

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>1/2</sup> dag met een gemiddelde van 75-80 mijl/dag. De volgende dag bleek hij lichamelijk 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-