

Bij vestibulair onderzoek werd een spontane nystagmus van den derden graad hor. → rechts gevonden bij rechttuit zien (38 sl. per min.).

Positiënystagmus: in RZL hor. nyst. → R. 30 sl. per min.
in LZL hor. nyst. → R. 60 sl. per min.

Er bestond geen spontaan voorbijwijken en de ROMBERG was negatief.

Calorisch onderzoek:

Het linker labyrint bleek geheel onprikkelbaar te zijn.

Bij het rotatoire en galvanische onderzoek werden duidelijke asymmetrische waarden gevonden. De kipreacties waren om de bitemporale as normaal, om de lengteas houderig, patënt valt echter niet om.

Vestibulair onderzoek 3—7—1943: nog steeds een spontane nystagmus van den derden graad, hor. → rechts, echter afgewisseld met eenige verticale slagen. De rotatoire waarden waren nog steeds niet gecompenseerd:

Horizontaal:

10 × dr. n. R. hor. nyst. → L. 15 sl. in 16 sec. afgewisseld met enkele slagen vert. ↓

10 × dr. n. L. hor. nyst. → R. 33 sl. in 30 sec.

Rotatoir:

10 × dr. n. R. rot. nyst. ↘ R. 6 sl. in 9 sec.

10 × dr. n. L. rot. nyst. ↘ L. een enkele sl., spoedig overgaand in een spont. nyst. hor. → R

Epicrise:

In dit geval moet waarschijnlijk een centraal proces aangenomen worden als oorzaak van het MÉNIÈRE-syndroom, het is niet uitsluitend een gevolg van de otitis. Dit blijkt uit de volgende symptomen:

— beiderzijds gehoorsstoornissen.

— abnormale reacties, zoowel bij het calorisch als bij het rotatie-onderzoek.

— het geïsoleerd ontbreken van een rot. nystagmus ↘ links en een verticalen nystagmus ↑, terwijl beide labyrinten goed prikkelbaar zijn.

— de waarden na draaien naar rechts en naar links vertoonen een duidelijke asymmetrie, terwijl de compensatietijd reeds lang verstreken is (oude labyrintitis).

Het oorsuizen is na de operatie niet verbeterd. Ook is een recidief van de duizelingen opgetreden. Bij vestibulair onderzoek bleek toen een verticale spontane nystagmus te zijn ontstaan, hetgeen misschien zou kunnen wijzen op een uitbreiding van den haard waar de vaatstoornissen zich afspelen. Het is mogelijk, dat de drempelwaarde daardoor verlaagd is, zoodat het aantal prikkels uit de peripherie deze kan overschrijden en zóó een aanval doet ontstaan. Dat ruim 1½ jaar na de operatie nog een spontane nystagmus van den derden graad bestaat en de rotatoire waarden nog niet gecompenseerd zijn, moet waarschijnlijk aan de manipulaties aan het centraal zenuwstelsel bij de operatie worden toegeschreven.

Opmerkelijk is, dat postoperatief het audiogram aan den gezonden kant zelfs een verbetering vertoonde.

CONCLUSIE.

Het MÉNIÈRE-syndroom is een symptomencomplex, dat zeer vele oorzaken kan hebben. Door het opnemen van een nauwkeurige anamnese en een uitgebreid intern, ophthalmologisch, allergisch, neurologisch, acustisch en vestibulair onderzoek gelukt het in vele gevallen de oorzaak wel op te sporen; hierbij kunnen b.v. multipele sclerose, tumoren, traumata enz. aan het licht komen. Op deze wijze werden 63 patiënten met klachten over duizelingen onderzocht. Hierbij bleken 13 symptomatische gevallen van „MÉNIÈRE” te zijn. Bij de overige 50 patiënten werd geen duidelijke algemeene oorzaak gevonden (z.g. idiopathische gevallen). Bij alle patiënten werden met acustisch-vestibulair-onderzoek duidelijke afwijkingen gevonden. De localisatie van het proces kon hierdoor vaak bepaald worden. Uit het voorkomen van een dissociatie tusschen spraak- en toonhoor, uit verschillende dissociaties bij de uitkomsten van het vestibulaire onderzoek, uit het voorkomen van een positieve ROMBERG enz. kwam het merkwaardige feit aan het licht, dat in de meeste gevallen de aandoening hoofdzakelijk centraal gelocaliseerd moet worden. Van de 50 idiopathische gevallen van MÉNIÈRE bleken er 45 een centrale oorzaak te hebben, drie een zuiver periphere en bij twee patiënten moest men zoowel een centraal als een periphere proces aannemen.

