

met tijdelijke doorbloedingsstoornissen in de hersenen met als gevolg functie-uitval.

Ik vraag mij af of het afbakenen van het begrip „stille beroerte” voor meer acute toestanden niet juist de verwarring vergroot. Voor de patiënten betekent het woord „beroerte” bovendien iets zeer ernstigs. De auteurs zien echter blijkbaar kans bij het uitleggen van de situatie en diagnose rustgevend te werken (voorlaatste alinea). Een neutraler en feitelijk juistere kenschetsing, maar minder detaillierend, vind ik de naam „cerebro-vasculair accident”.

Het klinische beeld van de arteriosclerosis cerebri is overigens zo pluriform, dat we het m.i. treffender als „pseudo-neurasthenisch” kunnen kwalificeren. De uitspraak dat de zogenaamde ouderdomshysterie veelal „een stille beroerte” is, acht ik daarom aanvechtbaar, omdat hier twee dubieuze begrippen met elkaar vergeleken worden. Het woord hysterie wordt in dit verband vermoedelijk alleen gebezigd wegens de psychoplastiek van het gebeurde en raakt daardoor al helemaal de kern van de zaak niet.

In dit verband moet me even de verbazing van het hart dat een huisarts bij een plotseling hysterisch gillende man van 64 jaar denkt aan preseniele dementie en dat de auteurs deze diagnose zeer terecht gesteld vinden. Aannemende dat het zich allemaal wat genuanceerder heeft voorgedaan dan in de tekst staat, mag het toch niet zo neergeschreven worden.

Jammer vind ik het ook dat onder de rubriek „diagnose” niet geattendeerd wordt op speciale testonderzoekingen bij geriatrie patiënten, zoals deze hier en daar in de literatuur zijn uitgewerkt (o.a. IRVIN ROBINSON en MCADAM 1970, *Brit. med. J.*). Juist bij deze vage ziektebeelden hebben we behoefte aan objectieve criteria. Tevens hadden de schrijvers hun ziektebeeld scherper kunnen omlijnen door meer op de differentiële diagnose in te gaan. Ik noem bv. de lichte vitale depressies in het senium, die soms moeilijk van de meer arterio-sclerotische af te scheiden zijn. Ook valt te denken aan sociogenetisch en psychogenetisch bepaalde toestanden. Dat arteriografisch onderzoek bezwaarlijk kan zijn, is voor te stellen, anderzijds moeten we tumoren resp. metastasen, die vaak alleen op deze wijze aan het licht te brengen zijn, natuurlijk nooit over het hoofd zien. Ook over deze mogelijkheden wordt in het artikel niet gerept.

Tenslotte is het me in de bespreking van de therapie opgevallen dat vaatverwijdende middelen niet worden genoemd. Men kan over de waarde ervan twisten, doch dit betekent niet erover te zwijgen. Daar komt nog bij, dat ons therapeutisch arsenaal voor deze mensen toch al klein is en dat een middel zoals dihydroergotoxine (Hydergine) in juiste dosering bepaald niet schadelijk is te noemen.

Literatuur: STORK-GROENVELD, I. en J. A. M. MEERLOO (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1529.

Doorwerth, oktober 1973

TH. B. KRAFT

Bij de beschrijving van de prodromi van het syndroom van de „stille beroerte” (STORK-GROENVELD en MEERLOO 1973) trof het mij dat een deel van de klachten zou kunnen passen in het cervico-encefale syndroom. Onderzoek van BIEMOND en DE JONG (1969) heeft aangetoond dat duizeligheid, nystagmus en ataxie vanuit de hals reflectoir veroorzaakt kunnen worden.

Misschien dat de zo wisselende prognose o.a. op de wisselende etiologie teruggebracht kan worden.

Literatuur: BIEMOND, A. en J. M. B. V. DE JONG (1969) *Brain*, bl. 437. — STORK-GROENVELD, I. en J. A. M. MEERLOO (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1529.

