

Vestibulaire duizeligheid

DOOR DR. J. VENKER TE LEIDEN

Wanneer een patiënt klaagt over duizeligheid, is het van het grootste belang, dat hem of haar de vraag wordt gesteld: had U het gevoel, dat de omgeving om U heen draaide? Een juist antwoord op deze vraag is namelijk veelal van dien aard, dat het ons kan inlichten over de lokalisatie van de oorzaak der evenwichtsstoornissen.

Het antwoord van de patiënt is merkwaardig genoeg bijna altijd bevestigend; dat het echter niet altijd correct is, blijkt wanneer U verder vraagt: welke kant draaide de omgeving dan uit? Het antwoord luidt dan gewoonlijk:

- a. naar links (of rechts);
- b. alles zonk weg, of het werd zwart voor de ogen.

Antwoord a. wijst op een duizeling van vestibulaire aard, terwijl bij antwoord b. meer een centrale afwijking aangenomen kan worden.

Het perifere evenwichtszintuig bestaat uit utriculus en sacculus met de otolitorganen, welke ons inlichten omtrent de stand van het hoofd in de ruimte. Verder bestaat het vestibulairorgaan uit de drie halfcirkelvormige kanalen met de cupulae, die ons inlichten over bewegingen van het hoofd in de ruimte.

De zintuigcellen van sacculus, utriculus en halfcirkelvormige kanalen bevinden zich in het vliezige labrynt, dat in het benige labrynt is opgehangen. De vloeistof in het vliezige labrynt (ook wel endolymfesysteem genoemd) heet endolymfe. De vloeistof tussen de benige labryntwand en het vliezige labrynt noemen we perilymfe.

Bij de nu volgende bespreking komen alleen ter behandeling de abnormale prikkelingen van de halfcirkelvormige kanalen. Een sterke prikkeling van de otolitorganen geeft geen duizeligheid, maar de bekende sensaties, die een lijder aan zeeziekte doormaakt.

De drie halfcirkelvormige kanalen liggen in drie loodrecht op elkaar gerichte vlakken. Draait het hoofd in het vlak van een der kanalen, dan zal de vloeistof in het endolymfkanaal in het begin der draaiing bij de wand achter blijven. Er ontstaat dus een endolymfstroom tegengesteld aan de draairichting. Na beëindiging van het draaien zal de vloeistof in het kanaal nog even doorstromen in de oorspronkelijke draairichting. Beide malen is er dus een endolymfstroom tegen de wimperharen van de cupula geweest. De reactie op deze prikkel is

Vervolg van bladzijde 104

dat een van deze zoons (4), die in Indonesië woont, inderdaad dit syndroom vertoont. Uit de brief, die deze mij schreef, citeer ik de volgende karakteristieke passage: „Vroeger noemde men mij: een bloeder, daarna: je bent geen *echte* bloeder en toen kwam een specialist: je bloed is volkomen normaal, maar je lichaam bloedt graag. Mijn jongste dochter heeft wellicht iets van deze ziekte want zij bloedt bij chirurgisch ingrijpen, amandelen en later bevaling langer dan normaal”.

Een dergelijke neiging tot bloeden is bij de moeder van mijn patiëntje (5), die in dezelfde familieverbinding staat met de overgrootvader (3) als deze dochter uit Indonesië (6), niet aan te tonen.

Samenvatting. In deze publikatie wordt gewezen op een aantal onderzoeken over de „ziekte van von Willebrand” of de „pseudo haemophilie”. Naar aanleiding van recente onderzoeken wordt voorgesteld om niet te spreken van een *ziekte van von Willebrand*, maar van het *syndroom van von Willebrand*, dat voorkomt bij een aantal afwijkingen o.a. gekenmerkt door verlengde bloedingstijd, waar-

onder de vasculaire haemophilie en de thrombopathieën. Er wordt een familie beschreven waarin dit syndroom bij drie personen voorkomt.

