

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

STIPENDIUM DR. SAAL VAN ZWANENBERG-STICHTING

De Dr. Saal van Zwanebergstichting brengt ter kennis van belanghebbenden dat voor 1971 een aantal stipendia kunnen worden verleend voor onderzoeken op het gebied van de farmacotherapie in de ruimste zin. Om daarvoor in aanmerking te komen moet vóór 1 januari 1971 een aanvraag worden ingediend bij Prof. Dr. K. C. WINKLER, Laboratorium voor Microbiologie, Catharijnesingel 59, Utrecht, waarin

a. de persoonlijke gegevens van de aanvrager worden vermeld en een overzicht wordt gegeven van de aard der tot nu toe verrichte werkzaamheden;

b. het onderzoek, waarvoor een stipendium wordt gevraagd en de daarbij toe te passen methodes duidelijk worden omschreven;

c. wordt aangegeven in hoeverre het onderzoek direct of indirect zal kunnen leiden tot resultaten op het gebied van de farmacotherapie;

d. wordt vermeld waar het onderzoek zal worden verricht;

e. wordt opgegeven hoe een stipendium zou worden besteed.

De aanvraag dient vergezeld te gaan van ten minste één aanbeveling van een tot oordelen bevoegde beoefenaar van de wetenschap. Wanneer de gegadigde werkzaam is aan een instelling voor hoger onderwijs, dient een aanbeveling van het hoofd der afdeling te worden overgelegd.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

FRACTUUR VAN DE OOGKAS

Naar aanleiding van het artikel van Dr. J. HOVINGA en W. VAN HERK (1970) de volgende casuïstische mededeling.

In 1926 belde de oogarts Dr. G. A. HOFFER (Semarang) mij op of ik thuis was. Dat was het geval en hij kwam met een jonge man, die vlak te voren met zijn linker gezichtshelft op het stuur van zijn motor gevallen was en toen terstond blindheid van het linkeroog bemerkte. Uitwendig zag ik niets. Ik had zo iets nog nooit bij de hand gehad, maar mijn chirurgisch handboek wees de weg. Ik legde de patiënt op zijn rechter kant, bracht mijn linker wijsvinger in zijn linker wangzak tot onder de arcus zygomaticus en drukte met mijn rechter hand het hoofd op de onderlaag. Toen trok ik met de wijsvinger krachtig naar boven, zover ik kon. Ik voelde, dat het zygomaticum meegaf en meteen zei de patiënt: ik zie weer!

Hij is niet bij mij terug geweest, maar collega HOFFER vertelde mij dat alles goed gebleven was.

Literatuur: HOVINGA, J. en W. VAN HERK (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 1322.

Baarn, 15 september 1970

M. N. ROEGHOLT

VIER PATIËNTEN MET PSYCHOTISCHE STOORNISSEN NA GRIEP

OOSTERS en GROEN (1970) beschrijven vier gevallen, waarvan er drie delier-achtige beelden (BLEULER 1937) hadden. Het onderzoek en de beschrijving zijn beide wat summier uitgevallen. Soms trad de psychose tijdens de koortsperiode op, soms later; dus de kwalificatie „bij griep” leek meer aangewezen dan „na griep”. Verder moet bij patiënt B „verhoogd betekenis-bewustzijn” waarschijnlijk „veranderd betekenis-bewustzijn” of alleen „betekenis-bewustzijn” zijn.

Voor de interpretatie van de beelden gebruiken de schrijvers aanvankelijk de aanduidingen „exogeen reactietype” en „symptomatische psychose”. Dat lijkt juist, tenminste voor A, B en D. Vervolgens verwerpen ze deze benamingen ten gunste van een „multi-causale” beschouwingwijze, op de volgende gronden: Met „exogeen” zou bedoeld worden: „dat de afwijking niet endogeen in aanleg al in het lichaam aanwezig is”. Met „symptomatische” zou bedoeld worden op de afwezigheid van aantoonbare pathologisch-anatomische afwijkingen in de hersenen; de psychose zou een symptoom zijn van een ziekte elders in het lichaam. Verder menen de schrijvers, dat de begrippen exogeen en symptomatisch „slechts een schaduwbeeld van de werkelijkheid” geven en dat ze theoretisch wel, maar praktisch minder nut hebben, omdat ze één oorzaak suggereren. Tenslotte zou men, als men er mee werkt, in onoplosbare dilemma's verward raken. De schrijvers prefereren de visie van een reeks gedeeltelijk verborgen oorzaken, die de schakels in een ketting vormen, de griep is dan de druppel die de emmer doet overlopen. Zonder verdere toelichting delen ze deze factoren in 3 rubrieken in: somatische, psychische en persoonlijkheidsfactoren. Dat is dan nieuw noch verhelderend. Maar er zijn meer bezwaren tegen hun beschouwingwijze:

