

gaat; wanneer dat laatste het enige doel is, mag aan de Pitontoediening geen enkel nadeel verbonden zijn! Verder moet men bedenken, dat abnormaal sterke weeën voor moeder en kind veel gevaarlijker zijn dan abnormaal zwakke weeën. Niet alleen is dit statistisch telkens weer gebleken, het is ook duidelijk, wanneer men bedenkt, dat snel opeenvolgende, krachtige weeën, vooral wanneer ze met een hoge rustspanning van de uterus gepaard gaan, de oxygenatie van het kind ernstig in gevaar brengen, terwijl anderzijds de hoge intra-uteriene druk de risico's van uterusruptuur, vruchtwaterembolie — beide voor de moeder levensgevaarlijke gebeurtenissen — met een veelvoud verhoogt.

Contra-indicaties zijn dus: nerveuze, gespannen vrouw, hoge rusttonus van de uterus, de meeste liggingsafwijkingen, bekkenvernauwing, litteken in de uterus, grande-multipariteit, dreigende intra-uteriene asfyxie.

Als indicatie zou men kunnen noemen:

1. Langdurig ontsluitingstijdperk met gebroken vliezen, waar reeds inwendig is onderzocht of waar om andere reden (colpitis!) de kans op ascenderende infectie groot geacht moet worden en waarbij de langzame vordering van de ontsluiting aan primaire weeënzwakte moet worden toegeschreven, na uitschakeling van bovengenoemde contra-indicaties.

2. Langdurige uitdrijving door weeënzwakte, waarbij de Piton-injectie wellicht een kunstverlossing in narcose overbodig zal kunnen maken.

De onberekenbare reactie van de uterus op Piton maakt, dat men met een lage dosis moet beginnen. Hierbij is  $\frac{1}{2}$  tot 1 voegtlineeheid als beginndosis, intramusculair toegediend, als maximum te beschouwen wanneer er nog geen volkomen ontsluiting bestaat. Afhankelijk van de bij nauwkeurige observatie verkregen feiten, zal men de dosis kunnen verhogen tot maximaal 2 à 3 E per keer. En op grond van dit doseringsschema, en wegens de noodzakelijke nauwkeurige observatie, zal men voor de huispraktijk Pitontoediening vóór de volkomen ontsluiting beter geheel achterwege laten.

In de zeldzame gevallen waar de toediening vóór volkomen ontsluiting werkelijk geïndiceerd lijkt, is opnemings op een verloskundige afdeling, met de mogelijkheid om eventueel ook tot intraveneuze toediening over te gaan, alleszins aan te raden.

Nà volkomen ontsluiting kan men met 1 à 2 E beginnen, maar ook hier moet men 3 E toch als maximum beschouwen. Het heeft geen zin, de injectie vaker dan eenmaal te herhalen.

Tenslotte kan Piton nog worden toegediend bij het geboren worden van het kind om atonie in het nageboortetijdperk te voorkomen en abnormaal bloedverlies in deze periode tegen te gaan. Hierbij mag 5 tot 10 E worden ingespoten. Het is dan wel zaak met de hand op de uterus de eerste, krachtige nageboorteweëën, die na ongeveer vijf minuten verwacht kunnen worden, te observeren om, wanneer de placenta loslaat, deze ook meteen geboren te doen worden. Ook

deze toediening vereist een goede indicatiestelling (anamnese van atonieën en sterk bloedverlies post partum, inhalatie-narcose) en kan beter niet tot routinemaatregel verheven worden. In landen, waar ziekenhuisbevalling regel is, geschiedt dit wel, maar dan heeft men ook meer mogelijkheden tot correctie van gemaakte fouten dan in de huispraktijk.

Werkelijk geïndiceerd is Pitontoediening in ten hoogste 5 pct van alle baringen. Het ontstellende misbruik van dit werkzame en dus gevaarlijke geneesmiddel is hieraan af te lezen.

### „RESTLESS LEGS”

*Vraag No. 69.* Wat is het wezen en de oorzaak van de zg. „restless legs”? Is er een rationele therapie? Waarom ontstaan de verschijnselen bijna uitsluitend in de nacht en waarom alleen in de benen?

*Antwoord.* Het merkwaardige verschijnsel van de zg. „restless legs” uit zich in die zin, dat de patiënt 's nachts in bed herhaaldelijk de onbedwingbare behoefte heeft om de benen te bewegen wegens vreemde gevoelens, die inwendig lijken te zetelen, doch slecht worden gelokaliseerd, en ook onnauwkeurig worden beschreven. Het is een gevoel van „zeurende moeheid” en heeft niet het karakter van acroparesthesieën. Het is opmerkelijk, dat dit verschijnsel zo herhaaldelijk bij zwangeren voorkomt.

