

dat er onder de schijnbaar primaire bacteriële pneumonieën enkele zijn, die secundair zijn aan een verkapte influenzavirusinfectie.

Bij dr. F. PARKER (Mallory Institute, Boston City Hospital) zag ik coupes van gevallen van menselijke viruspneumonie. Het beeld doet denken aan dat bij psittacosis, maar het toont minder hevige haemorrhagieën en de interstitiële ontsteking is sterker. Deze waarnemingen zijn nog niet gepubliceerd. PARKER gelooft niet, dat influenzavirus epitheelnecrose bij de mens geeft, doch ik vond zijn argumenten zwak.

Tot mijn spijt was ik niet in de gelegenheid EATON in Californië te bezoeken. Deze onderzoeker meent, dat hij het virus in handen heeft van de viruspneumonie. De techniek is moeilijk (via kippenembryo op de katoenrat). Er is nogal wat critiek, maar er zijn velen, die geloven, dat zijn onderzoek juist is.

Een bezoek aan het geweldige State Institute of Health in Washington bracht ons in contact met MARGARET PITTMAN, die in 1932 de type-specifieke haemophilus-stammen heeft ontdekt, waarvan het subtype b zo vaak purulente meningitis veroorzaakt bij zuigelingen en jonge kinderen. Grote successen heeft men in Amerika gehad met de gecombineerde behandeling van type-specifiek konijnenantiserum en sulfonamides (H. ALEXANDER, New York). Op het ogenblik wordt ongeveer 80 pCt. der patiënten genezen met streptomycine alleen. Antiserum blijve echter bij de hand voor het geval van een snel uitgroeiende streptomycine-resistente mutant! Het antiserum wordt bereid door LEDERLE (konijnen-antiserum).

Bij een bezoek als het bovenbeschrevene voelt een Nederlander zeer pijnlijk de grote achterstand in zijn eigen land op sommige gebieden der klinische bacteriologie, serologie en vooral op het gebied der klinische virologie. Het is ondenkbaar, dat wij de technologische hoogte zullen verkrijgen van Amerika, maar zelfs in vergelijking met kleine landen als Denemarken en Zweden zijn wij op het bovengenoemde gebied achter geraakt. De oorlog is hiervoor zeker niet alleen verantwoordelijk. Het ware een dankbare taak voor een Nederlands „Medical Research Council” zo snel mogelijk een nieuwe koers aan te wijzen.

Leiden, Augustus 1947.

J. MULDER

REISINDRUKKEN UIT AMERIKA III

Het belangrijkste centrum voor endoscopie in Amerika is nog steeds Philadelphia. Dit komt door de sterke invloed van den grootmeester CHEVALIER JACKSON. Deze, oorspronkelijk uit Pittsburgh, werd hoogleraar in de endoscopie te Philadelphia eerst aan Jefferson University, later ging hij over naar Pennsylvania en ten slotte naar Temple University. Maar de centra door hem gesticht bleven en hier werken nu zijn leerlingen, aan Jefferson LOUIS CLERF en aan Temple zijn zoon C. L. JACKSON, die hem opvolgde. Aan Pennsylvania is TUCKER juist afgetreden, hij is nu hoogleraar voor postgraduate onderwijs, een nuttige instelling, bij ons onbekend. Bijna alle endoscopisten komen uit deze school. Het is een kleine groep superspecialisten, die zich uitsluitend bezig houdt met endoscopie en larynxchirurgie. Daarnaast wordt in de verschillende keel-, neus-oorheelkundige klinieken natuurlijk ook veel endoscopie gedaan. Meestal is het zo, dat het hoofd zich vooral bezighoudt met een bepaald onderdeel en anderen uit de grote staf belast zijn met het toezicht op andere gedeelten. Zo was de keel-, neus- en oorarts van Columbia, KERNAN in hoofdzaak endoscopist, zijn opvolger FOWLER is vooral oorarts. In Boston is „head of the department” LEROY SCHALL, die vooral de grote chirurgie uitoefent. Tot zijn staf behoren oorartsen van een internationale reputatie zoals LURIE en MELTZER.

Hier volgen enkele indrukwekkende getallen: in Temple geschieden per jaar ruim 3000 endoscopieën, in Jefferson het laatste jaar 2800. Toen ik in Philadelphia was, werd in de kliniek van JACKSON het 4566ste vreemde voorwerp uit de diepere spijs- en luchtweg verwijderd. In dezelfde kliniek werd bij 310 patienten met longkanker bronchoscopie verricht, 221 maal kon op deze wijze met zekerheid de diagnose worden gesteld. De meeste bronchoscopieën geschieden nu op verzoek

van de internist of longarts. Dit is nu gelukkig bij ons ook het geval. Maar in Amerika is men toch veel meer „bronchial obstruction minded”, men doet veel meer endoscopieën bij kinderen en ook zelfs bij neonati. Hier kan men door wegzuigen van secreet en opheffen van atelectase veel onheil voorkomen. Men moet bij het geringste vermoeden ook bij neonati röntgenphoto's laten maken.

