

Uit tabel II blijkt dat:

- a. in drie gevallen de status — dus zonder voorafgaande klachten — de eerste uiting van een tumor cerebri was;
b. van deze drie gevallen de lokalisatie in redelijke overeenstemming met JANZ is, en wel in zoverre, dat in twee

TABEL II. LOKALISATIE EN AARD VAN DE TUMOR BIJ PATIËNTEN MET EEN STATUS EPILEPTICUS

	Frontaal	Temporaal	Pariëtaal	Occipitaal
Glioblastoma multif.	2*	1	1*	
Astrocytoma	1			
Oligodendroglioma	1			
Metastase				
Meningeoma			1	

* = eerste uiting van tumor cerebri

gevallen de tumor unilateraal frontaal gelokaliseerd werd; het derde geval betrof een pariëtale lokalisatie;

c. bij al deze drie gevallen de tumor als glioblastoma multiforme werd geklassificeerd, hetgeen ten aanzien van de frontale lokalisatie in tegenspraak is met de bewering van JANZ.

Tenslotte menen wij te mogen concluderen, dat in deze duidelijk omschreven groep patiënten — namelijk met een tumor die zich tot één hemisfeer beperkt — de status als eerste uiting hiervan (1%) met recht zeldzaam genoemd mag worden.

Literatuur: FREDERIKS, J. A. M. (1969) Status epilepticus als eerste manifestatie van een hersenziekte. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 931; (1970) Status epilepticus. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 217. — GOOR, C. en A. VERJAAL (1970) Status epilepticus. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 217. — JANZ, D. (1960) Status epilepticus und Stirnhirn. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **180**, 562; (1961) Conditions and causes of status epilepticus. *Epilepsia (Amst.)*, **2**, 170; (1964) Status epilepticus and frontal lobe lesions. *J. neurol. Sci.* **1**, 446; (1969) *Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart. — VERJAAL, A. en C. GOOR (1969) Status epilepticus. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 2289.

Rotterdam, 27 mei 1970

H. R. VAN DONGEN
F. VAN HARSKAMP

STATUS EPILEPTICUS EN TUMOR CEREBRI

Met veel belangstelling hebben wij kennis genomen van de mededeling van VAN DONGEN en VAN HARSKAMP. Wij menen dat dit onderzoek een wezenlijke bijdrage is tot een beter inzicht in de frequentie waarmee een status epilepticus als eerste symptoom van een tumor cerebri voorkomt.

's-Gravenhage, 16 juni 1970

A. VERJAAL
C. GOOR

ESTHETISCHE NEUSREDUCTIE

Het is vaak zo dat de afkeer voor de eigen neus toeneemt indien postoperatief door plastische cosmetische veranderingen ook niet de functie van de neus verbeterd is.

In het artikel van collega MOLENAAR (1970), zoals meestal in de Amerikaanse literatuur over dit onderwerp, wordt er over de neus als orgaan en deel van de luchtweg niet gesproken. De hoge smalle neus, het meest door de plastisch chirurg geopereerd, geeft de patiënt al gauw veel ongerief zoals hoofdpijn, anosmie en soms in het geheel geen mo-

gelijkheid tot neusademen en snuiten. Deze vooruitgestoken neus geeft soms bij de geboorte reeds, maar meer nog op latere leeftijd reden tot traumatisering. Het gevolg is een verkeerde uitgroei vanuit de groeikernen met daardoor vooral deviaties van vomer en lamina perpendicularis. Tevens hebben deze patiënten last van het „invallen” van de neusvleugels bij de inademing.

Voor de rinoloog is een abnormaal uiterlijk maar al te vaak een aanwijzing voor het bestaan van een abnormale neusademhaling. Tegenwoordig worden door rinomanometrisch onderzoek de mate van de doorgankelijkheid gemeten en door allergisch onderzoek de slijmvliesziekte bekeken. Uiteraard is hierbij rinoscopisch onderzoek noodzakelijk.

Wanneer besloten wordt tot operatie geeft juist de functie van de neus de doorslag. De esthetische neusreductie behoort o.i. dus een functionele neuscorrectie te zijn. De uiterlijke vorm wordt dan uiteraard ook verbeterd.

Een slechts op correctie van de uiterlijke vorm van de neus gerichte operatie, zonder dat daarbij met de functie rekening wordt gehouden, is toch eigenlijk niet meer up to date volgens Europese maatstaven.

Literatuur: MOLENAAR, A. en R. D. RHODES (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 804.

Amsterdam, mei 1970

E. A. VAN DISHOECK

Helaas heeft collega VAN DISHOECK de opzet van ons artikel niet begrepen. De functionele problematiek is een geheel andere en heeft met het soort patiënten waarover gesproken werd, niets te maken. Het is naïef te veronderstellen dat hier uit onbegrip aan zou zijn voorbijgegaan. Wanneer er functiestoornissen zijn, zal de patiënt zich wenden tot een specialist op dit gebied of door de plastisch chirurg verwezen worden. Dat verklaart tevens, waarom collega VAN DISHOECK meent te kunnen beweren dat een niet getraumatiseerde uitwendig „abnormale” neus meestal gepaard gaat met een inwendige neusafwijking en functionele klachten. Hij ziet een geheel ander soort patiënten dan de plastisch chirurg. De postoperatieve hoofdpijn, anosmie en obstructievervalsels waarover gesproken wordt, zijn mij ten emale onbekend. Gaarne zou ik vernemen, waarop VAN DISHOECK dit baseert.

Tenslotte zou ik willen opmerken, dat de laatste alinea, althans het eerste gedeelte ervan, volkomen juist is. Het tegendeel is door ons echter nooit beweerd. Wat het laatste deel betreft over „Europese maatstaven” zou ik willen aanraden wat ruimer te denken en voortaan gewoon te spreken over medische maatstaven.

Rotterdam, 31 mei 1970

A. MOLENAAR

L-DOPA-BEHANDELING BIJ PARKINSON-PATIËNTEN

In het artikel van F. C. STAM en F. J. M. HESLINGA (1970) komen enkele gegevens voor, die m.i. een nadere correctie behoeven.

Op bl. 849, tweede kolom, wordt m.i. terecht gezegd, dat dopamine uit DOPA gevormd wordt door decarboxylase. Op bl. 850, eerste kolom, heet het echter, dat dopamine onder invloed van tyrosinase uit DOPA gevormd wordt, terwijl in de tweede kolom op dezelfde bladzijde gesteld wordt, dat niet DOPA, maar tyramine het substraat is, waaruit dopamine gevormd wordt.

Voor het feit, dat bij Parkinson-patiënten niet alleen tekorten worden waargenomen aan dopamine, maar ook