

# Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

**Psychologie am Krankenbett.** Bayer von, W. (1958) *Gesundheitsfürsorge-Gesundheitspolitik* 7, 197.

Elk geschrift over de psychologie van het ziek-zijn heeft de pretentie, artsen en andere in de verpleging werkzame personen iets te leren over een zijde van het ziek-zijn, die naast de technische, medische en organisatorische facetten daarvan gemakkelijk vergeten wordt. Geenszins moet men echter menen, dat uit de psychologie van het ziek-zijn vaste regels en voorschriften resulteren; de psychologie van het ziek-zijn kan slechts accentueren, ordenen en verduidelijken, wat het hart en het verstand reeds vermoeden en wisten.

De zielloosheid van de moderne geneeskunde volgt de enorme vorderingen van de natuurwetenschappelijke methoden, waarbij de patiënt tot voorwerp van onderzoek, behandeling en organisatie wordt. Dit brengt noodzakelijkerwijs generalisatie met zich mee.

Het is nu de vraag, of zielkunde en zielszorg de verzakelijking in de moderne geneeskunde kunnen tegengaan. Hier dreigt het gevaar, dat de uitsluitende belangstelling voor de patiënt als psychologisch studie-object krenkend werkt, evenals deze zich miskend voelt, wanneer men alleen belangstelling voor hem heeft met betrekking tot zijn lichamelijke functies. Het liefdevolle gegrepen-zijn door de psychosomatische nood van de zieke moet als richtsnoer dienen om de patiënt succesvol met psychologische kennis tegemoet te treden. Daartegenover staat, dat de zieke niet in de eerste plaats bemind, maar adequaat behandeld en zo snel mogelijk genezen wil worden. Hij verwacht naast vriendelijkheid, geduld en begrip ook objectiviteit en afstand nemen (overdracht en tegenoverdracht).

In de psychologie van het ziek-zijn is het inzicht, dat de wereld van de zieke een heel andere is dan die van de gezonde, wel het belangrijkste. Het gaat hier niet slechts om een falen van lichamelijke functies of om pijn, maar ook om zijn verhouding tot zichzelf en tot zijn omgeving, die door het ziek-zijn verandert. Ziekte veroorzaakt meestal een onverwachte onderbreking van de levensloop, waarbij de buitenwereld ineenschrompelt tot de ziekenkamer, tot het bed. In dit kleine wereldje krijgen de dingen en hun veranderingen een betekenis, die zij voor de gezonde buitenstaander niet hebben. Pflügge heeft op zeer indrukwekkende wijze beschreven, hoe ver de inkrimping van de wereld kan gaan bij carcinoompatiënten in het laatste stadium. Zij vragen niet meer, bekommeren zich niet meer om „buiten” en leven teruggetrokken in zichzelf.

Bij pijn wordt de wereld van de zieke vernauwd tot op het eigen lichaam, dat hem geheel beheerst en daardoor isoleert van zijn medemensen. Bij de zwaar zieke, die geen pijn meer heeft, lijkt het dan tenslotte wel, alsof hij zich van zijn stofelijk omhulsel heeft gedistancieerd.

Daarnaast is de zieke een wachtende; hij wacht op de genezing. Dit wachten wordt geaccentueerd en pijnlijk voelbaar gemaakt door het wachten in wachtkamers, ziekenhuisgangen en voor de ruimten, waar diagnostiek en therapie worden bedreven; ook door het wachten op de visite van de arts. Dit urenlange, vaak vergeefse wachten en weer teruggesteld worden zijn zo algemeen verbreid, dat men eraan gewend is geraakt, behalve... wanneer men toevallig zelf tot de wachtenden behoort. Dit wachten betekent voor de patiënten spanning, welke toeneemt met de tijdsduur van het wachten, en groeiende angst voor de resultaten van de diagnostiek en de bezwaren en gevaren van de therapie. Betere organisatie van poliklinieken en spreekuren zou althans dit deel van het wachten voor de patiënt kunnen verlichten.

Behalve dat de zieke mens anders in ruimte en tijd staat dan de gezonde, is er ook een accentverschuiving in zijn verhouding ten opzichte van zijn medemensen, zoals arts, verplegend personeel, andere zieken en bezoekers. Terwijl er enerzijds bij anamnestic en lichamelijk onderzoek een letterlijk zeer nauw contact is tussen patiënt en arts, bestaat er in een bepaald opzicht een grote afstand tot de arts, daar de patiënt diens doen en laten niet objectief vermag te beoordelen. De ontmoeting tussen patiënt en arts is geen zuiver zakelijke neutrale betrekking, maar van meet af aan mede bepaald door irrationele affectieve momenten (placebo-proeven).

De ontmoeting van de zieke met het verplegend personeel is gekenmerkt door de accentuering van het regressieve karakter, dat ziekte toch al heeft.

