

Dat dit niet geheel juist is, moge blijken uit onze ervaringen op Curaçao, waar de frequentie der filariasis belangrijk geringer is dan in Paramaribo, en waar vroeger zelfs de mening werd verkondigd, dat de door LAMPE vastgestelde onvatbaarheid der Europeanen ook bij de inheemse bevolking bestond. Wij vonden nl. *Wucheria bancrofti* sinds 1935 bij onder zeer gunstige omstandigheden levende Europeanen en Curaçaoenaars.

Maar nog bedenkelijker is wat KOOY op blz. 3482 over de microfilariae schrijft, nl.: „de microfilariae zijn van geen beteekenis bij het tot stand komen van de ziekelijke verschijnselen bij hun gastheer” en verder: „Bloedtransfusie met bloed, waarin zich microfilariae bevinden, is dus niet nadelig voor den ontvanger”. Het schijnt KOOY ontgaan te zijn, dat sinds 1939 een aantal publicaties verschenen is waaruit overtuigend blijkt dat microfilariae (van *Wucheria bancrofti* en *Filaria malayi*) duidelijke pathologisch-anatomische afwijkingen en ook klinische ziekteverschijnselen kunnen veroorzaken. Granulomata in de milt, veroorzaakt door microfilariae, werden beschreven door BONNE 1), DHAYAGUDE en AMIN 2) en DHAYAGUDE 3), terwijl HARTZ en VAN DER SAR 4) dergelijke granulomata in de mamma aantreffen. MEYERS en KOUWENAAR 5) en VAN DER SAR en HARTZ 6), 7) konden verband leggen tussen het ziektebeeld „tropische eosinophilie” en de aanwezigheid van microfilariae in eosinophile abscessen, en infiltraten in de gezwollen inguinale (MEYERS en KOUWENAAR) of axillaire (VAN DER SAR en HARTZ) lymphklieren. Daar het zeer waarschijnlijk is, dat bij een gedeelte der gevallen van tropische eosinophilie overgevoeligheid voor microfilariae betekenis heeft, is het duidelijk dat transfusie van bloed dat microfilariae bevat, bij patiënten met een dergelijke overgevoeligheid tot ziekteverschijnselen kan leiden.

Curaçao, 8 Januari 1948

PH. H. HARTZ

#### ATRESIA OESOPHAGIA MET OESOPHAGO-TRACHEALE FISTEL

Het verheugt mij dat prof. EERLAND in zijn klinische les de aandacht gevraagd heeft voor de congenitale oesophagusatresie met oesophago-tracheale fistel. Wij hebben in het Juliana-Kinderziekenhuis in den Haag een reeks kinderen met deze afwijking behandeld en de resultaten hiervan zijn gepubliceerd in het *Maandschrift voor Kindergeneeskunde*. Ik moge daarom hier slechts in het kort nog enige punten naar voren brengen.

1e. Vroege diagnose is van het allergrootste belang. De patiënten van SWENSON werden bijna allen geopereerd binnen drie dagen, terwijl onze patiëntjes slechts zelden binnen vijf dagen in de clinic kwamen. Het ziektebeeld komt relatief veel voor. Men schat  $\pm 1/2100$  à 2500. Op een totaal aantal geboorten per jaar van 275.000 in Nederland, betekent dit dat per jaar  $\pm 120$  kinderen met deze aandoening in Nederland geboren zullen worden. Het is dus zaak dat artsen en vroedvrouwen deze aandoening zo spoedig mogelijk herkennen en naar de chirurg verwijzen.

2e. Deze vroege diagnose moet gesteld worden zonder gebruik maken van barium. In de klinische les schrijft prof. EERLAND „vroeger werd gewoonlijk bariumpap gebruikt”. Het is onze ervaring dat dit helaas nog niet tot het verleden behoort. Van 15 patiënten, door ons gezien, was bij 12 kinderen barium

- 1) *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië*, 79, 874-876, 1939.
- 2) *Am. J. Path.*, 18, 351-361, 1942.
- 3) *Arch. Path.*, 40, 275-278, 1945.
- 4) *Am. J. Clin. Path.*, 17, 823-826, 1947.
- 5) *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië*, 79, 853-873, 1939.
- 6) *Am. J. Trop. Med.*, 25, 83-96, 1945.
- 7) *Rev. Policlin. Caracas*, 15, 183-188, 1946.

gebruikt voor de doorlichting. Al deze twaalf kinderen zijn overleden, merendeels door zeer fulminant verlopende pneumonieën. Het is begrijpelijk, dat de röntgenoloog bij doorlichting van de oesophagus naar het barium grijpt, doch bij vermoeden van deze aandoening moet met klem hiertegen worden geprotesteerd en lipiodol worden gebruikt.

