

buurmanschap aanleiding is tot een goede samenwerking, welke in de toekomst voor beide partijen nuttig kan zijn. Voorts geeft een zolder misschien nog een uitwijkmogelijkheid terwijl een grote kelder veel archiefruimte biedt. Het verheugt ons zeer, dat wij een dependance hebben kunnen vinden, welke slechts ongeveer tweehonderd meter van het N.H.I. ligt. Dit zal de communicatie ongetwijfeld ten goede komen. Beide huizen zullen door de huistelefoon zijn verbonden, zodat alle gesprekken via de centrale telefoon zullen blijven lopen. Wij verwachten dat de dependance omstreeks 1 januari aanstaande zal kunnen worden betrokken.

## Berichten

### STUDIEDAG 1966 COMMISSIE VOOR DE ARTSENCURSUS ROTTERDAM

Traditiegetrouw was op de eerste zaterdag in november door de Commissie voor de Artsencursus in Rotterdam een studiedag georganiseerd in het gastvrije Dijkzigt-Ziekenhuis. Onder de ongeveer 200 deelnemers telde men vele huisartsen, maar ook specialisten en controlerend geneeskundigen uit alle delen van het land.

Dr. W. H. Birkenhäger opende de rij van sprekers met een voordracht over gebruik en misbruik — in de zin van verkeerd gebruik — van diuretica. Afgezien van andere, de diurese bevorderende maatregelen kent men tegenwoordig een reeks stoffen, die direct op de niertubuli werken. De te behandelen patiënten onderscheiden zich naar het al dan niet bestaan van oedeem. Men zij voorzichtig: men behandelde het oedeem nadat men weet waardoor dit wordt veroorzaakt! Decompensatio cordis is een goede indicatie, waarbij opgemerkt dient dat de vorm met ernstige hartspierbeschadiging het meest is gebaat met een osmotisch diureticum. Ook de niet cardiale oedemen (hypoalbuminemie en veneuze obstructie, zoals bijvoorbeeld ascites door levercirrose) kan men met diuretica behandelen. Is er een stoornis in de glomerulusfiltratie dan moet men uiteraard geen diuretica gebruiken. Van de patiënten zonder oedeem komen vooral de hypertensieelidiers in aanmerking.

Vervolgens besprak inleider de fysiologie van het nefron en de aangrijpingspunten van de diverse diuretica op dat nefron. Veel is nog onbekend, maar wij weten dat acetazolamide (Diamox), spironolacton en triamterene voornamelijk werken op de distale tubulus. Furseמידe (Lasix) en ethacrynezuur (Edecrin) grijpen onder andere aan op het opstijgende deel van de lis van Henle, terwijl de kwikdiuretica zowel in de proximale als distale tubulus de permeabiliteit voor NaCl verhogen, waardoor de Na-pomp daar ter plaatse niet effectief meer werkt. Men hoede zich voor een hypochloremische alkalose (NH<sub>4</sub>Cl of CaCl<sub>2</sub> toevoegen), die weliswaar bij de kwikdiuretica een einde maakt aan de werkzaamheid, maar niet bij de thiaziden en fursemide. Voorlopig is het nog het soort patiënt dat ons leidt bij de keuze van diureticum zoals: bestaat er diabetes, levercirrose, heeft patiënt digitalis? Tenslotte zijn veranderingen in de diurese, het lichaamsgewicht, graad van dyspnoe, centraal veneuze druk, circulatietijd, arteriële druk en de thoraxfoto criteria voor de werkzaamheid van een diureticum. Slaat de therapie niet aan, dan bepale men eerst nierfunctie en electrolyten, alvorens zo maar een ander middel te gaan gebruiken.

Over gebruik en misbruik (is zowel verkeerd gebruik als echt misbruik = addictie) van psychofarmaca sprak vervolgens Dr. S. J. Nijdam. De medicus practicus kan de snelle ontwikkeling op dit gebied amper bijhouden. In Nederland zijn plusminus 80 psychofarmaca in gebruik. Afgezien van de klassieke sedativa, de wekaminen en de psycholitica, vallen de psychofarmaca in engere zin uiteen in drie groepen: neuroleptica, tranquillizers en antidepressiva.

