

Bij het artikel „Reactivering na circulatiestoornissen in de hersenen” van Dr. C. VAN PROOSDIJ (1972) lijken mij enige kanttekeningen van neurologische zijde wel aangewezen.

Op bl. 2393 wordt gesproken over een totale hemiparese. Aangezien een hemiparese een partiële eenzijdige verlamming is, wordt hier vermoedelijk bedoeld complete hemiplegie. Dit is meer in overeenstemming met het spraakgebruik in de neurologie. Op dezelfde bladzijde wordt gesproken over radiocirculografie, waarbij een radioactieve stof in de vena jugularis wordt gespoten. Dit moet zijn in de A. carotis interna. Voor dit onderzoek is een zeer kostbare apparatuur nodig, welke slechts op weinig plaatsen in Nederland aanwezig is. Verder is het zeer de vraag of dit onderzoek als routine moet worden toegepast of alleen voor research-doel-einden. Het punteren van een arteriosclerotische A. carotis interna heeft op zichzelf zijn risico's.

Op bl. 2394 staat dat een hersenbloeding door onderzoek van de liquor cerebrospinalis kan worden uitgesloten. Dit is niet juist. Zeer vaak wordt zowel bij een haemorrhagia cerebri als bij een hemorragisch infarct (waarbij aanvankelijk het bloed de convexiteit of de ventrikel niet bereikt) normale heldere liquor gevonden welke pas dagen later xanthochroom of bloederig wordt.

Dat als primaire laesie een arteriële trombose niet vaak voorkomt, kan ik niet onderschrijven. Ik heb in de afgelopen 15 jaar op de sectietafel zeer vele gevallen gezien van afsluiting van de A. carotis interna of de A. cerebri media bij oudere mensen met hemiplegieën.

Op bl. 2398 wordt aangeraden de patiënten te onderzoeken aan de kant van de niet getroffen lichaamshelft. Een ander voorschrift verdient echter de voorkeur. De rechtshandige onderzoeker moet aan de rechter kant van de liggende patiënt gaan staan en de linkshandige moet aan de linker kant van de liggende patiënt gaan staan. Het onderzoek op een eventuele hemianopsie moet apart gebeuren. Het gesprek met de patiënt moet plaatsvinden terwijl de onderzoeker in het overgebleven gezichtsveld zichtbaar is.

Op bl. 2399 wordt gesproken over ontstollingstherapie bij een embolia cerebri als gevolg van boezemfibrilleren of bij een tevens bestaande veneuze trombose. De risico's van anticoagulantia in de acute fase zijn bij embolia cerebri echter op zijn minst zo groot als bij thrombosis cerebri en het differentiëren tussen een ischemisch en een hemorragisch infarct vereist specialistische neurologische kennis.

Op bl. 2400 wordt geadviseerd de patiënt de dag na het accident reeds uit bed te doen komen. Het lijkt mij zeer ongewenst dit te doen bij patiënten met toenemend oedeem of bij ontstaan van een hemorragisch infarct, waaraan moet worden gedacht bij progressie van het ziektebeeld, die blijkt uit toenemende sufheid en verergering van de neurologische uitvalverschijnselen, verplaatsing van de midden-echo bij echo-encefalografie of toenemende liquorafwijkingen.

Op bl. 2401 wordt een improvisatie met stoelen, verzaard met stapels boeken, geadviseerd. Dit lijkt mij een theoretisch voorstel, want de stoelen vallen toch om bij belasting met lichaamsgewichten van 75 kg en meer.

Eveneens op bl. 2401 worden enkele complicaties genoemd. Hierbij wil ik opmerken dat de cerebellair-atactische syndromen gewoonlijk berusten op de circulatiestoornissen zelf, die dan in het vertebraal-basilarisgebied gelokaliseerd zijn, terwijl polyneuromyopathieën in combinatie met cerebrovasculaire accidenten wel tot de witte raven mogen worden gerekend.

Hoewel dit artikel de reactivering behandelt na circulatiestoornissen in de hersenen, is de reactivering slechts één van de therapeutische mogelijkheden. De arts die belast wordt met de zorg voor deze patiënten dient volledig op de hoogte

te zijn van de voor- en nadelen alsmede de indicaties en contra-indicaties van allerlei diagnostische ingrepen zoals liquoronderzoek, echo-encefalografie, E.E.G., technetiumscintigrafie en arteriografie, en voorts met de differentiële diagnose met de arachnoïdale bloeding, het subacute subdurale hematoom en de tumor cerebri, om slechts enkele te noemen.

De „zin” en „onzin” van het geven van anticoagulantia, carbogeen-inhalaties en vaatverwijdende middelen, waarover een levendige discussie bestaat in de hedendaagse neurologische literatuur, komen in dit meer dan 10 pagina's grote artikel in het geheel niet naar voren. Het komt mij voor dat de schrijver slechts één sector ziet uit het grote gebied van de circulatiestoornissen in cerebro, en wel het ischemische of „waarschijnlijk” ischemische infarct bij patiënten met helder bewustzijn. Dat in het artikel de rest van de uitgebreide neurologische problematiek niet ter sprake wordt gebracht, maakt het gevaarlijk voor op dit terrein niet deskundige artsen.