Summary. In this publication the attention is drawn to a number of investigations about „*Willebrand's disease*” or the „*pseudo haemophylia*”. As a result from recent researches it is suggested not to speak of „*Willebrand's disease*” but of „*Willebrand's syndrome*”, which occurs with a number of deviations among others characterized by a prolonged bleeding time, among which the vascular haemophylia and thrombopathia. The author describes a family where this syndrome occurs with three persons.

Geraadpleegde literatuur:

- Cathie, I. A. B. (1957), Practitioner 178, 171
- Schulman, I. e.a. (1956), Pediatrics 18, 347.
- Delbeke, M. J., (1953), Maandschr. Kindergeneeskunde 21, 154.
- Crevelde, S. van e.a., (1957), Maandschr. Kindergeneeskunde 25, 112.

de nystagmus. Dit is een ritmische oogbeweging, waaraan we een langzame en een snelle fase onderscheiden. De snelle fase ontstaat centraal, de langzame perifeer. De nystagmus wordt genoemd naar de snelle fase, die het meest opvallend is. De richting van de nystagmus kan zijn horizontaal, horizontaal-rotatoir, rotatoir of verticaal. De laatste vorm is altijd van centrale aard.

Vestibulaire nystagmus wordt versterkt door kijken in de richting van de nystagmus. Is er een nystagmus naar links, die alleen aantoonbaar is bij zien naar links dan spreken we van een eerste graads nystagmus. De nystagmus is van de tweede graad, indien ze ook nog aantoonbaar is als de patiënt rechttuit kijkt. Van een derde graads nystagmus spreken we tenslotte als de nystagmus zelfs nog naar links uitslaat bij zien naar rechts. Het laatste zien we bij zeer heftige prikkelingen, bijvoorbeeld een labirintuitval.

Onder normale omstandigheden houden beide vestibulaire kerngebieden elkaar in evenwicht. Valt door de een of andere omstandigheid een der perifere labyrinten uit dan gaat het kerngebied van de andere zijde overheersen en er ontstaat een nystagmus naar de gezonde zijde. Labirintprikkeling, dus hyperfunctie van een der labyrinten geeft een nystagmus naar de geprikkelde zijde.

Een duizeling van perifeer labirintaire aard heeft de volgende kenmerken:

1. Er is een nystagmus en de patiënt heeft de sensatie, dat de omgeving om hem heen draait.
2. De evenwichtsstoornis gaat gepaard met misselijkheid en in vele gevallen overgeven.
3. Er is een gehoorstoornis.

De voornaamste oorzaken voor labirintaire aandoeningen zou ik nu met U willen bespreken.

Otitis media acuta met etterige labyrinthitis

Dit komt voor, maar gelukkig zeer zelden. Als complicatie wordt het wel gezien bij een zeer heftige otitis met een zich snel uitbreidende mastoiditis. De etterige doorbraak naar het labirint geschiedt dan gewoonlijk via het ronde of ovale venster. De patiënten zijn door de heftige otitis ernstig ziek, waarbij dan nog plotseling komt een totale labirintuitval met de boven beschreven verschijnselen. Er is een nystagmus van de derde graad naar de gezonde zijde.

De praktijk heeft geleerd, dat de ontsteking makkelijk vanuit het labirint intracranieel kan voort-

schrijden. De acute etterige labyrinthitis is dus een ernstige complicatie, die ziekenhuisopname absoluut noodzakelijk maakt.

Zojuist is opgemerkt, dat bij een plotselinge labirintuitval nystagmus optreedt gericht naar de gezonde zijde. De nystagmus verdwijnt in vier tot zes weken, omdat centraal een compensatie optreedt. Er wordt dus een tegenwicht gevormd tegen het overheersende vestibulaire kerngebied.

Verdwijnt de nystagmus nu niet of verandert de richting ervan, dan is er een cerebellaire complicatie ontstaan (symptoom van *Neumann*). Deze cerebellaire nystagmus is grover en onregelmatiger dan de vestibulaire. Zij ontstaat door voortplanting of collateraal oedeem van de ontsteking op de vestibulaire kernen in de medulla oblongata (kern van *Deiters*).