De neuroleptica omvatten voornamelijk fenothiazinederivaten waarvan men onderscheidt de chloorpromazine-groep (Largactil en dergelijke) meer sederend en de groep van het chloorperazine (Stemetil en dergelijke) meer antipsychotisch. De eigenschappen zijn: sederend, zonder dat het algemeen

psychisch functionerend vermogen wordt beïnvloed; verder kunnen wanen, hallucinaties, autistische en katonen verschijnselen erdoor verdwijnen. Naast algemene bijwerkingen zoals icterus, agranulocytose en huidafwijkingen kent men de specifieke, namelijk in het vegetatieve systeem. Onder de psychische bijwerkingen vallen initiatiefverlies, disinteresse, apathie, loomheid, verminderd concentratievermogen en een gevoel van distantie. Er ontstaat dus een chemische psychopathologie die men dient te onderscheiden van de ziekteverschijnselen! Als indicatie staan de endogene psychosen op de voorgrond. Pas op: deze mensen blijven psychotisch en na ontslag kan patiënt, wanneer hij plotseling het middel staakt, acuut recidiveren! Altijd geleidelijk met de medicatie dalen.

Van de groep der tranquillizers (meer geschikt voor de kleine psychiatrie) zijn het belangrijkste chloordiazepoxide (Librium) en diazepam (Valium). Deze stoffen onderdrukken zeer goed het fenomeen angst zonder dat daarbij sufheid optreedt. Bij normale dosering is er geen antipsychotische werking. De bijwerkingen zijn minder dan bij de neuroleptica en omvatten hypotonie der spieren, ataxie, soms sufheid, euforie en logorrhoea. De indicaties zijn: angsttoestanden van psychogene of neurotische oorsprong en tevens de met angst gekleurde orgaan neurotische toestanden. Fobieën reageren verschillend; dwang reageert slecht. Voor al deze middelen geldt: regelmatig, langdurig en langzaam uitsluipen. Psychische steun dient men tijdens de kuur aan de patiënt te geven.

De antidepressiva omvatten tricyclische verbindingen (zoals Tryptizol en de monoamino-oxydaseremmers). De indicatie is de endogene depressie. Ook hier weer zij men scherp bij de indicatiestelling (men lette goed op vitale stoornissen: dagschommeling en typische slaapproonnis). Soms moet men vanwege het agitatieverwekkend effect een laag gedoseerd neurolepticum bij geven. Dit effect dwingt ook om op zijn hoede te zijn bij suicidale patiënten. Ook hier weer: laag doseren - langdurig geven - geregelde controle - langzaam uitsluipen lange tijd na het wijken der symptomen. Er zijn vele atropine-achtige bijwerkingen zoals orthostatische hypotensie, droge mond, accommodatiestoornissen, mydriasis, urineretentie, soms delirant beeld en potentiëstoornissen.

Tenslotte geldt voor alle psychofarmaca een alcoholverbod vanwege de potentiërende werking. In verband met narcose bij plotseling chirurgisch ingrijpen dienen de patiënten een informatiekaart te dragen.

Niet minder belangwekkend was de lezing van Prof. Dr. L. H. Jansen over overgevoeligheid voor geneesmiddelen. In tegenstelling tot toxische reacties draagt een allergische huid-aandoening zelden kenmerken die specifiek zijn voor het oorzakelijk allergeen. Om allergisch te kunnen reageren dient men gesensibiliseerd te zijn. De periode waarin antilichamen worden gevormd (globulinefractie van het plasma) neemt meestal vijf dagen in beslag. Met soortvreemd eiwit intraveneus gegeven wekt men dergelijke antilichamen op. Klein moleculaire stoffen moeten echter eerst aan een carrier (proteïne) worden gebonden willen er antilichamen ontstaan. In een gesensibiliseerd individu treedt na herhaald contact na 10-20 minuten een reactie op (shock, urticaria). Dit is de Immediate Type Reactie (IA). Vele geneesmiddelen geven een dergelijke reactie.