In de literatuur blijkt omtrent de pathogenie nog geen eenheid van opvatting te bestaan, ook de sectieverslagen zijn niet eensluidend.

Volgens de hypothesen van de meeste onderzoekers, vooral die der laatste jaren, moeten hierbij vasomotorische stoornissen een groote rol spelen. Volgens de theorie van KOBRAK kennen wij vier vormen van vaatstoornissen n.l. zuiver organische, overwegend organische, overwegend functioneele en zuiver functioneele vormen. Deze vaatstoornissen met verschillende aetiologische genese hebben, vooral bij een labiel evenwicht van de vestibulaire systemen, tengevolge, dat reeds bij voor normale menschen niet schadelijke prikkels de drempelwaarde overschreden wordt en het evenwicht wordt verbroken. De prikkels zijn afkomstig uit de peripherie en hoopen zich op in het centrale zenuwstelsel. Bij overschrijding dus van een bepaalde drempelwaarde treedt de aanval van „MÉNIÈRE” op. Het doel van de therapie moet dan ook zijn een vermindering van het aantal prikkels naar het centrale zenuwstelsel te verkrijgen. Hierdoor

is o.a. het duidelijke effect wat de prismabril in sommige gevallen heeft te verklaren; zij vermindert de convergentie. Het gunstigst effect bereikt men blijkbaar met de chirurgische therapie, in het bijzonder met de octavusdoorsnijding. De goede resultaten van de operatieve therapie moeten wij hoogstwaarschijnlijk toeschrijven aan het feit, dat hierdoor het aantal prikkels het beste gereduceerd wordt.

Ook kan de therapie gericht zijn op een verhooging van de drempelwaarde, hetgeen verkregen kan worden o.a. door verbetering van de constitutie of langs medicamenteuzen weg.

SAMENVATTING.

Dit proefschrift behandelt het MÉNIÈRE-syndroom.

Er werd eerst een historisch overzicht gegeven en vervolgens werd bepaald, wat men onder het MÉNIÈRE-syndroom moet verstaan, in het bijzonder, wat men onder vestibulaire duizeling verstaat.

Het is gebleken, dat het MÉNIÈRE-syndroom zeer vele oorzaken kan hebben, welke achtereenvolgens werden nagegaan; ook werden de verschillende vormen van duizelingen, die hierbij optreden, beschreven. Aan den psychischen factor moet ook een groote beteekenis worden toegekend, hetgeen bleek uit het feit, dat bij een patiënt, bij wien reeds een octavusdoorsnijding had plaats gehad, door een hevige emotie toch een recidief optrad.

Vervolgens werd de symptomatologie van het MÉNIÈRE-syndroom beschreven. Eveneens aan de hand van eigen patiënten de symptomen, die beteekenis kunnen hebben voor de localisatie van het proces. Deze bestaan o.a. uit de verschillende afwijkingen en dissociaties van het gehoorsbeeld; bij het vestibulair onderzoek is de spontane en de positienystagmus van belang, verder de verschillende vormen van dissociaties bij het calorisch, rotatoir en galvanisch onderzoek. Bovendien hebben het voorbijwijken, de ROMBERG, de optokinetische nystagmus, en de kipreacties een localisatorische beteekenis.

Bij de bespreking van den optokinetischen nystagmus werden nog verschillende argumenten aangehaald ten bewijze, dat de subcorticale optokinetische nystagmus voor een deel de vestibulaire banen volgt.

Bij vestibulair onderzoek blijkt, dat de stoornissen in de kipreacties weliswaar in de meeste gevallen gepaard gaan met afwijkingen van de ROMBERG of van het spontaan en reactief voorbijwijken, maar ook onafhankelijk hiervan kunnen optreden.

