

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

STUDIEBEURZEN VAN DE FRANSE REGERING

De Franse Regering stelt elk jaar een aantal studiebeurzen ter beschikking van jonge Nederlanders die in Frankrijk een proefschrift willen voorbereiden of onderzoeken willen doen of zich nader willen specialiseren. De beurzen worden toegekend voor maximaal 8 maanden. Deze beurzen bedragen 430 frs per maand.

Voor kandidaten ouder dan 30 jaar wordt bij uitzondering een beurs van 800 frs per maand toegekend. Inlichtingen en aanmeldingen (vóór 1 maart) bij:

I'Institut Français d'Amsterdam (Service des Bourses)
Museumplein 11, Amsterdam-Z.

INGEZONDEN

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

HET FANTOOMGEVOEL NA AMPUTATIE

Wat bedoelt collega Kok (1963) met „associërend vermogen” waaraan hij bij de verklaring van het amputatiefantoom een grote betekenis toekent? Het gebruik van onvoldoend omschreven begrippen kan zo gemakkelijk het tevreden gevoel geven, dat men het probleem doorziet.

De laatste jaren heb ik mij uitvoerig met de problematiek van het amputatiefantoom beziggehouden en ik ben daarbij tot de overtuiging gekomen, dat het een dringende eis is, dit verschijnsel langs psycho-fysiologische weg te benaderen. Dat daarbij de nadruk moet vallen op het fysiologische aspect is duidelijk, wanneer men bedenkt, dat het fantoom zich voordoet na amputatie van een lichaamsdeel bij een overigens gezond individu.

Collega Kok gebruikt nergens het woord lichaamsschema. Elders (1961) heb ik uitvoerig betoogd, dat het amputatiefantoom het best begrepen kan worden als het starre persisteren van dit deel van het lichaamsschema na de amputatie. Star, omdat de afferente impulsen uit de stomp nu niet meer worden opgebouwd uit de gestructureerde indrukken van het reële lidmaat. Ook vele andere aspecten van de fantoomwaarneming kunnen langs zuiver fysiologische weg begrepen worden, o.a. op grond van de mechanismen die ten grondslag liggen aan het extinctiefenomeen en aan de effecten van „sensory deprivation”.

Hoe belangwekkend de opvattingen van PALAGYI over de inbeelding bij de waarneming ook mogen zijn, toch is het m.i. onjuist, deze deels verouderde theorie zonder meer toe te passen op de fantoomgenese. Men kan het begrip „virtuele beweging” geheel vermijden, wanneer men de ontstaansvoorwaarde van het fantoom aldus stelt: Voorwaarde voor het ontstaan van een fantoom is niet uit uitvallen van een deel van het afferente systeem als zodanig, doch het compleet of bijna compleet uitvallen van een lichaamsdeel in zijn sensor-motore functies. Dan wordt ook begrijpelijk dat fantoomverschijnselen zich eveneens kunnen voordoen bij motor uitvallen, althans wanneer dit compleet is, waardoor het gros van de normale sensore indrukken ontbreekt, doordat het lidmaat niet meer in staat is, actief sensore indrukken op te doen. Doch het grootste belang van een dergelijke benadering van het probleem is, dat men zonder meer kan aansluiten bij de moderne inzichten van experimentele psychologie en fysiologie.

Literatuur: FREDERIKS, J. A. M. (1961) *Het lichaamsschema*, hoofdstuk III. Proefschrift Amsterdam. — KOK, C. W. (1963) Het fantoomgevoel na amputatie. *Ned. T. Geneesk.* 107, 4.

Amsterdam, 6 januari 1963

J. A. M. FREDERIKS

Alvorens collega FREDERIKS te beantwoorden, wil ik een misverstand uit den weg ruimen. Indien gedurende de tijd die verloopt tussen het schrijven en de plaatsing van een artikel een publikatie over hetzelfde onderwerp verschoont, is het m.i. onjuist te stellen dat deze publikatie alsnog in het artikel moet worden verwerkt. Mijn artikel is gedateerd september 1961.

