

- <sup>1</sup> Helsingen N, Hillestadt L. Cancer development in the gastric stump after partial gastrectomy for ulcer. *Ann Surg* 1956; 143: 173.
- <sup>2</sup> Griesser G, Schmidt H. Statistische Erhebungen über die Häufigkeit des Karzinoms nach Magenoperation wegen eines Geschwürsleiden. *Med Welt (Stuttg)* 1964; 35: 1836-44.
- <sup>3</sup> Nicholls JC. Stump cancer following gastric surgery. *World J Surg* 1979; 3: 371.
- <sup>4</sup> Pack GT, Banner RL. The late development of gastric cancer after gastroenterostomy and gastrectomy for peptic ulcer and benign pyloric stenosis. *Surgery* 1958; 44: 1024.
- <sup>5</sup> Liavaag K. Cancer development in gastric stump after partial gastrectomy for peptic ulcer. *Ann Surg* 1962; 155: 103.
- <sup>6</sup> Hilbe G, Salzer GM, Hussl H, Kutschera H. Die Carcinomgefährdung des Resektionsmagens. *Langenbecks Arch klin Chir* 1968; 323: 142-53.
- <sup>7</sup> Stalsberg H, Taksdal S. Stomach cancer following gastric surgery for benign conditions. *Lancet* 1971; ii: 1175.
- <sup>8</sup> Saegesser F, James D. Cancer of the gastric stump after partial gastrectomy (Billroth II principle) for ulcer. *Cancer* 1972; 29: 1150.
- <sup>9</sup> Peitsch W, Becker HD. Was ist gesichert in der Pathogenese und Häufigkeit des primären Carzinoms im operierten Magen. *Chirurg* 1979; 50: 33.
- <sup>10</sup> Schruppf E, Stadaas J, Myren J, Serck-Hanssen A, Aune S, Osnes M. Mucosal changes in the gastric stump 20-25 years after partial gastrectomy. *Lancet* 1977; ii: 476.
- <sup>11</sup> Clark CG, Ward MWN, McDonald AM, Tovey FI. The incidence of gastric stump cancer. *World J Surg* 1983; 7: 236-40.

Leiden, september 1983

K. WELVAART

### *Een nomogram voor de bepaling van de nauwkeurigheid van leukocytentellingen*

In zijn artikel stelt Rümke dat men kan aannemen dat de uitkomsten van bepalingen van het leukocytengehalte met behulp van automatische apparaten over het geheel genomen nauwkeuriger zijn dan de met de klassieke methode verkregen uitkomsten.<sup>1</sup> Mijns inziens valt dit nog te bezien en is mogelijk het omgekeerde waar.

De reproduceerbaarheid van elektronische tellingen overtreft weliswaar die van microscopische ruimschoots, de kans op het maken van systematische fouten bij het tellen met automatische apparatuur is echter groter dan die bij telling volgens de klassieke methode (fotometrie of conductometrie, afstelling verdunner, instelling drempelwaarden, coïncidentiecorrectie). De onnauwkeurigheid van een bepaling is de resultante van toevallige en systematische fouten. Systematische fouten zijn bij de microscopische tellingen relatief gering, mits men verschillende pipetten en telkammers gebruikt.

Uit enquêtes van de Stichting Kwaliteitsbewaking Klinisch-Chemische Ziekenhuislaboratoria waar 160 laboratoria aan meedoen, blijkt dat na het verwerpen van uitbijters de variatiecoëfficiënt van elektronisch uitgevoerde leukocytentellingen in het gebied rond  $4 \times 10^9$ /liter steeds omstreeks 15% bedraagt. Dit betekent dat bij telling door verschillende laboratoria van een bloedmonster dat  $4,0 \times 10^9$  leuko-

cyten per liter bevat, de grenzen van het 95%-betrouwbaarheidsinterval voor het werkelijke leukocytengehalte 2,8 en  $5,2 \times 10^9$ /l zijn (mits de verdeling normaal is). Ook de onnauwkeurigheid van elektronische tellingen is dus bepaald niet gering!

## LITERATUUR

- <sup>1</sup> Rümke ChrL. Een nomogram voor de bepaling van de nauwkeurigheid van leukocytentellingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1339-42.

Heemskerk, juli 1983

M. RUBENS

Voor deze aanvulling zeg ik de inzender hartelijk dank. Gegevens als die van de genoemde Stichting zijn onontbeerlijk wanneer men zich voor de praktijk een oordeel wil vormen over de nauwkeurigheid van de uitkomsten in ziekenhuislaboratoria.

Amsterdam, augustus 1983

CHR.L. RÜMKE

### *Invaginatie van de darm*

In zijn klinische les schrijft Nuyens dat deze aandoening in de gemiddelde huisartsenpraktijk eens per 2 à 3 jaar voorkomt.<sup>1</sup> Dit kan niet juist zijn. Volgens Meadow en Smithells komt invaginatie gemiddeld eens per 12 jaar in de algemene huisartsenpraktijk voor (ter vergelijking: hypertrofische pylorusstenose eens per 4 jaar).<sup>2</sup> Deze laatste getallen lijken naar eigen ervaring ook voor de Nederlandse situatie betrouwbaarder. Door de betrekkelijke zeldzaamheid van de invaginatie kan deze aandoening te lang worden aangezien als een gastro-enteritis en daardoor te lang verkeerd worden behandeld.

## LITERATUUR

- <sup>1</sup> Nuyens CM. Invaginatie van de darm. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1465-7.
- <sup>2</sup> Meadow SR, Smithells RW. *Lecture notes on paediatrics*. 2nd ed. Oxford: Blackwell scientific publications, 1977.

Leiderdorp, augustus 1983

S.E. BOS

Ik heb de frequentie van de diagnose opgevraagd bij de Stichting Medische Registratie. In 1979 werd de invaginatie als hoofddiagnose 222 maal gesteld, waarvan 192 maal bij personen jonger dan 15 jaar. Als nevendiagnose werd invaginatie in dat jaar 37 maal vermeld. Bij de berekening voor de gemiddelde huisartsenpraktijk is er een fout gemaakt en bij herberekening komt inderdaad de frequentie van eens per twaalf jaar veel dichterbij de werkelijkheid.

Roermond, augustus 1983

C.M. NUJENS

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### VERENIGDE STATEN

*Humaan-T-cel-lymfoomvirus (HTLV)-infecties in de Verenigde Staten.* – Sinds de beschrijving van een patiënt uit

Alabama met een cutaan T-cel-lymfoom bij wie een humaan type C-retrovirus werd geïsoleerd, heeft men dit virus (HTLV=human T-cell lymphoma virus) en de antistoffen ook gevonden bij dergelijke patiënten in Japan en in het Caraïbische gebied (zie Ref. 1983; 127: 1109-10).

De ontdekking van een verband tussen een virus en een