Daarna werden de symptomen besproken, die optreden naar gelang den aard en de localisatie van de aandoening, vanaf de peripherie tot en met de groote hersenen.

Met een uitgebreid anamnestic, intern, ophthalmologisch, allergisch, neurologisch, acustisch en vestibulair onderzoek kon in 13 gevallen een duidelijke oorzaak worden gevonden, in de overige 50 gevallen niet.

Met dit onderzoek bleek, dat voor de meeste idiopathische gevallen van „MÉNIÈRE" hoofdzakelijk een centrale oorzaak aangenomen moet worden.

Bij de bespreking van de pathogenie werd vooral ingegaan op de groote beteekenis van de verschillende vormen van vaatstoornissen door KOBRAK beschreven.

De prognose werd aan de hand van beschreven gevallen uit de literatuur nagegaan.

Bij de therapie werd de medicamenteuze, oogheekundige en chirurgische behandeling besproken, in het bijzonder de werking van het histamine en de resultaten van de octavusdoorsnijding.

De bedoeling van deze dissertatie is vooral om aan te toonen, dat bij elken patiënt met klachten over duizelingen een uitvoerig intern en neurologisch onderzoek noodzakelijk is, maar tevens een veel uitgebreider acustisch vestibulair onderzoek.

Er blijkt dan dat veel meer centrale stoornissen aan het licht komen dan men verwachten zou.

Ook blijkt dat de aard van de duizelingen meer afhankelijk is van den aard van het proces dan van de localisatie.

De bevinding van LERMOYEZ, dat het gehoor tijdens een aanval soms beter is dan daarbuiten, kon audiometrisch bevestigd worden.

RÉSUMÉ.

Dans cette dissertation l'auteur se propose d'établir une description historique du syndrome MÉNIÈRE, en particulier de ce qu'il faut entendre par le vertige vestibulaire.

Il se trouve en effet, que le syndrome MÉNIÈRE peut être provoqué par des causes multiples, qui successivement sont étudiés avec les différentes formes de vertiges qui s'y présentent.

L'élément psychique est aussi d'une importance considérable ce qui est démontré par un cas de récurrence causée après la section du nerf auditif par une émotion violente.

Suit la symptomatologie du syndrome MÉNIÈRE surquoi l'auteur en nous présentant ses propres malades parcourt les symptômes significatifs pour la localisation du procès de la maladie.

Ces symptômes se composent entre autres de différentes déviations et dissociations de l'image auditive; dans l'enquête vestibulaire, le nystagmus spontané et le nystagmus de position est intéressant, puis les différentes formes de dissociation dans l'enquête calorique, rotatoire et galvanique. En outre ont une signification localisatoire l'épreuve de l'indication, le signe de ROMBERG, le nystagmus optokinétique et les réactions d'adaptation de RADEMAKER et GARCIN.

En discutant le nystagmus optokinétique plusieurs arguments furent cités pour prouver le fait que le nystagmus optokinétique subcortical suit en parties les chemins vestibulaires.

L'enquête vestibulaire démontre, que les perturbations dans les réactions d'adaptation sont, il est vrai, la plupart du temps accompagnées des déviations du signe de ROMBERG ou des troubles de l'indication spontanée ou réactive mais qu'elles peuvent aussi se manifester indépendamment de ces déviations là.

Ensuite furent discutés les symptômes, qui se présentent d'après le caractère et la localisation du proces de la maladie, à partir de la périphérie jusqu'au grand cerveau inclusivement.

Au moyen d'une vaste enquête anamnétique, interne, ophthalmologique, allergique, neurologique, acoustique et vestibulaire, il fut possible de trouver en 13 cas une cause évidente, dans les autres 50 cas il fut impossible.

Avec cette enquête il se trouva, que pour la plupart des cas idiopathiques de MÉNIÈRE il faut admettre en général une cause centrale.

Dans la discussion de la pathogénie on a surtout insisté sur la grosse signification des différentes formes de perturbation de vaisseaux sanguins décrites par KOBRAK.