

vorm van lustbevrediging. Het kind komt tot duimzuigen vanuit de zuigreflex, of vindt toevallig zijn mond wanneer hij zijn eigen lichaam onderzoekt. Op latere leeftijd, ongeveer met drie jaar, gaat het kind duimzuigen bij moeheid of bij frustratie, bijvoorbeeld wanneer het kind een broertje of zusje krijgt. Duimzuigen geeft troost, rust, ontspanning, zekerheid, bescherming en geborgenheid.

De meeste artsen vinden dat het kind omstreeks het zesde jaar niet meer moet duimzuigen. Er zijn evenwel kinderen die doorgaan met duimzuigen. Dit persisteren van duimzuigen acht men afhankelijk van de omstandigheden waarin die kinderen verkeren en afhankelijk van het kind zelf. De antwoorden op de vraag tot welke leeftijd duimzuigen toelaatbaar is, variëren van één jaar tot onbeperkt.

Wanneer werkers in de gezondheidszorg in contact komen met een duimzuigend kind beginnen zij meestal niet met het geven van adviezen om het duimzuigen te verhinderen. De vraag 'waarom zuigt het kind op zijn duim' staat centraal. Samen met de opvoeder bespreken zij deze vraag. Zij laten het dan aan de opvoeders over om te bepalen wat er moet gebeuren.

Opvallend is dat er weinig ouders komen met de vraag wat zij moeten doen om het duimzuigen tegen te gaan. De ouders maken er vaak geen probleem van: zij accepteren het duimzuigen.

In de gevallen, waarin sprake is van zeer frequent duimzuigen, wordt de opvoeder meestal aangeraden het kind af te leiden.

Vaak wordt geprobeerd het kind te motiveren met het duimzuigen te stoppen. Soms wordt aangeraden aan het kind extra aandacht te schenken of hem voor niet-duimzuigen te belonen.

De invloed die duimzuigen op het gebit kan hebben, wordt als voornaamste reden voor deze adviezen gegeven. Het merendeel van de artsen ziet evenwel onvoldoende reden om het duimzuigen op zich te behandelen.

Zij proberen de oorzaak ervan te vinden en daar de aandacht op te richten.

#### Literatuur

1. Kanner, L.: Child psychiatry. Springfield Illinois, 1957
2. Benjamin, L.S.: The beginning of thumbsucking. Child development 38 : 1065, 1967
3. Hillegondsberg, A.J. van: Over de betekenis van enkele postnatale factoren voor het ontstaan van dento-maxillaire afwijkingen in het temporale gebit. Dissertatie. Utrecht 1959
4. Boer, M. de: Aspecten van de gebitsontwikkeling bij kinderen tussen 5 en 10 jaar. Dissertatie. Utrecht 1970
5. Mildenberg, E.Th.J.: Enige tandheelkundige en kinderpsychiatrisch-psychologische aspecten van een persisterende mondgewoonte. Dissertatie. Utrecht 1971
6. Klackenberg, G.: Thumbsucking. Frequency and etiology. Pediatrics 4 : 418, 1949
7. Levy, D.M.: Thumb or finger sucking from the psychiatric angle. Abstract. Angle Orthodontics 7 : 100, 1937
8. Davis, H.V., R.R. Sears, H.C. Miller & A.J. Brodbeck: Effects of cup, bottle and breast feeding on oral activities of newborn infants. Pediatrics 2 : 549, 1948
9. Spock, B.: Baby en kinderverzorging. Amsterdam, 1977

10. Chorus, A.: Zuigeling en kleuter. Haarlem, 10e druk, 1943
11. Palermo, D.S.: Thumbsucking: a learned response. Pediatrics 17 : 392, 1956
12. Vooys, I.: Duimzuigen bij jonge kinderen. Doctoraal scriptie, vakgroep Ontwikkelingspsychologie, R.U. Leiden, 1977.

## BOFMENINGITIS EN BOF-STERFTE

G.A. de Jonge

In een eerste artikel in dit tijdschrift<sup>1</sup> werd voorgesteld om jongens in hun tweede levensjaar tegen bof in te enten. Als belangrijkste reden hiertoe werden de complicaties van bof genoemd, waaronder vooral de bofmeningitis. Soms wordt ook de sterfte tengevolge van bof als een argument aangevoerd om tegen bof te vaccineren. Op beide punten wordt hier nader ingegaan.

