

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

van enkele honderden Nederlanders op het eiland aan. Terwijl toen de ziekte onder de inwoners van Nederlandse oorsprong betrekkelijk zeldzaam was geworden, kwam zij onder de nieuwwaangekomenen zeer frequent voor. Er was een dusdanig duidelijk verschil in immuniteit tussen deze twee groepen (ontstaan) dat men kan aannemen, dat de primaire atypische pneumonie in Nederland voor 1946 niet op grote schaal is voorgekomen.

Bij de interpretatie van de resultaten van een koude-agglutinatatie moet men bedenken dat de uitslag van de reactie afhankelijk is van de wijze waarop men haar verricht. Factoren in deze zijn o.a. sterkte en ouderdom der gebruikte erythrocytensuspensie en wijze van aflezen. Zo bedraagt het verschil tussen een macroscopisch en een microscopisch afgelezen titer meestal twee verdunningen. Noemt men in het eerste geval een titer van 1 : 32 positief, dan moet men in het tweede geval een van 1 : 128 als zodanig aanvaarden.

Daar de primaire atypische pneumonie een ziekte is, waarvan de diagnose voornamelijk door de huisarts moet worden gesteld, doet men goed een zo eenvoudig mogelijke methode algemeen te aanvaarden. Het volgende voorschrift kan ik uit eigen ervaring aanbevelen.

Van steriel en bij lichaamstemperatuur verkregen serum wordt één cm³ toegevoegd aan het eerste van een tiental buisjes welke ieder één cm³ fysiologische zoutoplossing bevatten. Uit dit eerste buisje wordt één cm³ overgepipetteerd in het tweede, uit het tweede in het derde en zo voort, tot uit het tiende buisje één cm³ is weggegooid. Aan elk der buisjes voegt men één cm³ toe van een suspensie welke zes druppels groep O bloed per 15 cm³ fysiologisch zout bevat. Men heeft dan dus serumverdunningen van 1 : 4 tot 1 : 2048. Men plaatst de buisjes tot de volgende dag in een ijskast (bij 0-4° C.). Daarna leest men met het blote oog af in welke verdunning nog klontering is, nadat men de erythrocytenmassa met een zacht tikje in beweging heeft gebracht. Bovendien moet de klontering verdwijnen, zodra de buisjes kamertemperatuur hebben aangenomen.

Wil men erythrocyten van de patiënt zelf gebruiken, dan moet men de suspensie eerst wassen. Doet men dit niet dan zou zoveel serum meekomen, dat de latere serumverdunningen nooit groter dan omstreeks 1 : 100 zouden worden. Bij deze methode kan men een agglutinatatie in de verdunning 1 : 32 of hoger als een positief resultaat beschouwen. Op grond van ruim 300 aldus verrichte bepalingen beschouw ik deze methode als het bruikbaarst voor de praktijk.

Den Haag, 29 Januari 1948

TH. VAN ERP

PRIMAIRE ATYPISCHE PNEUMONIE

Naar aanleiding van het ingezonden stukje van collega GRIEP in het *N.T.v.G.* van 24 Januari j.l., blz. 289 wilde ik enkele opmerkingen maken, daar zijn betoog verwarrend werkt.

In ons land zijn inderdaad verschillende vluchtige longinfiltraten beschreven, waarvan de aetiologie tot nu toe onopgehelderd is. Daartoe behoren ook de „ambulante bronchopneumonieën”, die GRIEP waarnam. Voor de oplossing van deze problemen is dit artikel echter van geen belang, omdat de koude-agglutinatiereactie toen nog niet werd verricht. Met behulp van deze reactie is het nu echter gelukt een klein gedeelte van deze onbekende longinfiltraten te classificeren, daar de reactie alleen bij de primaire atypische pneumonie positief is, d.w.z. een titer boven 1 : 64 heeft. Weliswaar is de reactie slechts in ongeveer een derde deel der gevallen positief, doch wanneer de gevallen met een negatieve reactie in een epidemie tezamen voorkomen met gevallen met een positieve reactie, dan heeft men het recht ze tot de primaire atypische pneumonie te rekenen. Het antwoord op de vraag van GRIEP hoe men de ambulante bronchopneumonie moet onderscheiden van de primaire atypische pneumonie luidt dus: door bij de ambulante bronchopneumonie de koude-agglutinatiereactie te doen.