De ontmoeting van de zieke met andere zieken op de zaal en in de wachtkamer is afhankelijk van zijn eigen instelling. De meesten van de geestelijk eenvoudig-gestructureerde, extroverte patiënten prefereren een ziekenkamer met een niet te groot aantal patiënten, waar zij zichzelf ontvluchten in gesprekken en observaties. Daarentegen kunnen in zo'n noodgemeenschap, waar de scheidingsmuren tussen de toevallig bijeengebrachte mensen meestal snel verdwijnen, angst en vrees toenemen en wantrouwen ontstaan tegenover de arts en zijn maatregelen. Gelukkig komt in de ziekenkamer ook steeds een positieve en bemoedigende gesprekstoestand voor.

Hoewel het bezoek van familieleden en vrienden, die van buiten — uit de misschien reeds wat vreemde en verre buitenwereld — komen, elke keer weer opnieuw met ongeduld wordt verbeid, heeft het bezoek ook zijn schaduwzijden: ernstig zieken en naïeve gezonden begrijpen elkaar meestal niet goed.

Wij zouden gaarne meer willen weten over het innerlijk leven van de, overigens geestelijk normale zieken, over hun angsten, fantasieën en dromen, over de vervlakking en vernauwing van hun bewustzijn, maar ook over de verdieping en sublimering, die door ziekte kunnen ontstaan.

A. Hofmans

**Ueber mehrjährigen Erfahrungen bei der Behandlung in Monilienerkrankungen des Säuglings mit Nystatin.** Otten, H. en W. Magret (1958) *Münch. med. Wschr.* 100,348.

De monilia kunnen tot de overal voorkomende schimmels gerekend worden; als zodanig hebben zij saprofytische eigenschappen. Aan de andere kant zijn er al meer dan honderd jaar door monilia veroorzaakte ziektebeelden bekend. Drouet karakteriseerde daarom de monilia als kiemen met een potentiële pathogeniteit, die alleen van het „terrein” afhankelijk is. Om het begrip „terrein” duidelijk te maken, zouden twee los van elkaar staande processen onder deze benaming kunnen worden samengebracht, namelijk het bijzondere gedrag van de gastheer en de verhouding van de schimmel tot de symbionten van huid en slijmvliezen.

Het is reeds lang bekend, dat onder andere dystrofische zuigelingen en ernstige zieken zeer gevoelig zijn voor een infectie met monilia. De antibiotische behandeling, die bij deze groepen zieken dikwijls nodig is, kan tot een verandering of opruiming der symbionten voeren. Op deze manier kan men sinds de invoering der antibiotica ernstige moniliaziekten zien optreden in de mond en in de gehele tractus digestivus en kan in zeer ernstige gevallen zelfs een moniliasis der longen ontstaan. In 1950 beschreven Hasen en Brown in New-York een nieuwe fungistatische stof, die zij nystatin

noemden. Dit preparaat wordt meestal goed verdragen en er zijn slechts weinig onaangename bijverschijnselen als braken en diarree waargenomen.

Behandeld werden kinderen, die door antibiotica een ernstige moniliasis der darmen hadden gekregen. In 50 gevallen werd het resultaat van de behandeling mycologisch nagegaan. In al deze gevallen waren na de vierde dag geen monilia meer in de ontlasting te vinden. Wel traden enkele recidieven op, maar deze reageerden goed op een hernieuwde behandeling met nystatin. Resistentie werd niet gezien. Aan zuigelingen werd viermaal een dosis van 25.000 tot 50.000 eenheden oraal gegeven: bij een moniliabeslag in de mond werd een suspensie van 50.000 eenheden in vijf ml water op het beslag gedruppeld. Bij moniliasepsis en infecties van andere organen moeten hogere doses worden gegeven: bij zuigelingen 1.600.000 tot 2.000.000 eenheden in drie of vier doses en bij volwassenen 3.000.000 tot 10.000.000 eenheden. Soms is het nodig nog hoger te gaan tot braken en diarree optreden, waarna moet worden doorgedaan met een dosis, die iets lager ligt. Om de oorspronkelijke ziekte te bestrijden moet ook steeds worden doorgedaan met een antibioticum, dat het ontstaan van de moniliasis in de hand heeft gewerkt. Vooral bij een langdurige behandeling met breedspectrumantibiotica moet men er dus aan denken tijdig nystatin te geven om geen ernstige moniliasis te provoceren.

R. Stoop

**The use and abuse of tranquillizers.** *May, A. R. (1958) Brit. J. clin. Pract. 12, 348.*

De medicamenteuze behandeling van enige psychiatrische symptomen is in de laatste tijd uitgebreid met de toepassing van de zogenaamde tranquillizers. Deze tranquillizers hebben voornamelijk een sedatieve en geen hypnotische werking. Er bestaat een neiging de waarde van een nieuw geneesmiddel te overdrijven en dit geldt zeker voor de moderne tranquillizers.

Om praktische redenen verdeelt de schrijver de tranquillizers in twee groepen. De eerste groep omvat de krachtig werkende tranquillizers Largactil en reserpine, die voornamelijk bij psychosen worden gebruikt. De tweede groep omvat de minder krachtig werkende tranquillizers meprobamaat, benactyzine en methylpentynol, die hoofdzakelijk worden toegepast bij neurosen.

