

## Cardiologie

### *Prognostische betekenis van ventriculaire extrasystolie*

Het is onvoldoende bekend of ventriculaire extrasystolie (VES) bij gezonde mensen prognostische betekenis heeft. RABKIN e.a. (1981) verzamelden gegevens uit de jaren 1948 tot 1977 over 3983 gezonde mannen van 20 tot 64 jaar, allen (leerling-)piloten. Bij periodiek onderzoek om de 3-5 jaar gedurende gemiddeld 29 jaar vonden zij VES bij 401 dezer mannen. Slechts 8% van hen had al VES bij het eerste onderzoek; voor een ischemische hartziekte (IHZ) of een klepgebrek bestonden toen geen aanwijzingen. Meestal werd VES voor het eerst waargenomen op een leeftijd tussen de 40 en 59 jaar, en wel bij 253 mannen d.i. 63,2%. Na de eerste registratie van VES bedroeg de follow-up 10,8 ± 0,5 jaar, in welke tijd er bij 54 mannen (13,5%) verschijnselen ontstonden van een IHZ. Degenen, bij wie tussen de 40 en 49 jaar of tussen de 50 en 59 jaar voor het eerst VES werd waargenomen, bleken 1,65 resp. 1,80 keer zo vaak een IHZ te hebben gekregen als hun leeftijdgenoten zonder VES. De ischemische hartziekte manifesteerde zich vaker als een hartinfarct, al of niet spoedig gevolgd door een plotselinge dood, dan als angina pectoris. Voor mannen, bij wie VES voor het eerst werd geregistreerd vóór het 40e of na het 60e jaar was geen verhoogde kans op een IHZ aantoonbaar. De eigenschappen van de extrasystolen, zoals hun frequentie, hun vorm, de duur van het QRS-complex, post-extrasystolische veranderingen van de T-top, en het koppelingsinterval, maakten geen verschil

voor de kans op een IHZ. Wel was van belang de frequentie van het sinusritme bij de VES. De kans op een IHZ was belangrijk verhoogd als VES zich voordeed bij een sinusritme van meer dan 70 slagen per minuut, terwijl VES bij een lagere frequentie van het sinusritme geen prognostische betekenis leek te hebben.

Terecht wijzen de schrijvers erop dat hun onderzoek een belangrijke beperking heeft. Een langdurige electrocardiografische „monitoring” is niet toegepast; aanvankelijk bestond deze mogelijkheid niet eens. Daardoor zijn met name de gegevens over frequentie van de VES gebrekkig.

In een Editorial trekken CROW e.a. (1981) de conclusies van RABKIN c.s. in twijfel. Zij kunnen uit eerder verschenen publikaties geen prognostische betekenis van VES bij gezonden afleiden. De mogelijkheid bestaat dat de VES ook met andere parameters dan alleen de leeftijd verband houdt. RABKIN e.a. verstrekken geen gegevens over andere kenmerken van de ECG's, over de bloeddruk, de bloedlipiden, over roken en gedragspatroon van de onderzochten. Men mag tenslotte de bevindingen bij gezond luchtvaartpersoneel niet toepassen op de gehele bevolking. Het zou derhalve niet juist zijn op grond van dit onderzoek jarenlang preventief medicamenten voor te schrijven.

*Literatuur:* CROW, R., R. PRINEAS en H. BLACKBURN (1981) *Amer. Heart J.* 101, 244. – RABKIN, S. W., F. A. L. MATHEWSON en R. B. TATE (1981) *Amer. Heart J.* 101, 135.

S. BERREKLOUW

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Subsidie van de Stichting Researchfonds Diabetes Mellitus*

De Stichting Researchfonds Diabetes Mellitus heeft als doel toewijzing van gelden voor wetenschappelijk onderzoek naar de medische behandeling en bestrijding van diabetes mellitus en daarmee verband houdende complicaties, onderzoek naar de sociale en maatschappelijke consequenties van diabetes mellitus voor de patiënt en zijn naaste omgeving, publikatie van de resultaten van onder-

zoek, alsmede het geven van voorlichting in de ruimste zin ten behoeve van diabetici en andere belanghebbenden. Voor ondersteuning komen ook in aanmerking wat langer lopende projecten.

