

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

sociaal-psychiatrische dienst treedt hierbij niet alleen als begeleider van de patiënt op maar ook als consulent voor huisarts en wijkverpleegster, werkers in het eerste echelon. In mijn dienst, waar ongeveer 1500 volwassenen worden begeleid, hebben wij op het ogenblik ongeveer 10 personen op lithium ingesteld en ongeveer 50 op lang werkende neuroleptica.

Tenslotte wil ik graag nog opmerken dat uiteraard ook een zelfstandig werkend psychiater, eventueel in samenwerking met een sociaal-psychiatrische dienst, een therapie met lithiumcarbonaat of lang werkende neuroleptica kan geven, maar dat het thans vigerende stelsel van honorering dit wel moeilijk maakt.

Literatuur: HARDEMAN, W. J. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 755. — PRAAG, H. M. VAN (1973a) Profylaxe van recidiverende vitale depressies en manisch depressieve schommelingen. *Ned. T. Geneesk.* 117, 492; (1973b) *Ned. T. Geneesk.* 117, 755; (1973c) Het gebruik van lithiumzouten in de psychiatrie. *Ned. T. Geneesk.* 117, 1694.

Woudenberg, november 1973

W. J. HARDEMAN

Het speciale team waarvoor ik pleitte, ter bemanning van een depot-polikliniek of een lithium-polikliniek, behoeft geenszins te worden gerekruteerd uit personeel verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis of kliniek. Collega HARDEMAN noemt enkele andere mogelijkheden. Zij lijken mij uitstekend. De lokalisatie van een dergelijke polikliniek doet weinig ter zake. Relevant zijn de specifieke deskundigheid en interesse van degenen die haar bemannen.

Groningen, december 1973

H. M. VAN PRAAG

Correctie van afstaande oren als poliklinische ingreep

Wellicht is door de redactionele bewerking van de voordracht van collega PHILIPZON (1973) deze niet geheel tot haar recht gekomen, zodat het volgende commentaar onder voorbehoud wordt gegeven:

De simplistische voorstelling van zaken door collega PHILIPZON ten aanzien van correctie van standdeviaties van de oren doet mij naar de pen grijpen. Het gevaar is namelijk aanwezig dat „minder ervaren” collegae deze techniek zouden overnemen.

BERICHTEN

Buitenland

CHINA

Inwendige organen van een 2100 jaar oud vrouwelijk lichaam. In april 1972 werd in Centraal-China in een graftombe uit de Han-dynastie (206 v.C. – 220 n.C.) het lichaam van een vrouw gevonden en voor anatomisch onderzoek beschikbaar gesteld. Uit een beschrijving van het onderzoek door OU WEI (*Lancet*, 24 nov. 1973 bl. 1198) volgen hier enkele bijzonderheden. Bij opening van de schedel bleek de dura intact te zijn; de hersenen waren samengeschrompeld. In de slokdarm, de maag en de dunne darm werden veel meloenpitten gevonden. De vrouw heeft aan verscheidene ziekten geleden: coronaria-afsluiting, multipole atherosclerotische veranderingen, galstenen. Zij moet ongeveer 50 jaar zijn geworden en aan een acute ziekte zijn gestorven; er was geen decubitus. De vierde lumbale intervertebrale discus was vernauwd. Boven in de linker long bevonden zich verkalkte

Ned. T. Geneesk. 118, nr. 1, 1974

Ook de overweging een otoplastiek poliklinisch uit te voeren omdat ziekenhuisopname een omslachtige aangelegenheid is, lijkt mij een gevaarlijk standpunt.

De meeste patiënten die zich wegens „flaporen” onder behandeling stellen, komen voor in de leeftijdsgroep 6-12 jaar. Dit is kennelijk het gevolg van plagerijen op school en de daaruit voortvloeiende frustraties. Deze groep komt zonder meer niet in aanmerking voor poliklinische behandeling, daar zij een correctie onder plaatselijke verdoving niet verdraagt. Bij oudere patiënten is het wel mogelijk, maar onaangenaam. Een adequate sedering is aangewezen en in zijn algemeenheid kan gezegd worden dat de patiënt na de operatie niet „de straat opgestuurd” kan worden.

Wat de ingreep zelf betreft kan ik kort zijn. Collega PHILIPZON maakt geen onderscheid tussen de verschillende oorzaken en combinaties van afstaande oren. Diepe concha, ontbrekende antehelix, weefseltekort van de bovenpool (neiging tot zg. cupear), aanwezigheid van een Darwinknobbel etc. worden niet vermeld. De operatietechniek is afhankelijk van bovengenoemde factoren en met het wegnemen van een strip huid en kraakbeen is het onmogelijk een bevredigend resultaat te verkrijgen. Formeren van een normale antehelix, het ontdeepen van de concha, het toevoegen van weefsel aan de bovenpool e.d. zijn delicate zaken. Een methode die met geen van deze factoren rekening houdt, dient mijns inziens geen ingang te vinden.

Literatuur: PHILIPZON, A. J. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1594.

Arnhem, oktober 1973

A. MOLENAAR

Het is jammer dat uit het verslag niet duidelijk naar voren is gekomen, dat een alomvattende methode beslist niet mijn opzet was. Het was slechts mijn bedoeling erop te wijzen dat met een zeer eenvoudige methode zeer veel valt te bereiken in verreweg de meeste gevallen van flaporen.

Zeker in deze tijd van stijgende kosten lijkt het zinvol op de poliklinische mogelijkheden te wijzen. Vooral ook omdat de onaangenaamheid van deze ingreep bijzonder meevalt, hetgeen mij gebleken is bij de behandeling van 60 patiënten, bij wie met een tussenpoos van 4-6 weken beide oren werden gecorrigeerd.

Voorburg, november 1973

A. J. PHILIPZON

tuberculosehaarden. Aan de rechter onderarm was een genezen fractuur herkenbaar. In lever en rectum werden eieren van Schistosoma, Trichuris en Enterobius gevonden. Gynaecologisch onderzoek leerde dat de vrouw kinderen moet hebben gebaard. Zij was 154 cm lang. Het lichaam was goed geconserveerd gebleven, waarschijnlijk doordat het in linnen windsels was gewikkeld, in een lijkstok onder een dikke laag houtskool was bedolven en met een dikke laag klei was ingemetseld, zodat er weinig zuurstof in heeft kunnen doordringen.

DUITSLAND (B.R.)

Vermindering van ziekenhuisbedden. In Berlin-Charlottenburg heeft op 17 november van het vorige jaar een massa-demonstratie plaatsgevonden tegen het plan van de Berlijnse senator van gezondheid om het aantal ziekenhuisbedden met 3245 te verminderen. Aan de demonstratie hebben zowel artsen, verplegend personeel als patiënten deelgenomen. Het plan bevat o.a. een