Samenvattende kunnen we zeggen: wanneer in het verloop van een acute otitis media duizeligheid met nystagmus optreedt dan is dit een ernstige complicatie, die een specialistisch consult noodzakelijk maakt.

Otitis media chronica met cholesteatoom

Bij de chronische vorm van otitis media kunnen we alleen vestibulaire complicaties verwachten, indien er een cholesteatoom bestaat. Een cholesteatoom ontstaat, indien de huid van de gehoorgang via een randstandige perforatie in het trommelvlies of ook wel via een perforatie in het membraan van *Shrapnell*, naar binnen groeit en daardoor in trommelholte en mastoid het slijmvlies vervangen wordt door meerlagig plaveiselepitheel. De afgestoten epitheelcellen vormen een prop, die in verband met de te kleine uitvoeropening (de perforatie in het trommelvlies) niet kan worden uitgestoten maar steeds meer groeit. Het gevolg is drukusuur van het omgevende been. Geschiedt dit ter plaatse van de halfcirkelvormige kanalen dan kan er in de benige kanaalwand een opening ontstaan, waardoor het vliezige labirint bloot te liggen. We noemen dit een labirint fistel. Deze fistel is dus ontstaan door drukusuur en niet door een snel om zich heen grijpend ontstekingsproces. Het benige kanaal is daardoor wel aangevreten, maar het vliezige labirint is intact en functioneert nog.

Patiënten met een fistel in de booggang klagen vaak over lichte duizeligheid en onzekerheid bij het lopen. De oorzaak hiervan ligt waarschijnlijk in de wisselende druk, die de cholesteatoomprop op de fistel uitoefent (zwellend door vocht opname).

De fistel is te diagnostiseren door met een Politzer

Assurantiekantoor BONSET

Assuradeuren - Financieringsexperts

Koninginneweg 123 - Amsterdam-Z.

Telefoon 722555, 725676 (K 20)

Praktijkfinanciering (ook kleine bedragen)

Autoverzekering - Autofinanciering

Alle verzekeringen

Hypotheek (eerste en tweede)

ballon de druk in de gehoorgang te verhogen. De drukverhoging plant zich via trommelholte en mastoïd voort op de fistel. Hierin ontstaat dan een endolymfe stroompje, dat een nystagmus tengevolge heeft. We noemen dit verschijnsel het fistelsymptoom. Heel duidelijk is dit symptoom aantoonbaar bij de patiënt die een fenestratie operatie heeft ondergaan waarbij dus operatief een dergelijke fistel is aangelegd.

De fistel in het benige kanaal is op zich zelf nog niet zo ernstig. Maar wel gevaarlijk is de aanwezigheid van het cholesteatoom op deze fistel. Wanneer de perforatie in het trommelvlies door cholesteatoomvellen plotseling geheel wordt afgesloten, ontstaat door toenemende druk necrose van de cholesteatoommatrix. Er volgt vochtafscheiding, infectie en pusvorming. Deze toestand is natuurlijk zeer gevaarlijk voor het labirynth. Volgt er inderdaad een etterige doorbraak in de booggang dan is totale labirynthuitval met volledige doofheid het gevolg. Er is dan precies dezelfde situatie ontstaan, die zojuist bij de acute otitis is beschreven, met dezelfde dreiging van intracraniele complicaties.

Samenvatting: Indien een patiënt met een chronische oorettering klaagt over duizeligheid moet worden nagegaan of er een cholesteatoom bestaat en of het fistelsymptoom positief is. Zo ja, dan is operatieve behandeling gewenst. Bij de ongecompliceerde fistel vinden we geen nystagmus, wel daarentegen als een etterige doorbraak heeft plaats gevonden. Er is dan een nystagmus van de derde graad naar de gezonde zijde gericht.

Tumoren van het middenoor

Deze tumoren zijn zeldzaam. Indien zij echter optreden en infiltrerend groeien is het mogelijk, dat zij door langzame infiltratie een geleidelijke uitschakeling van het vestibulairorgaan bewerkstelligen. Er is geen acute uitval maar een geleidelijke achteruitgang van de prikkelbaarheid waardoor slechts nu en dan lichte nystagmusverschijnselen optreden, die al spoedig centraal worden gecompenseerd.