De Stichting geeft de gelegenheid onderzoekprojecten aan te melden vóór 1 augustus 1981. Aanmeldingen te richten aan de secretaris van de Stichting, mr. U. D. Stikker, postbus 9210, 3506 GE Utrecht. Op schriftelijk of telefonisch verzoek (020-620822) worden toegezonden de procedure voor het toekennen van bijdragen en de aanvraagformulieren.

## INGEZONDEN

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

### *Algemene verdoving bij kleine heilkundige ingrepen*

De polemiek over bovengenoemd onderwerp begint langzamerhand een beetje het karakter te krijgen van een soort stammen-oorlog. Prof. JONGKEES (1981) heeft één voet gezet op het grote door de anesthesisten zelf afgepaalde territorium en plotsklaps ontstaat er een zeer grote beroering en onrust bij vele stamleden. Overtuigende argumenten tegen het gewraakte commentaar heb ik van hen tot op heden nog niet kunnen ontdekken.

Volgens prof. SMALHOUT (1981) mag iedere medicus elke verrichting doen waartoe hij vaktechnisch in staat is. Hij

verbindt hier echter een criterium aan. Alle complicaties die ten gevolge van deze verrichting zouden kunnen optreden, moet deze medicus op ieder moment adequaat het hoofd kunnen bieden. Hij noemt dan een stel criteria waaraan de snijdende specialist moet voldoen. Deze lijken mij toch iets overtrokken, niet zo zeer in theoretische, maar wel in praktische zin.

Iedere heilkundige heeft wel eens op een bepaald moment snel hulp nodig van een collega uit een andere discipline. Dit gebeurt vrij regelmatig. Zo zal bijv. ook de anesthesist behoefte hebben aan de hulp van een longarts en (of) thorax-chirurg wanneer hij bij het zetten van een cervicaal blok een pneumo- of haematothorax veroorzaakt. Ik geloof niet dat het reëel zou zijn om van een anesthesist

wanneer hij bovengenoemde ingreep uitvoert, te eisen dat hij een dergelijke complicatie alleen zou moeten kunnen oplossen.

Ik dacht dat de criteria ook anders gesteld zouden kunnen worden.

a. De heelkundige moet in een modern ziekenhuis werkzaam zijn met goede apparatuur en collegae van andere disciplines (in dit geval anesthesist) binnen handbereik.

b. Hij moet bedoelde algemene verdoving alleen zelf doen bij die patiënten bij wie menselijkerwijs gesproken geen complicaties te verwachten zijn.

c. Hij moet de meest primaire en urgente handelingen bij onvoorziene complicaties beheersen, t.w. de techniek van intubatie, beademing en tracheobronchiaal toilet. Deze technieken lijken mij voor de keel-neus-oorarts tot de mogelijkheden te behoren. Ik beperk mij uiteraard tot mijn eigen vakgebied.

Juist de keel-neus-oorarts heeft door de vele paracenteses die iedere dag tijdens zijn spreekuur moeten worden verricht, het meeste ongemak van de anesthesisten-claim. Bij goede afspraken zou de anesthesist binnen een zeer korte tijd aanwezig kunnen zijn om met zijn kennis en kunde in tijd van nood zijn collega bij te staan. Hij voldoet uiteraard aan de andere door prof. Smalhout gestelde criteria.

Ik geloof dan ook dat alle voorbeelden van calamiteiten bij huisartsen, tandartsen of bij heelkundigen die niet binnen korte tijd over anesthesisten-hulp kunnen beschikken, bij deze discussie niet relevant zijn. Er zouden volgens prof. SMALHOUT (1981) en volgens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (1981) zeer vele anesthesie-incidenten ongepubliceerd blijven. Hoeveel zijn er dat? Van welke aard zijn deze calamiteiten? Zijn deze alleen door heelkundigen veroorzaakt? Onder welke omstandigheden werden deze verrichtingen uitgevoerd?

Het is voor de heelkundigen erg moeilijk zich neer te leggen bij allerlei beweringen waarover althans bij hen geen duidelijke cijfers bekend zijn. Voorlopig blijf ik daarom ook pleiten voor reële en voor de praktijk werkzame afspraken. Dit zou in ieders voordeel zijn, zowel van de anesthesist als van de heelkundigen en last but not least van de patiënt.

*Literatuur:* JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237. – Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 675. – SMALHOUT, B. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 638.

