

INGEZONDEN

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



DE BETREKKELIJKHEID VAN DE PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE¹

Een groot aantal electro-encephalographische onderzoeken, na toediening van een diëncephalon-stimulans (wekamine) heeft steeds aangetoond, dat in gevallen van *endogene* melancholie het electro-encephalogram gemiddeld geen wijziging ondergaat; bij voorbeeld geen verlaging van het gemiddelde microvoltage, zoals normaliter steeds in duidelijke mate geschiedt. Dit is ook niet bevreemdend, daar endogene melancholie kan worden verklaard als veroorzaakt door een starheid in de diëncephale functie (een tijdlang heeft men voor de manisch-depressieve psychose de naam diëncephalose gebruikt), welke starheid dus ook tot uiting komt in de remmende functie van het diëncephalon op de hersenschors.

Bij de endogene manische psychose ziet men de alpha-golven uit het electro-encephalogram verdwijnen (zonder toediening van een wekamine of enig ander middel). Wanneer de psychose haar hoogtepunt heeft bereikt, neemt de gedachtenvlucht de functie van het diëncephalon zo in beslag, dat er nog slechts beta-golven in het electro-encephalogram overblijven. In het verloop van de psychose ziet men de alpha-golven terugkomen (door een uitgebreid serie-onderzoek moet het mogelijk zijn in vrijwel alle gevallen van endogene psychose de duur van de psychose al vroeg vast te stellen).

Bij de depressieve, respectievelijk manische vorm van dementia paralytica ziet men dit alles niet; evenmin bij de exogene depressie respectievelijk manie.

Ik zag in de praktijk een geval van depressie, die zich op het eerste gezicht voordeed als een psychopathische depressie. Het electro-encephalographische onderzoek wees echter op het bestaan van een endogene melancholie. Deze patiënt maakte door zelfmoord een einde aan zijn leven; uit de familie-anamnese bleek dat zelfmoord in de familie vaker was voorgekomen en dat verschillende familieleden wegens manisch-depressieve psychose waren verpleegd. Het was van groot belang, dat in dit geval een endogene melancholie kon worden vastgesteld, want deze patiënt, die leed aan een atypische melancholie, had ook paranoïde gedachten en maakte zich uitsluitend in zijn psychotische fasen schuldig aan ontucht met minderjarigen. Het vrijsprekende vonnis kwam lang voordat hij zelfmoord pleegde.

Merkwaardigerwijze is het electro-encephalogram van een lijder aan schizophrene psychose (ik bedoel uiteraard alleen gevallen waarin de „communis opinio” deze diagnose had gesteld en waarin onder andere de tijd de diagnose had waar gemaakt) tegengesteld, zo ook na toediening van een wekamine.

Aldus biedt het electro-encephalographische onderzoek een betrouwbaar differentieel diagnosticum ten opzichte van drie belangrijke groepen van psychiatrische ziektebeelden, hetgeen weer het kiezen van de juiste behandelingsmethode en het nemen van de juiste voorzorgsmaatregelen in de hand werkt. Daarom zou ik prof. RÜMKE willen vragen of men de betrekkelijkheid van de psychiatrische diagnose wel als een zo algemeen geldende factor moet aannemen.

¹H. C. RÜMKE (1952) *N.T.v.G.* 96, 2661.

Eindhoven, 30 October 1952

L. J. FRANKE

Ook al zou het mogelijk zijn die diagnosen, welke op grond van veranderingen in de neuro-physiologische processen zijn gesteld, door verfijnd electro-encephalographisch onderzoek nader te differentiëren, zou dit natuurlijk van betekenis zijn, doch het zou niets veranderen aan de fundamentele onzekerheden, die ik in mijn klinische les heb beschreven.

Utrecht, 15 December 1952

H. C. RÜMKE

PRAESACRALE RETROPERITONEALE PNEUMOGRAPHIE¹

Terecht merken de schrijvers van bovengenoemd artikel op, dat het rechtstreeks aanprikken van het perirenale vet om ter plaatse het gas te injiciëren vele bezwaren en gevaren heeft, zoals ook duidelijk uit de door mij op cadavers verrichte experimenten is gebleken².

Juist om die redenen heb ik toen een eigen techniek uitgewerkt via een praeventerbrale injectie, die ongeveer gelijk aan en even eenvoudig is als voor de blockering van de lumbale grensstreng. Het gas bereikt langs dezelfde weg als bij de praesacrale techniek de perirenale

ruimte, namelijk indirect door diffusie, alleen is deze weg nu aanmerkelijk korter en daarom is er ook veel minder gas vereist.

