

Tetrachloroethyleen
 Theophyllinum
 Theophyllinum-aethylendiaminum
 Tinctura Senecionis
 Tonicum
 Ureum
 Triethanolaminum
 Tuberculinum
 Unguentum Olei jecoris Aselli

Unguentum Olei jecoris Aselli comp.
 Carbarsoë
 Erythrolteotranitraat
 Jodoalpinzuur
 Jodopyraceet
 Mersalyl
 Neostigmine-bromide
 Neostigmine-methylsulfaat
 Quinacrine-hydrochloride

Vitamines, Hormonen en Orgaanpraeparaten:

Een lijst van op te nemen artikelen wordt nog vastgesteld door de desbetreffende Sub-commissie.

De Commissie verzoekt de lezers, te willen overwegen, welke van de in bovenstaande lijst genoemde geneesmiddelen op grond van hun ervaringen inderdaad voor opneming in aanmerking komen, en eventueel gewenste wijzigingen, alsmede aanvullingen, zo spoedig mogelijk ter kennis van de secretaris te willen brengen.

Groningen, 27 December 1947

T. HUIZINGA, *secretaris*

Oostersingel 57

DIPHThERIE EN SERUM

VAN SPANJE's tragische ontboezeming in de drie laatste regels zijner eerste alinea (*N.T.v.G.* 20 December 1947. Ingezonden), waren onnodig geweest. Uit mijn „Ingezonden” in het *N.T.v.G.* van 22 November blijkt toch allerminst, dat ik uit zijn mededeling en zijn cijfers niet geconcludeerd had, dat zo spoedig mogelijke inspuiting van serum bij diphtherie noodzakelijk is. Dat dit feit algemeen bekend is, mag toch zeker worden verondersteld.

Daarom trof het mij, dat VAN SPANJE schreef, dat zulks nog steeds door velen wordt betwijfeld. En alleen „merkwaardig” vond ik in VAN SPANJE's bijdrage, dat hij uit de statistische cijfers geen besluit kan trekken over de waarde van de serumtherapie. Hetgeer mij aanleiding gaf tot de slotsom, dat nog heel wat uitgebreide ervaringen en statistieken nodig zullen zijn.

Utrecht (Oudenrijn), 22 December 1947

K. A. ROMBACH

PRIMAIRE ATYPISCHE PNEUMONIE

In de *Geneeskundige Gids* van 11 Juli 1941 schreef ik over „De ambulante bronchopneumonie”. Het betrof hier een veel voorkomend ziektebeeld, voornamelijk bij jonge mensen, die zich nagenoeg niet ziek gevoelen, doch hardnekkig hoesten. Bij onderzoek vindt men aan beide zijden bronchitische geruisen en op bepaalde plaatsen vochtige rhonchi. Röntgenologisch vindt men dan op bepaalde plaatsen van voorkeur infiltraten. Met of zonder behandeling verdwijnen deze processen snel. Bij verscheiden patiënten zien wij een dergelijk ziektebeeld herhaaldelijk. Deze ziekte was door velen al beschreven onder verschillende namen „Atypische ambulante, abortieve of rudimentaire pneumonie”. Vooral KELLNER gaf van deze soort processen een uitgebreid overzicht. Later las ik de vele publicaties van Amerikaanse zijde over de primaire atypische pneumonie of viruspneumonie. Ik kreeg niet de indruk, dat dit dezelfde ziekte was welke ik in mijn artikel in de *Geneeskundige Gids* had bedoeld. Immers de klinische symptomen waren vaak verschillend. Deze ziekte is gekenmerkt door een sluipend begin met een vaag gevoel van onwel zijn, prikkelhoest met weinig glazig sputum, dat opmerkelijk bacterie-arm is, hoofdpijn, pijn in de borst, langdurige sterke asthenie en overmatig zweten. Röntgenologisch vindt men slechts enkele intensieve infiltraten. Behalve enkele fijne rhonchi wordt er weinig gehoord. Het ontstaan is kenmerkend epidemisch. De ziekte schijnt een relatief grote immuniteit achter te laten.