Daarnaast kent men het „Delayed Type” Allergie (DA). Zes tot achtenveertig uur na intracutane toediening van het antigeen ontstaat een infiltraatpapier of na plakproef een eczeem (tuberculinereactie en contacteczeem). Reacties van het DA worden niet opgewekt door humorale antilichamen, zoals bij IA, maar door aan de lymfocyten gebonden antilichamen. Bij deze reacties komt geen histamine vrij. Het is dus onzin, ja soms schadelijk om antihistaminica te geven bij contacteczeem. Het is van belang om intramusculaire of intraveneuze injecties lege artis uit te voeren omdat het geneesmiddel dat in of op de cutis terecht komt als allergeen in de lymfbanen belandt en vandaar naar de regionale lymfklieren gaat, welke van essentieel belang zijn voor de vorming van antilichamen. Soms komt er na contact met een allergeen een I.A. gevolgd door een D.A. Professor Jansen cum suis hebben aannemelijk gemaakt dat wanneer een

hapteren goed aan eiwit bindt (→ globuline opgewekt → I.A. (urticaria of shock), dit hapteren dat ook kan met een aminozuur (→ carrier → conjugaat → lymfocytair antilichamen → DA (contact eczeem). Zij hebben dit bewezen voor nikkel en dinitrochlorbenzeen. Verder is dit waargenomen bij kinine, Largactil, zeldzaam bij penicilline.

Het gebruik van sulfa lokaal is een kunstfout. Meestal ontstaan IA en DA. Een extra gevaar is hierbij nog de kruisovergevoeligheid. Zo kan men van de ene overgevoeligheid in de andere rollen en kan men door anesthesiezalf (die men bijvoorbeeld geeft in geval van jeuk tengevolge van een of andere overgevoeligheid!) overgevoelig worden voor depotpenicilline (procaine), haarverf en chlooramfenicol!

Vervolgens besprak professor Jansen voorbeelden van groepsovergevoeligheid waarbij één stof uit een reeks stoffen in staat is te sensibiliseren voor de hele reeks. Naast de genoemde anesthesine is er de cholinegroep (Vioform, Sterosan, Permiline), de fenothiazinegroep (Largactil, fenergan) en nog verschillende andere.

Soms treedt fotosensibilisatie op die jaren kan blijven bestaan (fenergan, Librium, bithionol). Perubalsem is berucht omdat sensibiliserende delen hiervan in vele andere produkten die in de menselijke samenleving een rol spelen, voorkomen: parfum, zeep, textiel, bont, papier en nog meer. Daarnaast is er nog een kruisovergevoeligheid met nipagin en salicylzuur! Men smere geen antibiotica op de huid. Als het dan nodig is, dan zijn aureo- en terramycine nog het onschuldigst. Penicilline en streptomycine op de huid is een kunstfout, temeer daar men soms later deze middelen bij vitale indicatie per injectie nodig kan hebben. Afgezien van de sensibilisatie door de zalf is er ook het grote risico van de resistentie. Pyodermie behandel men met zwavelzalf.

Vervolgens stond spreker wat uitvoeriger stil bij de penicilline-allergie, die zich bij de mens op veel manieren kan manifesteren. Geef nooit een proefschot penicilline aan een patiënt die zegt: „ik verdraag het niet”. Dit proefschot zou tevens een dodelijk schot kunnen zijn. Blijf tevens bedenken dat zodra de dokter ten tonele verschijnt hij met zijn geneesmiddelen vanaf dat moment de complicerende factor is in het ziektebeeld! Men rekene er nooit op dat een allergie kan verdwijnen. Allergische reacties dient men op de informatiekaart, die de patiënt bij zich draagt, aan te tekenen (ref.).