De kritiek wil ik puntsgewijs beantwoorden.

Met associërend vermogen bedoel ik het vermogen om dat wat ons via de verschillende kennisbronnen toekomt, als één geheel te ervaren, een integratief vermogen dus. Niet het fantoom op zichzelf, maar juist het verdwijnen, inkorten of verlengen wil ik hiermee verklaren. In de samenvatting kom ik nog terloops terug op de fantoom-genese en dat is m.i. niet strijdig met de mening van collega FREDERIKS, al doet de toon van zijn kritiek dit vermoeden.

De tweede opmerking laat ik buiten discussie. Hoewel ik het woord „lichaamsschema” niet heb gebruikt, is de gedachte hieraan steeds verwerkt in mijn betoog. Zou ik de terminologie gaan toepassen, die in de literatuur over het fantoom in zwang is, dan zou ik van elke term een omschrijving moeten geven, wat in dit bestek niet kan, en wat ook niet wenselijk is.

Met klem protesteer ik echter tegen het verouderd noemen van een theorie, zonder daarvoor de gronden aan te geven. Waar ik juist de bewegingen in de fantoombeleving nader heb beschouwd, heb ik op PALAGYI en WISSE SMIT teruggegrepen. In het proefschrift *Het lichaamsschema* stuit men wel bij de beschrijving op de bewegingen, maar in de eigen opvatting „niet op een duidelijke” stellingneming hieromtrent. Tenzij collega FREDERIKS zich stelt achter het „Bewegingsschema” van MAYER-GROSS; maar dat ligt toch geheel in de lijn van PALAGYI's denken?

Ik begrijp eigenlijk de kritiek niet goed; collega FREDERIKS stelt zijn mening naast de mijne. M.i. lopen de twee meningen niet uiteen en is er geen kritiek op de strekking geleverd. Het is een aanvullende opmerking op aanvullende wijze gesteld.

Overigens kan ik mij geheel aansluiten bij de wijze waarop in het kader van *Het lichaamsschema* het fantoom is behandeld.

Utrecht, 14 januari 1963

C. W. Kok

ACCIDENTELE VACCINIA

Naar aanleiding van de publikatie van BOTTER en DE FOCKERT (1962) zou ik gaarne een enkele opmerking maken.

Zolang in Nederland door de overheid de noodzaak wordt gevoeld, door middel van de Inentingswet van 1939 aandrang op de ouders uit te oefenen om hun zuigelingen te doen vaccineren, zo lang moet het worden toegejuicht dat ervaringen, zoals door bovengenoemde beide auteurs beschreven, een plaats vinden in dit *Tijdschrift*. Over de nomenclatuur van de cutane complicaties na pokkenvaccinatie heerst geen eenstemmigheid; met name de begrippen eczema vaccinatium, accidentele vaccinia en vaccinia generalisata worden in een groot aantal publikaties in de laatste jaren door elkaar gebruikt.

In het door BOTTER en DE FOCKERT beschreven geval kan men de verschillende complicaties evenwel nauwkeurig onderkennen.

Het komt mij derhalve als één eufemisme voor, de vaccinia-afwijking van de door hen beschreven mannelijke patiënt, die (er zij nogmaals met nadruk op gewezen) bekend was als een lijder aan een constitutioneel eczeem, te betitelen als accidentele vaccinia. Onder deze afwijking immers moeten wij die vaccinia-laesies van de huid en (of) slijmvliezen rangschikken, die op vooraf gave of praktisch gave

huid en (of) slijmvliezen ontstaan. Meestal ontstaan deze laesies dan ook op die plaatsen van huid en slijmvliezen die intensief met de (met vaccinia-virus) verontreinigde hand (of eventueel voorwerpen) in contact komen. Herhaaldelijk zien wij deze afwijkingen dan ook op of bij mond, neus, oor, en vulva („peuter”- en „krab”-plaatsen). Soms ontstaan ze, meestal bij de moeder van de gevaccineerde zuigeling, in uitgeknepen acne-puistjes.