Nu beschrijft GERRITS 7 gevallen van wat hij noemt primaire atypische pneumonie, dezelfde ziekte dus, die door Amerikanen als zelfstandig ziektebeeld is herkend en in Nederland door STIBBE en VAN ERP is beschreven. Ik ben er echter niet van overtuigd, dat de door GERRITS beschreven gevallen inderdaad identiek zijn met de hierboven bedoelde ziekte. Immers verschillende kenmerkende symptomen ontbreken, bij voorbeeld de hoofdpijn, de pijn in de borst en de zeer sterke vermoeidheid. Van een epidemisch voorkomen blijkt niet veel. Hij ziet in 1 jaar in Amsterdam 7 gevallen, terwijl in Curaçao in 1 jaar meer dan 100 gevallen worden gezien. VAN ERP zegt dan ook, dat men de diagnose primaire atypische pneumonie in een sporadisch geval niet mag stellen. De infiltraten die GERRITS zag, zijn tamelijk intensief. Hij doet geen mededelingen over het vinden van andere bacteriën in het sputum. De koude-agglutinaties bevindt hij positief. STIBBE en ook VAN ERP noemen deze positief bij een titer van 1 : 32. GERRITS vindt echter bij verschillende vooral bronchitische aandoeningen titers van 1 : 64, en daarom noemt hij pas 1 : 128 positief. Overigens komen er epidemieën van primaire atypische pneumonie voor, waar de koude-agglutinaties negatief is, en omgekeerd enkele ziekten waarbij de koude-agglutinaties positief is. GERRITS differentieert de door hem beschreven ziektegevallen niet van de „ambulante bronchopneumonie”, die veel voorkomt, en die wij reeds zolang kennen, dat mijn artikeltje verschenen, in de *Geneeskundige Gids*, indertijd niet door het *N. T. v. G.* werd opgenomen „omdat het niets nieuws bevatte”.

Zijn de door hem beschreven gevallen inderdaad primaire atypische pneumonieën? Zo ja, hoe moeten wij die dan differentiëren van de door mij beschreven ambulante bronchopneumonieën? Het positief zijn van de koude-agglutinaties zou een onderscheid kunnen zijn, doch het negatief zijn zegt weer niets. Zijn het allemaal viruspneumonieën of hebben wij verschillende soorten bronchopneumonieën, die weinig klinische verschijnselen geven? Een verder onderzoek zal m.i. nodig zijn en ook een andere naamgeving om verwarring te voorkomen.

Rijswijk, 5 Januaari 1948

W. A. GRIEP

ARTSEN NAAR INDIË

Gaarne zou ik enig commentaar geven op de zeer eenvoudige wijze, waarop collega G. F. WESENHAGEN het artsenprobleem voor Indië wenst op te lossen.

„Alle goedgekeurde huisartsen met kleine praktijken (5—6 duizend)”. Wat bedoelt collega WESENHAGEN? Zijn 5—6 duizend huisartsen met kleine praktijken ook nog allen goedgekeurd of is een praktijk van 5000—6000 zielen soms klein te noemen? Wat verstaat collega WESENHAGEN onder een kleine praktijk? Een praktijk van 2500—3000 zielen? Is *deze* klein te noemen en dan op het platteland? Ik vind een praktijk van 2500—3000 meer dan groot genoeg om deze goed te behartigen. In mijn kleine praktijk van 2500—3000 zielen werk ik van de vroege ochtend tot de late avond. Ik kan in het geheel niet begrijpen, dat er collegae zijn, die een grotere praktijk behoorlijk kunnen behartigen. Dat bestaat m.i. niet, dan moeten de patiënten onherroepelijk bij de behandeling tekort komen. Of beschouwt collega WESENHAGEN de huisarts misschien als doorzendstation voor de specialist of voor het ziekenhuis? Mijn opvatting is, dat, als een patiënt naar een specialist wordt doorgestuurd, er een brief met goed gefundeerde gegevens meegaat; om die gegevens te verkrijgen, moet er gewerkt worden. En dan is een praktijk van 2500—3000 zielen meer dan groot genoeg.

„Er zou op het platteland een teveel aan artsen zijn.” Weet collega WESENHAGEN wel goed onder wat voor omstandigheden de artsen ten plattelande hun praktijk vaak doen moeten? Ik denk, dat ik niet alleen sta, maar dat talloze artsen in het Noorden dit duidelijk zullen kunnen maken.

„In dorpen, die nauwelijks gehuchten zijn, 4 artsen”. Wat is de grootte van een gehucht volgens collega WESENHAGEN? Een enquête van 20 jaar geleden heeft