

niet te snel te associëren op een hoofdklacht, ook al blijken de vakbroeders dit in de praktijk wel te doen. Misschien moet men het de vakbroeders overigens ook alsnog trachten af te leren!

Over het hooronderwijs heb ik inderdaad niets geschreven. Technieken van kennisoverdracht is een ander verhaal dan trachten te analyseren wat er gebeurt en wat er zou moeten gebeuren bij het proces dat men kan noemen „klinisch denken”. Dunning is overigens niet de enige schrijver in het Tijdschrift die naar aanleiding van mijn bijdrage mij iets in de schoenen schuift, waar ik het niet over gehad heb. Daarom vond ik persoonlijk in het algemeen de serie bijdragen over het medisch onderwijs in dit tijdschrift meer een indruk geven van lokale zorgen en gedachten, dan dat zij op verhelderende wijze ingingen op het „klinische denken”.

Collega Bleys ben ik dankbaar, dat hij zich wel aan dit onderwerp – het „klinische denken” – heeft gehouden.

Amsterdam, juni 1983

J. VREEKEN

Horen, luisteren en verstaan

In een Klinische les laat prof. Schmidt na enige uitleg over doofheid prof. Groen (patiënt) vertellen over diens zoeken naar en vinden van de juiste apparatuur als hulpmiddel bij zijn handicap.¹ Aan de wensen die prof. Groen opsomde wil ik, die perceptiedoof ben, nog enige aanvullenden wensen toevoegen, die niet alleen de doven zelf betreffen, maar ook de niet-doven:

- Betere training in liplezen. Te vaak keren doven hun oor naar de sprekers en gaan de horenden schreeuwen. Dit zou door lipleestrainingen kunnen veranderen, zodat de ogen van de doven gericht zijn op de mond van de spreker.
- Toegankelijkheid tot de ontspanningsmogelijkheden door tekstverwerking en algehele ondertiteling bij de televisie.
- Meer gebruikmaking van draadloze microfoon en ontvangapparaat bij rondleiding op tentoonstellingen e.d.
- Het komt voor dat men vindt, dat de doven de gebarentaal moeten leren. Doch dit kan slechts de onderlinge taal van de doven zijn, want welke horende gaat deze taal leren? Een belangrijke wens onzerzijds is het beter spreken, goed gearticuleerd en niet te snel, gericht spreken naar de ogen van de doven op niet te grote afstand. U moet van mij aannemen, dat de dove medemens zich al heel veel inspanning getroost om te luisteren en te verstaan.
- Voorlichtingsavonden geven voor familieleden en belangstellenden van degenen die op latere leeftijd doof zijn geworden vanuit de audiologische centra. Misschien kunnen ook doofstommeninstituten of scholen voor slechthorenden die over voorlichtingsmateriaal beschikken, helpen.
- Bij het onderwijs meer zorg besteden aan het duidelijk leren spreken, goed articuleren, gericht tot de persoon spreken en iets langzamer. Er wordt nl. ontzettend slordig gesproken. Ik denk hierbij ook aan winkelpersoneel, cassières, desk-informanten, stewardessen, secretaresses, verplegend personeel, personeel in de bejaardenzorg, onderwijzend personeel, politiepersoneel, maatschappelijke werkers enz. en ook aan artsen, psychologen, andragogen, psychiaters, ja zelfs aan keel-, neus- en oorartsen.
- Niet alleen optimale gebruikmaking van de technische mogelijkheden in de geluidstechniek kan een hulpmiddel verschaffen aan de doven, maar in dit computertijdperk zijn

ook andere technische hulpmiddelen mogelijk dan de geijkte: de wachtkamers in ziekenhuizen, instellingen, bij artsen etc. werken met een luidspreker als oproepsysteem. Altijd moet de dove mens zich afvragen of hij/zij wordt opgeroepen, anders gaat zijn beurt voorbij.

Zoals prof. Schmidt zijn artikel beëindigde met de woorden: „ik heb met genoeg naar hem (prof. Groen, de patiënt) geluisterd”, wil ik eindigen met: „ik heb met verbazing, tevredenheid en bewondering het artikel gelezen en ben er door gesterkt, omdat het een juiste weergave was van mijn persoonlijke ervaringen in mijn leven bij zoeken naar en vinden van (beroeps)hulpmiddelen”.

LITERATUUR

¹ Schmidt PH, Groen JJ. Horen, luisteren en verstaan. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 457-61.