Volgens B. S. TEN BERGE (1953) zou het verschijnsel bij 10 pct van alle zwangeren voorkomen. Het doet zich vooral in de onderbenen voor, meestal op symmetrische wijze. Er schijnt een verband te bestaan met varicosis; voorts zou zoutverlies (bv. door sterk zweeten, diarree, zoutloos dieet) invloed hebben. In dit laatste geval kan het toedienen van NaCl per os, voorzover in de zwangerschap toelaatbaar, therapeutisch nut hebben. Overigens kan worden aangeraden, vooral wanneer er tekenen van varicosis zijn, 's nachts de benen hoog te leggen en eventueel overdag elastieken kousen te dragen.

Van oudsher wordt verder herhaaldelijk kinine voorgeschreven, bv. 200 mg 's avonds voor het inslapen. Tenslotte komt nog de toepassing van vasodilatatore middelen, zoals tolazoline (Pristol) of cycloandelatum (Cyclospasmol) in aanmerking.

Het lijkt aannemelijk, dat een gestoorde veneuze circulatie in de benen in de meeste gevallen toch de voornaamste etiologische factor is.

### INGEZONDEN

#### POSTVACCINALE COMPLICATIES BIJ JONGE KINDEREN

Het antwoord op Vraag No. 61 (1960) geeft mij aanleiding tot enige opmerkingen.

In het antwoord wordt gesteld, dat de typische postvaccinale encephalitis bij de zuigeling niet voorkomt; het grootste gevaar is het ontstaan van stuipen en hersenoedeem.

De laatste opmerking geeft gereede aanleiding tot de vraag, welke de atypische postvaccinale verschijnselen zijn die zich bij zuigelingen kunnen voordoen. Dat mijn vraag niet op zuiver theoretische gronden wordt gesteld, moge ik met de volgende voorbeelden, ontleend aan ziektegeschiedenissen

van in de inrichting „Groot-Schuylenburg” te Apeldoorn verpleegde patiënten nader adstrueren.

1. Een jongen, geboren 25 april 1944; geboorte en aanvankelijke ontwikkeling waren normaal. Na vaccinatie op de leeftijd van zes maanden maakte hij een „encephalitis” door. Diagnose: idiotie.

2. Een meisje, geboren 14 december 1954. Zwangerschap van de moeder en geboorte normaal. „Encephalitis” na vaccinatie op de leeftijd van tien maanden. Diagnose: idiotie en epilepsie; geleidelijk verergerende algemene parese.

3. Een meisje, geboren op 7 maart 1953. De moeder had in de 3e zwangerschapsmaand een „griepje”. Bij de baring werd een uitgangstang aangelegd. Het kind was niet asfyctisch. Het zou zich de eerste maanden normaal ontwikkeld hebben. Toen het drie maanden was, werd het gevaccineerd. Daarna ging het geleidelijk achteruit. Toen het zes maanden was, zou het „wegrakingen” gehad hebben, die deden denken aan salaam-krampen. De behandeling bestond uit ketogeen dieet en antiepileptica. Diagnose: idiotie en epilepsie.

Waarschijnlijk kan dit lijstje van patiënten, die ieder voor zich ons de vraag doen stellen welke de gevolgen kunnen zijn van vaccinatie op de zuigelingenleeftijd, door anderen worden aangevuld.

Volgens VAN LOGHEM (1950) komt de encephalomyelitis postvaccinalis voor bij geënten van alle leeftijden, maar zelden na revaccinatie. In het eerste en tweede levensjaar wordt volgens hem de ziekte ook waargenomen, doch met lagere letaliteit en in geringere frequentie dan bij oudere kinderen. In de door hem vermelde statistiek komen op de leeftijd van 0 en 1 jaar op 10 gevallen geen sterfgevallen voor. Merkwaardig is de volgende zin: „Men overwoog ook dat in landen, waar de vaccinatie van de zuigeling regel is, de encephalitis postvaccinalis minder indruk heeft gemaakt”. Wordt hiermede bedoeld de lagere letaliteit, of de omstandigheid, dat een op zeer jonge leeftijd ontstane oligofrenie minder opvallend is dan de op latere leeftijd verworvene?

In de mededeling van VAN BOUWDIJK BASTIAANSE (1931) worden 138 gevallen beschreven, in leeftijd variërend van 4 maanden tot 7 jaar.

BIEMOND (1950), die deze gegevens vermeldt, zegt, dat de diagnose bij zeer jonge kinderen moeilijkheden kan opleveren, althans wanneer er geen duidelijke cerebrale of medullaire uitvalverschijnselen worden opgemerkt. De beoordeling van het sensorium is bij hen moeilijk, meningeale prikkelingsverschijnselen worden gewoonlijk niet opgemerkt. Het symptoom van Babinski laat in de steek, en convulsies bij jonge kinderen met koorts komen zo vaak voor, dat ze op zichzelf zeker niet de diagnose encephalitis wettigen.