De techniek met het instrumentarium van JACKSON met de distale belichting is overal hetzelfde. Het hoofd wordt vastgehouden door een assistent met de bekende head up and down-beweging. Voor iedere endoscopie worden steriele handschoenen en een steriele jas verwisseld. Welk een luxe, op één ochtend worden soms 20-25 endoscopieën gedaan. Toen ik het onze directrice te Groningen vertelde, werd ze wit van schrik. Het lijkt ook wel wat overdreven; bij ons is dit zeker niet mogelijk. Maar bij ons begint het gebrek aan instrumenten en materiaal langzamerhand wel bedenkelijke vormen aan te nemen.

De endoscopische techniek is buitengewoon goed; uitstekend werk zag ik ook bij HOLINGER in Chicago. Belangrijk is voor sommige gevallen het gebruik van röntgenschermen in twee vlakken. Op geleide hiervan kunnen moeilijke vreemde voorwerpen aan de peripherie worden verwijderd of een slokdarmstenose kan, door naar elkaar toewerken van boven en van de maag uit, weer doorgankelijk worden gemaakt, zoals ik bij HOLINGER zag.

CHEVALIER JACKSON, nu 82 jaar, is nog still going strong. Hij geeft nog steeds lectures aan de cursussen in endoscopie van JACKSON Jr. Het is een genot hem te horen en zijn beroemde tekeningen, al pratende met gekleurd krijt gemaakt, zijn ware kunstwerken. Enigszins coquet in een witte jas met lila revers en een lila mutsje vertelt hij van de vele mechanische moeilijkheden bij de endoscopie, vooral bij de extractie van vreemde voorwerpen. Dit is in hoofdzaak zijn werk; maar nog groter is zijn verdienste voor de herkenning van de symptomatologie der bronchusstenose, waarvan hij de grote betekenis ook duidelijk heeft gemaakt, hetgeen belangrijk is geworden voor de diagnostiek van vele longaandoeningen. Dit alles is nu algemeen bekend, maar het is boeiend om het nog eens op deze historische plaats te horen.

Nieuw op endoscopisch gebied is de cytologische diagnostiek van het bronchuscarcinoom. Dit is vooral uitgewerkt door CLERF. Het is in navolging van de bekende kleuring volgens PAPANICOLAOU, die oorspronkelijk is aangegeven voor het vaginasecreet. Indien een proefexcisie niet mogelijk is, kan men het secreet, dat bij de bronchoscopie op een verdachte plaats wordt verkregen, op tumorcellen onderzoeken. Dit geeft veel betere resultaten dan het onderzoek van het sputum. Indien er geen secreet is, worden enkele cm³ zoutoplossing in den verdachten bronchus gebracht, dit wordt opgezogen, van de vlokjes wordt een praeparaat gemaakt evenals van het sediment. Van 118 patiënten met bronchuscarcinoom was de cytologische diagnose 105 maal positief. Het belangrijkste is, dat de cytologische diagnose bij 32 gevallen positief was, terwijl de bronchoscopie een negatieve bevinding gaf. Maar er zijn ook gevallen, waarbij het juist omgekeerd is: een negatieve cytologische diagnose bij een positieve proefexcisie.

Opmerkelijk zijn de goede resultaten van de behandeling van varices van de slokdarm door inspuiting met 5 pCt. natriummorrhuaat. Voor de aetiologie zou het vele gebruik van koude dranken en cocktails van betekenis zijn. In ieder geval komt deze aandoening in Amerika veel meer voor dan bij ons. MOERSCH uit Rochester deelde bijvoorbeeld 22 gevallen mede.

Bij den anatoom HUBER van Temple, die met JACKSON Jr. belangrijke onderzoeken heeft gedaan over de anatomie van de bronchiale boom, zag ik mooie praeparaten en we bespraken de wenselijkheid van een round table conference om te komen tot een internationale nomenclatuur van de verschillende bronchi. Wat is het toch een voorrecht als men onbepert over alle mogelijke hulpmiddelen kan beschikken. Hij toonde een zeer geslaagde gekleurde tekenfilm van de longsegmenten, deze worden geleidelijk met verschillende kleuren opgespoten, men ziet de gehele long van alle zijden; dan worden de segmenten als een blokkendoos

uit elkaar genomen, rondgedraaid en weer samengevoegd. Het was alles zeer overzichtelijk en verhelderend.

