

Instellingen op hygiënisch gebied zijn voor buitenlandse imitatie zelden geschikt. Zij belichamen nationale functies en hebben zich in organische betrekking tot de samenleving, die zij dienen, op eigen wijze ontwikkeld. Desalniettemin erkent men in de verduurzaming van de als nood-instelling geschapen „Public Health Laboratory Service” iets van algemene strekking. De oorlogsnood bracht Englands beste onderzoekers in dienst van Openbare Gezondheidszorg en na de oorlog is deze innige samenwerking van praktisch en wetenschap bevestigd. Voor ieder volk is dit een les.

J. J. VAN LOGHEM

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten



DE DIFFERENTIËLE DIAGNOSTIEK VAN RUIMTEBEPERKENDE PROCESSEN IN HET WERVELKANAAL

Bij de demonstratie van de derde patiënte in zijn klinische les¹⁾ moet ik tot mijn spijt met coll. VAN DER ZWAN van mening verschillen.

Het neurologische syndroom van de *cauda equina* onderscheidt de ziekteprocessen distaal van de conus terminalis met grote betrouwbaarheid van die ziekteprocessen, die het *ruggemerg* zelf direct of indirect aantasten. In het classieke neurologische syndroom van de cauda equina komen *nimmer* pathologische reflexen voor.

Wanneer in het wervelkanaal een contrastmiddel wordt ingebracht en op de röntgenphoto's van het wervelkanaal een uitsparing in de figuur van het contrastmiddel wordt gevonden bij het spatium intervertebrale L.5-S.1, mag deze begrensde afwijking in het distale gedeelte van het wervelkanaal nooit in rechtstreeks verband worden gebracht met een neurologisch syndroom, hetwelk wijst op een ziekteproces in het wervelkanaal ter hoogte van de *roe thoracale wervel*.

Voor al beiderzijdse *pathologische* reflexen (BABINSKI) mogen m.i. nooit terstond *gecombineerd* worden met het bestaan van een hernia nuclei pulposi in het meest distale gedeelte van het lumbale wervelkanaal (L.5-S.1). Hier moet een samengaan van *twee* ziekteprocessen worden aangenomen.

Ofschoon ik een voorstander ben van myelographisch onderzoek, wanneer een ruimtebeperkend ziekteproces in het wervelkanaal zo nauwkeurig mogelijk moet worden gelocaliseerd in verband met een operatieve ingreep, zou ik niet gaarne het aandeel van de neurologie in het neurochirurgische arbeidsveld zien vervallen. De neurologie en de neurochirurgie moeten en kunnen elkaar voortdurend versterken en behoeven nooit in tegenspraak met elkander te zijn.

Wellicht willen de *campionissimi* van de Nederlandse neurologie te zijner tijd in het *N.T.v.G.* het classieke neurologische syndroom van de cauda equina nog eens onomstotelijk rechtzetten.

Groningen, 20 Augustus 1951

F. A. VERBEEK

Het schrijven van collega VERBEEK kan ik moeilijk begrijpen. Het ziektebeeld van de cauda equina is mij natuurlijk niet geheel onbekend, ook niet dat daarin *nimmer* pathologische reflexen voorkomen. De patiënte, waarover collega VERBEEK schrijft, had echter geen syndroom van de cauda equina, maar een neurologisch beeld, dat op een proces ter hoogte van Th. 10 wees. Het acute beloop was, na uitsluiting van de myelitis, dat van een hernia nuclei pulposi. Daar Th. 10 daarvoor een ongewone hoogte is, werd myelographie gedaan.

¹⁾ VAN DER ZWAN, *N. T. v. G.*, 95, 2098, 1951.

Daarbij werd een hernia gevonden ter hoogte van L.5-S.1. Mijn conclusie was toen niet: „dus de pathologische reflexen en zo voort worden door deze laag zittende hernia veroorzaakt”, maar: deze patiënte stelt ons „voor een neurologisch onverklaarbaar probleem”!