\* \* \*

Na de lunch sprak Dr. J. Gerbrandy over de diagnostiek van de pijn, waarbij hij vooropstelde, dat voor de diagnostiek van de pijnlijdende patiënt, al die diagnostische kwaliteiten zijn vereist, die het wetenschappelijk onderzoek, de kliniek en het eigen vermogen tot meevoelen, de medicus kunnen verschaffen. Het goed afnemen van de anamnese en tevens het kijken en luisteren naar de patiënt, die zijn anamnese geeft, zijn obligaat. Men onderscheidt bij de diagnostiek van de pijn met Lewis twee gebieden: namelijk pijnen in de huid en pijnen in de daaronder gelegen overige organen. De laatste pijnen zijn moeilijker te lokaliseren, het soort pijn is vaak moeilijk aan te geven, terwijl ook de aard van de prikkels verschilt.

Spreker ging vervolgens nader in op pijnen die kunnen ontstaan in structuren van hoofd en borst. Het eerste om het belang van het objectieve onderzoek te onderstrepen, het tweede om uit te doen komen hoe belangrijk een goede anamnese is. In tegenstelling tot de structuren van het hoofd zijn die van de borst veel minder goed toegankelijk voor direct onderzoek. Deze pijnen zijn vager en wijzen minder snel naar het oorzakelijk orgaan; immers de meeste pijnen in de borst komen samen in de achterwortels van Th1 tot en met Th4, zodat men voorzichtig moet zijn met de kortsluiting: iets in de borst uitstralend naar de arm(en) zal wel een myocardinfarct zijn.

In de derde plaats besprak Dr. Gerbrandy de pijn als verschijnsel bij gezweldgroei. Deze pijn kan van verschillende genese zijn. Er zijn diverse mogelijkheden welke ons ten dienste staan bij de bestrijding of de verlichting van de pijn bij kankerpatiënten: radiotherapie, cytostatica hormonen, antibiotica, heilkundige ingrepen. Men hoede zich voor defaïtisme. Oriëntere zich omtrent de (meestal palliatieve)

mogelijkheden welke er zijn en geve zijn kankerpatiënten zoveel mogelijk psychische steun, opdat hun lijden zo dragelijk mogelijk worde.

\* \* \*

Moeilijk om in kort bestek te bespreken was het onderwerp van Prof. Dr. G. A. Ladee over de psychologie van de pijn. Na op de afkomst van het woord pijn te zijn ingegaan toonde hij aan dat pijnervaring jong moest worden geleerd wil het efficiënt werken. Pijn is geen eenvoudige geconditioneerde reflex, maar een zeer controversieel thema. Wij moeten ons hier beperken tot datgene waarmee wij als arts hebben te maken. Bij het bevroeden van andermans pijn gaan wij af op onze eigen ervaring, de directe pijnexpressie en het pijngedrag, waaronder ook de beschrijving van de pijn valt. Zowel de pijnreactiedrempel is wisselend en beïnvloedbaar (bijvoorbeeld: oorlog, extase) alsook de pijnperceptiedrempel (emoties, hypnose, suggestie, aandacht afleiden, placebo). Verder hoeft men pijn niet altijd met iets kwelends te associëren. Het subject percipieert pijn bij gevaar van de lichamelijke intactheid; pijn is dus signaal wat subject oriënteert tot het lichaam. Angst is signaal wat subject oriënteert omtrent de betrekking met de buitenwereld. Dit onderscheid maakt het ego pas in de loop van zijn ontwikkeling en wij zien dat bij het jonge kind angst en pijn nog wel worden verward.

Behalve direct lichamen hebben pijn en angst ook betekenis in wijder verband en kan de pijn: (aan-)klacht, wrok, aanval, eis, vergelding, boete of schuld betekenen en de functie hebben van een communicatiepoging omtrent dreigend verlies van objecten, van een mens, van liefde, van begrip. Zo kunnen pijn, angst, depressie en paranoiaïeën voor elkaar in de plaats treden.