„Exogeen reactie-type” betekent — naar Bonnhoefer —: tenminste mede veroorzaakt door een exogene noxe in de zin van de algemene pathologie (vergelijk bv. TENDELOO 1938). Verwarrend is daarbij niet het verwijzen naar één ziekte-oorzaak, maar wel het opnemen van bv. stofwisselingsziekten (endogeen) in deze groep van delier-achtige ziektebeelden (BLEULER o. c.). Verwarrend is ook de onzekere positie van de hersenziekten, die psychosen geven kunnen. Wat zijn dat dan? Exogene reactietypen? Ja. Symptomatische psychosen? Als men wil. Exogene psychosen? Neen. Vergelijk ook het arteriosclerotische delier als psychogeen ausgelöst bij STORK-GROENEVELD en MEERLOO (1970).

Er is dus bij de gewraakte begrippen vooral een verwarring op theoretisch gebied, nl. in de relatering van de syndromen met de etiologische condities, waardoor zij zouden ontstaan. BLEULERS aanduiding „delier-achtige psychosen” is zuiver descriptief en daarom beter bruikbaar. Maar deze argumenten voeren OOSTERS en GROEN niet aan. Overigens ontstaan hier niet eerder dilemma's bij de beschrijving, dan wanneer men op de manier van OOSTERS en GROEN multi-causaal te werk zou gaan. De gewraakte aanduidingen blijven een grote heuristische waarde houden. Op het beeld zal men immers veelal naar een exogene noxe of een ander somatisch lijden gaan zoeken. Pas in tweede instantie is dan de verdere inventarisering van mogelijke factoren van belang. Nogmaals „symptomatische psychose” suggereert geen monistische nosologie. Met een Kraepeliaanse monistische opvatting heeft het exogene reactie-type slechts in zoverre te maken, dat Kraepelianen met meer of minder succes probeerden etiologisch meer specifieke

beelden te onderscheiden. Vergelijk RÜMKE (1943): „Over psychosen bij hartziekten”. Ook dit streven is heuristisch van belang.

Gaat men van een druppeltheorie uit, dan is het betrekkelijk willekeurig om i.c. de griep als druppel of als „auslösend Moment” te zien. De druppeltheorie suggereert een aantal factoren, die geen van alle wezenlijk zijn voor het ontstaan van het beeld (geen *conditio sine qua non*). Slechts de kwantiteit van organismale belasting veroorzaakt de psychotische decompensatie. Men komt dan tot een meer endogene etiologische opvatting en men zou moeite hebben om te verklaren waardoor de patiënt bij de griep nu juist een delier kreeg en geen degeneratiepsychose of een hysterische psychose. Maar misschien gaan al deze diagnoses bij OOSTERS en GROEN wel in één syndromale rubriek.

Bij de ketentheorie komt het begrip *causa* slechts voor als een keten in een ketenreactie. Het model is vooral gebruikelijk in de chemie. De opvatting van de ketenoorzaken suggereert een kettingreactie: de exogene noxe is de laatste schakel, die als „auslösend Moment” een door de andere oorzaken gevormde — min of meer specifieke — dispositie actualiseert. Bovendien suggereert dit model een reactie die volgens een zekere wetmatigheid verloopt. De ketentheorie is niet kwantitatief, maar zij suggereert een — al of niet verworven — dispositie tot de psychose, die de patiënt blijkt te vertonen. De ketentheorie geeft dus een post hoc pseudo-verklaring van het ontstaan van een psychose bij griep: als er een psychose ontstaat, was de griep de laatste schakel en als er geen psychose ontstaat, ontbreken er andere schakels. Logici noemen dit soort verklaringen: „to have it both ways”. De ketentheorie geeft geen vermoeden op enige specifieke etiologie. Ook hier houdt de Bonnhoeferse opvatting de meeste heuristische waarde.

Men kan dus, zoals de schrijvers doen, multi-causaliteit met een druppel-, zowel als met een ketenmodel specificeren. De druppeltheorie wijst vooral op de grens van belastbaarheid van het organisme, dat bij verschillende oorzaken en oorzakencombinaties zo zou kunnen gaan reageren als het gereageerd heeft. Bij de ketting-causaliteit van OOSTERS en GROEN, waarbij alle oorzaken onmisbaar zijn, wordt zowel een specifieke dispositie als ook een specifiek „auslösend Moment” gesuggereerd. De specificaties druppel- en ketentheorie zijn dus niet te combineren. OOSTERS en GROEN hebben ons dus niet één alternatieve theorie geboden, maar twee en wel van matige kwaliteit.

