

Volgens de auteur zou de pernaemon-prophylaxe een theoretische grondslag missen. Niets is echter minder waar, want mijn voorstel berust onder andere op de overwegingen, dat a. pernaemon bij proeven op dieren zowel op de idiopathische als op de experimentele postvaccinale encephalitis gunstige invloed uitoefende, b. herpes zoster (eveneens veroorzaakt door een neurodermotroop virus) opmerkelijk goed te behandelen is met een injicieerbaar leverextract, c. parenterale toediening van leverpraeparaten in bepaalde gevallen de neurologische symptomen van pernacieuze anaemie belangrijk kan verbeteren<sup>2</sup>.

„De ideale techniek is, dat men bij de 1e vaccinatie begint met één schrapje, nergens in de wet staat immers, dat men de schrapjes tegelijkertijd moet aanleggen.” Afgezien van het bezwaar, dat bij nauwkeurige lezing de wet met deze opvatting van prof. SILLEVIS SMITT niet in overeenstemming is (anders zou er niet kunnen staan, dat als goed gevolg van de inenting beschouwd wordt de opkomst van ten minste één volledig ontwikkelde pokpuist), zou ik er op willen wijzen, dat het voorstel door vermindering van het aantal scarificaties de kans op encephalitis postvaccinalis te verkleinen, reeds in 1928 in Engeland is gedaan door de „Committee on vaccination”. In 1930 is het resultaat van deze proefneming bekend geworden, helaas met ongunstige uitslag<sup>3</sup>.

Dordrecht, 12 Maart 1952

A. C. DROGENDIJK

Literatuur: <sup>1</sup>W. G. SILLEVIS SMITT (1952) *N.T.v.G.* 96, 554. <sup>2</sup>*Geneesk. Gids*, 27 Juli 1950. <sup>3</sup>A. C. DROGENDIJK, *Over encephalitis postvaccinalis*. Amsterdam 1939, bl. 88 e.v.

Ook nu geeft collega DROGENDIJK geen theoretische motivering, waarom het therapeutisch toedienen van pernaemon gewenst is. Hij beperkt zich tot empirische argumenten. De laatste zijn mij bekend, doch ik kan ze op grond van klinische ervaring niet onderschrijven. Bij herpes zoster heb ik van pernaemon geen resultaat gezien, de invloed van pernaemon op het neurologische syndroom is zeer wisselend, en voor encephalitis wordt de pernaemontherapie in neurologische kringen niet aanvaard.

Ik wil hieraan toevoegen, dat jarenlange praktijk mij heeft geleerd, zeer voorzichtig te zijn met het aannemen van therapeutische successen bij neurologische aandoeningen. Eigen ervaring leidt helaas herhaaldelijk tot teleurstelling, wanneer men een positieve therapeutische mededeling aan de praktijk toetst.

Wat de techniek betreft, in de wet staat niet, dat men de schrapjes tegelijkertijd aan moet brengen. Collega DROGENDIJK herleidt dit uit de vereiste gevolgen van de inenting, doch dit is niet hetzelfde.

Verder blijf ik bij mijn mening, dat men te weinig op de techniek let en goed aangelegde scarificaties zeker het aantal vaccinatiezieken tot een minimum beperken. De vergelijking van de inentingsresultaten van twee ziekenhuizen met verschillende techniek heeft mij dit aan een groot materiaal geleerd. Gezien de pathogenese van de postvaccinale encephalitis, waarbij de uitbreiding vrijwel uitsluitend langs het veneuze stelsel plaats vindt, lijkt mij de stelling: hoe minder vaccine in de circulatie, hoe minder kans op cerebrale complicaties, niet te boud.

Wat het Engelse onderzoek betreft over het belang van het aantal scarificaties, rijst de vraag hoe men het zo genaamde negatieve resultaat van 1930 in overeenstemming kan brengen met een mededeling van hetzelfde Ministerie in 1931, waarbij wordt aangeraden, de inenting tot één scarificatie te beperken.

Utrecht, 27 Maart 1952

W. G. SILLEVIS SMITT

### PIJNSTILLENDE MIDDELEN

De zinsnede in de klinische les van prof. GAARENSTROOM<sup>1</sup> „Het (dolantine) is geschikt voor behandeling van chronische pijnen van niet al te ernstige aard” is zo gevaarlijk en zo onjuist, dat zij mijns inziens niet zonder tegenspraak mag blijven.

Dolantine is een verslavingsgif. Dolantinisme is een even grote verschrikking als morphinisme. Het is derhalve even ongeschikt voor behandeling van „chronische pijnen van niet al te ernstige aard” als morphine. „Chronische pijnen van niet al te ernstige aard” mogen niet met verslavingsmiddelen worden behandeld. Daarbij komt nog, dat dolantine duurder is dan morphine, zeer vaak ongewenste bijwerkingen geeft en bij langer voortgezet gebruik pijnlijke infiltraten geeft ter plaatse van de injectie, waarboven de huid haemorrhagisch verkleurt.