Men zou hieruit kunnen opmaken, dat de diagnose soms ten onrecht wordt gesteld, maar ook soms niet wordt gesteld.

Tenslotte zij verwezen naar de recente publikatie van ERNST DE VRIES (1960), waarvan blijkbaar bij de beantwoording van Vraag No. 61 is uitgegaan. Hierin wordt geconcludeerd, dat inderdaad kinderen beneden de leeftijd van twee jaar niet de typische microgliaire encephalitis tonen. De auteur geeft echter een overzicht uit de buitenlandse literatuur van 33 gevallen van postvaccinale complicaties bij kinderen die beneden de leeftijd van twee jaar zijn overleden, en bij wie obductie is gedaan. Verder vermeldt hij 19 Nederlandse gevallen van postvaccinale encefalopatische reactie bij kinderen jonger dan twee jaar, die allen na de dood zijn geseceerd.

Bovendien wijst hij er op, dat zich bij het jonge kind belangrijke histologische veranderingen in de hersenen kunnen voordoen, zonder directe klinische symptomen.

Kan men dus bij kinderen in de eerste levensjaren niet spreken van een typische postvaccinale periveneuze encephalitis, er kan zich op die leeftijd wel degelijk een postvaccinale encefalopathie voordoen.

„Smallpox vaccination can also be followed by other nervous complications and pathological changes similar to those following other infectious diseases. Of these, encephalopathy and convulsions are frequent in young children; haemorrhagic encephalitis is sometimes seen in children and adults” (E. DE VRIES 1960).

In het antwoord op vraag 61 werd hierop terecht gewezen, hoewel dit naar mijn bescheiden mening misschien iets nadrukkelijker had kunnen zijn.

De voor mij voornaamste aanleiding om op deze kwestie in te gaan, vormen de bovenvermelde drie gevallen.

De literatuur verschaft ons vrijwel uitsluitend histopathologische gegevens, verkregen van sectie-materiaal. Gegevens over de resttoestanden na een doorgemaakte postvaccinale encephalitis of encefalopathie vindt men weinig of niet.

Om een goed inzicht te krijgen in de mogelijke gevolgen van pokkenvaccinatie op jeugdige leeftijd, is m.i. een nader onderzoek naar het vóórkomen van restverschijnselen gewenst. Verondersteld, dat complicaties zich ook op de zg. „veilige” leeftijd vaker voordoen dan tot nu toe wordt aangenomen, dan rijst de vraag, of men met de thans ter beschikking staande middelen mag wachten tot het stadium van curatief ingrijpen, dan wel of er niet meer preventieve maatregelen als routine-methode moeten worden ingevoerd, zoals dit thans reeds bij de primovaccinatie van rekruten het geval is.

*Literatuur:* Vraag No. 61 (1960) Vaccinatie van mingoïde kinderen en encephalitis postvaccinalis. *Ned. T. Geneesk.* 104, 1844. — BIEMOND, A. (1950) *Diagnostiek van hersenziekten*, bl. 424. — LOGHEM, J. J. VAN (1950) *Algemene gezondheidsleer*, bl. 161, 222. — VRIES, E. DE (1960) *Postvaccinale periveneuze encephalitis*.

Apeldoorn, 19 september 1960

J. VEERMAN

Dat in het antwoord op vraag 61 wordt gesproken van typische postvaccinale encephalitis houdt in, dat er ook atypische vormen bij voorkomen, waarover echter niet werd gesproken. Dit onderscheid berust op het uitgebreide pathologisch-anatomische onderzoek dat in het laatste decennium is verricht. Vroeger kende men de zg. periveneuze encephalitis, demyelinisatie-haarden om venen, waarin een sterke microglia-woekering bestond. Dit beeld wordt in de literatuur als het substraat van postvaccinale encephalitis beschouwd. Vond men echter een ander beeld, dan sprak men van een beginnend of een foudroyant geval, of van afwijkende pathologie, maar rekende dit toch tot dezelfde ziekte (wat door velen, vooral in de Franse literatuur nog steeds geschiedt), hoewel men pathologisch-anatomisch van verschillende ziekten moet spreken.

Hierbij is de grote moeilijkheid het gebruik van het woord encephalitis. Dit wordt door de kliniek gebruikt voor vele hersenprocessen waarvan de pathologie tijdens het leven van de patiënt nog niet bekend is, maar ook voor ziekten waarbij men vrij zeker weet, dat er geen ontsteking in pathologisch-anatomische zin is. De patholoog-anatoom zal dan liever spreken van encefalopathie en daardoor dan een verdeling mogelijk maken die uit de klinische diagnose niet blijkt. Voor myelitis en neuritis echter gebruikt ook de patholoog-anatoom meestal geen ander woord, ook al bestaat er zeker geen ontsteking, maar slechts degeneratie. Hierdoor ontstaat nogal eens verwarring.