

principe uitgaan, dat wij eerst moeten proberen de patiënt aan de omstandigheden aan te passen en pas daarna andersom te werk moeten gaan. Als de patiënt de moeilijkheden overwint van bijvoorbeeld toiletbezoek op een gewone w.c., dan kan hij ook buiten zijn eigen huis daarvan gebruik maken. Het is nog steeds zo dat er praktisch geen openbaar gebouw noch vervoermiddel is aangepast aan gehandicapten. Wanneer men eenmaal de vreugde heeft gezien van een groep reumapatiënten per bus op een bollentocht, zal men begrijpen hoe belangrijk recreatie, het bezoeken van een bioscoop, of het gaan naar vrienden, voor deze mensen is. Howard Rusk neemt niet ten onrechte recreatie als een belangrijk punt in een revalidatieplan op. Primair is dus het aanpassen van de patiënt aan de omgeving en pas wanneer dat niet lukt komt, als laatste onderdeel van de arbeidstherapie, het aanpassen van de omgeving aan de patiënt in aanmerking.

The „National Fund for Research into poliomyelitis and other crippling diseases” publiceerde twee jaar geleden het boek „Equipment for the disabled”. In zeventien hoofdstukken worden hierin aanpassingen besproken op alle mogelijke terreinen. Een voorbeeld uit eigen ervaring: een 58-jarige vrouw lijdt sinds vijftien jaar aan reumatoïde arthritis, waardoor zij volledig invalide is geworden. Opname bij ons volgde om te trachten haar tot zelfstandig eten en drinken te brengen en haar in een stoel aan te passen. Met een apparaat, dat zij voor zich op tafel had staan, leerde zij, ondanks de sterke bewegingsbeperking in de schouders, ellebogen en handen, zelf drinken. Een dergelijk apparaat maakte het haar ook mogelijk zonder hulp haar broodmaaltijden te gebruiken.

Tot slot iets over het zitten van patiënten met functiebeperkingen in heupen of knieën. Ieder mens, ziek of gezond, zit wanneer hij actief moet zijn het beste met A de beide voeten op de grond; B de

bovenbenen horizontaal, gesteund tot bij de knieholten; C een ruggesteun in de lumbale lordose; D de mogelijkheid van verzitten; E de mogelijkheid om zonder moeite op te staan. De punten A en B maken dat de druk per cm² zo klein mogelijk is, punt C ondersteunt de rugspierwerking, punt D is nodig om de druk op de huid en het onderliggende weefsel te kunnen variëren en punt E om energie te sparen. Bij het aanpassen van stoelen voor mensen met bewegingsbeperking in de benen moeten wij steeds trachten aan al deze eisen te voldoen. Hiervoor beschikken wij over een passtoel, waarvan de hoogte, de hellingshoek van rugleuning en zitting, de afstand tussen de armleuningen en de afstand tussen de zitting en de armleuningen variabel zijn, terwijl er nog verschillende hulpmiddelen zijn, zoals zadels en wiggen, om het aantal mogelijkheden te vergroten. Het blijkt dat een patiënt met een enkelzijdige heuparthrodese goed is te helpen met een zitting waaruit een quadrant is weggenomen. Een vrouw met een dubbelzijdige heupankylose in gestrekte stand kan op een zadelstoel een volledige dagtaak als typiste verrichten. Een 35-jarige vrouw met pijnlijke heupgewrichten, die slechts van 120° tot 150° zijn te bewegen, kan zonder pijn op een stoel met geknikte zitting en beweeglijke rugleuning zitten. Men zal begrijpen dat, dank zij deze ervaringen, mijn overtuiging toeneemt dat het de moeite waard is om bij iedere patiënt met moeilijkheden bij het zitten op een gewone stoel, grondig de mogelijkheden te onderzoeken welke hierin verbetering kunnen brengen. Een gezond mens zit al verschillende uren daags, een gehandicapte doet dat nog eens zoveel.

Ik ben mij ervan bewust dat er nog vele belangrijke dingen onbesproken bleven. Toch hoop ik een indruk te hebben gegeven van de mogelijkheden van revalidatie bij de reumatische patiënt.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

64-49. **Vertebro-basilar ischaemia.** *Williams, D. (1964) Brit. med. J. I, 84.*

Zeer vaak krijgen wij — meestal bij oudere mensen — te maken met klachten en verschijnselen, die berusten op een voorbijgaande, reversibele functiestoornis der hersenen. De symptomen kunnen van geval tot geval wisselend zijn. Verschijnselen van duizeligheid, visuele hallucinaties, bewustzijnsverlagingen, misselijkheid, ataxie, diplopie en omver vallen treden het meest op. Zeldzamer zijn sensorische stoornissen, hemiplegieën, gehoor- en trigeminusafwijkingen. Vaker kan men klachten horen over pijn in het achterhoofd en, indien de arteria vertebralis mede in het ziektebeeld is betrokken, ook gevoelsstoornissen in een arm. Ook afasie is niet zeldzaam en op het gebied van visusstoornissen kan men behalve de reeds genoemde diplopie ook nog te maken krijgen met algemene visusvermindering tot zelfs volledige uitval van de visus van een oog, vlekken voor de ogen zien, kleurenhallucinaties,

gedeeltelijke gezichtsvelduitval, centrale scotomen, enzovoort. Het kenmerk van al deze verschijnselen is dat ze na korte of lange tijd geheel of bijna geheel verdwijnen.

