

en er in die tijd een contact met een potentiële besmettingsbron bestaat. Zoals de ervaring op Spitsbergen leerde, konden deze verkoudheden dan vrij ernstige vormen aannemen.

Voorlopig heeft dus de letterkundige BOSWELL voor de beschrijving van deze waarneming in de geneeskundige literatuur de primeur.

Wat het onderzoek naar de lymfocytenwaarden betreft, deze bleken bij schepelingen binnen vier weken na het vertrek uit Rotterdam toe te nemen (relatieve lymfocytose) en bijna gelijk te zijn aan die welke bij de gezonde inwoners van Barentsburg aangetroffen werden. Deze „polaire” relatieve lymfocytose verschilde niet merkbaar van de zogenaamde tropenlymfocytose, of van de lymfocytostijgingen, die waargenomen zijn bij verblijf in hooggebergte of ten gevolge van bestraling met ultraviolet licht. Het waarom van deze verschuivingen in het bloedbeeld is, voorzover ik weet, nog steeds niet opgehelderd.

Barentsburg bestaat niet meer. Al sedert vele jaren is deze kleine nederzetting, die tot een manifestatie van indrukwekkende Nederlandse ondernemingsgeest uitgegroeid was, in Russische handen overgegaan, die de ontgonnen steenkool op economische wijze verschepen konden naar Archangel.

Of de steenkool van Spitsbergen in de toekomst nog van belangrijke betekenis zal zijn in de energievoorziening, valt moeilijk te beoordelen. Zou dit prachtige land, met zijn hooggebergte klimaat op zeeniveau(!) niet nog eens ontdekt worden als een ideaal toeristenoord? Waar vindt men een ononderbroken dag van 19 april tot 24 augustus, waar te middernacht de zon hoog aan de hemel staat en de gemiddelde temperatuur even boven het nulpunt ligt? In ieder geval kunnen de zomergasten erop rekenen, geen last te hebben van verkoudheden; ten minste zolang er niet een nieuw schip met aanvoer van nieuwe toeristen komt binnenlopen.

*Literatuur:* BOSWELL, JAMES (1791) *Life of Samuel Johnson*. — HEINBECKER, P. en IRVINE-JONES, E. I. M. (1928) Susceptibility of Eskimos to the common cold. *J. Immunol.* **15**, 395. — KOUMANS, A. K. J. (1926) *Over lymfocytenwaarden en lymfocytair functies naar aanleiding der tropenlymfocytose*. Proefschrift Leiden. — LOGHEM Sr., J. J. VAN (1963) Het verkoudheidsvraagstuk. *Ned. T. Geneesk.* **107**, 122.

Lochem, februari 1963

A. K. J. KOUMANS

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### DE „NIET-ONTDEKTE” HARTAFWIJKING

Het spijt mij, dat ik het niet eens kan zijn met de mening van collega REIJNIERSE-VAN ZANTEN (1963) dat men aan ouders geen mededeling moet doen omtrent het bestaan van een hartgeruis bij hun kind, ook als dit geruis meer dan eenmaal op het consultatiebureau werd gehoord. En wel voornamelijk om het feit, dat de door de zendster gestelde onschuldige klinkende vragen jammer genoeg geen uitsluitel geven over de aard of de ernst van de aangeboren hartafwijking, ja zelfs in het geheel niet kenmerkend behoeven te zijn voor kinderen met hartafwijkingen. Het heeft mij getroffen dat zeker de helft van kinderen met vaak ernstige aangeboren hartafwijkingen in het geheel geen klachten hebben. Te zwijgen over het hartgeruis als de anamnese gunstig uitvalt, is dan ook bepaald onjuist.

Een andere kwestie is, of mededeling door de consultatiebureau-arts dan wel door de huisarts dient te geschieden. Mijns inziens behoort de samenwerking tussen huisarts en

consultatiebureau-arts van dien aard te zijn, dat in onderling overleg een juiste aanpak wordt bewerkstelligd.

Met de laatste zin: „Een dergelijke uitspraak is dan niet gunstig voor uw verhouding ten opzichte van de ouders en niet in het belang van het kind”, heb ik bepaald niet bedoeld angst te hebben voor het verlies van goede naam, maar wel voor het verlies van vertrouwen van de ouders in de arts. En collega REIJNIERSE-VAN ZANTEN zal het toch met mij eens zijn, dat het ontdekken van een hartgeruis bij een kind niet alleen consequenties heeft voor de opvoeding van dat kind. De hartchirurgie spreekt hier een duchtig woordje mee; de resultaten bewijzen dit ruim voldoende.

*Literatuur:* REIJNIERSE-VAN ZANTEN, S. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 828.

Groningen, 25 april 1963

K. K. BOSSINA

### POLYMYALGIA RHEUMATICA

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van Dr. L. SCHALM (1963) willen wij het volgende opmerken:

De bezwaren tegen onze interpretatie van een aantal uitkomsten van leverfunctieproeven, die door collega SCHALM worden opgesomd, hebben wij ook overwogen. Samen met de gestoorde broomsulfaleïne-uitscheiding (geen van de patiënten was tevoren behandeld met eiwitsparende steroïden) en de veranderingen in het eiwitspectrum, leek het ons gerechtvaardigd, ook de verhoging van het alkalische-fosfatasegehalte als een uiting van een leverfunctiestoornis te accepteren. Bij röntgenonderzoek van het skelet waren ook geen afwijkingen gevonden die deze verhoging van het alkalische-fosfatasegehalte zouden kunnen verklaren.

De vraag of deze leverfunctiestoornis nu een onderdeel van het ziekteproces vormt, dan wel slechts een begeleidend verschijnsel is, valt nog niet te beantwoorden. Wellicht kan verder onderzoek van de leverfuncties en eventueel van leverpunctaten met elektronenmicroscopische en andere moderne technieken dit vraagstuk bij andere lijders aan polyomyalgia rheumatica tot een oplossing brengen.

Overigens hebben wij de overtuiging, dat bij patiënte B na de zo geslaagde behandeling van haar klachten, bij duodenumsondage nog wel enkele cholesterolkristallen gevonden zouden kunnen worden.

*Literatuur:* KLIJN, L. C. en J. BOOMGAARD (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 483. — SCHALM, L. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 748.

Amsterdam, 3 mei 1963

L. C. KLIJN  
J. BOOMGAARD

### „PRIMAIRE ATYPISCHE PNEUMONIE”

Het syndroom „primaire atypische pneumonie” werd in 1942 afgegrensd door de „Commission on Acute Respiratory Diseases”, die een studie maakte van luchtweginfecties bij Amerikaanse militairen. Men verstond hieronder een acute, febrile luchtwegaandoening, die klinisch van kroepuze („typische”) pneumonie te onderscheiden was en waarvan de oorzaak onbekend („primaire”) was. Als criteria voor de diagnose „primaire atypische pneumonie” werden genoemd: verschijnselen van een acute luchtweginfectie, de aanwezigheid van röntgenologisch aantoonbare longafwijkingen en de afwezigheid van pathogene bacteriën in het sputum (Official Statements 1942). Nadien is als een (niet noodzakelijke) steun voor de diagnose „primaire atypische pneumonie” aanvaard: het aantoonbaar zijn van een titerstijging van koude-agglutinen en (of) van agglutinen tegen *Streptococcus MG*, die in een gedeelte der gevallen werd gevonden.

De laatste jaren zijn verschillende, niet tot de bacteriën