In een vorige brief sprak ik reeds over het grote nut van de stafoonferenties. Zo woonde ik de chest-conferences bij in Philadelphia en Boston. Internist, chirurg, röntgenoloog en bronchoscopist voeren beurtelings het woord. De microscopische praeparaten worden door de patholoog-anatoom gedemonstreerd. Opmerkelijk is, dat ook de anatoom en de physioloog bijna steeds aanwezig zijn, dezen zijn veel meer dan bij ons ingeschakeld in de kliniek, evenals ook in het kader van het gehele onderwijs.

Het bleek me, dat het functionele longonderzoek, dat zo belangrijk is voor de juiste indicatiestelling voor longoperaties, ook in Amerika in het algemeen nog in een beginstadium verkeert. Het beste werk zag ik bij GOURNAND in Bellevue Hospital in New York. Zijn afdeling is ook al weer ingeschakeld in Columbia University, welke onder het praesidium van niemand minder dan EISENHOWER wel een der belangrijkste is van de U.S.A. Hier houdt men zich uitsluitend bezig met het functionele onderzoek van longen en bloedsomloop, dat als een eenheid dient te worden beschouwd. Hartcatheterisaties worden hier ook verricht. Voor de beiderzijdse spirometrie wordt een rubber apparaat gebruikt, ik zag het ook in Philadelphia. Het biedt zeker voordelen boven het metalen instrument van FRENCKNER, maar het geheel kon me toch niet zo bekoren en is zeker nog voor verbetering vatbaar. Vele patiënten hebben bij het gebruik een tamelijke sterke dyspnoe.

Over het hoge peil van de thoraxchirurgie, eveneens van groot belang voor kanker van bronchus en slokdarm, is in dit *Tijdschrift* reeds uitvoerig geschreven. Goede resultaten worden nu ook verkregen bij de congenitale oesophago-tracheale fistel. Bij de diagnostiek moet vooral geen röntgenpap worden gegeven, dit is catastrofaal; $\frac{1}{2}$ cm³ lipiodol is voldoende. Kinderen met oesophagus-atresie sterven zonder operatie na enkele dagen. De mortaliteit bedraagt nu ongeveer 25 pCt., van de laatste 6 kinderen, die door HAIGHT, van Ann Arbor University, werden geopereerd, overleed er geen. Echter ontwikkelt zich later wel eens een stenose van de slokdarm of trachea op een moeilijke plaats bij de bifurcatie. Een dergelijk patiëntje zag ik bij HOLINGER.

Voor de behandeling van de maligne tumoren van larynx en neusbijholten is men hier over het geheel meer voorstander van de chirurgische dan van de röntgen- of radiumtherapie. Deze laatste wordt echter zeer veel als aanvulling gebruikt, vooral bij het tamelijk frequente bovenkaakcarcinoom. SCHALL heeft wel een zeer gunstige statistiek, van 219 patiënten met een maligne gezwel van neus of bijholter, behandeld sedert 1930, waren na 5 jaren 62 in leven. Hij opereert meestal ietwat gewijzigd volgens MOURE, vaak gecombineerd met een nabehandeling van röntgenstralen of radium, of beide.

Zeer goede larynxchirurgie zag ik te Philadelphia. Bij de laryngofissuur worden nooit gedeelten van het schildkraakbeen weggenomen, zoals door ST. CLAIR THOMSON is aangegeven. De eenzijdige larynxextirpatie wordt naar verhouding nog minder gedaan dan in Europa. Bij de zogenaamde „anterior commissure technique" wordt door JACKSON in vele gevallen ook een soms groot gedeelte van de andere stemband verwijderd, nadat eerst het perichondrium aan de binnenzijde over een grote uitgestrektheid is afgeschoven. De laryngectomie geschiedt bij die patiënten, bij wie geen kliermetastases zijn te voelen, meestal niet met een lappsnede, zoals bij ons gebruikelijk is, maar met één mediane incisie. Klieren worden dan ook niet verwijderd. Zijn er klieren, dan opereert men natuurlijk met een lappsnede. Hier wordt veel heroïsche chirurgie gedaan met uitgebreide pharynx-resecties en opruimen van enorme klierpakketten, zoals ik zag bij HAYES MARTIN in Memorial Hospital van Cornell University in New York. Hij is thans waarschijnlijk de beste operateur van Amerika, hij heeft bij voorbeeld een doorlopende reeks van 106 laryngectomieën zonder onmiddellijke operatieve mortaliteit.