### Bofmeningitis

Bofmeningitis is de meest frequente complicatie van bof. Het bekende leerboek van Nelson<sup>2</sup> vermeldt dat ongeveer 1 op de 400 patiënten met een bofinfectie daardoor een meningitis krijgt, de bofmeningitis. De exacte Nederlandse vertaling van meningitis is hersenvliesontsteking, maar men zij met het gebruik van

### BOF OP THASOS (HIPPOCRATES)

*In het eerste boek van de Epidemische Ziekten gaf Hippocrates (± 400 v. Chr.) op het eiland Thasos in de Aegeïsche Zee een klassieke beschrijving van een bof-epidemie.*

'Velen kregen zwellingen bij de oren, aan één kant of beiderzijds, de meesten van hen bleven zonder koorts op de been, maar sommigen hadden lichte koorts. Bij allen verdwenen de verschijnselen zonder schade aan te richten; bij niemand trad er verettering op zoals bij zwellingen die uit andere oorzaken zijn voortgekomen; de zwellingen waren wel groot, uitgebreid, maar week, niet rood en niet pijnlijk; ze verdwenen spoorloos.

Die aandoening kwam voor bij jongens, bij adolescenten en bij jong-volwassenen, en dan vooral bij hen die worstel- en sportscholen bezochten; bij vrouwen kwam het weinig voor. Velen hadden een droge hoest, zonder sputum, en een hese stem. Niet veel later, bij sommigen pas na geruime tijd, trad er een pijnlijke ontsteking op in één van beide testes, soms in beide. Enkelen hadden daarbij koorts, anderen niet, maar voor de meesten was dit wel zeer hinderlijk.'



deze term wel op zijn hoede doordat bij hersenvliesontsteking wordt gedacht, een veel ernstiger ziekte dan bofmeningitis. Men spreekt alleen dan van een bofmeningitis als daar klinische verschijnselen van zijn zoals koorts, hoofdpijn, overgeven, nekstijfheid, positief verschijnsel van Kernig. De aanwezigheid van enige celvermeerdering in de liquor alléén is bij bof onvoldoende reden om van meningitis te spreken.

Nelson vermeldt dat het *mannelijk geslacht* 3 tot 5 maal zo vaak door een bofmeningitis wordt getroffen als het vrouwelijk geslacht. Dit laatste blijkt ook in Nederland.

Wij geven in tabel 1 enige gegevens, afkomstig uit het Juliana Kinderziekenhuis te Den Haag over 1975-1977<sup>3</sup> en uit het St. Joseph Ziekenhuis te Eindhoven over 1964-1978.<sup>4</sup> In totaal werden er in deze beide ziekenhuizen 148 kinderen met bofmeningitis opgenomen, waarvan 121 jongens (82%) en 27 meisjes (18%). In de verzamelstatistiek van de Stichting Medische Registratie over 1969-1976 is de verhouding 72% jongens en 28% meisjes.

De *voorkeursleeftijd* is 4 tot en met 6 jaar met een brede spreiding van 0 tot 12 jaar; het is overigens bekend dat bofmeningitis ook bij adolescenten en volwassenen voorkomt.

De verpleegduur voor bofmeningitis is, zoals de verpleegduur bij kinderen in het algemeen, in de laatste 15 jaar opvallend afgenomen: de mediane verpleegduur van de genoemde 148 patiënten bedroeg in de jaren 1964-1968 21 dagen, in de jaren 1969-1973 18 dagen en beliep in de periode 1974-1978 nog maar 14 dagen. Dit betekent niet dat de bofmeningitis thans minder ernstig zou verlopen, het wil alleen zeggen dat de patiënten eerder het ziekenhuis verlaten om thuis verder op te knappen.