Het komt ook voor, dat als complicatie van de tumor een chronische oorettering gaat optreden. Dan is natuurlijk een acute uitval van het eventueel nog prikkelbare labirynth wel mogelijk.

Het syndroom van Ménière

Ménière beschreef in 1861 een symptomencomplex, dat we typisch perifeer labirynthair kunnen noemen. Hij meende, dat de door hem beschreven evenwichtsstoornis was ontstaan door een bloeding in het labirynth. In zijn geval was dit waarschijnlijk ook zo, maar deze etiologie ging niet op voor alle recidiverende aanvallen van duizeligheid van perifeer vestibulaire aard, zoals later is gebleken.

Het syndroom van Ménière is gekenmerkt door drie belangrijke symptomen:

1. aanvallen van duizeligheid met een typische

draaisensatie, misselijkheid, overgeven en een duidelijke nystagmus;

2. vermindering van het gehoor met fluctuerend karakter. Gehoorsvermindering gaat vaak aan de aanval vooraf;
3. oorsuizen, dat vaak verergert voor de aanval.

Het zijn vooral mannen op middelbare leeftijd, die door deze ziekte worden getroffen.

Hallpike en Cairns hebben aangetoond, dat er tijdens een aanval een hydrops van het vliezige labirynth ontstaat. Een sterke verwijding treedt vooral op van de sacculus en de utriculus, in mindere mate van de halfcirkelvormige kanalen. Dit zou samenhangen met de dikte van de wand.

De oorzaak van deze endolymfatische hydrops is nog niet verklaard. Sommigen nemen als oorzaak aan vasomotorische stoornissen van de binnenoorvaten. Anderen menen, dat allergische factoren een rol spelen.

De aanval van duizeligheid gaat gepaard met misselijkheid, overgeven en symptomen van algemeen vasomotorische aard, zoals bleekheid en transpireren. Er is natuurlijk geen bewustzijnverlies! Het proces speelt zich immers geheel aan de periferie af. Het is een belangrijk differentiaal diagnosticum ten opzichte van intracraniele afwijkingen.

Gedurende de aanval wordt een horizontaal rotoire nystagmus gevonden van de derde graad, gericht naar de gezonde zijde.

Bij onderzoek tijdens de aanval blijkt het, dat er afwijkingen zijn in de vinger-wijsproeven in de richting van de langzame component van de nystagmus. Wanneer de patiënt rechtop staat met gesloten ogen, valt hij in de richting van de langzame nystagmus component. Verandert men de stand van het hoofd door draaiing dan blijkt het dat de patiënt nu weer valt in dezelfde richting ten opzichte van het hoofd, ten opzichte van het lichaam dus in een andere richting. Ook dit is een belangrijk differentiaal diagnosticum ten opzichte van intracraniele afwijkingen omdat bij de z.g. positieve *Romberg* bij centrale afwijkingen de patiënt steeds valt in een richting onafhankelijk van de stand van het hoofd.

De aanvallen van duizeligheid duren enkele minuten tot enkele uren. Gewoonlijk komen de aanvallen in groepen, die door steeds kortere intervallen van elkaar gescheiden zijn. Tussen de aanvallen bestaat vaak een gevoel van druk in het hoofd en onzekerheid bij het lopen.

De aanvallen kunnen soms jaren bestaan. Zij houden eerst op als het vestibulair orgaan en ook het gehoor geheel is uitgevallen. Hinderlijk voor de patiënt is dan nog, dat het oorsuizen vaak blijft bestaan.

Hallpike heeft aangetoond, in tegenstelling tot wat men vroeger aannam, dat tijdens de aanval het zieke labirynth minder functioneert dan normaal (nystagmus naar de gezonde zijde!). Er is dus een verbreking van het evenwicht tussen beide labirynthen

en het gezonde of althans het minst zieke gaat overheersen. Het gevolg hiervan is het optreden van vestibulaire verschijnselen.