De theorie dat vaatspasmen verantwoordelijk zouden zijn voor al deze toestanden vindt niet veel aanhang meer, hoewel door middel van angiografie is aangetoond dat vaatspasmen wel degelijk, ook in het gebied der hersenarteriën, kunnen bestaan. Tegenwoordig heeft men een meer hemodynamische kijk op het ontstaan van dergelijke toestanden, als locale hersenischemie. Vroeger meende men dat locale hersenischemie werd veroorzaakt door een spasme of obstructie van de arterie vlak voor het ischemisch gebied. Dankzij de angiografie weten wij thans dat ook een stenose of een afsluiting van een groot bloedvat, zelfs op grote afstand een hersenlesie kan veroorzaken. Zo kan bijvoorbeeld de collaterale circulatie nog juist in staat zijn het bedreigde hersengebied van bloed te voorzien, doch wanneer nog andere factoren in het spel geraken, zoals

bijvoorbeeld bloeddrukvaling (door allerlei oorzaken, variërend van hartinfarct en bloedverlies tot gewone vermoeidheid toe) dan kan de bloedvoorziening in het bedreigde hersengebied tenslotte te gering worden en kunnen uitvalsverschijnselen optreden.

In nog breder verband moet men ook nog aandacht besteden aan de samenstelling en het zuurstofgehalte van het bloed. Zo kan, wanneer de circulatie nog net toereikend is, een bestaande anemie en het inademen van lucht met een te laag zuurstofgehalte maken, dat de voeding van bepaalde hersengedeelten, vooral die het meeste zuurstof behoeven, te kort schiet met als gevolg ischemie-aanvallen. Het is duidelijk dat in dergelijke omstandigheden een rigoureuze bloeddrukvaling gepaard kan gaan met relatief te kort schieten van de hersencirculatie. Sommige van de zogenaamde toxische bijverschijnselen van bloeddrukverlagende geneesmiddelen zijn in feite symptomen van centrale ischemie.

Ook is een belangrijke consequentie van deze moderne inzichten, dat men bij het voorkomen van vertebro-basilaire ischemie, de aandacht niet alleen moet richten op de toestand van de bloedvaten in de hersenen, zoals men vroeger deed, maar ook de bloedvaten aan de hals en in de borst mede in het onderzoek moet betrekken.

Opnieuw dringt zich de vraag op of bij de behandeling van deze toestanden aan het gebruik van anticoagulantia de voorkeur moet worden gegeven of niet. Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat men tegenwoordig het gebruik van deze middelen reserveert voor die toestanden van vertebro-basilaire ischemie, die duidelijk het gevolg zijn van embolie of bij snel voortschrijdende hersenuitvalsverschijnselen, vooral wanneer het het vertebro-basilaire gebied betreft. Verder zal men anticoagulantia geven bij voorbijgaande aanvallen, waarbij de oorzaak ligt in het gebied der carotiden, en in het vertebro-basilaire gebied. Immers, in gevallen van voorbijgaande circulatie-insufficiëntie in deze gebieden is — net als bij de coronaire circulatie — mogelijk dat zich geleidelijk een sufficiënte collaterale circulatie ontwikkelt, mits intussen door middel van anticoagulantia het ontstaan of de uitbreiding van trombosevorming in deze gebieden wordt tegengegaan.

Belangrijk is echter aandacht te besteden aan de levenswijze van de patiënten, door te proberen ze voorzichtig meer te activeren en tenslotte te trachten hun bloeddruk op een iets hoger peil te krijgen. Vele oudere patiënten zullen zich prettiger gevoelen bij het gebruik van middelen, die de bloeddruk wat verhogen, zoals amfetamine, efedrine of ergotamine, dan bij hypotensiva. Ook vroegtijdige mobilisatie kan daartoe bijdragen. L. J. Bastiaans.

64-50. Periodic Migrainous Neuralgia. Balla, J. I. en J. N. Walton. (1964) *Brit. med. J.* I, 219.

Periodiek optredende neuralgie van migraine-achtige aard is een duidelijk omlind syndroom dat reeds talloze malen op uitstekende wijze werd beschreven. Toch wordt het beeld zelfs in zijn meest typische vorm vaak jarenlang miskend. De schrijvers vonden bij een onderzoek dat het ziektebeeld gemiddeld reeds 6,5 jaar bestaat, voordat de juiste diagnose werd gesteld.

