

oorzaak is van „veel misverstand over de bron van het allergen in huisstof”.

Literatuur: BERRENS, L. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 231; (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 2465. — ELIAS, R. W., R. VOORHORST en H. VAN KRIEKEN (1964) *Acta allerg. (Kbh.)* **19**, 369. — MORRIS, J. H., L. BERRENS en E. YOUNG (1965) *Clin. chim. Acta* **12**, 407. — VOORHORST, R. (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1473; (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1097. — VOORHORST, R., M. I. A. SPIEKMA-BOEZEMAN en F. TH. M. SPIEKMA (1964) *Allergie und Asthma*, Band 10, Heft 6, bl. 329.

Leiden, 10 december 1965

R. VOORHORST
R. W. ELIAS
F. TH. M. SPIEKMA

INTERMITTERENDE INSUFFICIËNTIE VAN HET VERTEBRO-BASILARISSYSTEEM

Naar aanleiding van de klinische les van Prof. FOLKERTS (1965) wilde ik gaarne enige kanttekeningen plaatsen.

1. De auteur geeft een voortreffelijke klinische beschrijving van de diverse manieren waarop dit syndroom tot uiting kan komen. De casuïstische voorbeelden laten weinig twijfel bestaan aan de te stellen diagnose. Doch in de dagelijkse praktijk liggen de gevallen meestentijds veel minder duidelijk, en moet men op zijn minst genomen de arteriae carotides én het vertebro-basilarissysteem in de differentiële diagnostiek betrekken. In de praktijk komt het immers betrekkelijk zelden voor dat slechts één vat of één vaatsysteem door een degeneratief proces aangetast is, en de rest van het vaatstelsel daarvan vrij blijft.

Nu heeft het mij verbaasd dat Prof. FOLKERTS nergens in deze klinische les melding heeft gemaakt van de vertebrale c.q. carotisangiografie bij de diagnostiek van het desbetreffende syndroom. Ik neem toch aan dat in zijn kliniek deze diagnostische mogelijkheid wel te verwerklijken is! Bij de bespreking van de differentiële diagnostiek aan het slot van zijn klinische les bepaalt hij zich tot vage verschijnselen zoals souffles boven de arteria carotis of arteria subclavia, en wisselende oogheekkundige en neurologische symptomen. Mijns inziens had hier zeker gesproken moeten worden over de angiografie als differentiële diagnosticum bij uitstek.

2. De auteur springt bij de bespreking van de therapie van het vertebro-basilarissyndroom m.i. nogal blijmoedig om met de anticoagulantia-therapie, voorzover mijn kennis van de moderne neurologische literatuur over het onderwerp anticoagulatie reikt, al te blijmoedig. Mijns inziens bestaan er thans slechts neurologische contra-indicaties voor deze therapie en is toepassing hiervan voorbehouden aan de internist voor de behandeling van het zieke hart als potentiële „proppenschieter”. Er zou nog een indicatie kunnen bestaan voor de echte, goed gediagnosticeerde basilaristrombose, maar deze diagnose is slechts bij patiënt D in de klinische les overwogen en op de sectietafel bevestigd.

Naar mijn mening heeft Prof. FOLKERTS nog „geboft” met zijn door anticoagulantia verbeterde patiënten. Naar ik hoop zal zijn verdere ervaring met deze therapie de algemeen geldende pessimistische visie hierover niet bevestigen!

Literatuur: FOLKERTS, J. F. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 2325.

's-Gravenhage, 7 december 1965

C. J. A. SOMERS

Naar aanleiding van de kanttekeningen van collega SOMERS bij mijn klinische les zou ik de volgende opmerkingen willen maken:

Het aanvankelijk optimisme, waarmee men de anticoagulantia-therapie-begroet heeft bij de intermitterende insuffi-

ciëntie van het vertebro-basilarissysteem werd in latere jaren overschaduwd door de complicaties, die zich hierbij soms voordoen. De complicaties, die in de literatuur worden vermeld hadden mogelijk gedeeltelijk voorkomen kunnen worden, wanneer men voldoende rekening gehouden had met de contra-indicaties tot deze behandeling. Het is moeilijk, zich in dezen een bepaald standpunt te vormen, daar wij enerzijds onvoldoende georiënteerd zijn over de natuurlijke historie van het ziektebeeld, anderzijds te weinig op de hoogte zijn of en zo ja in hoeverre het geven van anticoagulantia thrombusvorming in de cerebrale arteriën kan tegengaan, eventueel voorkomen.

Dit is de reden waarom ik over het algemeen bij dit ziektebeeld, dat mijns inziens in de tegenwoordige tijd te veel gediagnosticeerd wordt geen anticoagulantia voorschrijf, en alleen dan het geven van anticoagulantia-therapie overweeg, indien men kan verwachten dat zich een volledig vaataccident gaat ontwikkelen. De frequentie en de duur van de aanvallen, eventueel de toeneming van de blijvende neurologische uitvalverschijnselen na iedere aanval, zijn mede bepalend voor de indicatie. Slechts een zeer klein aantal patiënten komen voor deze therapie in aanmerking. De goede resultaten, die ik hiervan gezien heb vinden in de moderne neurologische literatuur bevestiging (JOHN MARSHALL 1965).