Na elke aanval blijkt, dat de hydrops meer of minder schade van blijvende aard aan het labrynt heeft toegebracht. En dus na iedere aanval wordt ook het evenwicht tussen beide vestibulairorganen verbroken en indien dit van blijvende aard is, wordt dit weer hersteld door centrale compensatie. Dit is dus onafhankelijk van het niveau waarop het zieke labrynt zich na de aanval stabiliseert. Bij elke nieuwe blijvende schade aan het labrynt aangebracht en dus elke verstoring van het evenwicht is dus steeds weer centrale compensatie noodzakelijk. Dit kan zolang doorgaan als het labrynt nog enige functie heeft, die gedurende een aanval kan verminderen.

Wanneer tijdens een aanval beide labrynten even sterk in functie verminderen treedt begrijpelijkerwijze geen nystagmus op en de patiënt zal ook niet duizelig worden. Wel zal tijdens de aanval het gehoor duidelijk verminderen.

De recidiverende hydrops heeft ook een schadelijke invloed op het gehoor. Aanvankelijk is het gehoor normaal en alleen vlak voor de aanval treedt een vermindering op. Herhalen zich de aanvallen, dan blijft tenslotte ook in de intervallen een perceptiestoornis bestaan. Bij voortdurende aanvallen neemt deze toe en leidt tenslotte tot algehele doofheid.

Veel patiënten klagen over een hinderlijk sissend geruis in het zieke oor, aanvankelijk alleen voor en tijdens de aanval. Later blijft het ook in de intervallen bestaan. Vóór de aanval verandert vaak het karakter van het suizen, hetgeen dan voor de patiënt een waarschuwing is, dat er een aanval op komst is. Vermindering van gehoor van een fluctuerend karakter met oorsuizen kan het optreden van duizeligheidsaanvallen soms jaren lang vooraf gaan en al die tijd het enige verschijnsel zijn.

Het syndroom van *Ménière* treedt meestal aan één oor op, aan beide oren vindt men het in 20 procent der gevallen.

Voor de behandeling is het belangrijk te weten, dat psychische momenten zowel bij het ontstaan der aanvallen als bij de therapie een belangrijke rol spelen. Ernstige drukte, nerveuze spanningen zijn soms de druppel, die de emmer doet overlopen en de oorzaak wordt van een reeks *Ménière* aanvallen. Ik zou dit duidelijk willen maken met enkele gevallen uit mijn praktijk.

Een verpleegster heeft een lichte binnenoordofheid met sporadisch een lichte evenwichtstoornis. Gaat de in rang boven haar staande verpleegster met vakantie, waardoor zij meer verantwoordelijk werk krijgt, dan maakt zij zich zo nerveus, dat zij de eerste dagen verscheidene typische aanvallen heeft. Een patiënte van 30 jaar is verloofd met een buitenlander, zij heeft het plan binnen afzienbare tijd met de man te trouwen en in het buitenland te

gaan wonen. Haar ouders hebben ernstige bezwaren zowel tegen de man als tegen het huwelijk en het toekomstig vertrek naar het buitenland. Een en ander schept een nerveuze gespannen toestand. Het gevolg is de ene aanval van duizeligheid na de andere. Toen na enkele maanden de ruzies waren bijgelegd bleven ook de vestibulaire stoornissen uit. Het is dus van het allergrootste belang om na te gaan of er psychische moeilijkheden zijn, die een rol kunnen spelen in het ziektebeeld.

Er zijn verder talloze medicamenten, die bij de behandeling worden aanbevolen, dieeten en operatieve behandelingen die ik nog even zou willen noemen.

Uitgaande van de veronderstelling, dat er een capillomotorische dysfunctie bestaat van die plaatsen in het labrynt waar de endolymfe wordt geproduceerd heeft *Mygind* geadviseerd een vocht- en zoutarm dieet te geven, eventueel nog gecombineerd met een diureticum.