Wat de technische hulpmiddelen betreft, het gebruik van atraumatische naaldjes, die helaas in Nederland nog niet voldoende leverbaar zijn, is voor het succes van de naad wel van zeer grote betekenis. Aanvankelijk hadden wij niet de beschikking over deze naaldjes, doch thans zijn wij door een toevallige omstandigheid in het bezit gekomen van een voldoende hoeveelheid van dit materiaal en hebben wij ons bij de laatste gevallen van de superioriteit van deze naalden kunnen overtuigen.

De grootte van de proximale zak is ook een belangrijke factor bij deze operaties. Wij zagen de proximale zak variëren van de hoogte van de 7e halswervel tot aan de 6e borstwervel. In dit laatste geval ontbrak helaas het gehele distale oesophagussegment. Een zo grote wijde zak tot voorbij de 6e borstwervel, zoals het geval van prof. EERLAND toont, hebben wij nooit waargenomen.

Het grote verschil in goede resultaten na de operatie ligt, afgezien van de gevolgde techniek, het tijdig diagnosticeren en het gebruiken van lipiodol bij doorlichting, ook in de aard van het materiaal. Op een serie van 10 gevallen hadden wij driemaal zeer ernstige congenitale anomalieën, die niet met het leven verenigbaar waren. Wanneer SWENSON daarom op 15 gevallen slechts een sterfgeval heeft, dan heeft hij wel een zeer gunstig materiaal gehad.

Het eerste door ons met succes geopereerde kind is thans bijna zeven maanden oud. Een tweede patiënt door prof. MICHAËL geopereerd, is bijna vijf maanden oud en het door prof. EERLAND geopereerde kind is vier maanden oud. Ook is het mij bekend, dat dr. KLINKENBERGH een kind heeft geopereerd, dat zes weken geleefd heeft en daarna aan een intercurrente aandoening is overleden. Alles wijst er op, dat bij vroege diagnose en het vermijden van de zo gevaarlijke barium-pneumonieën in gunstig gelegen gevallen een goed resultaat verwacht mag worden. Daarom wil ik nogmaals met klem alle artsen op de grote betekenis van een vroege diagnose wijzen.

's-Gravenhage, 20 Januari 1948

J. TEN KATE, *chirurg*

#### OVER THROMBOSEBEHANDELING

Met belangstelling volgde ik de uitvoerige beschouwingen van collega M. PLOOY over de behandeling van thrombose met anticoagulantia, verschenen in het *N. T. v. G.* van 17 Januari 1948. Toch mis ik de vermelding ener conservatieve behandeling zoals door collega H. FERIZ in extenso is uiteengezet in dit *Tijdschrift* van 4 Dec. 1937. Weliswaar zie ik niet veel postoperatieve en postpartale thromboses, maar in die gevallen welke ik te behandelen kreeg, heb ik veel nut ondervonden van het door FERIZ aanbevolen compressieverband, gevolgd door onmiddellijke mobilisatie.

Voor nadere bijzonderheden sla men het desbetreffende artikel na.

Gouda, 28 Januari 1948

PH. NYST, *chirurg-gynaecoloog*

#### PRIMAIRE ATYPISCHE PNEUMONIE

Nu de primaire atypische pneumonie blijkens verscheiden artikelen ook in Nederland de aandacht begint te trekken, komen ook hier dezelfde twee vragen naar voren, die elders rezen. Ten eerste: is dit een ziekte die zich thans voor het eerst voordoet, of een die nu pas wordt herkend; en ten tweede: wanneer mag men aan een koude-agglutinatie positieve waarde toekennen. Over beide vragen zou ik mij gaarne een opmerking veroorloven.

De primaire atypische pneumonie komt in Curaçao sedert 1943 voor. Zij breidde zich geleidelijk over de gehele bevolking uit. In 1946 kwam een groep