

verblijf in de inrichting „blijvend” zal worden, staat nimmer bij voorbaat vast!

Wat betreft de opmerking van collega RENSINK: „wie zou deze epileptische jongen — „zijn toekomst ruinerend” — als redeloze rabaat in een gesloten inrichting willen vasthouden?” Niemand die „vanuit een rein menselijk standpunt” denkt! Het maakt de indruk dat collega RENSINK geen hoge dunk heeft van de psychiatrische inrichting en van de aldaar aanwezige therapeutische mogelijkheden. Waarom kan niet eenvoudig worden aangenomen dat de behandelend psychiater — de beschreven toestanden wel degelijk kenkend — ernaar zal streven op zo kort mogelijke termijn de meest optimale „modus vivendi” voor zijn patiënt te vinden, in de inrichting of daarbuiten?

Deze regels werden geschreven omdat ik wel eens de indruk heb dat een zekere vorm van discriminerend denken, vroeger betrekking hebbend op de psychiatrische patiënt, zich in onze tijd richt op „het asyl”, op „de inrichting”. Men kan zich daartegen (ten dele) wapenen: bv. door de psychiatrische inrichting aan te duiden met termen als „psychiatrisch ziekenhuis” of „psychiatrisch centrum”.

Het ware echter beter, dat bepaalde vooroordelen ten aanzien van „het asyl” en „de gesloten inrichting” geheel konden worden weggenomen.

Literatuur: RENSINK, E. H. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 574. — STAM, F. C. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 305.

Zuidlaren, 25 maart 1968

G. RIPPEN

Ik kan het niet eens zijn met collega RIPPEN'S aanbeveling voor de huisarts „maar eenvoudig aan te nemen, dat de desbetreffende specialist zeker de patiënt de optimum behandeling zal laten wedervaren”. Met het volste vertrouwen in de specialisten (ik heb inderdaad vele jaren, op geïsoleerde post zélf de specialist op velerlei gebied moeten trachten te evenaren), heb ik wel eens vragen, wat betreft de behandeling van een patiënt en vind het dan zeer juist, hem vertrouwensvol met mijn vragen aan boord te komen. Waarom zou de huisarts ook geen interesse voor dit specialisme kunnen hebben en er zelfs ervaring in kunnen hebben? Ik ben Prof. STAM dan ook zeer dankbaar voor zijn verklaring, al blijft voor mij de vraag van de therapie nog niet geheel beantwoord.

Het zou mij inderdaad ten zeerste interesseren, of men niet andere medicamenten aanwendt dan fenobarbital e.d., vooral bij deze gedragsstoornissen, want hierbij blijft toch m.i. de vraag open, of deze al dan niet door het gegeven medicament worden veroorzaakt. Omgekeerd zou het interessant zijn, bij die personen zonder epileptiforme aanvallen, bij wie men tóch barbituraten aanwendt en deze typische averse, antagonistische uitwerkingen moet beleven, te weten, of hier de patiënt niet dezelfde elektro-encefalografische afwijkingen vóór de medicatie heeft als Prof. STAM bij zijn patiëntje beschrijft, en waarvan hij zegt, dat bij de broertjes en zusjes dezelfde elektro-encefalografische afwijkingen worden gevonden, zonder dat er zich aanvallen voordoen. Eveneens rijst de vraag: als men nu deze broertjes en zusjes met fenobarbital behandelt, krijgt men dan ook deze gedragsafwijkingen? Helaas ken ik de publikatie van LANDOLT niet. Doen zich deze gedragsstoornissen voor omdat het elektro-encefalogram wordt genormaliseerd, of door de werking van het medicament? En waarom worden, indien dit laatste het geval is, dan geen andere medicamenten geprobeerd die op volkomen andere basis werken? Wij weten bv. dat er convulsies ontstaan bij gebrek aan pyridoxine (ontmergingsziekten). Evenzo zijn er publikaties, dat epilepsie met goede resultaten is behandeld met pyridoxine (dit *Tijdschrift* 1951, bl. 3643) en ik herinner mij,

dat in 1963 tussen mijn terugkomst uit Indonesië en vóór mijn vertrek naar de Antillen in 1963 proeven werden gedaan met Princi-B (250 mg B₁, 250 mg B₆ en 250 mg B₁₂). Op deze basis heb ik op de Antillen bij minstens 3 patiënten met sinds de geboorte bestaande epilepsie aanvalsvrijheid bereikt. Ik zou werkelijk zeer dankbaar zijn, hierop van specialistische zijde commentaar te mogen ontvangen.

Ook vind ik het opmerkelijk, dat zoals Prof. STAM schrijft, elektro-encefalografische afwijkingen, zoals die zich voordoen bij de broertjes en zusjes van een patiënt met primair gegeneraliseerde epilepsie, verdwijnen na de puberteit, terwijl de aanvallen bij het door hem beschreven patiëntje juist verschenen. Hier is dus de mogelijkheid van een hormoon-c.q. vitamine-deficiëntie niet uitgesloten. Zijn er hier al eens proeven genomen?

Rijpwetering, 5 april 1968

E. H. RENSINK

GENESE EN BEHANDELING VAN CARDIALE SHOCK

In het commentaar van collega KOSTER (1968) op de genese en behandeling van cardiale shock mis ik de, vooral in de Verenigde Staten bestudeerde, hulp door mechanische ondersteuning resp. vervanging van de circulatie. Vermeldenswaard zijn vooral het gebruik van counterpulsation en extracorporale circulatie. Beide methoden zijn reeds incidenteel, met wisselend resultaat, klinisch toegepast. Het aantrekkelijke van de laatste is dat de behandeling niet hoeft te worden gestaakt wanneer het hart geheel niet meer functioneert. Het blijft dan de vraag of het hart zich in de periode van kunstmatig onderhouden circulatie voldoende kan herstellen. Dat zal, zoals na iedere coronaire afsluiting, afhangen van het beschikbaar komen van, al of niet pre-existente collateralen. Hoewel men dit moet afwachten, is het verkrijgen van een goede circulatie, blijkens ervaringen met de extracorporale circulatie o.a. in de hartchirurgie, vrijwel altijd bereikbaar, mits de shock niet te lang heeft bestaan. Het spreekt vanzelf dat een goede circulatie het hart en de andere vitale organen zeer ten goede komt.

Hoewel aan sommigen de noodzakelijke canulaties en apparatuur zullen tegenstaan, is deze behandeling toch zeker het vermelden en bestuderen waard.

Literatuur: KOSTER, M. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 562.

Amsterdam, 27 maart 1968

H. H. J. ZWART

BERICHTEN BUITENLAND

China

Een Chinese Hippocrates. — In *Medical News* (22 maart bl. 8) geeft Dr. LYLE EDDAR een beschrijving van CHANG CHUNG-CHING, die in het jaar 168 van onze jaartelling „arts” werd. Hij kwam op tegen millennia-oude traditionele opvattingen omtrent ziekten en hun behandeling. Volgens hem stelt de bedreven arts een diagnose pas na zorgvuldige observatie; de middelmatige arts past ondervraging toe, en de mediocre vakman doet aan palpatie (bedoeld is het voelen van de pols). Hij bestreed de waarde van acupunctuur, moxa en massage.

Duitsland

Seksuele voorlichting op scholen. — In het aanstaande schooljaar zullen op de scholen in Hessen richtlijnen van kracht worden betreffende de seksuele opvoeding van de kinderen. De opstellers van de richtlijnen gaan ervan uit dat de ouders de voornaamste taak hebben ten aanzien van