

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-agglutinatatie 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-agglutinatatie negatief is, en omgekeerd enkele ziekten waarbij de koude-agglutinatatie 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-agglutinatatie 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 Januaai 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

geen waarde; met een enquête van het jaar 1946 of 1947 zullen we collega WESENHAGEN beter begrijpen.

„In militaire dienst gaan ze financieel niet achteruit”. Is dat het enige, waarop moet worden gelet? Alsof er niet allerlei andere en meer ethische motieven zijn. Altijd wordt de financiële zijde naar voren gebracht. Zeker, ieder zal er van overtuigd zijn, dat er artsen voor Indië nodig zijn en ik denk, dat de Medische Coördinatie Commissie het probleem wel van alle kanten zal hebben gezien.

Roden, 13 Januari 1948

J. A. A. PIETERS

MELKERSPOKKEN. EEN EPIDEMIE?

Naar aanleiding van 35 gevallen van „melkerspokken” in de omgeving van Woerden, die ik de laatste tijd zag, krijg ik de indruk, dat hier veel meer gevallen van voorkomen, dan normaal is te noemen. Ook kwamen mij gevallen elders in den lande ter ore. Daarom heb ik contact gezocht met de Inspectie van de Volksgezondheid; deze ziet het belang van een nader onderzoek in.

Het is mogelijk, dat hierbij nieuwe inzichten naar voren komen, waarvoor ik de hulp der collegae inroep voor het verzamelen van de volgende gegevens:

1e. Hoeveel gevallen van „melkerspokken” zag U in 1947; zijt gij bereid mij ook opgave te zenden van in 1948 voorkomende gevallen (leeftijd en woonplaats)?

2e. Toonden de gevaccineerden minder kans op besmetting dan de niet-gevaccineerden?

3e. Zijn U gevallen bekend, waarbij door vaccinatie (kinderen, militairen), pokken bij koeien uitbraken?

4e. Hebt U nog bijzondere waarnemingen gedaan? (Ik zag bijv. meer algemene en locale reactie bij niet-gevaccineerden en de niet-veretterende lymphangitis vaak op de voorgrond staan).

Ik hoop, dat de artsen bereid zijn, mij bij het verzamelen van gegevens behulpzaam te zijn en dat, als eenmaal contact gelegd is, ik dit met hen zal mogen onderhouden.

Bij voorbaat zeg ik de collegae dank voor hun hulp en gewaardeerde medewerking.

Zegveld, 16 Januari 1948
(Tel. 4).

J. M. DE JONG

DEVIEZEN VOOR VERBLIJF IN ZWITSERLAND

Nu er voor het eerste kwartaal 1948 in ruimere mate deviezen voor een verblijf in Zwitserland ter beschikking komen, is het mogelijk geworden ook ten behoeve van de Volksgezondheid iets meer te besteden dan voorheen. Het blijft echter nodig hierop een zekere controle uit te oefenen, wijl hetgeen gevraagd wordt voor herstel van gezondheid doorgaans zeer ver uitgaat boven het toegestane bedrag voor toerisme.

Aanvragen voor toewijzing van deviezen aan zieken en herstellenden dienen daarom evenals voorheen, ten minste 2 weken voor de mogelijke datum van vertrek, ingezonden te worden aan de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken, Zeestraat 73, Den Haag.

Snelle afdoening wordt bevorderd, indien men zich houdt aan de volgende regels:

1e. Bijvoegen in gesloten couvert met opschrift „Alleen bestemd voor de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid” een geneeskundige mededeling aangaande de zieke of herstellende.

2e. Deze mededeling kan kort zijn, wanneer het betreft lijdens aan tuberculose en aandoeningen der ademhalingsorganen. Bij tuberculose is nodig de vermelding actieve aandoening van meer of mindere uitgebreidheid van enig orgaan.