Na aldus de pijn te hebben geschetst als een functie van het totale individu, inclusief diens verleden, toekomst, omgeving en in zijn betekenissen van gevarensignaal, roep om hulp en symbolisch communicatief, vroeg spreker zich af wat van deze pijnverkenning de consequenties zijn in ons werk met de patiënten.

Ten eerste kan de arts bij ernstige organische patiënten meermalen door een revaluatie en beïnvloeding van de situatie geholpen door analgetica en tranquillizers (angst!) toch nog veel hulp bieden. In de tweede plaats hebben wij in de psychiatrie te maken met pijnen die wij, wanneer wij er op verdacht zijn, spoediger kunnen „vertalen”, bijvoorbeeld bij de endogene depressie wisselen depressie, paranoiaïe, angst en hypochondrie. Ten derde zijn die patiënten belangrijk, die een nosofobie hebben. Vereenzelviging met iemand die lijdt of heeft geleden aan, bijvoorbeeld, een gezwel. Men informere goed naar de „omgevingsanamnese”. In de vierde plaats stuiten wij op psychogene vormen van pijn. Dit is niet altijd conversiehysterie. Zo is hoofdpijn vaak uiting van wrok, boosheid, terwijl buikpijn bij vrouwen vaak samenhangt met seksueel beladen problemen.

Aangezien zo weinig over de pathofysiologie van de pijn bekend is komt er zoals J. B. Lenstra in zijn lezing over de farmacotheapie van de pijn opmerkte, van een echte therapie niet veel terecht. Men zoeken naar de oorzaak van de pijn en elimineren deze. Als men intussen om diverse redenen toch de pijn wil bestrijden dan staan ons twee groepen van middelen ter beschikking, namelijk de antipyretische en de narcotische analgetica.

Met de eerste groep bestaat een ongebreidelde zelfmedicatie (acetosal, fenacetine). In Nederland gaat er per jaar 80-100.000 kilo doorheen, waarvan plusminus 50 procent als zelfmedicatie. Van het acetylsalicylzuur is bewezen dat het in 60-70 procent van de gevallen bloedverlies geeft in de tractus digestivus. In mindere mate, maar toch nog duidelijk aanwezig, is dat het geval bij de natrium- en calciumzouten van acetosal. Van fenacetine is het duidelijk geworden, dat het mits in de orde van kilo's geslikt, aanleiding kan geven tot interstitiële nefritis en papilnecrose. Pyrazolonderivaten hebben door hun bijwerkingen ook maar een beperkt indicatiegebied. Codeïne wordt meest in combinatiepreparaten gebruikt en geeft obstipatie. Tussen beide groepen analgetica heeft zich een tussengroep ontwikkeld die in werking ver-

gelijkbaar is met codeïne (Dolorphen, Nozinan, Bonapar). De ervaring is niet groot en de berichten zijn nogal uiteenlopend.

Het zoeken naar stoffen met een werking als morfine zonder de gewenning en verslaving heeft onderzoekers doen belanden bij de antagonist! Zo blijkt nalorfine (nalline) een krachtig analgeticum te zijn, maar door zijn onaangename bijwerkingen ongeschikt. Er zijn echter meer antagonistische gesynthetiseerde, waarvan pentazocine en cyclazocine in het stadium van klinische toepassing zijn gekomen.

Bij de chirurgie van de pijn en vooral als de neurochirurg hieraan te pas moet komen, gaat het vaak niet om de oorzaak van de pijn weg te nemen, maar om pijnbestrijding als doel. Dit betekent, aldus Dr. S. A. de Lange — de laatste spreker van de dag — dat men dan willens en wetens ergens iets in het menselijk raderwerk verstoort en dit kan nooit een vooruitgang zijn.

Men kan op twee manieren werken: zorgen dat de prikkel niet in het centraal zenuwstelsel aankomt, of het centraal zenuwstelsel zó beïnvloeden, dat de pijn (en daarmee vaak ook alle andere gevoelens) onverschilliger wordt ondergaan (leucotomie-effect). Spreker doet de laatste ingreep weinig meer.