Hoogeveen, oktober 1973

R. KALT

Hoe dankbaar wij beide collegae voor hun belangstelling mogen zijn, uit ons artikel blijkt dat wij het stille-beroerte-syndroom hebben willen beschrijven speciaal voor de huisarts omdat meestal hij alleen dit zg. syndroom van Alvarez in het beginstadium tegenkomt, zonder dat hij of de familie er dan veel aandacht aan schenkt. Vóór het vinden van neurologische symptomen en zelfs van veranderingen in het EEG kwamen zelfs wij volgens onze ervaringen steeds te laat. Het is ons bekend dat, als deze patiënten eenmaal op een neurologische afdeling zijn opgenomen, velerlei verklaringen worden gegeven voor deze gewoonlijk kort durende beginverschijnselen. Wij zijn niet competent, deze te beoordelen en laten dat beter over aan „hoger gedifferentieerde” specialisten, in wier handen wij hopen dat deze patiënten tenminste na de tweede aanval voor uitvoerig onderzoek terecht komen.

Therapieën die zo verschillend beoordeeld worden, hebben wij met opzet niet willen noemen. De meer algemene naam cerebro-vasculair accident wordt door de meeste huisartsen opgevat als een syndroom met goed merkbare neurologische verschijnselen, maar hij verwekt automatisch de voorschrijfflex tot vaatverwijdende middelen, waarbij wij ongelukken zagen, die een artikel waardig zouden zijn.

In ons artikel spraken wij over iemand anders' kwalificatie „hysterisch gillen”; de huisarts houdt zich gewoonlijk ver van een diagnose. Natuurlijk kennen wij de seniele depressies zoals die in de boeken staan, maar wij zien ook bij deze meestal een nog niet herkende organische ziekte als oorzaak (bv. pernicieuze anemie).

Amsterdam, december 1973

I. STORK-GROENVELD
J. A. M. MEERLOO

Het gebruik van lithiumzouten in de psychiatrie

Naar aanleiding van de reactie van Prof. VAN PRAAG (1973b) op mijn ingezonden stuk (1973) op zijn artikel (VAN PRAAG 1973a) besloot ik zijn aangekondigde artikel af te wachten. Nu het verschenen is (VAN PRAAG 1973c) wil ik graag enig commentaar leveren op de in de Samenvatting en Conclusies gedane aanbeveling tot het stichten van een speciale polikliniek waar „een vaste staf (bv. één arts, één maatschappelijk werkster en één verpleegkundige)” dit type patiënten begeleidt.

VAN PRAAG wijst op de depot-poliklinieken in Engeland, waar lang werkende neuroleptica worden toegediend maar waar ook psychotherapeutisch en sociaal wordt geholpen. Ik meen dat in Nederland bv. de consultatiebureaus voor epilepsie en voor alcoholisme ook ongeveer volgens dit patroon werken. Graag wil ik erop wijzen dat mij uit persoonlijke ervaring is gebleken, dat ook een sociaal-psychiatrische dienst, bemand met sociaal-psychiatrische verpleegkundigen, sociaal-psychiaters, maatschappelijk werkers en psychologen, in nauw overleg met huisarts en wijkverpleegsters zowel een behandeling met lang werkende neuroleptica als een behandeling met lithiumcarbonaat aankan.

Voor controle van het lithiumgehalte van het serum en van eventuele andere klinisch-chemische of hematologische bepalingen kan de patiënt het dichtstbijzijnde ziekenhuislaboratorium bezoeken. Indien ter plaatse het lithiumgehalte niet kan worden bepaald, vergoedt het ziekenfonds bepaling door het RIV.

Naar ik meen, behoort dit soort biologische psychiatrie mede tot het domein van de sociaal-psychiatrische diensten. De zo gewenste met psychotherapeutische en sociale begeleiding is gemaakborgd en brengt geen kosten voor de patiënt met zich mee omdat de financiering vanwege de AWBZ geschiedt. De