Is de arteria basilaris volledig afgesloten, dan is het geven van anticoagulantia gecontra-indiceerd wegens gevaar van hemorrhagische infarctering.

Het maken van een vertebraal arteriogram is over het algemeen bij deze ziektebeelden gecontra-indiceerd en zeker indien een afsluiting van het vat dreigt. Een indicatie tot een arteriografie is alleen dan aanwezig wanneer men verwacht langs vaatchirurgische weg verbetering van de symptomen te kunnen bereiken („subclavian steal” syndroom). In deze gevallen is echter het inbrengen van een contrastvloeistof in de arteria subclavia eventueel de arteria anonyma geïndiceerd, aangezien de vernauwing die voor een vaatchirurgische ingreep in aanmerking komt meestal gelegen is in de grote vaten, eventueel in de arteria vertebrale ter plaatse van de aftakking uit de grote vaten.

De indicatiestelling tot het maken van een arteriogram ligt volkomen op specialistisch terrein en bespreking hiervan valt m.i. buiten het bestek van een klinische les. In een klinische les gaat het primair om de symptomen die men aan het ziekbed kan waarnemen.

Een systolische soufflé boven de arteria carotis, eventueel boven de arteria subclavia, en de gegevens van het oftalmodynamometrisch onderzoek zijn geen vage, maar duidelijke symptomen, die van belang zijn voor de differentiële diagnostiek tussen een aandoening van het vertebro-basilarissysteem en de arteria carotis.

Amsterdam, 16 december 1965

J. F. FOLKERTS

BEHANDELING VAN TOXISCHE SHOCK

In het Farmacotherapeutisch Overzicht No. XVIII (1965) staat onder de sympathicomimetica levarterenol en metaraminol als toepassing vermeld: Bij cardiale en toxische shock, ter verhoging van de bloeddruk.

Gezien het baanbrekende werk van o.a. NICKERSON (1955) en LILLEHEI (1964) (voor een overzicht hiervan wordt verwezen naar mijn proefschrift (1964)) dient echter ernstig gewaarschuwd te worden voor het gebruik van sympathicomimetica bij een shocktoestand met een versterkte vasoconstrictie. LILLEHEI toonde immers bij dieren aan, dat sympathicomimetica de overlevingskans niet verbeteren bij de endotoxine-shock. Sterker: subletale hoeveelheden endo-

toxinen, gegeven in combinatie met metaraminol, bleken een sterfte van 100 pct te veroorzaken.

Daarentegen verhoogt behandeling met een sympathicolyticum (fenoxybenzamine = Dibenziline) de overlevingskans van het proefdier aanmerkelijk. In enkele klinieken is men dan ook overgegaan tot het gebruik van fenoxybenzamine bij toxische shock (RUEDY 1963; LILLEHEI l.c.). De resultaten hierbij zijn bemoedigend.

Het is m.i. dan ook te betreuren, dat bij de sympathicolytica het fenoxybenzamine niet genoemd wordt, met als toepassing: bij toxische shock, onder strenge klinische observatie.

Literatuur: BOUWES BAVINCK, J. P. E. (1964) Proefschrift Leiden. — Farmacotherapeutische Overzichten XVIII (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 2138. — LILLEHEI, R. C. (1964) *Ann. Surg.* 160, 682. — NICKERSON, M. (1955) *J. Mich. med. Soc.* 54, 45. — RUEDY, J. (1963) *Canad. med. Ass. J.* 89, 1059.

Haarlem, 15 november 1965 J. P. E. BOUWES BAVINCK

Over de behandeling van de toxische en cardiale shock met vasopressoren bestaat een toenemend gevoel van onbehagen. Elk nieuw gezichtspunt verdient daarom de volle aandacht en het is goed dat collega BOUWES BAVINCK het gebruik van fenoxybenzamine (Dibenziline) genoemd heeft. Helaas zijn de gegevens over deze behandeling bij de mens nog gering, en het is bekend dat gegevens over experimentele shock bij proefdieren niet voor de mens behoeven te gelden.

Het gebruik van vasopressoren bij toxische en cardiale shock is weliswaar teleurstellend, maar verkeert niet meer in het experimentele stadium, zoals bij fenoxybenzamine — ook al wekt dit verwachtingen — het geval is. Bovendien is dit middel in Nederland nog niet geregistreerd en dus niet algemeen verkrijgbaar.

Om deze redenen werd fenoxybenzamine in het overzicht niet genoemd. Het is te hopen dat te zijner tijd bij een herziene editie van de overzichten deze redenen vervallen zijn en Dibenziline niet alleen vermeld, maar ook besproken moet worden.

's-Gravenhage, 13 december 1965

Documentatiecommissie voor Farmacotherapie, Kon. Ned. Mij. ter Bevordering der Pharmacie.

