 217, 491. — DEVERALL, A. (1967) *Thorax* 22, 572. — GLAS, W. W. (1962) *Arch. Surg.* 85, 56. — LAXENAIRE, M. C. en P. SADOUL (1970) *Cah. Anest.* 18, 595. — MOORE, F. D. (1969) *Post traumatic pulmonary insufficiency*, bl. 192. Saunders, Philadelphia. — MULDER, D. S. (1969) *J. Trauma* 9, 389. — NUNN, J. F. (1969) *Applied respiratory physiology*, bl. 82. Butterworth, Londen. — ULMER, W. T. en E. REIF (1965) *Dtsch. med. Wschr.* 41, 1803.

Nijmegen, 4 april 1972

B. J. P. CRUL,
W. A. M. VAN ERK