De operatieve verwijdering van de hernia en het snelle herstel daarna bezeugen, dat de acute symptomen (pijn, zware parese, sensibiliteitsstoornissen) door die hernia werden veroorzaakt. Nadrukkelijk deelde ik mede, dat de pathologische reflexen bij de demonstratie nog bestonden. Op 31 Augustus 1951 kwam patiënte voor heronderzoek. Zij had subjectief geen klachten meer; deed al haar werk en voelde zich volmaakt gezond. Bij neurologisch onderzoek waren er nog lichte oppervlakte-sensibiliteitsstoornissen in het linker onderbeen en was de voetzoolreflex links nog klassiek pathologisch. Het rechter been toonde geen afwijkingen meer. Nu nog was dit neurologische beeld ons niet verklaarbaar.

Natuurlijk hebben ook wij twee ziektebeelden aangenomen, maar het is ons tot nu toe niet gelukt dat tweede ziektebeeld te identificeren.

Waar ik, naar aanleiding van deze patiënte, de nadruk op gelegd heb is, „dat niet het neurologische onderzoek alléén beslissend is, maar dat de hulpmiddelen, wervelfoto's, liquoronderzoek, contrastphoto's en zo voort, vaak onmisbaar zijn”. Mij dunkt, als zodanig was deze patiënte een duidelijke demonstratie.

Wat nu de verhouding van de neurologie en neuro-chirurgie betreft, zou ik nog willen opmerken, dat bedoelde patiënte werd onderzocht en ingestuurd door een uitstekende neuroloog; dat zij bovendien werd onderzocht en besproken met de staf van de alleszins bevoegde neurologische afdeling. Ook hier kon men het neurologische beeld niet verklaren. Het spreekt vanzelf, dat ook ik de neurologische wetenschap als de basis van de neuro-chirurgie beschouw en zelfs de neurologische opleiding als de beste voorontwikkeling van de neuro-chirurg zie. Het is mij dan ook niet duidelijk, hoe collega VERBEEK het tegendeel uit mijn les heeft kunnen concluderen.

Groningen, 5 September 1951

A. VAN DER ZWAN

TONSILLECTOMIE

Het betoog van collega OVERBOSCH¹⁾ omtrent de tonsillectomie, zoals deze hier meestal wordt verricht onder locale verdoving of onder een lichte roes, en omtrent de grote voordelen welke daartegenover de algemene narcose met afhankelijk hoofd heeft te bieden, behoeft een zeer critische lezing, daar anders het gevaar dreigt dat men wordt meegevoerd door de vaardige wijze waarop deze schrijver de dramatische zijde van deze ingreep met de pen weet te illustreren.

Helaas is aan deze dramatisering een zekere tendentie niet vreemd gebleven. Het gehele betoog over de stakkerdjes die 's morgens door hun ouders in de vreemde sfeer van het ziekenhuis worden achtergelaten en in spanning liggen te wachten op de dingen die komen zullen, blijft immers van kracht, hoe ook de operatie wordt verricht.

De wijze waarop het kind door de oorarts wordt benaderd, kan misschien wel eens zo zijn als dr OVERBOSCH beschrijft. Dit is echter geenszins regel, althans niet noodzakelijk. De wijze waarop een narcotiseur het kind benadert, zal ook sterk wisselen al naar diens persoon.

Ik kan het volkomen met collega OVERBOSCH eens zijn dat in handen van ervaren operateurs de in Engeland gebruikelijke methode een goede indruk maakt. Maar ook de methode van SLUDER is in *vaardige* handen een prachtige techniek, waarbij complicaties uitermate zeldzaam zijn en totale verwijdering regel. Het is goed te bedenken dat men in het buitenland steeds de plus varianten onder de collegae aan het werk ziet. Ik heb, eveneens in het buitenland, een keer een minder uitverkoren collega een dissectie-tonsillectomie onder

¹⁾ N. T. v. G., 95, 2469, 1951.