Rijswijk, februari 1983

C.F.J. FORTUIN

Het koeriersyndroom

De symptomatologie van het koeriersyndroom zoals dit ziektebeeld zo kernachtig door Geerling, Kastelein en Batchelor werd benoemd,¹ varieert met de contrabande. Als aanvulling van de casuïstiek kan ik een geval melden van een 16-jarige jongeman die vanuit Mexico naar de Verenigde Staten heroïne smokkelde in 8 dubbele „finger stalls” (vingercondomen) die hij had ingeslikt. Kort na aankomst voltrok zich een ware metamorfose. De jongen werd euforisch, met toenemende onrust en motoriek. Hij klaagde over hittegevoel trok zijn overhemd uit en begon met enkele vriendinnen luid neuriënd, opgewonden te dansen in de kroeg. Na nog geen half uur collabeerde hij en werd hij door vrienden die hem onder de armen grepen vrijwel levenloos naar het ziekenhuis gebracht. Daar bleek hij te zijn overleden.

Bij de obductie bleken 7 van de 8 rubber omhulsels nog intact in het jejunum-ileum te liggen; één was opengebarsten. Naar schatting 2,5 g van 40% heroïnepoeder was plotseling vrijgekomen en klaarblijkelijk snel geresorbeerd. Gelukkig dat het nieuws van het gevaar van deze smokkelwijze zich snel verspreidde in de wereld van verslaafden. De openbaarheid van het gerechtelijk geneeskundige onderzoek ter plaatse droeg hiertoe bij.

LITERATUUR

¹ Geerling J, Kastelein JJP, Batchelor DA. Het koeriersyndroom. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 874-6.

Utrecht, mei 1983

R. HAUSMAN

Geerling e.a. behandelden een patiënt met het „koeriersyndroom” ten gevolge van hasjies met bitterwater toegediend door een maagsonde.¹ De auteurs adviseren in het geval van het „koeriersyndroom” door cocaïne een agressievere behandeling, zelfs operatieve verwijdering van de ingenomen drugs. De totale hoeveelheid drugs die dergelijke koeriers enteraal herbergen is vaak groot. Door openbarsten van de verpakking kunnen ernstige intoxicaties optreden, zelfs met dodelijke afloop.² Snelle verwijdering is dus geboden.

Wij behandelen een 15-jarige Columbiaanse cocaïnekoerier, opgenomen met een acute cocaïne-intoxicatie, met lavage volgens een methode zoals in dit tijdschrift is

beschreven door Speelman e.a.³ Hierbij werden in 4 uur tijd 240 bolletjes van elk 2 g cocaïne, verpakt in aluminiumfolie en condooms, verwijderd. Dit is minstens 240 maal de letale dosis.⁴ Darmreiniging door lavage is een snellere methode dan door middel van orale laxantia en is minder ingrijpend dan een laparotomie. Een voorwaarde hierbij is uiteraard dat de patiënt niet comateus is.

LITERATUUR

- 1 Geerling J, Kastelein JJP, Batchelor DA. Het koeriersyndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 874-6.
- 2 Suarez CA, Arango A, Lester III JL. Cocaine condom ingestion. Surgical treatment. JAMA 1977; 238: 1391-2.
- 3 Speelman P, Bartsman JFWM, Huibregtse K, et al. Reiniging van het colon door totale darmspoeling. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1435-56.
- 4 Moeschlin S. Klinik und Therapie der Vergiftungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1981.

Haarlem, mei 1983

A.H. MUDDE
W. DEKKER

het contact met haar op dat zij het wat langzame, „kleverige” karakter had dat typerend wordt geacht voor epilepsie. Onze vraagtekens bij de diagnose epilepsie betroffen dan ook niet zozeer de cerebrale origine van de symptomen als wel de eventuele lokale oorzaak hiervoor, waarbij wij dachten aan het bestaan van een hersentumor of een vasculair lijden.

Het ECG is gemaakt omdat bij patiënte drie jaar voordien een cLBTB was vastgesteld. Dit tweede ECG was t.o.v. het laatste volkomen onveranderd, hetgeen het bestaan van Adams-Stokes-aanvallen uiteraard niet uitsluit. De bovengenoemde feiten waren voor ons evenwel reden om niet verder te zoeken in cardiologische richting. Dit maakt de suggestie van collega Claessens om bij aanvallen van bewustzijnsverlies cardiologische oorzaken d.m.v. door hem genoemde technieken uit te sluiten c.q. te bevestigen, echter niet minder waardevol.