Tijdens de aanval kan men suprimal, dramamine of marzine geven (in tabletvorm of zepillen), dat de prikkelbaarheid van het labrynt zou verlagen.

Zijn de aanvallen zeer frequent dan neemt men de patiënt wel eens op in het ziekenhuis voor een druppelinfuus met histamine gedurende twee weken. De histamine zou de spasmus opheffen in de wand der precapillaire arteriolen.

Een ander middel, dat hetzelfde beoogt, is nicotinezuur (en ronicol). Men geeft dit in tabletvorm of intraveneus (tweemaal per week 50 mg intraveneus).

Intraveneuze injecties met magnesiumsulfaat 50% werken eveneens op de gladde musculatuur van de vaatwanden.

Roken moet worden verboden. Vaatkramp!

Luminal en dergelijke preparaten zijn van belang, omdat zij vaak een vermindering geven van de emotionele spanningen.

Bij de behandeling met streptomycine maakt men gebruik van het feit, dat dit een ernstig vergif is voor het vestibulairorgaan en dat uitschakeling hiervan volgt, indien men de dosering hoog genoeg opvoert. *Fowler* gaf 4 gram per dag en zag dat de prikkelbaarheid van het labrynt verdwenen was tussen de vijfde en tiende dag. Het zieke labrynt is het meest gevoelig. Waar streptomycine aangrijpt is niet geheel duidelijk, maar waarschijnlijk zowel perifeer als centraal.

Wanneer conservatieve therapie niet helpt en de patiënt door de steeds terugkerende aanvallen ernstig invalide is, gaat men wel over tot operatieve uitschakeling van het labrynt. Men wacht hier het liefst mee tot het gehoor zo goed als geheel is uitgeschakeld. Het is namelijk gebleken, dat bij de operatieve behandelingen het gehoor niet gespaard kon worden. Het heeft geen zin hier alle operatieve behandelingen op te noemen. Er zijn eenvoudige (alcoholinjecties via een der vensters in de trommelholte) en meer ingewikkelde ingrepen (verwijdering van het vliezige labrynt via een booggangfistel), die alle ten doel hebben het vestibulairorgaan

aan de betreffende zijde uit te schakelen. De meest betrouwbare ingreep, wat betreft het gehoor, is de doorsnijding van de nervus vestibularis in de schedelholte. De nervus acusticus wordt dan gespaard. Het bezwaar is dat dit een vrij grote ingreep is en dat bovendien postoperatief een hinderlijk oorsuizen blijft bestaan.

Omdat sommigen menen, dat het syndroom van *Ménière* ontstaat door een gestoord evenwicht in het sympathisch zenuwstelsel heeft men wel getracht de halsgangliën uit te schakelen. Bekend is de methode van novocaïne injecties in het ganglion stellatum.

Tot slot kunnen we dus zeggen, dat het syndroom van *Ménière* ontstaat door een hydrops van het labirint. De ziekte treedt in aanvallen op, waarbij elke aanval schadelijk is voor gehoor en evenwichtsorgaan aan de zieke zijde. Voortdurend der aanvallen leidt tot algeheel verlies van deze zintuigen.

De behandeling kan zeer goed door de huisarts geschieden, misschien zelfs beter dan door de specialist, omdat psychische componenten vaak een rol spelen en de huisarts veelal beter op de hoogte is met de moeilijkheden in het dagelijkse leven van de patiënt.

De diagnose dient echter wel in overleg met een specialist gesteld te worden, omdat ze niet altijd eenvoudig is en vergissingen zouden kunnen optreden met ziektebeelden, die een sterke gelijkenis kunnen vertonen, bijvoorbeeld osteochondrose van de halswervels, brughoektumor, arterioclerosis cerebri of trombose van de arteria cerebelli posterior inferior.

Explosies en stompe schedeltraumata,

kunnen de oorzaak zijn van bloedingen in het labirint en dientengevolge kunnen posttraumatische evenwichtsstoornissen ontstaan.

Schedelbasisfracturen,

waarbij de fractuur door het labirint loopt, hebben algehele labirintuitval tengevolge.