Wij kunnen ons tenslotte afvragen hoe het komt, dat OOSTERS en GROEN het werk van oudere generaties psychiaters zo gemakkelijk ter zijde schuiven, terwijl zij dit toch niet eens kunnen missen bij hun praktische werk. Zou het soms iets met een generatieconflict te maken hebben? Maar natuurlijk moeten wij hier eigenlijk ook weer multi-causaal denken!

Literatuur: BLEULER, E. (1937) *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer. — HOEVEN, H. VAN DER (1928) *Psychiatrie*. Brusse. — OOSTERS, J. H. en R. H. GROEN (1970) Vier patiënten met psychotische stoornissen na griep. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1206. — RÜMKE, H. C. (1943) *Studies en voordrachten over psychiatrie*. Scheltema & Holkema; (1954) *Psychiatrie I*; (1960) *Psychiatrie II*, Scheltema & Holkema. — STORK-GROENEVELD, I. en A. M. MEERLOO (1970) Acute verwardheid bij bejaarden. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 29. — TENDELOO, N. PH. (1938) *Algemene ziektekunde*. C. Kooyker.

Beverwijk, 25 juli 1970

J. E. VAN MEURS

VÓOR EN TEGEN VAN CONTINUE ANTIBIOTISCHE BEHANDELING VAN CARA-PATIËNTEN

Collega ROOSENBERG (1970) deelt in zijn *caput selectum* mede, dat 0,5 g tetracycline per dag meestal onvoldoende is en dat de beste dosering voor een continue behandeling op 1 g tetracycline per dag gesteld moet worden.

Merkwaardigerwijze ligt de dosering, die ik bij mijn groot aantal patiënten met deze vorm van therapie nooit heb hoeven te overschrijden, precies hiertussen, nl. 0,750 g per dag (3 d.d. 0,250 g). Bij deze dosering kan soms nog na jaren chronische darm prikkeling optreden. In verband met deze mogelijke complicatie is mijn eerste keuze bij de instelling van een continue antibiotische behandeling al geruime tijd ampicilline in een dosering van 3 keer per dag 250 mg. Het goede resultaat van deze therapie in de praktijk logenstraft het theoretische bezwaar, dat het geringere doordringingsvermogen van ampicilline dit middel minder geschikt voor een onderhoudstherapie zou maken.

Evenmin is, zoals de schrijver ook stelt, een hoge dosering nodig. De dosering van 750 mg per dag geeft, daar de intolerantie-verschijnselen voor ampicilline heel duidelijk samenhangen met de dosering, uiterst zelden aanleiding tot moeilijkheden, zoals exantheem of diarree. In feite heb ik tijdens een dergelijke behandeling bij 52 patiënten nooit tot staking van de therapie nopende bijwerkingen gezien.

De meeste exacerbaties van de bronchusinfecties worden ingeleid door een virale luchtweginfectie. Mogelijk zorgt de virale luchtweginfectie er voor, dat de doordringing van ampicilline in het sputum op tijd toeneemt.

Zeker dient tetracycline bij kinderen tot het achtste levensjaar bij voorkeur niet gebruikt te worden wegens beschadiging van de tanden, terwijl dit middel ook in de zwangerschap gecontraïndiceerd is. Ampicilline biedt dan uitkomst en is niet, zoals collega ROOSENBERG stelt, de tweede keus na orale smal-spectrum-penicillines.

Nog een enkele opmerking over het door collega ROOSENBERG gevreesde optreden van *Staphylococcus aureus* (naar mijn ervaring nooit blijvend bij CARA-patiënten), van coliforme bacteriën, van *Proteus* en *Pseudomonas aeruginosa* in het sputum tijdens continue antibiotische behandeling: Deze bacteriën zijn zeker bij de ambulante behandeling van CARA-patiënten als lumenbewoners op te vatten en geven geen aanleiding tot klinische verschijnselen. Men moet in deze gevallen dan ook geen speciale therapie instellen, daar toch recidief, eventueel met wisseling van de lumenbewoner, optreedt. De continue behandeling kan gewoon worden voortgezet.

Dit in de praktijk verkregen inzicht is tegengesteld aan mijn in 1960 ingenomen standpunt, dat op theoretische gronden berustte.

Ik ben het verder met de strekking van het artikel van collega ROOSENBERG eens, dat vooral de frequentie van de luchtweginfecties bepalend is voor het al of niet voorschrijven van continue antibiotische behandeling.

Literatuur: NOACH, A. S. (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1823. — ROOSENBERG, J. G. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1405.

Amsterdam, 25 augustus 1970

A. S. NOACH

De adviezen over keus en dosering van een antibioticum in het *caput selectum* „Vóor en tegen van continue antibiotische behandeling van CARA-patiënten” pretenderen niet de enig zaligmakende te zijn, maar ze zijn gegrond op de