Nijmegen, juni 1983

W.J.H.M. VAN DEN BOSCH
F.J.A. HUYGEN

Een familiedrama

In een klinische les beschrijven Van den Bosch en Huijgen de dramatische gebeurtenissen rond het overlijden van een patiënte, die voordien frequent collabeerde. In hun slotbeschouwing bezien zij kritisch hun eigen handelwijze en die van andere, bij de behandeling betrokken collegae. Daarbij lijkt het mij van belang het volgende op te merken: als oorzaak van het collabereren wordt epilepsie genoemd, een diagnose waar de auteurs kennelijk niet gelukkig mee zijn daar ze er een vraagteken bij plaatsen. Zou het niet mogelijk zijn dat patiënte Adams-Stokes-aanvallen had? Immers, uitdrukkelijk wordt vermeld dat het ECG een compleet linker bundeltakblok (cLBTB) liet zien. Dit wijst op een ernstig defect in de intraventriculaire geleiding, dat te allen tijde, ook passagère kan verergeren. Bovendien is een cLBTB meestal een teken van belangrijk coronaria- of myocardlijden, dat zelf aanleiding kan geven tot rytmestoornissen, die gepaard gaan met duizeligheid of collaps. Bekend zijn vooral de kamertachycardiën. Mijn indruk is, dat enig verdergaand cardiologisch onderzoek (24-uurs-Holterelektrocardiografie, Hisbundelcatheterisatie) wat dit betreft de oplossing had kunnen brengen.

LITERATUUR

- 1 Bosch WJ van den, Huygen FJA. Een familiedrama. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 897-900.

Rosmalen, mei 1983

R.J.J. CLAESSENS

Het stemt ons tot vreugde dat een cardioloog de moeite neemt te reageren op onze klinische les. Als wij de informatie, zoals deze op papier staat, nader bekijken zijn wij het volkomen met collega Claessens eens dat Adams-Stokes-aanvallen het beeld van patiënte zouden kunnen verklaren. Er zijn echter een aantal feiten die deze diagnose wat minder waarschijnlijk maken, feiten die gezien de strekking van het verhaal niet alle in de klinische les werden vermeld. Patiënte voelde de meeste aanvallen kort van te voren aankomen. Ook de neuroloog sprak van auraverschijnselen. Patiënte reageerde op anti-epileptica met vermindering van het aantal aanvallen, hoewel het moeilijk was haar goed in te stellen. De aanval die in het begin van het verhaal beschreven is, ontstond dan ook toen patiënte deze medicatie op eigen houtje had verminderd. Verder viel in

Katayamasyndroom bij schistosomiasis

De klinische les van L.C.F.M. Wetsteyn en J.H. van Lijf en de casuïstische mededeling van J. de Nie geven mij aanleiding tot een enkele aanvullende opmerking.^{1 2}

Wetsteyn en Van Lijf schrijven o.m.: men beschouwt het syndroom als een immunologische aandoening. De Nie schrijft in de samenvatting: waarschijnlijk is het een allergische reactie op antigenen, die de in de lever rijpende wormen produceren. De auteurs wekken daarmee de indruk, dat er weinig met zekerheid bekend is over de immuno-reacties, die bij schistosomiasis ontstaan. Deze indruk is niet overeenkomstig de feiten.

In 1968 werd op de afdeling Longziekten van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt een Surinaamse man opgenomen, oud 28 jaar, met een fijngevlekt longbeeld en eosinofilie. De vraag, die ons gesteld werd, luidde: is hier sprake van histiocytosis X? Deze vraag kon direct ontkenkend beantwoord worden. De anamnese en het algemeen lichamelijke onderzoek wezen eigenlijk direct in de richting van een parasitaire aandoening. De eosinofilie van 60% leek daarbij een belangrijke aanwijzing. Gedurende de eerste drie weken van de opname gelukte het niet om eieren van een daarvoor in aanmerking komende parasiet in faeces en urine te vinden. Daarna werden in het laboratorium van prof. Bruyning te Leiden talrijke eieren van *S. Mansoni* in de faeces gevonden. De serumreactie werd door hem tevens bepaald. Deze was positief met een titer van 1/64.

Inmiddels hadden wij het Rode Kruis Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst te Amsterdam gevraagd om een gedetailleerde bepaling van de (globaal) sterk verhoogde immunoglobulines. De gammaglobulines werden als volgt gedifferentieerd: IgA normaal; IgM licht verhoogd; IgG verhoogd; IgD negatief; IgE zeer sterk verhoogd: ca. 37.500 E/ml. (normaal <100 E/ml) (mw. Reerink-Brongers). Deze bevinding werd bij herhaald onderzoek geverifieerd. Bij de aancontrole bleek, dat deze zeer hoge IgE-titers circa een jaar na de infectie nog bestonden. Pas daarna zijn ze geleidelijk tot de norm gedaald. Wat betreft de longafwijkingen: via longbiopsie werd een immuno-reactie gevonden van het delayed reaction type III volgens Gell en Coombs: een allergische alveolitis.

In de destijds door mij geraadpleegde literatuur vond ik