NEUROLOGISCHE ASPECTEN VAN ZWAKZINNIGHEID

De belofte in de titel gegeven, nog versterkt door de aard van de rubriek waarin de bijdrage van FREDERIKS (1965) verscheen, lijken mij niet helemaal ingelost door de inhoud van zijn caput selectum. Het is mij niet duidelijk geworden wat nu de specifieke bijdrage van de neurologie is, en waarin deze verschilt van die van een 25 jaar geleden.

De grote verandering in de benadering van de zwakzinnige was het werk van pioniers zonder speciale opleiding. De vooruitgang in de diagnostiek danken we hoofdzakelijk aan genetici en paediaters. De namen van mensen die iets op dit gebied gepresteerd hebben worden echter niet genoemd. Wel wordt verwezen naar bijdragen die niet representatief zijn, en die zelfs geen historische betekenis hebben. TURPIN en LEJEUNE (1965), de ontdekkers van de trisomie-21 (samen met GAUTIER), hebben een voortreffelijk overzicht gepubliceerd van alle tot nu toe bekende chromosomale aberraties met de daarbij waargenomen klinische verschijnselen: een kritische beoordeling en daardoor een betrouwbare gids.

De vooruitgang in de somatisch-medische behandeling van zwakzinnigen danken wij vrijwel uitsluitend aan de kinderartsen en de met hen samenwerkende biochemici.

Door psychiaters werd een nieuwe basis gelegd voor de evaluatie van het toestandbeeld van de zwakzinnige ten opzichte van zijn behandelbaarheid (ook lós van de etiologie): hoe behaalt deze zwakzinnige zijn maximale niveau. HOEJENBOS (1963) die in dit opzicht in Nederland baanbrekend werk verrichtte en een indeling gaf die heel wat logischer is dan die van FREDERIKS, wordt niet genoemd, evenmin als de recentere publikaties van HART DE RUYTER, PRICK en CALON (*Nederlands Handboek der Psychiatrie*, 1965).

Psychologen en pedagogen hebben belangrijke bijdragen geleverd tot het begrijpen en het in zijn eigen aard opvoeden van de zwakzinnige. In het „speculeren” zullen zij in de neurologie hun meerderen moeten erkennen: het mongolisme werd toegeschreven aan een te nauw amnion en later met even grote stelligheid aan een tekort aan groeihormoon, en in 1957 sprak KALB nog van een „mislukt ras”.

Het werk van PRECHTL en zijn school wordt wel genoemd, maar de vruchten die dit werk (zijdelings, want de betekenis reikt veel verder) voor de zwakzinnigenzorg heeft afgeworpen, komen niet tot hun recht in het overzicht van FREDERIKS, waarin veel wordt verwezen en weinig wordt besproken.

Dan nog enkele kanttekeningen: Ziekten van de moeder tijdens de zwangerschap worden niet genoemd, zelfs rubeola niet; terwijl lues congenita een vroeg kinderlijk cerebraal ontstekingsproces wordt genoemd. Enkele begrippen uit de tabel van CHAMBERLIN overgenomen (in het caput hardnekkig CHAMBERLAIN genoemd), hebben bij de vertaling schipbreuk geleden: „Conditions resulting from multiple inferior genes” zijn multifactorieel bepaalde afwijkingen: verschillende (afwijkende) genen werken samen (al of niet cumulatief) bij het tot stand komen van de afwijking. Van „multipel defecteuzen genen” (vertaling FREDERIKS) zou men verwachten, dat ze per gen meer dan één defect vertonen. „Mutant genes” zijn geen „muterende genen” maar gemuteerde genen: een afwijking ontstaan gedacht door een in het (ev. zeer verre) verleden plaatsgehad hebbende mutatie. „Over a hundred disorders associated with mental subnormality have now been defined”, aldus CHAMBERLIN. Dit wordt door FREDERIKS vertaald met: „Volgens CHAMBERLAIN zijn er meer dan 100 geassocieerde neurologische verschijnselen beschreven”. Dat lijkt een mega-syndroom, zo'n associatie; maar bovendien spreekt CHAMBERLIN niet over neurologische afwijkingen, maar over „a large group of disorders of many types”, waarvan „mental subnormality” een symptoom is. Hij vervolgt dan ook: „yet for a large proportion of the retarded the underlying defect is not understood”.

Als de neurologie een bijdrage wil leveren, dan zal men niet kunnen volstaan met de aanbeveling het zwakzinnige kind volledig neurologisch te onderzoeken. Als dat vroeger niet gebeurde en nu wel, dan is dat niet aan de vooruitgang van de neurologie te danken. Misschien moeten wij beginnen met te erkennen dat de bijdrage van de neurologie aan de oplossing van het probleem van de zwakzinnigheid, pas een eerste aanloop heeft genomen in het werk van PAINE, BERENDES (1964) en hier te lande van PRECHTL en zijn school (en van WILLEMSE), en dan nog maar voor een heel bepaald aspect. Voor de rest ontbreekt ons zelfs nog het begrippenapparaat: de gnostische stoornissen die vanaf de geboorte bestaan, zijn niet zonder meer te vergelijken met een uitval later. Zo wacht ook het autisme nog op een neurofysiologisch perspectief (PRICK, in: *Nederlands Handboek der Psychiatrie*)