

is. Dit doet ook de internist, die de leucocytose bij ontsteking principieel scheidt van leucæmie. Zo mogen ook wij niet een zeer heterogene groep van afwijkingen samenbundelen, allen op grond van het feit, dat een bepaalde celsoort een gemeenschappelijke factor is. Dit verdiept ons inzicht in het wezen der afwijking niet.

Verdieping van inzicht is mijns inziens alleen te verwachten als wij trachten te onderscheiden tussen bij voorbeeld de (maligne) folliculaire *reticulose* en de (benigne) folliculaire *hyperplasie*, met andere woorden, als wij trachten een groep aandoeningen, de *reticulosos*, te onderscheiden die niet alleen morfologisch, maar ook in hun biologische kenmerken nauw met elkaar zijn verbonden.

Daarom meen ik, dat een nauwere begrenzing van het begrip *reticulose* gewenst, ja zelfs noodzakelijk is.

Rotterdam, 11 Juni 1952

H. E. SCHORNAGEL

COMMOTIO CEREBRI

Volgens dr. A. VERJAAL¹ „is alleen de bewusteloosheid een obligaatsverschijnsel” van de hersenschudding, zó, dat volgens hem „zonder bewusteloosheid geen commotio cerebri” mag worden aangenomen. Het is wel nodig te betogen, dat dit een gevaarlijke bewering is. In de eerste plaats toch heeft iedere neuroloog met ruime ervaring verschillende patiënten met het onmiskenbare beeld ener hersenschudding gezien, waarbij de anamnese geen bewusteloosheid vermeldde, ja, bewusteloosheid na het ongeval werd ontkend. Bovendien is er hier nog een bijzondere moeilijkheid: vaak heeft de patiënt zelf geen weet van de bewusteloosheid; soms is de patiënt al weer bij, als voorbijgangers hem vinden; en hoe kort moet een bewusteloosheid duren om als bewusteloosheid erkend (en herkend) te worden: een uur, een minuut, een seconde? En in het laatste geval: wie zal haar waarnemen, vaststellen? Om kort te gaan, deze schijnbaar zo eenvoudige, en op zichzelf nog aanvechtbare bewering van coll. VERJAAL, plaatst ons voor een ernstige problematiek: die van de vaststelling van bewusteloosheid (niet van gedaald bewustzijn, schemer, en zo voort?).

Ik meen te weten, dat de overgrote meerderheid van de vooraanstaande Nederlandse neurologen de opvatting van coll. VERJAAL niet deelt. Het lijkt nuttig reeds thans tegen zijn opvatting stelling te nemen, omdat zijn stelregel (niet VERJAAL's verdere artikel) menige patiënt, die met verzekeringsinstanties te maken heeft, zou kunnen duperen.

¹A. VERJAAL (1952) *N.T.v.G.* 96, 877.

Amsterdam, 31 Mei 1952

F. GREWEL

Ik ben collega GREWEL erkentelijk voor het feit, dat hij mij door zijn discussie-opmerking in de gelegenheid stelt nogmaals de aandacht te vestigen op een der belangrijkste punten van mijn uiteenzetting over de commotio cerebri. Wanneer een patiënt in aansluiting op een schedeltrauma niet bewusteloos is en dus ook geen amnesie heeft vóór het gebeurde, kan ik mij niet voorstellen dat „de overgrote meerderheid der vooraanstaande Nederlandse neurologen” in een dergelijk geval zal willen spreken van „het onmiskenbare beeld van een hersenschudding”.

Overigens is de controverse tussen collega GREWEL en mij stellig meer van semantische dan van principiële aard. Immers, ik ben het geheel met hem eens, dat het verschijnsel der bewusteloosheid en de duur daarvan niet altijd met zekerheid kunnen worden vastgesteld. Ik ben het ook met hem eens dat men meermalen een patiënt ziet die na een schedeltrauma beslist niet bewusteloos is geweest terwijl hij toch een zo zieke indruk maakt, dat men niet kan volstaan met de eenvoudige diagnose „hoofd gestoten”. Bij nauwkeurig onderzoek blijken deze mensen echter een *contusio cerebri* te hebben en geen eenvoudige *commotio cerebri*. Wanneer men bij hen binnen 24 uur na het ongeval een lumbale punctie verricht, ziet men bloederige liquor te voorschijn komen. Wanneer men bij hen een electro-encephalogram maakt, ziet men een diffuse hypersynchronisatie die vaak vele weken aanhoudt. En wanneer men röntgenphoto's van de schedel maakt, zal men in een groot aantal gevallen een fractura cranii ontdekken.

Het is van belang bij alle patiënten die worden opgenomen wegens een schedeltrauma, de liquor té onderzoeken, röntgenphoto's van de schedel te maken en zo mogelijk een electro-encephalogram. Dit maakt een juiste differentiële diagnostiek mogelijk en verschaft ons een feitenmateriaal dat van onschatbare waarde kan zijn bij latere verzekeringsmoeilijkheden. Wanneer collega GREWEL zijn patiënten op deze wijze gaat onderzoeken, zullen wij het ongetwijfeld spoedig eens zijn, niet op grond van indrukken en beweringen maar op grond van exacte feiten.

Heemstede, 14 Juni 1952

A. VERJAAL