Streptomycine en dihydrostreptomycine

Reeds is opgemerkt, dat streptomycine een toxische invloed heeft op het evenwichtsorgaan, zonder dat men nog precies weet waar dit medicament aangrijpt. Behalve in het labirint heeft men ook veranderingen gevonden in de kerngebieden en zelfs in de kleine hersenen.

De praktijk heeft aangetoond, dat streptomycine eerst het vestibulairorgaan aantast en in mindere mate gehoorstoornissen geeft. Dihydrostreptomycine daarentegen geeft eerst gehoorstoornissen en slechts zelden vestibulaire afwijkingen.

Bovengenoemde stoornissen treden zeer zelden op als men de dosering onder de twee gram houdt.

Nicotinevergiftiging

Er is een acute (vasculaire) vorm, die *Ménière*-achtige aanvallen geeft. De tweede vorm is meer

chronisch (neuritis) en geeft verminderde vestibulaire prikkelbaarheid.

Alcoholvergiftiging

Bij acute ethyl-alcoholvergiftiging treden vestibulaire verschijnselen op, die zowel van perifere als van centrale aard kunnen zijn. Chronisch alcoholisme geeft alleen gehoorstoornissen, indien er een alcoholische neuritis bestaat.

Ik ben er van overtuigd in dit korte overzicht niet alle oorzaken van vestibulaire duizeligheid te hebben behandeld. Een meer volledig overzicht met alle zeldzaam voorkomende afwijkingen zou het geheel te onoverzichtelijk hebben gemaakt, hetgeen niet de bedoeling van dit artikel is geweest.

Prijsvraag

De tuberculose studiegcommissie van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose heeft een prijsvraag uitgeschreven, waarbij drie verschillende, op zichzelf staande onderwerpen ter keuze worden voorgesteld. De vraagstellingen luiden als volgt:

1. Gevraagd wordt een onderzoek in te stellen inzake de wenselijkheid van antibiotische en chemotherapeutische behandeling van de primaire tuberculeuze besmetting, ter voorkoming van phthisische processen — in de longen of elders —.

2. Gevraagd wordt een onderzoek in te stellen betreffende de lotgevallen, medisch zowel als sociaal gezien, van verplegenden die een klinische vorm van tuberculose hebben gehad.

3. Gevraagd wordt een onderzoek in te stellen naar oorzaken en achtergronden van de verschillen in tuberculose-mortaliteit en -morbidity bij de man en bij de vrouw. Een beschouwing van de verschillende leeftijdsgroepen is gewenst. De relatie tussen het type van de tuberculose en bovengenoemde kenmerken is hierbij mogelijk van belang. Het is niet noodzakelijk dat het onderzoek tot historische of bestaande toestanden in Nederland beperkt blijft.

Nadere inlichtingen worden verstrekt door het secretariaat, Riouwstraat 7, Den Haag.

Boekbespreking

De Patiënt en zijn Geneesheer, door J. V. Meininger. Academisch proefschrift, Drukkerij-Uitgeverij „Orion”, 's-Gravenhage 1958. 131 blz., geen prijsopgave.

In dit proefschrift, dat als ondertitel vermeldt: „een bijdrage tot de ontwikkeling van het begrip communicatie” tracht de schrijver na te gaan op welke wijze het menselijk verkeer, het communicatieproces dus, zich afspeelt als een wederzijdse bewustwording. Als fasen die zich in dit bewustzijnsproces laten onderscheiden noemt hij: contact, verhouding en gemeenschap.

Naast het beoefenen van de geneeskunde heeft de schrijver zich reeds sinds 1941 toegelegd op de beoefening van de filosofie als centrale wetenschap, de leer van — zoals hij het in het voorwoord uitdrukt — het begrijpende denken, zoals deze door Hegel werd geïntroduceerd en door Nederlandse filosofen kritisch werd (en wordt) beoefend. De toepassing van deze filosofische denkrichting op de praktische problematiek van de verhouding tussen geneesheer en patiënt maakt dit geschrift tot een interessant, zij het zeer persoonlijk getint boek.