Het is de vraag of er specifieke pijnprikkels en receptoren zijn of dat pijn alleen veroorzaakt wordt door een teveel aan prikkels (Noordenbos). Men kent diverse soorten pijntransporterende vezels: A-vezels zijn de dikste voortgeleidingsnelheid 100 m/sec; B-vezels: 3-14 m/sec; C-vezels zijn niet gemyeliniseerd en geleiden voort met een snelheid kleiner dan 2 m/sec. De dikke vezels bevinden zich in de ons bekende macroscopisch zichtbare zenuwen; de dunne vezels vormen elders een ingewikkeld netwerk zonder zich duidelijk aan segmentgrenzen te storen. De snelle vezels verzorgen de direct optredende pijn. De langzame zorgen voor de langzaam ontstane — branderige — slecht gelokaliseerde, irradierende pijn, die ook weer langzaam wegebt: causalgie, hyperalgesie. Indien nu het evenwicht tussen langzame en snelle vezels wordt verstoord dan zien wij het fenomeen van de vezeldissociatie ontstaan, dat wil zeggen: er komt een andere sensibiteit die bijzonder onaangenaam en slecht te beïnvloeden is. Voor neurochirurgische behandeling komen in aanmerking: de fantoompijn, de trigeminus neuralgie (een dankbare indicatie voor die gevallen die niet op Tegretol reageren of ongevoelig zijn (40%)), de vezeldissociatie waartoe de postherpetische neuralgie behoort en de pijn bij maligne aandoeningen. In het algemeen zij men zeer terughoudend met pijnchirurgische ingrepen. Doorsnijden van een perifere zenuw is gecontraïndiceerd (vezeldissociatie!). Aan de ingreep gaat een uitgebreid lichamelijk onderzoek vooraf, eventueel met inschakelen van een psychiater of psycholoog. Immers, achter veel pijn gaat een existentiële angst schuil.

Zo eindigde deze jaarlijkse nascholingsdag, wat voor uw verslaggever een bijzonder instructieve dag was. Hij had het gevoel op diverse punten weer „bij” te zijn en tevens veel kennis gereactiveerd te hebben gekregen, waarvan hij meende dat hij ze nog paraat had, maar helaas valt dit soms zo tegen! Dank aan de organiserende commissie, dank aan directie en personeel van het Dijkzigt-Ziekenhuis, alsmede last but not least, aan de sprekers. Zij allen gaven hun tijd en moeite aan het welslagen van deze dag.

E. van der Does

## TWEEDE BOERHAAVE-CURSUS DERMATOLOGIE VOOR HUISARTSEN

Op 21 en 22 oktober 1966 werd met 195 deelnemers de tweede cursus dermatologie voor huisartsen gehouden. De cursus, onder leiding van Prof. Dr. M. K. Polano en Dr. D. Suurmond, verliep evenals de eerste keer voortreffelijk en vlot. Nadat Bremer had voorgerekend hoe het komt dat de specialist-dermatoloog een geheel ander morbiditeitspatroon te zien krijgt dan de huisarts, werden op vrijdagmorgen lupus erythematoses, sclerodermie en dermatomyositis behandeld door Polano, Hijmans, Muys van der Moer, Smeenk en Cats. De vrijdagmiddag werd besteed aan onderwerpen

als: constitutioneel eczeem, waarbij vooral de allergologische en psychologische aspecten aan bod kwamen (De Beukelaar, Voorhorst, Bastiaans); de pathogenese van acne vulgaris (Kanaar); nevenwerkingen van een aantal nieuwe medicamenten (Smeenk), en jeukende vulva-aandoeningen (Suurmond).

Een prachtig initiatief bleek de tentoonstelling van zeer fraaie foto's van ziektebeelden, waaraan een „quiz” was verbonden met anonieme deelname. De uitslag van deze enquête, die een gevoelige (en soms pijnlijke) proef voor de diagnostische kennis betekende, werd later op tactvolle wijze door Dr. Suurmond bekend gemaakt.

