

Collega GRIEP is er niet van overtuigd dat de door mij beschreven gevallen primaire atypische pneumonien zijn, omdat „enkele kenmerkende symptomen ontbreken, b.v. de hoofdpijn, de pijn in de borst en de zeer sterke vermoeidheid”. Dit is wel een zwak argument, immers blijkens de literatuur is het ziektebeeld wisselend; ernstige, zelfs dodelijk verlopende gevallen en licht verlopende gevallen waarbij de patiënten zich nauwelijks ziek voelen, komen voor. De door GRIEP genoemde verschijnselen kunnen inderdaad bestaan, zoals dit ook bij de door mij waargenomen patiënten gedeeltelijk het geval was, maar blijkens de literatuur zijn zij niet kenmerkend voor deze ziekte.

Tenslotte meent GRIEP, dat de primaire atypische pneumonie in Nederland door STIBBE en VAN ERP is beschreven. Deze publicaties ken ik niet. Wel gaf STIBBE in het *N. T. v. G.* een belangrijk literatuuroverzicht en deed VAN ERP in zijn dissertatie belangwekkende mededelingen over gevallen in Curaçao waargenomen. Zij geven geen overtuigende argumenten waarom een koude-agglutinatiereactie reeds bij 1 : 32 als positief moet worden beschouwd. Wanneer ik bij andere longaandoeningen een titer tot 1 : 64 vond, ligt het voor de hand bij de diagnose van de primaire atypische pneumonie hiermede rekening te houden en alleen titers die daarboven liggen, positief te noemen.

Amsterdam, 31 Januari 1948

J. C. GERRITS

### ONVOLDOENDE BEHANDELING THUIS, ALS FACTOR VAN HET PLAATSGEBREK IN SANATORIA

Met belangstelling las ik in het *Tijdschrift* van 17 Januari het ingezonden stuk van coll. VERSCHOOR over sanatoriumopneming.

Het probleem voor de tuberculoselijders en de tuberculosebestrijding is niet of de genezingskansen thuis of in een sanatorium groter zijn, maar of in de eerste plaats zij, voor wie de kansen om thuis te genezen kleiner zijn dan voor een ander, in een sanatorium worden opgenomen. En of de kansen thuis kleiner zijn, blijkt meestal pas, nadat die kansen thuis ten volle gebruikt zijn, dus absolute bedrust enz. toegepast is.

Uit de klinische les van dr. BRONKHORST nu blijkt, dat daar nog wel eens wat aan ontbreekt. Wat de behandeling thuis en de bosrijke omgeving betreft: 10 of 12 jaar geleden schreef BRONKHORST in dit *Tijdschrift*: „De hoofdzaak voor de t.b.c.-patiënt is niet *waar* hij behandeld wordt, maar door *wie* hij behandeld wordt”.

Coll. VERSCHOOR betwijfelt of de huisarts wel kan bereiken, dat er thuis streng gekuurd wordt. Ik kan hem geruststellen. Er komt heel veel van terecht; als, en daar gaat de les van BRONKHORST over, de huisarts het maar begrijpt en zich de tijd geeft om het de patiënt te doen begrijpen. De onvolprezen huisbezoekster zou ik tekort doen, als ik die in dit verband niet noemde. Die bereikt vaak alles, als de huisarts er geen tijd voor heeft.

Zonder overdrijving kan ik dan ook als mijn indruk mededeelen, dat er in mijn district practisch even goed thuis gekuurd wordt als in de sanatoria die mijn voorkeur hebben, en dus beter dan in de sanatoria, die mijn voorkeur niet hebben. Het kost grote moeite, maar het resultaat is dienovereenkomstig.

Daardoor zijn er al zeer veel patiënten *thuis* van een ernstige aandoening *blijvend* genezen.

Arnhem, 29 Januari 1948

A. M. MULDER,  
Districtstuberculosearts

### DE TANDHEELKUNDIGE OPLEIDING OP BREDER BASIS

Met de uitspraak van de Voorzitter der Redactie, in dit *Tijdschrift* van 20 December 1947: „Een geneeskundige nabetrachting over de genomen beslissing heeft, naar het mij voorkomt, weinig zin”, kan ik het volkomen eens zijn.

Ik begrijp dan ook noch de waarde van het ingezonden artikel van de hand