Vught, mei 1981

G. J. I. VERHAEGH

### „Het meisje van de rode laarsjes”

Ik vraag mij af of de producent van Flemoxin zich ervan bewust is, dat hij adverteert in een van de meest gerenommeerde wetenschappelijke tijdschriften in Nederland, te weten „Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde”.

Laat men advertenties met teksten, zoals hierboven tussen aanhalingstekens aangehaald, goed op zich inwerken, dan heeft men gegronde redenen daaraan te twijfelen. De getoonde foto's met de bijbehorende teksten getuigen van een grove onderschatting van het bevattingsvermogen van academisch gevormde artsen. De kans, dat men op deze wijze de doelgroep tegen de haren instrijkt, is niet slechts denkbeeldig!

Berkel-Enschot, april 1981

W. C. J. KOUTERS

Het doel van de bewuste advertentiecampagne is de Nederlandse arts er attent op te maken dat Flemoxin beschikbaar is in een aantal doseringsvormen die aan bepaalde leeftijdsgroepen en indicaties zijn aangepast.

Wij kunnen ons voorstellen dat men over de gekozen benadering van mening kan verschillen. Wij zouden u er echter op willen wijzen dat de 4e pagina van de bedoelde advertenties altijd exacte informatie over indicaties, dosering, contra-indicaties, waarschuwingen en bijwerkingen geeft. Aangezien men in een tijdschrift-advertentie doorgaans slechts zeer gerichte attentie kan vragen, stelt Gist-Brocades daarnaast (zoals bekend) uitgebreide objectieve informatie beschikbaar in de vorm van bijvoorbeeld haar serie „GB-Intermedicus” en brochures als „Wegwijzer antibacteriële therapie in de huisartspraktijk”.

Rijswijk, mei 1981

G. VERMEER,  
Gist-Brocades Farmaca Nederland B.V.

## BERICHTEN

### Buitenland

#### VERENIGDE STATEN

*De trans-American run, een wedloop over 3000 mijl.* – Terwijl de meesten moeite hebben met 100 diepe kniebuingingen, ligt het wereldrecord op 25.000. Dergelijke grote verschillen in uithoudingsvermogen hebben S. R. LATHAN en J. D. CANTWELL, respectievelijk huisarts en cardioloog in Atlanta, ertoe gebracht een onderzoek in te stellen naar de lichamelijke conditie van de 37-jarige ultralange-aftandloper Stan Cottrell (*J. Amer. med. Ass.* (1981) 245, 367). Hij trainde regelmatig al vanaf zijn 7e jaar en liep de laatste drie jaar 200 mijl per week: 's morgens 10 en 's avonds 15-20 mijl. Hij woog 62,5 kg, had een bloeddruk van 110/70 en een pols-in-rust van 40 slagen per minuut. In 1978 legde hij de trans-Georgië-loop af in 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> dag met een gemiddelde van 75-80 mijl/dag. De volgende dag bleek hij lichamenlijk in goede conditie te zijn op een lichte ontsteking na van de beide Achillespeesen. In 1979 bracht hij het

24-uur wedlooprecord op 167 mijl. Bij het bloedonderzoek dat 3 dagen later werd verricht, bleken de enzymwaarden CPK (2676 U/l), SGOT (218 U/l) en LDH (515 U/l) verhoogd.

Op 16 mei 1980 startte hij in New York voor de trans-American run met het voornemen in 50 dagen San Francisco te bereiken en zo het record met 3 dagen te verbeteren. Zijn loopschema was: 75 mijl per dag in drie etappes van 25 mijl, daarbij afwisselend een kwartier hardlopend met een snelheid van 7,5 mijl/uur en 5 minuten wandelend met een snelheid van 5 mijl/uur. Het laatste tempo volgde hij ook bij het stijgen in de bergen. De eerste etappe begon om 3 uur 's morgens, de laatste eindigde om 6 uur 's middags. Overdag deed hij een dutje van een uur en hij gebruikte 3-4 flinke maaltijden die voornamelijk uit koolhydraten bestonden. Hij sliep 7-8 uur. Zijn begeleiders zorgden voor water, waaraan fructose, kalium- en natriumchloride en citroenzuur waren toegevoegd. Zij moedigden hem voortdurend aan. 's Avonds gebruikte hij hete zitbaden en ijs-