

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

HET CHRONISCHE SUBDURALE HEMATOOM BIJ HOOGBEJAARDEN

Met belangstelling las ik het artikel van Dr. VERJAAL (1959).

Bij lediging van subdurale hematomen bij hoogbejaarden komt het nogal eens voor, dat de weggedrukte hemisfeer zich niet ontplooit, hetgeen in de Franse literatuur het „syndrôme de collapsus cérébro-ventriculaire” wordt genoemd. De hematoomholte vult zich dan met een eiwitrijke, xanthochrome vloeistof en wordt een hygroom. Een enkele maal ontstaat een recidief van de bloeding. Reeds sinds de tijd van FRAZIER zijn er verschillende maatregelen toegepast om deze complicatie te voorkomen, zoals drainage van de hematoomholte, ligging van Trendelenburg en overmatig hydreren van de patiënt. Als men het hematoom ledigt en de wond sluit terwijl de hemisfeer zich nog niet heeft ontplooit, is het noodzakelijk, na te gaan of de hemisfeer zich gedurende de volgende dagen al of niet toch weer tegen de dura gaat aanleggen. Uit het artikel van Dr. VERJAAL kreeg ik de indruk, dat bij zijn patiënten behalve een lediging van het hematoom geen bijzondere maatregelen zijn toegepast om ontplooiing van de hemisfeer te verkrijgen. Dr. VERJAAL meent, dat deze ontplooiing toch bij zijn vijf patiënten, die de operatie overleefden, heeft plaatsgevonden op grond van een röntgencontrole van een in de hematoomzak achtergelaten luchtbel. Deze methode werd destijds beschreven door GUIOT (1948). Ook LAZERTHES acht deze methode zeer nuttig. Nu kan echter de luchtbel in de hematoomzak op twee wijzen kleiner worden, en wel ten eerste doordat de hemisfeer zich inderdaad gaat ontplooiën, waardoor de capaciteit van de hematoomzak afneemt, terwijl de lucht wordt geresorbeerd. Het is echter ook mogelijk, dat de hemisfeer zich niet ontplooit, doch dat de hematoomzak met vloeistof wordt gevuld, terwijl lucht wordt geresorbeerd. Het zal soms mogelijk zijn uit de vorm van de luchtbel af te leiden, of het eerste of tweede mechanisme plaats grijpt. Zo ziet men in het artikel van GUIOT duidelijk de glooiende contour van de hemisfeer, waarop de luchtbel rust. In het tweede geval ziet men een horizontale rechtlijnige ondergrens van de luchtbel ten gevolge van de eronder liggende vloeistofspiegel. Deze tweede mogelijkheid wordt door Dr. VERJAAL niet besproken. De afbeeldingen 3b en 3c, die hij ter illustratie aan zijn artikel heeft toegevoegd, tonen mijns inziens een duidelijke vloeistofspiegel.

Het feit, dat de patiënt klinisch verbetert, sluit de mogelijkheid van een hygroomvorming niet uit. In ieder geval mag men op grond van het kleiner worden van een in een hematoomzak achtergelaten luchtbel niet zo maar aannemen, dat de hemisfeer zich ontplooit. In geval van twijfel geeft een controle-arteriografie betrouwbaarder uitkomsten, en deze methode passen wij dan ook, tenzij er een bijzondere contra-indicatie bestaat, bij onze patiënten toe.

Literatuur: GUIOT (1948) *Actualités de neurochirurgie*. — VERJAAL, A. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1251.

Utrecht, 1 juli 1959

H. VERBIEST

De opmerkingen van Dr. VERBIEST kan ik onderschrijven en ze zijn mij dan ook welkom. Dit te meer daar ze mij gelegenheid bieden, enkele aanvullingen op mijn artikel te geven.

De overweging, dat de luchtbel kleiner kan worden: a. door ontplooiing van het cerebrum en b. door opvulling

van de holte met vloeistof, heeft ertoe geleid, dat wij — zoals Dr. VERBIEST aangeeft — een controle-arteriografie hebben verricht, toen de luchtbel was geslonken. Daarbij bleek het vaatverloop volkomen normaal te zijn geworden. Deze belangrijke sluitsteen van het onderzoek werd helaas verzuimd in de ziektegeschiedenis te vermelden.

Tenslotte zij nog opgemerkt, dat ik mij voor de gevolgde operatietechniek niet verantwoordelijk acht; de indicatie werd gesteld door of in overleg met de neurochirurg. Het is mij gebleken, dat men er van neurochirurgische zijde toe neigt, niet langer met een eenvoudig boorgat te volstaan, doch de voorkeur te geven aan het maken van een beenlap, zulks o.a. ter voorkoming van de door Dr. VERBIEST gesignaleerde postoperatieve complicaties. De beoordeling van de voor- en nadelen van deze techniek moet ik uiteraard overlaten aan de neurochirurg; wellicht zijn de thans reeds fraaie therapeutische resultaten nog verder te verbeteren.

's-Gravenhage, 10 juli 1959

A. VERJAAL

STRALENBESCHERMING EN RÖNTGENDIAGNOSTIEK

In een ingezonden stuk zeggen DRION en DONLEBEN (1959): „Nog steeds varen de consultatiebureau-artsen in hoofdzaak op het kompas van de doorlichting”. Dit was waar tot de invoering van de kleinbeeldfotografie. Of het nu nog opgaat, zou slechts een enquête kunnen uitmaken. In ieder geval zou deze toestand, indien hij bestond, ongewenst zijn.

De hoofdschotel op het consultatiebureau is immers de periodieke controle van bekende afwijkingen. Vergelijking met een vroeger gemaakt röntgenbeeld kan het gemakkelijkst plaatsvinden door de oude en de nieuwe foto naast elkaar te leggen. Deze methode is zeker nauwkeuriger dan vergelijking op het doorlichtingsbeeld. Bovendien biedt deze methode juist bij tuberculose voordelen, omdat men op de foto, in het bijzonder met harde straaltechniek meer in de longtoppen ontdekt dan bij doorlichting. Indicatie tot doorlichting bij controle van oude patiënten ontstaat pas wanneer de lokalisatie de afwijking minder goed zichtbaar maakt.

Therapeutische adviezen voor kurende patiënten worden verstrekt in hoofdzaak op geleide van de grote foto en het planigram. Bij nieuwe patiënten zal men gaarne doorlichting en röntgenfotografie naast elkaar gebruiken.

Voor contacten, keuringen, onderwijs-controles, kortom bij „screening” van gezonde mensengroepen, komt de kleinbeeldfotografie weer in de eerste plaats.

Alles bijeengenomen behoort o.i. de fotografie, in het bijzonder de kleinbeeldfotografie, op de consultatiebureaus een grotere plaats in te nemen dan de doorlichting.

Literatuur: DRION, R. en P. G. DONLEBEN (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1359.

M. A. BAAS,

Eindhoven, 2 juli 1959

P. J. A. VAN VOORST VADER

Naar onze mening kan het probleem, aan welke methode van röntgenonderzoek van de thorax de voorkeur moet worden gegeven niet met enkele regels in een ingezonden stuk worden afgedaan. Onzerzijds is dit probleem dan ook niet aan de orde geweest; evenmin in het oorspronkelijke artikel van THOMAS en VAN VOORTHUISEN.

De bedoeling van ons ingezonden stuk was slechts, erop te wijzen, dat bij een goede doorlichtingstechniek een doorlichting, als deze om een of andere reden gewenst is, enkel wegens het stralengevaar niet achterwege behoeft te blijven.

Groningen, 8 juli 1959

P. G. DONLEBEN,
R. DRION