Het is evenwel uit de beschrijving van BOTTER en DE FOCKERT zeer duidelijk dat men in het geval van de vader van de gevaccineerde zuigeling niet van „accidentele” vaccinia mag spreken. De aanwezigheid van een lijder aan constitutioneel eczeem in een gezin, moet als een absolute contra-indicatie voor de te verrichten vaccinatie worden beschouwd, en dus moet óf de eczeempatiënt óf de enteling uit het gezin verwijderd worden gehouden, totdat bij de enteling de korsten van de vaccinatieplaatsen zijn afgevallen. Aan deze voorwaarde werd in het bovenbeschreven geval niet voldaan; men moet naar mijn mening dit geval dan ook als eczema vaccinatum betitelen, gepaard gaande met een generalisering van het virus in de huid op afstand. Bij de moeder van de gevaccineerde zuigeling kan men inderdaad met recht van accidentele vaccinia spreken.

Zoals het woord reeds aangeft, is „accidentele” vaccinia alleen te voorkomen door zorgvuldige hygiëne van de kant van degene die met de zorg voor de geënte zuigeling is belast; kans op accidentele vaccinia bestaat dan ook steeds bij niet gevaccineerde moeders van tegen pokken gevaccineerde zuigelingen. Bij goed opgenomen anamnese kan men een eczema vaccinatum daarentegen altijd vermijden. Dat de gezins-anamnese hierbij op zijn minst even belangrijk is als de persoonlijke anamnese wordt door het leerzame geval van BOTTER en DE FOCKERT nogmaals gedemonstreerd.

Literatuur: BOTTER, A. A. en J. A. DE FOCKERT (1962) Accidentele vaccinia. *Ned. T. Geneesk.* **106**, 2569.

Rotterdam, 28 december 1962

J. HUISMAN,
hoofd van de afdeling
Besmettelijke Ziekten,
Hygiëne en Quarantaine

MALARIA TERTIANA BIJ UIT NIEUW-GUINEA TERUGGEKEERDE MARINIERS

In zijn ingezonden stuk neemt collega KIEWIET DE JONGE (1962) het op voor de proeven van collega DUMOULIN (1962) en acht hij mijn bezwaren (VAN TONGEREN 1962) tegen de conclusies van deze proeven niet gewettigd.

Collega DUMOULIN bepleitte om ter bestrijding van de recidieven bij malaria tertiana de geïnfecteerde personen gedurende 12 weken wekelijks 50 mg pyrimethamine (Daraprim) voor te schrijven. Bij een kleine groep aldus behandelde personen werd geen malaria-recidief nadien meer waargenomen. Ik meende, dat de gevolgtrekking, dat pyrimethamine een afdoend middel is om recidieven te weren, zelfs bij infecties met de hardnekkige chesson-stam van *Plasmodium vivax*, aanvechtbaar was, zolang niet werd aangetoond, dat de proefpersonen niet door voorafgaande infecties en recidieven een bepaalde immuniteit tegen de betrokken malaria-stammen hadden opgebouwd.

Om een indruk te krijgen over de waarde van een therapie-schema is het noodzakelijk, het beloop van een infectie met *P. vivax* na te gaan bij personen die niet of alleen met suppressieve middelen werden behandeld, waarbij de exo-erythrocytaire vormen dus niet vernietigd zouden worden. In de literatuur bestaan over het recidief-verloop bij groepen van op deze wijze behandelde patiënten wel gegevens.

DE GRAAF (1949) behandelde van 1942 tot 1945 in een krijgsgevangenen-kamp in het voormalige Weltevreden op Java 654 patiënten wegens malaria. De patiënten waren afkomstig uit allerlei delen van Indonesië, waar zij de malaria-infectie hadden opgelopen. De malaria werd behandeld met kinine. Weltevreden zelf was van 1937 tot 1942 malaria-vrij.

