

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-lijders aan te tonen. Dit onderzoek, met behulp van fluorescerend gemaakte antistoffer, werd beschreven door KUVIN c.s. (1962).

Ook is het mogelijk, lijders 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)

*Ned. T. Geneesk.* 106, 1507. — GRAAF, W. DE (1949) *Docum. neerl. indenes. Morbis trop.* 1, 282. — HILL, E. en D. AMATUZIO (1949) *Amer. J. trop. Med.* 29, 203. — KIEWIET DE JONGE, J. (1962) *Ned. T. Geneesk.* 106, 2338. — KUVIN, S. F., J. E. TOBIE, CH. B. EVANS, G. R. COATNEY en P. G. CONTAGAS (1962) *Amer. J. trop. Med. Hyg.* 11, 429. — TONGEREN, J. H. M. VAN (1962) *Ned. T. Geneesk.* 106, 1508.

Nijmegen, 2 januari 1963 J. H. M. VAN TONGEREN

### MALARIA TERTIANA BIJ UIT NIEUW-GUINEA TERUGGEKEERDE MILITAIREN

In 1962 beschreef ik vijf uit Nieuw-Guinea teruggekeerde militairen die hier te lande een aanval van malaria tertiana kregen. Nadien werden op de polikliniek voor inwendige ziekten (hoofd: Prof. Dr. C. L. H. MAJOR) van het Sint Radboud ziekenhuis te Nijmegen nog twee ex-militairen uit Nieuw-Guinea gezien, die leden aan malaria tertiana. Onlangs werden door verschillende specialisten te Nijmegen wederom drie ex-militairen behandeld wegens malaria tertiana.

Collega Dr. J. H. J. ENNEKING, internist aan het Sint Canisius ziekenhuis te Nijmegen, behandelde op 3 oktober 1962 een ex-marinier, die op 7 augustus jl. was teruggekeerd en van 27 september af geregeld malaria-aanvallen had doorgemaakt.

Op de afdeling van collega J. J. PRICK, zenuwarts aan het Sint Canisius ziekenhuis te Nijmegen, werd op 6 december 1962 een gewezen militair opgenomen onder het beeld van een meningitis met koorts tot 41° C. Ook bij deze militair, die op 9 september 1962 uit Nieuw-Guinea was gerepatriëerd, werd *Plasmodium vivax* in de erythrocyten gevonden.

Op 12 december jl. werd een ex-militair wegens collaps en hoge koorts gebracht naar de polikliniek voor inwendige ziekten van het Sint Radboud ziekenhuis alhier. Deze jongeman was op 6 november 1962 uit Nieuw-Guinea in Nederland teruggekeerd. Reeds vanaf 12 november had hij onregelmatige koortsperiodes gehad. Bij hem vonden wij zeer veel ringvormige malaria-parasieten in het bloed. De drie genoemde patiënten hadden op Nieuw-Guinea steeds proguanil (Paludrine) ingenomen en aldaar nooit aan malaria geleden.

De bedoeling van deze mededeling is, nogmaals te wijzen op het voorkomen van malaria bij uit Nieuw-Guinea gerepatriëerde militairen en burgers, vooral nu de laatste maanden grote groepen zijn teruggekeerd. Bij elke met koorts gepaard gaande ziekte moet de mogelijkheid van malaria worden overwogen, en moet het bloed hierop worden onderzocht.

Dit geldt te meer, daar deze militairen tijdens repatriëring of voor ontslag uit de militaire dienst niet worden behandeld met primaquine, en de exo-erythrocytaire vormen van de malaria-parasiet, die de uitgestelde primaire malaria-aanval of het recidief veroorzaken, dus in leven blijven.

*Literatuur:* TONGEREN, J. H. M. VAN (1962) *Ned. T. Geneesk.* 106, 1017.

Nijmegen, 5 januari 1963 J. H. M. VAN TONGEREN

### FIBROSE VAN DE LONG

Als antwoord op het ingezonden stuk van de collegae RUTGERS, HENDRIKS en VAN ELK (1963) zou ik het volgende willen stellen:

Een caput selectum over longfibrose dient m.i. een overzicht te geven van oorzaken en gevolgen van de bindeweefselvermeerdering in de long en beoogt niet een wetenschappelijke verhandeling te zijn over bv. pneumoconiose als veroorzaker van fibrose. Dit dient collega RUTGERS c.s. die zich speciaal bezighoudt met de diagnostiek van silicose bij mijnwerkers, wel te beseffen.

Overigens zullen zij, wanneer zij het artikel nog eens lezen, kunnen vinden, dat de differentiatie van fibrosing ten gevolge van inademen van verschillende soorten stof, wel degelijk is besproken, al is de longfibrose bij de mijnwerkers niet speciaal genoemd. Dezelfde differentiatie in beoordeling van de validiteit staat ook vermeld.

Nergens staat in mijn artikel te lezen dat men bij een mijnwerker met dubieuze afwijkingen op de röntgenfoto van de longen en astmatische klachten, mag stellen dat deze klachten niets met het beroep te maken hebben!

Tenslotte heb ik de naam van collega DE VRIES vermeld om te verwijzen naar zijn werk betreffende het voorkomen van bronchitis en emfyseem bij mijnwerkers lijdende aan silicose. Dat bij deze vorm van longfibrose genoemde complicaties frequenter voorkomen dan bv. bij asbestose, zal collega RUTGERS c.s. moeten toegeven.

*Literatuur:* RUTGERS, V. H., CH. A. M. HENDRIKS en J. VAN ELK (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 138.

Amsterdam, 13 januari 1963

A. S. GROEN

### AANHOUDEND VERHOOGDE BASALE TEMPERA- TUUR NA GEBRUIK VAN LYNDIOL

Op het tweede ingezonden stuk van collega VAN VOORN (1963) zou ik het volgende willen antwoorden:

Uiteraard heeft mijn antwoord op zijn eerste reactie geen oplossing gegeven, in die zin, dat ik zijn theorie volledig heb kunnen ontzenuwen, hetgeen niet inhoudt, dat die daarmee bevestigd is. Integendeel, het blijft een mogelijkheid, zij het een zeer onwaarschijnlijke.

De door collega VAN VOORN verlangde urine-onderzoeken zijn kostbaar en tijdrovend, en aangezien er hier geen sprake was van gevaar voor de patiënte, heb ik de voorkeur eraan gegeven, eerst te informeren of anderen dezelfde ervaring hadden opgedaan, dan wel bereid zouden zijn, proeven hierover te nemen.

In tegenstelling tot collega VAN VOORN acht ik dit een volkomen verantwoorde wijze van medisch handelen.

*Literatuur:* VOORN, J. M. VAN (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 137.

Rotterdam, 12 januari 1963  
(Discussie gesloten; RED.)

P. J. F. DUPUIS