

Bij de differentiële diagnose moet men m.i. aan poliomyelitis en eventuele andere neurologische afwijkingen, acute infectieziekten en traumata denken. (Enige malen vertelde een moeder, dat het kind op het hoofd was gevallen en dat het wel een hersenschudding zou hebben.) Ook „acute buik”! (Een jongetje van 5 jaar verwees ik ongeveer 24 uur na het begin der ziekte naar het ziekenhuis, met de diagnose appendicitis acuta. De chirurg, die deze mening deelde, deed laparotomie en vond een invaginatie-ileus.)

De ziektefrequentie, die van 16 tot 24 juli het grootst was, nam daarna iets af, maar nog dagelijks zijn er nieuwe gevallen. Ook in de omgeving komt de ziekte veel voor.

Literatuur: ¹W. J. BRUINS SLOT en J. ENGELHARDT (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 2090. ²J. E. MINKENHOF (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 2221.

Leersum, 7 augustus 1956

L. A. BUINING

Wij verzamelden tot heden klinische en epidemiologische gegevens van 179 gezinnen, waarin de ziekte werd vastgesteld. Te zijner tijd zullen deze worden gepubliceerd.

Einde maart werd de ziekte voor het eerst waargenomen. Einde juni nam de frequentie snel toe. De top werd de derde week van juli bereikt (27 nieuwe gezinnen). Sindsdien is er een geleidelijke daling.

Het klinische beeld is zeer wisselend: er zijn viscerale aandoeningen (rhinitis, pharyngitis, enteritis), al dan niet gecombineerd met symptomen van het centrale zenuwstelsel: hoofdpijn, duizelingen, nekstijfheid, explosief braken, paresthesiën.

Er zijn ook aanwijzingen voor een myocardium-aandoening. Wij beschikken nog over te weinig specialistische gegevens om hierover zekerheid te hebben. Het lijkt echter gewenst, gezien de soms langdurige reconvalescentie, de aandacht hierop te richten. Ook plaatselijke spierpijnen komen voor. Heel frequent is het exantheem, bestaande uit fijne, folliculaire puntjes, zoals men dat voornamelijk bij kinderen ziet. Evenals de symptomen van het centrale zenuwstelsel is dit exantheem zeer wisselend van karakter, intensiteit, lokalisatie en uitbreiding. Soms verplaatst het exantheem zich. Merkwaardig is, dat het vaak symmetrisch is en soms een uitbreiding of een beloop heeft in overeenstemming met de neurodermatomen. Men ziet ook wel enkelzijdige uitbreiding. Dit doet een relatie met het centrale zenuwstelsel vermoeden. In analogie met de pathologisch-anatomische afwijkingen bij herpes zoster zouden histologische afwijkingen in de ganglia spinalia denkbaar zijn. Obductie zal wel uitzondering blijven, gezien het goedaardige beloop van de ziekte (afgezien van de mogelijke myocarditis).

De ziekteduur is in het algemeen kort, enkele dagen tot twee weken. Ernstige zieken tonen een bifasische curve. Wij zagen bij één patiënt een curve met vier fasen. De pols is, althans bij volwassenen, relatief vertraagd. Bij kinderen ziet men veelvuldig recidieven na drie tot zes weken. Men vraagt zich af, of dit kan berusten op aantasting van het afweerapparaat, de bloedbereidende organen en het endocriene systeem, ten gevolge van een viremie.

Het aantal abortieve gevallen is zeer groot. Naar schatting worden bij een gezinsinfectie drie op de vier gezinsleden aangetast.

Verschijnselen van meningeale prikkeling zagen wij bij ongeveer 2 pct der zieken.

Als complicatie ontstond dikwijls een op kinkhoest gelijkende bronchitis. Bij de meeste zieken werd een versterkte vaatinjectie van de pharynx gezien. Op de pharynx-bogen en de tonsillen zagen wij vaak blaasjes ter grootte van een speldeknoop tot gerstekorrel, gevuld met troebel vocht. Ook werden in de keel veel wit-gele bandjes of stippen gezien. De tong is bij nagenoeg alle zieken wit. Zonder epidemiologische gegevens zou een bonte mengeling van diagnosen worden verkregen: gastritis, enteritis, keelontsteking, rhinitis, bronchitis, hoofdgriep, spit, angina met een „rash”, rodehond, surmenage enz. Er bleek een verrassende epidemiologische samenhang te bestaan tussen de syndromen, die wij in de algemene praktijk zagen. Het bleek, dat twee tot drie weken na het eerste ziektegeval in een gezin de meeste gezinsleden gelijktijdig of kort na elkaar ziek werden. In bijna alle gevallen was ook een contact op te sporen. Het bleek, dat de ziekte kon worden verklaard door rechtstreekse besmetting aan te nemen, bv. bij intiem contact, of als men samen iets heeft genuttigd (koffie bij een zieke, een maaltijd bij kennissen, die kort tevoren ziek zijn geweest, enz.).

De incubatietijd is vermoedelijk 2 à 3½ week. Stress-factoren zijn duidelijk van invloed: talrijk zijn de kinderen, die acuut ziek worden, bv. op de avond na thuiskomst van een schoolreisje.

De bewustzijnstoestand is ook tijdens de acute fase helder.

Er lijkt geen voorkeur te bestaan voor een bepaald welstandsniveau, of voor sekse. Ook over de leeftijd is zonder bewerking van de gegevens niets te zeggen.

