

Een subtotale maagresectie is met de BILLROTH I-methode over het algemeen goed mogelijk.

Ik meende goed te doen deze ervaringen, die in de jaren voor de oorlog en de eerste jaren daarvan door systematisch onderzoek van een aanzienlijke reeks patiënten zijn komen vast te staan, nog eens onder de aandacht te brengen, niet zozeer als critiek maar als aanvulling op de belangwekkende waarnemingen van Collega VERBEEK.

Rotterdam, 9 Februari 1948

C. DE GROOT, *chirurg*

PRIMAIRE ATYPISCHE PNEUMONIE

GERRITS schrijft in zijn antwoord op mijn ingezonden stukje over bovenstaand onderwerp: „het antwoord op de vraag van GRIEP hoe men de ambulante pneumonie moet onderscheiden van de primaire atypische pneumonie luidt dus: door bij de ambulante bronchopneumonie de koude-agglutinatiereactie te doen”. Eén zin er voor zegt hij, dat deze reactie slechts in één derde deel der gevallen positief is. Hoe moet ik nu deze ziekte differentiëren als de koude-agglutinatiereactie negatief is? Weet collega GERRITS zeker, dat bij ambulante bronchopneumonieën deze reactie nooit positief kan zijn? Wat blijkt er van het epidemisch zijn van deze ziekte bij zijn patiënten? Is er bij zijn zieken immuniteit ontstaan? Waaruit blijkt, dat de ziekte bij zijn patiënten niet door bacteriën wordt veroorzaakt?

Alleen de koude-agglutinatiereactie is voor collega GERRITS blijkbaar bewijzend, terwijl toch positieve reacties worden beschreven bij slaapziekte, ziekte van PFEIFFER, lues, mazelen, roodvonk en ook bij pneumococcuspneumonieën met empyeem.

Natuurlijk weet ik ook wel dat STIBBE en VAN ERP geen gevallen van primaire atypische pneumonie in Nederland ontdekt en beschreven hebben, maar dat zij het ziektebeeld beschreven in de Nederlandse literatuur.

Rijswijk, 10 Februari 1948

W. A. GRIEP

EEN MET PENICILLINE GENEZEN PARANEPHRITISCH ONTSTEKINGSPROCES

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling van collega DEENSTRA over bovengenoemd onderwerp in het *Tijdschrift* van 27 December 1947 (dat ik heden ontving), wil ik gaarne een opmerking maken.

De behandeling van een paranephritische phlegmone c.q. absces behoort mijns inziens in handen van de chirurg. Wegens de gevaren van deze phlegmone (progressie, sepsis, perforatie) moet een behandeling die afwijkt van de gewone, vroege incisie, zeker ook in een chirurgische kliniek worden gedaan „met het mes in de hand”.

Overigens bewijst deze publicatie de tegenwoordige neiging om infectieuze chirurgische aandoeningen buiten de chirurg om met antibiotica en chemotherapie te behandelen. Hier en daar gaat het reeds zo ver, dat er huisartsen zijn die bij acute appendicitis eerst eens een penicillinekuur en sulfapraeparaten proberen. De noodlottige gevolgen daarvan (perforatieperitonitis) heb ik reeds gezien.

Soerabaja, 4 Februari 1948

A. FOSSEN,
*chirurg Roomsche Katholiek
Ziekenhuis*