Wat hier van dolantine wordt gezegd, geldt uit den aard der zaak voor identieke praeparaten, die in de handel worden gebracht en waarvan prof. GAARENSTROOM onder andere de Nederlandse namen weglaat. Juister ware naar mijn mening geweest slechts de niet

beschermden namen te vermelden. Meent prof. GAARENSTROOM de beschermden wel te moeten noemen, dan is het mijns inziens aangewezen zo volledig mogelijk te zijn en in ieder geval de namen niet door elkaar te gebruiken, daar hierdoor het gevaar dreigt, dat grote geldsommen worden verspild.

Ik wil niet ontkennen, dat het geven van een ander praeparaat in plaats van morphine soms nuttig kan zijn, bij voorbeeld om psychologische redenen, wegens betere verdraagbaarheid of voor de afwisseling, doch het gruwzame gevaar der verslaving blijft.

Bij „chronische pijnen van niet al te ernstige aard” geve men deze stoffen nimmer.

1J. H. GAARENSTROOM (1952) *N.T.v.G.* 96, 594.

Utrecht 17 Maart 1952

L. A. HULST

ISELL, de onderzoeker van wie men zegt, dat hij de grootste ervaring met verdovende middelen in de Verenigde Staten<sup>1</sup> heeft, schrijft in een overzicht: „it (dolantine) is quite useful in managing chronic diseases with mild grades of pain”<sup>2</sup>. Deze opvatting — andere van gelijksoortige strekking kan men elders in de literatuur vinden — zou ik willen stellen tegenover de apodictische uitspraken van collega HULST. Stellig kan gebruik van dolantine tot verslaving voeren; deze is echter minder erg en ontstaat minder snel dan bij morphine. Men wege dit gevaar af tegen het dikwijls grotere nadeel, dat het middel wordt onthouden aan patiënten, die door het gebruik ervan goed zouden worden geholpen.

Voor zover ik kan zien heb ik geen namen door elkaar gebruikt; het desbetreffende verwijt leg ik dus naast mij neer. Bij het noemen van synoniemen heb ik alleen de mijns inziens belangrijkste vermeld, daarbij, zoals blijkt, namen weglatend, die collega HULST gaarne genoemd had gezien.

De prijs en het ontstaan van pijnlijke infiltraten kunnen geen absolute contra-indicaties zijn voor het toedienen van een middel. Het laatste bezwaar vervalt bovendien als men dolantine per os geeft.

<sup>1</sup>*Excerpta med.* II (1949) 2, 1483. <sup>2</sup>*Ann. intern. Med.* (1948) 29, 1011.

Groningen, 24 Maart 1952

J. H. GAARENSTROOM

#### NEGATIEVE PLEURADRIK

Over de spanningen in de thorax ten gevolge van verschil in thoraxcapaciteit en het gezamenlijke volume der borstorganen, schrijft prof. TENDELOO in *Allgemeine Pathologie*: „Man schreibt sie oft der Lungenelasticität oder dem Lungenzug zu, aber mit Unrecht”.

Het wat subtiele verschil in de gangbare mening in de uiteenzetting van TENDELOO moge misschien van weinig practisch belang zijn, voor een helder begrip en uit didactisch oogpunt is het wel zeer de moeite waard hiervan kennis te nemen.

St. Oedenrode, 23 Maart 1952

L. P. J. ALKEMADE

(Discussie gesloten Red.)

## BERICHTEN



### BUITENLAND

DENEMARKEN. — H. C. HAGEDORN GEËRD. De Amerikaanse diabetoloog JOSLIN verzocht door middel van de pers iedere suikerzieke, die insuline-protamine-zink gebruikt, de Deense arts HAGEDORN te feliciteren met zijn zestigste verjaardag. Hem dankt men (sinds 1936) het praeparaat, dat de suikerzieke veroorlooft zich van één enkele inspuiting per dag te bedienen. Hij schiep in de nabijheid van Kopenhagen, het NIELS STEENSEN-hospitaal, dat met slechts 22 bedden en een policliniek, geheel gewijd is aan de studie van het dieet en de medicamenteuze behandeling van suikerzieken. Denemarken is zonder twijfel het land, waar de behandeling van diabetes op het hoogste peil staat (*Sem. méd.*, 1952, bl. 81).

ENGELAND. — DE GROEI DER BEVOLKING. Men schat het aantal inwoners van Engeland en Wales in het begin van de vijftiende eeuw op 2.700.000. Een ruwe volkstelling in het jaar 1588 gaf het cijfer 5 miljoen. Toenemende welvaart in de achttiende eeuw en de revolutionaire ontwikkeling der nijverheid in de negentiende eeuw leidden tot verdere stijging, die door dalende sterfte van de zuigelingen en vermindering van de besmettelijke ziekten werd bevorderd. Ondanks de daling van het geboortecijfer bedraagt het aantal inwoners van het Verenigd Koninkrijk thans 50 miljoen. Wat moet de medicus doen tegenover de be-