Zaterdagochtend was het onderwerp geslachtsziekten, waarbij de laatste inzichten over de behandeling van gonococcie en syphilis door Vermeer en Haagsma werden verteld. Prof. Beek sprak daarna over urethritis non-gonorrhoea. De prestatie om in een minimum van tijd een maximum aan informatie te brengen dwong respect af, waarbij een kleine overschrijding van de toegemeten tijd ten koste van de discussies onvermijdelijk was.

De discussies werden met snedige vaardigheid door Prof. Polano geleid, die de kunst verstond met de beschikbare tijd te woekeren. Bremer bracht hierna nog een kort verslag uit over een kleine schriftelijke steekproef, die hij tevoren onder 25 van de deelnemende artsen had gehouden. Hij had vragen gesteld over de behandeling en verdere adviezen door de huisarts bij: furunkel, wratten en impetigo. De divergentie van de binnengekomen antwoorden bleek de verwachtingen nog te hebben overtroffen. Met dit eenvoudige voorbeeld is in feite een veel groter probleem aangegeven, welk probleem het gehele medische handelen bestrijkt, waarvoor een voortdurend „bijsturen” noodzakelijk is. Dit corrigeren moet onder meer gebeuren door nascholing. De Boerhaave-cursussen zijn voor deze nascholing een essentieel onderdeel gebleken.

J. Nooter

## EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN G.G. EN G.D. ROTTERDAM, SEPTEMBER EN OKTOBER 1966

*Voor de opzet van deze registratie van algemeen voorkomende infectieziekten raadplege men (1965) huisarts en wetenschap 8, 37.*

*Peilstationonderzoek.* Mazelen blijft zich op een laag niveau handhaven: werden in de voorafgaande verslagperiode slechts 18 gevallen gemeld, ook nu kwamen slechts 37 gevallen ter kennis (in de overeenkomstige periode van 1965: 196 gevallen). Wij blijven ons kennelijk nog bevinden in het dal van de mazelen-endemie. Ook voor wat betreft varicellen bevinden wij ons in een rustige fase: 42 gemelde gevallen (in de voorafgaande periode: 57, in september-oktober 1965: 62 gevallen). De ziekte van Pfeiffer werd daarentegen bijna dubbel zoveel gemeld als in de voorafgaande periode: 62 tegen 33. Men zou hieruit mogen afleiden dat de najaarstop van deze ziekte weer begint. De exanthenen van onbekende aard blijven zich — evenals de vorige verslagperiode — op een laag niveau handhaven. In een enkel geval kon nog een coxsackie-virus B5 als waarschijnlijke oorzaak worden aangemerkt: over het algemeen kan echter toch wel worden bevestigd wat reeds in het vorige bulletin werd opgemerkt, namelijk dat de coxsackie-epidemie welke dit jaar heerste, weinig exanthenen tot gevolg heeft gehad.

De acute aandoeningen van de bovenste luchtwegen hebben ons deze verslagperiode voor moeilijkheden van etiologische aard geplaatst: het aantal influenzameldingen nam sterk toe. Een — zij het beperkt — aantal meldingen werd virologisch nader bestudeerd. Influenza-infecties waren niet aantoonbaar en in vele gevallen viel ook het serologische onderzoek met de gebruikelijke andere antigenen negatief uit (adenovirus, ornithosis, para-influenza en RS-virus). In een tweetal gevallen bleek het mogelijk een infectie met mycoplasma pneumoniae vast te stellen. Een relatief groot aantal meldingen van deze influenza-achtige beelden kwam voor in de leeftijdsklasse van 20 tot en met 29 jaren. Het is ons tot dusverre niet gelukt een etiologische verklaring voor het merendeel van deze gevallen te vinden.

Van de in totaal vier gemelde gevallen van pertussis bleek