Literatuur: PROOSDIJ, C. VAN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 2392.

Amsterdam, 16 januari 1973 W. A. DEN HARTOG JAGER

„Da sprach der Eunuch: Was soll ich mit einem Weibe, ich brauche einen ganzen Harem.” (LEC, 1968). De circulatiestoornissen in de hersenen vormen een zo veelomvattend onderwerp dat voor een naar volledigheid strevende verhandeling naar schatting een complete jaargang van dit tijdschrift ter beschikking zou moeten staan. Degene die tracht te voldoen aan het verzoek, te schrijven over een bepaald aspect, in casu de reactivering na . . . , ervaart dat hij daarbij niet geheel kan voorbijgaan aan andere, bijvoorbeeld diagnostische, facetten, terwijl hij inmiddels met het behandelen van zijn eigenlijke onderwerp de voor een caput selectum gebruikelijke perken reeds is te buiten gegaan. De door DEN HARTOG JAGER gesignaleerde onvolledigheid was onvermijdelijk, maar zal mijns inziens voor op het onderhavige terrein niet deskundige artsen, die wel in het onderwerp zijn geïnteresseerd, eerder een stimulans dan een gevaar opleveren. De door mij vermelde literatuur is nauwelijks een druppel van de „mer à boire” waaruit zij zullen kunnen putten om hun deskundigheid op te voeren. Het na het gereedkomen van mijn bijdrage in dit tijdschrift gepubliceerde artikel van FOLKERTS en ROOS (1972), dat eveneens een literatuurlijst bevat, kan in dit kader alsnog worden vermeld.

In het bijzonder door de reactie van VAN WIJNGAARDEN (1973) ben ik achteraf wel tot het inzicht gekomen dat in mijn artikel onvoldoende is gewezen op het belang van de inbreng van de neuroloog bij het onderzoek en bij de, al dan niet medicamenteuze, behandeling van deze categorie patiënten. Waarschijnlijk is door mij wat dit betreft te veel gedacht vanuit mijn concrete werksituatie, waarin deze inbreng sinds jaar en dag even vanzelfsprekend als vruchtbaar is geworden. In mijn onderschrift bij de ingezonden stukken van respectievelijk VAN WIJNGAARDEN en POOL (1973) is dit deficit naar ik hoop voldoende aangezuiverd.

Voor zijn kritische bestudering van mijn verhandeling wil ik DEN HARTOG JAGER gaarne mijn erkentelijkheid betuigen. Ik kan het nooit nalaten aanstaande en gevestigde collegae te corrigeren wanneer zij een niet volledig eenzijdige verlamde patiënt een hemiplegicus noemen. Het stemt tot droevenis en bescheidenheid dat het mij bij de correctie is ontgaan dat ik zelf een staaltje van dit onzuiver taalgebruik ter perse heb gezonden (bl. 2393). Correctie van het door mij

gestelde over de radiocirculografie is eveneens vereist; niet bij de inspuiting maar bij de meting komt de vena jugularis aan bod, zodat kan worden gesproken van een carotis-jugularistijd als graadmeter voor de circulatie. De apparatuur is kostbaar, maar in combinatie met andere scintigrafische technieken is de aanschaf wellicht verantwoord voor centra waarin sprake is van een concentratie van talrijke patiënten met circulatiestoornissen in cerebro.

Wat betreft het uitsluiten van een hersenbloeding door onderzoek van de liquor cerebrospinalis (bl. 2394) blijf ik de mening toegedaan dat iedere arts weet dat enige tijd kan verlopen voordat bloed zich in de liquor manifesteert, weshalve expliciete vermelding van deze gang van zaken mij overbodig voorkomt.

Hetgeen DEN HARTOG JAGER schrijft over de frequentie van arteriële trombose als primaire laesie heeft mij niet van zijn gelijk kunnen overtuigen. Het vinden van een afsluitende trombose in een hersenarterie bij obductie vormt geen bewijs dat dit de primaire laesie voorstelt. Trombose van de arteria carotis interna of van de arteria cerebri media wordt door de patholoog-anatomen VAN DER SCHOOT en VAN WIJHE in ons ook in dit opzicht helaas omvangrijke patiëntenbestand naar zij mij desgevraagd meedeelden slechts zelden gezien. ZÜLCH schrijft in zijn door mij genoemde verhandeling onder meer het volgende over dit onderwerp: „In unseren Diskussionen haben wir eben vom Gefäßverschluss gesprochen und damit an die uns allen so geläufige Thrombose gedacht. Sie ist aber selten, wie die Beobachtungen der Pathologischen Anatomie immer wieder zeigen. Auch die angiographischen Erfahrungen beweisen das . . . Man kann also etwas überspitzt die These aufstellen: Man stirbt meist nicht an der Thrombose der Hirnarterien. Ist sie vorhanden, und entstand sie akut, dann war sie letzter Akt einer zerebralen Mangeldurchblutung, die bereits zum Infarkt geführt hatte, und änderte daher nichts mehr an dem Zustand des Gewebes. War sie alt, dann hatte der Patient sie überlebt und er starb am Versagen der Kollateralkreisläufe. Tatsächlich ist also der Verschluss eines Gefäßes die selternere, eine Stenose die häufigere Ursache des Infarktes.”

