

volmaakt met hem eens — opneming in een kliniek zeer gewenscht, maar . . . in bijna alle gevallen weigert de dronkaard opgenomen te worden en dan staat men vrijwel machteloos en gaat de patiënt door met zich zelf te gronde te richten. Het is volkomen juist, wanneer collega MEERLOO opmerkt, dat de patiënt zelf nooit uit eigen beweging zich bij den arts aanmeldt, maar alleen door den nood gedrongen, en het zijn juist dezen, die niet willen medewerken tot het instellen van een juiste therapie, waaronder dan ook opneming in een kliniek behoort.

Het lijkt mij daarom onjuist de sociale therapie in de *tweede* plaats te noemen. Wij, geneeskundigen, zijn zoo weinig in staat de eenmaal bestaande drankzucht te genezen, dat wij al onze krachten moeten aanwenden op de sociale behandeling van deze ongelukkigen, ongelukkig voor hen zelf en voor hun gezin en nageslacht. Dat hierbij de prophylaxis door tal van maatregelen, welke hier op 't oogenblik niet besproken kunnen worden, een voorname beteekenis moet hebben, spreekt van zelf. Alleen wil ik in dit verband het werk van geheelonthoudersverenigingen — al of niet confessioneel — naar voren schuiven. Goed geleide verenigingen kunnen veel en goed werk verrichten in den strijd tegen den alcohol.

Heeft de prophylaxis gefaald, is er toch drankzucht ontstaan, dan kunnen voorwaardelijke veroordeeling, voorwaardelijke invrijheidstelling, curateele stelling en sanatoriumbehandeling soms resultaten geven; onder *leiding* van een of ander consultatiebureau.

F. J. DRUKKER, arts,

Directeur Consultatie Bureau voor Alcoholisme (voor alle gezindten) te den Haag

's-Gravenhage, 26 September 1937.

DE MEDICAMENTEUSE BEHANDELING VAN DEN VERHOOGDEN INTRACRANIEELEEN DRUK.

In de mededeeling van collega A. C. DE VET in dit *Tijdschrift*, 11 September 1937, las ik op blz. 4387: Vóór de operatie van hersengezwellen zal men met alle ten dienste staande middelen den verhoogden intracranieelen druk zoo actief mogelijk trachten te bestrijden.

De schrijver noemt dan vervolgens de methodes, hoe men dit kan bereiken.

Een eenvoudiger methode dan de door DE VET genoemde werd dit jaar op het chirurgencongres te Berlijn door prof. dr. L. SCHÖNBAUER (Weenen) aangegeven, een methode, welke m.i. de opmerkzaamheid verdient.

SCHÖNBAUER geeft den patiënten twee dagen vóór de operatie een zoutloos dieet en als medicament euphyllinum, het theophyllinehoudende praeparaat, dat zooals bekend diuretisch werkt. Bij 123 neurochirurgische ingrepen was de mortaliteit 13.5 pCt. lager dan voor dien. In het bijzonder bij operaties aan de groote hersenen vond hij een daling der mortaliteit van 16.1 pCt. Van 26 overleden patiënten vond hij bij autopsie slechts eenmaal oedeem van de pons.

Als bewijzend voor de intensieve werkzaamheid der methode vermeldt hij twee gevallen, waarbij na de operatie het ziektebeeld der hypochloraemie zich ontwikkelde dat was ontstaan door te langdurige zoutonttrekking. De patiënten waren apathisch, niet aanspreekbaar, reageerden alleen op sterke pijnprikkels, maakten den indruk stervend te zijn. Deze gevaarlijke toestand verdween op slag na toedienen van zoutsolutie subcutaan. Deze gevallen leerden SCHÖNBAUER, het zoutlooze dieet niet langer dan twee dagen na de operatie voort te zetten, te meer daar het gevaar van het postoperatieve, respectievelijk posttraumatische hersenoedeem, de eerste 24 uur het grootst is, volgens SCHÖNBAUER.

Al mogen de door collega DE VET aangegeven middelen krachtiger werken, voor den neurochirurg lijkt het me toch wel de moeite waard de toepassing van de methode van SCHÖNBAUER te overwegen.

Groningen, 21 Sept. 1937.

W. E. JAK.