Voor de praevertebrale techniek vervallen dan ook de nadelen zoals door de schrijvers in het begin van hun artikel worden genoemd, en gelden alle voordelen die door hen voor de praesacrale techniek worden opgesomd, met als enige uitzondering dat voor een vulling aan 2 kanten ook 2 prikken nodig zijn en dat de patiënt moet worden omgedraaid. Maar dat is mijns inziens juist een voordeel. Door de vulling aan een kant wordt het namelijk mogelijk zijdelingse photo's te maken en deze zijn bij uitstek belangrijk voor de diagnostiek der bijniergezwellen, waarvoor de peri-renale insufflatie wel het meest zal worden gebruikt. Het gelijktijdig vullen van beide zijden acht ik dan ook een nadeel; in hoeverre dit weer door de planigraphie wordt vergoed, zal de ervaring moeten leren.

Een ander groot bezwaar lijkt mij de grote hoeveelheid benodigd gas met noodzakelijkerwijze de lange toestromingstijd. Vooral lijders aan de ziekte van CUSHING, die een onderzoek moeten ondergaan op een bijniergezwel of -hyperplasie, zijn zeer labiel in hun reactie en hier zou ik zeker bang zijn voor een vulling aan beide zijden met een zo grote hoeveelheid gas, terwijl een enkelzijdige vulling met 300 à 400 cm³ in ongeveer 10 minuten ingebracht, verantwoord lijkt.

Maar welke techniek men ook verkiest en welke indicaties men voor haar gebruik ook wil laten gelden, zeker verdient het gebruik van zuurstof verre de voorkeur boven lucht. Men zal nooit kunnen zeggen, dat een bepaalde techniek in het geheel geen kans op embolie geeft, ook bij de verouderde technieken van ROSENSTEIN en CARRELLI vond ik in de literatuur op 200 injecties er slechts 5! Maar indien er een embolie ontstaat, verloopt deze met lucht vaak dodelijk of althans met blijvende ernstige schade, hetgeen mij van zuurstof niet bekend is.

¹J. E. J. RESINK en A. S. SLUIS (1952) *N.T.v.G.* 96, 3053. ²J. BONNET (1945) *N.T.v.G.* 89, 399.

Leiden, 10 December 1952

J. BONNET

Inderdaad is het een voordeel van luchtinsufflatie aan één zijde, dat er zijdelingse röntgenopnamen kunnen worden vervaardigd, hetgeen van belang kan zijn bij de röntgendiagnostiek van de bijniere.

Van de praevertebrale methode hebben wij geen ervaring, maar het lijkt ons, dat bij iedere indirecte luchtinbrenging (dus ook bij de praevertebrale) toch lucht naar de andere zijde kan opstijgen. Het bezwaar, dat bij de praesacrale methode geen zijdelingse opnamen kunnen worden gemaakt, kan voor een groot deel worden ondervangen door het maken van halfzijdelingse opnamen, waarbij dan de instelling het best in staande houding tijdens doorlichting kan geschieden. Door toepassing van planigraphie is dit bezwaar echter geheel vervallen. De grote hoeveelheid lucht, die praesacraal wordt ingebracht, wordt door ons niet als een bezwaar, doch uit diagnostisch oogpunt juist als een voordeel gezien. De praesacrale pneumographie is een onderzoek dat niet alleen is bestemd voor de diagnostiek van de bijniere en nieren, doch voor alle retroperitoneaal gelegen organen en afwijkingen, en hiertoe kan men niet met een kleine hoeveelheid lucht volstaan. Ernstige complicaties werden door ons niet gezien en zijn in de literatuur ook niet vermeld. Ook is er tot nu toe geen melding gemaakt van embolieën, doch wij zijn het met collega BONNET eens, dat de kans hierop door het gebruik maken van zuurstof nog kleiner wordt. Bij de praevertebrale inbrenging van lucht is het echter ons inziens niet uitgesloten, dat belangrijke organen worden aangeprikt (bij voorbeeld een dystopische nier, een niergezwel, en zo voort). Bij de praesacrale injectie vindt de punctie juist plaats in een gebied waar geen grote vaten lopen, en waar geen noemenswaardige letsels kunnen worden aangebracht, afgezien van het aanprikken van het rectum, hetgeen niet als een gevaarlijke complicatie mag worden beschouwd. De techniek van de praesacrale punctie is verder zo eenvoudig, dat deze ook door niet chirurgisch geschoolde artsen kan worden verricht.

J. E. J. RESINK
A. S. SLUIS

Rotterdam, 16 December 1952

METHONIUM-BEHANDELING BIJ HYPERTENSIE¹

Methonium-praeparaten zouden de prikkeloverdracht in de autonome ganglia blokkeren. Het is dus van belang de werking van deze uiterst giftige stof die in staat is dit te bewerkstelligen, goed te kennen.

Zeer vele onderzoekers (korthedshalve niet te vermelden) wijzen vooral de laatste decennia op de grote betekenis van het autonome zenuwstelsel voor het normaal functioneren van het organisme. Het blokkeren van een prikkeloverdracht moet dan ook worden beschouwd