Mijn advies een aan één kant verlamde patiënt te onderzoeken, staande aan de niet getroffen lichaamszijde is gebaseerd op de overweging dat speciaal bij bejaarden homonieme hemianopsie veelal niet zeker kan worden uitgesloten, a fortiori indien tevens een stoornis in het taalgebruik bestaat. Het oogencontact tijdens het onderzoek is naar mijn

ervaring voor deze patiënten, die in de regel „mensen in nood” zijn, geruststellend. Hetzelfde geldt voor het tijdens het onderzoek met de patiënt spreken en hem vertellen wat men doet of gaat doen. Uiteraard is er niets op tegen dat een rechtshandige onderzoeker voor bepaalde handelingen, zoals het voelen naar de lever, zich tijdelijk naar de rechterzijde van de patiënt begeeft, ook indien deze een hemiparese rechts heeft (bl. 2398).

Over het wel of niet instellen van ontstollingsbehandeling vooral tijdens de acute fase van embolia cerebri bestaat nog geen communis opinio. Wanneer op cardiologische gronden een urgente indicatie hiertoe aanwezig is, dienen de „neurologische nadelen” te worden afgewogen tegen het risico van een herhaalde embolie in de hersenen of elders. Het nemen van de veelal moeilijke beslissing wordt vergemakkelijkt in een situatie waarin de verantwoordelijkheid met een ander kan worden gedeeld (bl. 2399).

Bij progressieve neurologische uitvalverschijnselen is het mobiliseren van de patiënt uiteraard tegen-aangewezen. In de door DEN HARTOG JAGER gewraakte passage (bl. 2400) wordt door mij allerminst gesteld dat een patiënt die een circulatiestoornis in cerebro doormaakt in het algemeen de volgende dag uit zijn bed dient te komen. In de regel mag dit pas gebeuren nadat een nauwgezet en specialistisch onderzoek hiervoor geen contra-indicatie heeft opgeleverd. In die gevallen waarin een dergelijk onderzoek niet mogelijk is en waarin het klinische beeld de kans op een contra-indicatie tegen snelle mobilisatie gering doet lijken, kan voortgezette bedrust riskanter zijn dan reactivering.

Het geïmproviseerde looprek, zoals dat door mij werd beschreven (bl. 2401), heb ik zijn nut zien bewijzen ten huize van een leptosome gepensioneerde academicus, die beschikte over vele stoelen met hoge, rechte leuning, over talrijke bijzonder gewichtige folianten en over een zeer brede en lange gang. Ik moet toegeven dat deze situatie te select was om de vermelding ervan in het door mij geschreven caput selectum te rechtvaardigen.

Literatuur: FOLKERTS, J. F. en J. P. ROOS (1972) Voorbijgaande hersenischemie (transient ischaemic attack - TIA). *Ned. T. Geneesk.* 116, 1817. — LEC, S. J. (1968) *Letzte unfrisierte Gedanken*. Carl Hanser Verlag. — POOL, G. M. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 458. — WIJNGAARDEN, G. K. VAN (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 459.

Hilversum, 19 februari 1973

C. VAN PROOSDIJ

BERICHTEN

Buitenland

AUSTRALIË

Heropleiding van vrouwelijke artsen. Aan de universiteit van Sydney heeft men met succes een hertrainingsprogramma georganiseerd voor vrouwelijke artsen die een aantal jaren niet geneeskundig werkzaam zijn geweest en hun beroep weer willen opvatten. Vijf vrouwen hebben reeds een dergelijke cursus doorlopen en zijn tot de medische praktijk teruggekeerd. Het merendeel van de vrouwen is van de praktijk vervreemd geraakt toen zij als huismoeder de zorg voor hun gezin hadden en er geen tijd voor de geneeskunde overbleef. De cursus in Sydney duurt drie maanden. In die tijd krijgen de vrouwen onderricht in praktijkvoering, zij maken kennis met de nieuwe farmaceutische preparaten en ontvangen een

„general brush-up” vanaf bedside-manner tot en met diagnóstisering. De vrouwen zijn enthousiast: „Zonder deze cursus zouden wij niet genoeg zelfvertrouwen hebben gehad om de praktijk weer op te vatten.” (*Med. News*, 19 febr.)

DUITSLAND (D.R.)

Compendium medicamentorum. Onder leiding van Prof. JOACHIM RICHTER te Jena is een leidraad samengesteld, getiteld *Compendium medicamentorum*, dat een ver-strekkende betekenis heeft, omdat het voor alle negen Oostblok-staten, om zo te zeggen van Jena tot Irkutsk, als verplichte bundel van voorschriften is aanvaard. Deze betreffen in eerste instantie de bereiding van pharmaca en reagentia, maar zullen ook gelden voor laboratoriummethoden. Het nieuwe boekwerk is een losbladig systeem dat zowel in het Russisch als in het