De algemene indruk is dat de ziekteverschijnselen van

Tabel 1. Patiënten (0-12 jaar) met bofmeningitis opgenomen in het St. Joseph Ziekenhuis te Eindhoven (1964 t/m 1978) en in het Juliana Kinderziekenhuis te Den Haag (1975 t/m 1977), verdeling naar leeftijd en geslacht.

leeftijd (jr)	♀	♂	totaal
0	1	2	3
1	2	9	11
2	1	12	13
3	1	7	8
4	4	26	30
5	5	28	33
6	8	14	22
7	1	8	9
8	0	4	4
9	2	3	5
10	0	2	2
11	1	2	3
12	1	4	5
0-12	27 (18%)	121 (82%)	148

bofmeningitis vrij mild zijn. Dit geldt zeker als men een vergelijking maakt met de bacteriële meningitiden, maar soms is een kind met bofmeningitis of bof-meningo-encefalitis daar ernstig ziek van. Het leerboek van Nelson vermeldt een sterfte van ongeveer 2%, maar dit percentage ligt voor Nederland zeker een stuk lager.

Het is niet bekend waardoor deze complicatie zich bij jongens zoveel vaker voordoet dan bij meisjes. Het ligt niet aan een verschil in incidentie van de bofinfectie, want bof komt in het algemeen evenveel bij jongens als bij meisjes voor.<sup>5</sup>

#### Sterfte door bof

De CBS-gegevens over sterfte naar diagnose die jaarlijks worden gepubliceerd, vermelden over de jaren 1951 tot en met 1977 dat in totaal 53 personen overleden zijn aan bof (tabel 2). Gemiddeld betekent dit 2 sterfgevallen per jaar. De verdeling naar leeftijd en naar geslacht van deze 53 sterfgevallen is merkwaardig:

- jonger dan 5 jaar: 13 sterfgevallen (9 jongens, 4 meisjes);
- 5-19 jaar: eveneens 13 sterfgevallen (9 jongens, 4 meisjes);
- 20-64 jaar: 8 sterfgevallen (4 mannen, 4 vrouwen);
- 65 jaar en ouder: 19 sterfgevallen (5 mannen en

Tabel 2. Aantal overledenen aan bof als primaire doodsoorzaak in Nederland, 1951 t/m 1977, naar leeftijd en geslacht (CBS)

leeftijd (jr)	♂	♀	totaal
0	3	1	4
1			
2	3	2	5
3	3	1	4
4			
5- 9	6		6
10-14	2	4	6
15-19	1		1
20-24			
25-29	1	1	2
30-34			
35-39			
40-44	1		1
45-49			
50-54	1	1	2
55-59			
60-64	1	2	3
65-69		3	3
70-74		1	1
75-79		2	2
80-84	1	3	4
85+	4	5	9
totaal	27	26	53



14 vrouwen). In deze groep vielen 9 sterfgevallen van 85 jaar en ouder!

Uit deze verdeling komen vooral de jonge kinderen (jonger dan 5 jaar) en de bejaarden als risicogroepen naar voren. Bij de kinderen zijn het vooral de jongens, bij de bejaarden vooral de vrouwen die in deze sterfte-statistiek vóórkomen.

Goede documentatie over sterfgevallen door bof is ons niet bekend, en daardoor kunnen deze sterfte-cijfers niet overtuigen: men vraagt zich af of de dodelijke bof wel altijd bof was en niet een andere ziekte gepaard met zwelling van één of beide oorspeekselsklieren. Uit de voorhanden gegevens is ook niet af te lezen welke complicatie van de bof de dood van de patiënt heeft veroorzaakt. Bekend is alleen dat in al deze 53 gevallen (verdeeld over 27 jaren) bof als primaire doodsoorzaak was vermeld op de verklaring van overlijden.

Hoe uitzonderlijk sterfte door bof is blijkt ook uit een analyse van 2482 gevallen van bof die in Engeland en Wales in de periode 1958-1969 hadden geleid tot opname op een grote infectieafdeling. Hieronder kwamen 3 sterfgevallen voor: tweemaal als bijkomende ziekte bij een andere reeds bestaande ernstige aandoening, en eenmaal was de bofinfectie dubieus.<sup>6</sup>

*Samenvattend is te stellen dat de sterfte tengevolge van bof geen overtuigend argument betekent vóór inenting tegen bof, terwijl de bofmeningitis daartoe wel een belangrijk argument is.*