Op dit ogenblik is zeer in de mode de zogenaamde „laryngoplasty" voor een beiderzijdse stembandverlamming. Blijkbaar worden nu alle oude gevallen ge-

opereerd. Bij de toestand, die gewoonlijk beiderzijdse posticusverlamming wordt genoemd, heeft men de keuze tussen het blijven dragen van een canule of een operatie. Het beste is een verplaatsing van één stemband. In Amerika opereert men volgens BRIEN KING of volgens KELLY. Volgens den eerste wordt een arytenoid naar buiten verplaatst. De toegangsweg is langs de achterrand van het schildkraakbeen. Volgens KELLY wordt een arytenoid verwijderd door een venster in het schildkraakbeen. Zowel bij JACKSON als bij CLERF zag ik opereren volgens BRIEN KING, het is een tamelijk moeilijke techniek, vooral omdat men in zo'n diepe trechter opereert. De resultaten zijn zeer goed.

Bij JACKSON worden per jaar niet minder dan 15 patiënten met een divertikel van ZENKER van de hypopharynx geopereerd. Hij doet dit in één tempo. Een groot voordeel biedt het gebruik van de oesophagoscoop, waardoor eerst het divertikel beter aan de operateur wordt gepresenteerd. Later wordt dan de buis op geleide van een ingeslikte draad in de slokdarm gebracht, zodat beter kan worden bepaald, hoeveel van de hals moet worden weggenomen.

Men is zelden een propheet in zijn eigen land. In Nederland worden voor de verwijdering van tonsillen bij kinderen naar verhouding meer SLUDER-operaties gedaan dan in Amerika. Hier doet men vaker een gewone tonsillectomie, natuurlijk onder narcose.

De toestanden op geneeskundig gebied zijn in de laatste jaren sterk veranderd. Ongeveer 20 tot 25 jaren geleden werd een Amerikaanse keel-, neus- oorarts nauwelijks voor „vol" aangezien, als hij niet in Weenen had gestudeerd. Thans moet ieder naar Amerika. En inderdaad, daar is zeer veel te zien en te leren. Op sommige punten zijn we, vooral door de oorlog, zelfs bedenkelijk achter gekomen. Maar als we flink aanpakken en als onze oeconomische omstandigheden het toelaten, kunnen we veel inhalen. Daarbij hebben we nog steeds het grote voordeel van onze talenkennis en, zoals ik reeds deed uitkomen, misschien zijn er bij ons naar verhouding toch nog meer all round specialisten.

Echter niet alleen in de wetenschap staat Amerika thans vooraan; dit geldt ook voor de literatuur, met hun schrijvers BROMFIELD, PEARL BUCK, HEMMINGWAY, STEINBECK e.a. Op muziekgebied hoort men hier het beste wat er is. De Amerikanen zijn een vrolijk volk, ze houden veelal van vrolijke muziek, ik heb nog nooit zoveel Weense walsen gehoord als in New York. Bijzonder mooi zijn bepaalde voorstellingen, vooral op het gebied van de show, zoals een revue op ijs in Central Theatre en de balletten in Radio Music City Hall.

Prachtig zijn de musea, er zijn ettelijke in alle grote steden. Het aantal kunstschatten uit Europa is enorm. Onze Hollandse schilderschool is overal zeer goed vertegenwoordigd, alleen in the National Gallery of Art in Washington zijn 26 schilderijen van REMBRANDT. In New York staan de resten van 5 oude kloosters uit Zuid Frankrijk. Deze zijn als een geschenk van ROCKEFELLER in hun geheel overgebracht en weer opgebouwd en aangevuld met prachtige kloosterstukken uit Frankrijk, Italië en Spanje. Ik zou zo nog lang kunnen voortgaan. Als men dit alles ziet, wordt men toch ook wel weemoedig gestemd en men slaakt de verzuchting: nog één wereldoorlog en om iets te zien van de cultuur van Europa moet men naar Amerika gaan.

EELCO HUIZINGA

Groningen, Augustus 1947

ARTS EN SAMENLEVING



BERICHTEN EN MEDEDELINGEN

CENTRA VOOR REVALIDISERING VAN OORLOGSSLACHTOFFERS IN NEDERLAND. — Te Enschedé is het eerste instituut geopend voor mechanische therapie, waar geamputeerde burgeroorlogsslachtoffers enige tijd kunnen verblijven, na gekeurd te zijn door dr. M. O. VAN DER ZIJL, ortho-