Van de grote groep patiënten waren er 97 met malaria tertiana, die gedurende ten minste drie maanden tot drie jaar na de laatste malaria-aanval konden worden gecontroleerd op het voorkomen van nieuwe recidieven. Van de 97 patiënten kregen 21 geen recidief meer na de eerste aanval, waarvoor zij waren opgenomen. De overigen hadden een of meer recidieven. Geen der patiënten kreeg een recidief 1½ jaar of later nadat zij het endemische gebied waar zij waren geïnfecteerd, hadden verlaten. Van de 97 patiënten waren 90 binnen het jaar en 7 binnen 1½ jaar genezen. Onder genezen wordt hier verstaan, dat er zich geen recidief meer voerde binnen minimaal 3 maanden na de laatste aanval. Van deze 97 patiënten behoorden 21 tot de stafleden van het kamp. Zij konden drie jaar lang worden gecontroleerd. Ook bij deze groep werd nooit een recidief waargenomen 1½ jaar na vertrek uit het gebied waar de infectie had plaatsgevonden. Hieruit blijkt, dat malaria tertiana spontaan eindigt ook zonder toediening van middelen, die de exo-erythrocytaire parasieten doden.

HILL en AMATUZIO (1949) bestudeerden in de Verenigde Staten het recidiveren van malaria tertiana bij gerepatrieerde Amerikaanse militairen, die tijdens de laatste wereldoorlog in de Pacific verbleven. Allen hadden tijdens hun diensttijd mepacrine gebruikt als suppressivum. De observatieduur liep van 1945 tot 1948. Voor de behandeling door HILL en AMATUZIO hadden de 231 ex-militairen een of meer malaria-aanvallen gehad. Een deel werd behandeld met mepacrine; van deze groep kregen 65 pct een recidief en wel in 60 pct binnen een half jaar en in 95 pct binnen een jaar. Een ander deel werd behandeld met chloroquine; van deze groep kregen 56 pct een recidief, dat echter in 94 pct der gevallen binnen een half jaar plaatsvond.

De wijze van behandeling met suppressiva en de aard van de vivax-stam zijn blijkbaar van betekenis voor het tijdstip waarop de recidieven zich voordoen. HILL en AMATUZIO vermeldten tevens de perioden waarin de recidieven ontstonden na de primaire aanval in de Pacific of in de Verenigde Staten zelf. In 24,5 pct werden recidieven alleer waargenomen in het eerste jaar na de primaire aanval, in 53 pct in de eerste twee jaar, in 18,3 pct in de eerste drie jaar en in 4,3 pct in de eerste vier jaar. Ook hier blijkt, dat malaria tertiana een ziekte is, die vanzelf eindigt, ook zonder het uitroeien van de exo-erythrocytaire parasieten.

Collega DUMOULIN behandelde een aantal patiënten met pyrimethamine, en deze patiënten kregen geen recidief. Om de betekenis van pyrimethamine voor de recidief-wering te kunnen beoordelen, is het van belang te weten, of en hoe vaak deze patiënten reeds voordien malaria-aanvallen hadden doorgemaakt, en dus of zij wellicht niet een zekere mate van immuniteit hadden ontwikkeld.

Dat het niet onredelijk is om bij malaria van immuniteit te spreken, kan bijkomen uit het feit, dat het mogelijk is om antistoffen tegen malariaparasieten in het serum van malaria-lijdens aan te tonen. Dit onderzoek, met behulp van fluorescerend gemaakte antistoffer, werd beschreven door KUVIN c.s. (1962).

Ook is het mogelijk, lijdens aan malaria passief te immuniseren met gammaglobuline, afkomstig van andere malaria-patiënten (COHEN c.s. 1961).

Literatuur: COHEN, S, I. A. MC. GREGOR en S. CARRINGTON (1961) *Nature* **192**, 733. — DUMOULIN, F. V. B. (1962)