#### Literatuur

1. Bofvaccinatie. T.Jeugdgezondheidszorg 11 : 39, 1979
2. Nelson Textbook of Pediatrics. 3e ed. Editors: V.C. Vaughan, R.J. McKay & W.E. Nelson. Saunders 1975
3. Informatie verzameld door Dr. W. van Zeven, Kinderarts, 1979
4. Informatie verzameld door Mw. D. Lambooy-van Laar, kinderarts, 1979
5. Royal College of General Practitioners (Research Unit): The incidence and complications of mumps. J. Royal Coll.Gen.Pract. 24 : 545, 1974
6. The Association for the Study of Infectious Disease: A retrospective survey of the complications of mumps. J. Royal Coll.Gen.Pract. 24 : 552, 1974.

---

## TUBERCULOSE-BESTRIJDING

---

Recent is een advies uitgebracht inzake de organisatie van de tuberculosebestrijding,<sup>1</sup> met vijf kernpunten:

1. In de voorzienbare toekomst blijft een landelijk gespreide dienst nodig die (mede) als taak heeft de bestrijding van de tuberculose:

- vroege opsporing van besmettelijke gevallen;
- slagvaardig contact-onderzoek;
- adequate behandeling en begeleiding van opgespoorde gevallen;
- systematische controle en zonodig preventieve medicamenteuze behandeling van risicogroepen en risico-veroorzakende groepen;
- verwerking en analyse van epidemiologische gegevens en coördinatie.

2. Het personeelsbestand van de t.b.c.-bestrijdingsdienst voor het jaar 1980 zal plusminus 325 personen kunnen omvatten: ongeveer 35 artsen, 35 districts-verpleegkundigen en 255 overige personeelsleden (op 31 dec. 1977 waren deze aantallen resp. 54, 45 en 326, totaal dus 425 personen). De haalbaarheid van deze aantallen hangt samen met de mate waarin daadwerkelijk de werkbelasting van de consultatiebureaus kan worden verminderd. De Werkgroep doet daartoe enige dringende aanbevelingen, met name voor het reduceren van aantallen keuringen.

3. De uitoefening van de genoemde functies ware te combineren met andere vormen van landelijke gespreide functie-uitoefening van openbare gezondheidszorg. De voorkeur van de Werkgroep gaat daarbij uit naar een samengaan met gemeentelijke of districts-gezondheidsdiensten. Voor zover dit in bepaalde delen van het land ontoereikende mogelijkheden biedt moet zoveel mogelijk gezocht worden naar een combinatie met eenheden voor verwante functies van openbare gezondheidszorg, zoals geslachtsziektenbestrijding, geneeskundig schooltoezicht en preventief geneeskundig onderzoek.

4. De uitwerking van de integratie moet in eerste instantie op provinciaal niveau plaatsvinden. De te volgen procedure zou door de Staatssecretaris besproken kunnen worden met het Interprovinciaal Overleg en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, opdat de herstructurering met steun van de desbetreffende overheden ten uitvoer kan worden gebracht. Voor de voltooiing van de integratie moet als streefdatum het jaar 1982 worden aangehouden.

5. De geografische indeling van de dienst sluit bij voorkeur aan bij de regionalisatie van de gezondheidszorg.

In het rapport wordt vastgesteld dat de huidige situatie inhoudelijk en organisatorisch weinig perspectief biedt voor nieuw aan te trekken medewerkers. De t.b.c.-bestrijding kan veeleer als 'bewaking' worden gekenschetst, hoe noodzakelijk die taak ook is; spectaculaire resultaten zijn niet meer te behalen. Wij vragen aandacht voor dit rapport ten dele vanwege het belang voor de t.b.c.-bestrijding in Nederland, ten dele omdat hiermee een ontwikkeling wordt gesignaleerd die mogelijk voor andere delen van de gezondheidszorg van belang is.

1. Eindrapport van de Werkgroep inzake de tuberculosebestrijding. In: Tegen de tuberculose 75 : 34-55, 1979

---

## VERKEERSDODEN 1950-1977

---

De epidemie van verkeersongevallen in de laatste decennia komt goed tot uiting in de onderstaande grafiek<sup>1</sup> van de SWOV (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid). Hierop staan aangegeven de aantallen verkeersdoden per 100.000 in-