De beste beschrijving werd door Symonds in 1956 gegeven. Hij noemde als voornaamste kenmerken: aanvalsgewijs optredende hoofdpijn, die plotseling begint en van voorbijgaande aard is. De aanvallen treden op in perioden, die worden afgewisseld met perioden, waarin geen aanvallen optreden en die gewoonlijk een half tot een jaar duren. Soms kan men zelfs jaren aanvalsvrij blijven. De aanvallen treden gewoonlijk eenmaal per dag op, maar twee of meer aanvallen per dag zijn geen uitzondering. De pijn wordt altijd eenzijdig gevoeld en wel vooral supraorbitaal of in en achter een oog. De pijn is zeer heftig, doch duurt meestal niet lang, zelden een paar uur. Het oog kan rood zien en de neus kan verstopt zijn aan de kant van de pijn, maar meestal gaat dat weer over als de pijn afzakt en dan kan een flinke vochtuitvloed volgen. Een organische oorzaak voor de pijn is niet te vinden.

Mannen worden driemaal meer dan vrouwen door dit ziektebeeld getroffen. Met uitzondering van de jaren voor de puberteit kan het op elke leeftijd optreden. Braken ziet men

slechts zelden bij deze patiënten, doch misselijkheid wordt vaak aangegeven. Een enkele maal ontstaat een licht oedeem van de betreffende gelaatshelft. Andere zeldzame bijverschijnselen zijn het optreden van diplopie en lichte ptosis van het ooglid. Gemiddeld duurt een aanval niet langer dan een half tot één uur en een periode van aanvallen varieert in lengte van enkele weken tot drie à vier maanden. Soms treden de aanvallen dagelijks, op precies dezelfde tijden, op. Er bestaat geen anamnestic of familiair verband met echte migraine.

Wat de therapie betreft hebben enkele onderzoekers gevonden, dat dit syndroom kon worden voorkómen door één of tweemaal daags een halve ml ergotaminetartraat in te spuiten. Soms waren drie injecties per dag nodig. Doch ook oraal gegeven ergotamine bleek werkzaam. Men geeft tweemaal of driemaal daags een tablet en soms, wanneer de patiënt zeer constant op vaste tijden aanvallen pleegt te krijgen, ook nog een tablet een uur voor de verwachte aanval. Hiermede gelukt het echter niet de aanvallen geheel te voorkomen, laat staan te onderdrukken. Wel verklaren alle patiënten dat de aanvallen veel minder erg zijn en veel korter duren. Bijna volledig profylactisch succes bereikt men met de injecties, maar om begrijpelijke redenen stuit men op praktische bezwaren bij deze vorm van therapie.

Het minste succes heeft men bij de zeldzame chronische vorm van de periodieke migraineuze neuralgie (de vorm, waarbij ook nog aanvallen optreden tussen de grote aanvalsperioden door). In zulke resistente gevallen en ook bij die patiënten, bij wie op de duur een gewenning aan ergotamine schijnt op te treden helpt nog wel eens methysergide, bijvoorbeeld 6 mg per dag als injectie.

Met deze verschillende vormen van profylaxe moet men een begin maken zodra een periode van aanvallen aanvangt en ermee doorgaan zolang als gewoonlijk deze periode pleegt te duren. Over de etiologie van deze soort neuralgie kan niets worden gezegd. Er bestaat geen aanleiding de aanvallen aan histamine-allergie toe te schrijven en ook verband met echte migraine kan niet worden aangetoond. Schrijvers vonden bij familieleden van hun patiënten zelden echte migraine, hetgeen in tegenstelling is met wat men zou kunnen verwachten, wanneer deze neuralgie een bijzondere vorm van migraine was. Ook de verdeling naar de geslachten is anders dan bij migraine. L. J. Bastiaans.

65-01r. The changing role of the social worker in medical education. Edelson, S. E. (1965) *Social Work* 10, 81.

In dit artikel worden de ervaringen besproken van een maatschappelijk werker, die de assistenten van een neurologische kliniek moet trainen in de methodiek van het maatschappelijk werk. De meeste opleidingscentra doen weinig om de aanstaande specialist vertrouwd te maken met de mogelijkheden van de vele paramedische hulpkrachten, voornamelijk omdat de meeste specialisten zich zelfstandig vestigen. Bovendien is de specialisatie meestal zo zwaar dat de assistent geen gelegenheid heeft zich te verdiepen in dergelijke mogelijkheden.

De maatschappelijk werker heeft de gelegenheid de assistent in opleiding te leren bepaalde zaken zelf te doen. Dit is volgens de schrijver van meer waarde dan de assistent te laten zien hoe hij een maatschappelijk werker moet gebruiken. Een dergelijk opleidingsprogramma kan slagen, wanneer aan twee voorwaarden is voldaan: de medische staf dient de noodzaak van de hulp in te zien; de maatschappelijk werker moet een zekere deskundigheid hebben, om in deze speciale „setting” goed te functioneren.

Tijdens de training wordt getracht de assistent in opleiding drie principia bij te brengen: de gemeenschap kan dienen als een belangrijke en niet te onderschatten hulpbron; de ziekte is van invloed op de individuele en gezinsinteracties; de relaties en interacties van het individu, zijn gezin en de gemeenschap worden aan de hand van voorkomende gevallen gedemonstreerd.

Conclusie van de schrijver is dat de patiënt moet worden gezien als een totaliteit en dat de dokter bereid moet zijn te helpen op elk niveau: somatisch, psychisch en sociaal.

H. J. Dokter