Laboratoriumgegevens: bij kinderen zagen wij na enige dagen nog al eens leukopenie en lymfocytose ontstaan. Het voorkomen van plasmacellen is geen uitzondering, een enkele maal zijn er zelfs 5 pct.

De bloedbezinking is tijdens de periode van algemeen ziekzijn duidelijk verhoogd. Het kan weken duren voor deze tot de norm is teruggekeerd. Verschillende malen werd urobilinurie gevonden.

Liquorpuncties hebben wij niet gedaan. Het laboratorium van het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden (Hoofd Prof. VERLINDE) isoleerde een virus, dat vermoedelijk tot de ECHO-groep behoort. (Vier maal in een keel-uitstrijk-preparaat en tweemaal in een rectum-uitstrijk-preparaat.) Het meeste materiaal is nog in onderzoek.

Vlaardingen, 8 augustus 1956

G. J. Bos
C. A. J. Ruys

In de ingezonden stukken van BRUINS SLOT en ENGELHARDT¹ en MINKENHOF² wordt terecht verondersteld dat de bedoelde ziekte ook buiten Rotterdam en Amsterdam voorkomt. In ieder geval geldt dit voor Meppel. Het is voor mij echter zeer de vraag, of men er wel verstandig aan doet, hier steeds van *meningitis* te spreken. Veel kinderen en jonge volwassenen worden acuut ziek met hoge koorts, soms met braken. De volgende ochtend lijken zij beter, maar als zij opstaan, komen de verschijnselen weer terug; na enige dagen strenge bedrust verdwijnen deze zonder sporen. Een mazelenachtig exantheem en (of) lichte conjunctivitis is geen uitzondering, maar ook geen regel. De ziekte is zeer besmettelijk; meer gevallen in één gezin en in dezelfde buurt komen herhaaldelijk voor.

Maar — en nu kom ik tot de reden van dit ingezonden stuk — slechts de minderheid der patiënten tonen duidelijke nekstijfheid of andere verschijnselen van meningitis. Ik liet een enkele patiënt opnemen; de neuroloog vond bij hen de beschreven liquor-afwijkingen. Ik meen dan ook dat wij hier met een besmettelijke ziekte te maken hebben waarbij nog al eens meningitis voorkomt, maar die in verreweg de meeste gevallen zonder duidelijke verschijnselen hiervan verloopt. Het is praktisch niet uitvoerbaar, al deze patiënten voor liquor-onderzoek te laten opnemen. Ik kan dus niet bewijzen dat zij geen — heel lichte — meningitis hebben gehad, maar klinisch duidelijk is het meestal niet.

Vermoedelijk heeft de epidemie in Meppel al haar hoogtepunt bereikt omstreeks 22 juli; in dat weekeinde zag ik meer dan 30 dergelijke patiënten.

Tenslotte: Ik herinner mij niet ooit eerder een dergelijke epidemie te hebben meegemaakt. Ik krijg de indruk dat sommige collega's menen met niet-paralytische poliomyelitis te maken te hebben, maar kan het daarmee moeilijk eens zijn.

Literatuur: ¹W. J. BRUINS SLOT en J. ENGELHARDT (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 2090. ²J. E. MINKENHOF (1956) *Ned. T. Geneesk.* **100**, 2221.

Meppel, 8 augustus 1956

J. J. KAMPS

Wij menen dat de bovenstaande ingezonden stukken onze kennis der nieuwe ziekte verrijken. Deze meerdere kennis is bijeengebracht door hiervoor bij uitstek bevoegden die nl. als huisarts uit den aard der zaak niet alleen de ernstige, doch ook de zeer vele lichtere vormen dezer nieuwe aandoening hebben kunnen waarnemen. Dat slechts 2 pct der patiënten verschijnselen van meningeale prikkeling toonden, is voor ons een verrassing; uiteraard werden de meeste patiënten in ons ziekenhuis wegens duidelijke meningeale prikkelingsverschijnselen opgenomen; bij hen vonden wij liquor-afwijkingen. Enkele zieken die wegens hoofdpijn met hoge koorts en niet of nauwelijks waarneembare nekstijfheid binnenkwamen, bleken toch dezelfde liquor-afwijkingen te hebben. Dat deze virusziekte met allerlei slijmvliesverschijnselen, darmsymptomen, exanthenen en klierzwellingen gepaard kan gaan, is een belangrijk gegeven. De afwijkingen in het witte bloedbeeld (leukopenie met lymfocytose en plasmacellen) die zich dus wel onderscheiden van het normale bloedbeeld of de lichte leukocytose bij onze volwassen patiënten met lymfocytair meningitis of encephalo-meningitis, kloppen met het beeld van een virusaandoening. Alle tot nu toe bekend geworden feiten wijzen erop dat er waarschijnlijk een nieuwe virusziekte is ontstaan die door een virus met neurotrope eigenschappen wordt veroorzaakt. Zeer onlangs zijn verschillende epidemietjes en epidemieën van „nieuwe” virusziekten van het centrale zenuwstelsel beschreven die toch weer een andere verschijningsvorm hadden dan de in Nederland waargenomen nieuwe epidemie¹.

Literatuur: ¹E. PEDERSEN (1956) *Dan. med. bull.* **3**, 65. E. M. RAMSAY en E. O'SULLIVAN (1956) *Lancet* I, 761. D. W. SUMNER (1956) *Lancet* I, 764. B. SIGURDSSON en K. R. GUDMUNDSSON (1956) *Lancet* I, 766. Leading article (1956) *Lancet* I, 789.

Rotterdam, 20 augustus 1956

W. J. BRUINS SLOT
J. ENGELHARDT