Largactil en reserpine oefenen in de eerste plaats een depressieve werking uit op de hypothalamus, waardoor een verlaging van bloeddruk, basaalmetabolisme en lichaamstemperatuur ontstaat. Largactil beïnvloedt ook de hypofysis anterior en verstoort het hormonale evenwicht, wat bij sommige vrouwen aanleiding geeft tot lactatie en amenorrhoea. In de tweede plaats beïnvloeden ze de reticulair formatie van de middenhersenen. Op dit gebied van de hersenen werkt Largactil in een kleine dosis depressief en in grote doses stimulerend. Reserpine stimuleert in elke dosis, werkt echter depressief op de hypothalamus. Indien de dosering zeer hoog is, kan door te sterke prikkeling van de reticulair formatie parkinsonisme ontstaan. Largactil heeft behalve een centrale, ook een perifere blokkerende werking op de sympathische ganglia. Largactil is geïndiceerd bij psychotische patiënten ter bestrijding van rusteloosheid, agressiviteit en gedragsstoornissen en verder ter kalmering van geagiteerde seniele patiënten en gestoorde hyperkinetische kinderen. Ter verkrijging van een snel effect geve men 50 tot 100 mg intramusculair en daarna 600 tot 800 mg per dag per os. De bijwerkingen zijn van onschuldige aard. Tengevolge van de werking op de hypothalamus ontstaan soms hypotensie, constipatie en slaperigheid. Allergische verschijnselen, van erytheem tot papuleuze erupties, komen voor. Toxische reacties zijn: icterus, parkinsonisme en agranulocytose. In 1,5% der gevallen ontstaat in de eerste vier weken van de behandeling icterus, die na het staken van de medicatie weer verdwijnt. Indien daarna wederom Largactil gebruikt wordt, keert de icterus zelden terug. Men zij op zijn hoede bij chronische alcoholisten, leverstoornissen, graviditeit en braken. Parkinsonisme komt voor na hoge dosering gedurende lange tijd; het is reversibel na staking der medicatie. Agranulocytose is zeldzaam, maar men moet er bij langdurige doseringen rekening mee houden.

Andere fenotiazinederivaten zijn: promazine, mepazine (Pacatal) en acetylpromazine. De werking en indicaties daarvan zijn vrijwel dezelfde als die van Largactil, maar zijn nog minder uitvoerig onderzocht. Promazine zou iets minder toxisch zijn dan Largactil en vooral geïndiceerd zijn bij verschijnselen van alcoholabstinentie. De dosering is dezelfde als van Largactil. Mepazine noopt tot voorzichtigheid wegens grotere toxiciteit. Het helpt soms in gevallen, waar Largactil niet baat. De dosering is eveneens als die van Largactil. Acetylpromazine is nog nieuw en vrij onbekend. De indicaties zijn dezelfde als die van Largactil, maar de dosering is de helft.

Reserpine is een der alcaloïden uit de wortel van de Indische plant *Rauwolfia serpentina*. De dosering bij psychosen is 5 tot 10 mg per dag intramusculair gedurende enkele dagen. Nadat het gewenste effect is bereikt, geve men 4 tot 8 mg per dag oraal als onderhoudsdosis. Sommige schrijvers bevelen een combinatie aan van reserpine en Largactil in een verhouding van 1 mg op 100 mg.

De bijwerkingen kunnen zijn: slaperigheid, duizeligheid, diarree, hypotensie en neusverstopping; verder speekselvloed, die men kan bestrijden met tinctura belladonnae, en na hoge doses gedurende lange tijd ook parkinsonisme, oedeem van het gelaat en de voeten, alsmede epileptiforme aanvallen. Ontstaat een depressie, dan stak men de medicatie.

Van de minder krachtig werkende tranquillizers beïnvloedt meprobamaat het centrale zenuwstelsel, echter zonder de vegetatieve functies te storen. De voornaamste werking is het opheffen van angst en spanning. Het zou beter werken dan Luminal, wat echter door anderen weer wordt ontkend. Niettemin is dit preparaat in Amerika zeer populair. Als ongewenste toxische reacties, zelfs na een zeer kleine dosis, zijn slaperigheid en purpura-achtige huidafwijkingen beschreven. Dysartrie en incoördinatie kunnen na hogere dosering ontstaan. Na het plotseling weglaten van een hoge dosering komen convulsies voor.

Benactyzine is een zeer omstreden middel en veroorzaakt soms een zwaar gevoel in de ledematen, slaperigheid en een droge mond. Methylpentynol (een hogere alcohol) werkt licht sedatief. De werking is snel, maar kort. Het is vrij toxisch en kan een beeld veroorzaken, dat lijkt op acute alcoholintoxicatie.

R. Vos

**Vaginites et infection néonatale: étiologie des mycoses du nouveau-né.** *Bret, J. en Cl. Coupe; (1958) Presse méd. 66, 937.*

De mogelijkheid van besmetting van pasgeborenen tijdens de passage door het baringskanaal is het onderwerp van dit artikel.

De schrijvers onderzochten daartoe 300 willekeurige moeders en hun 301 kinderen. Bij de moeders werden tijdens de bevalling uitstrijken van de vagina vervaardigd. Bij de zuigelingen werden bij de geboorte en ook zes uur daarna uitstrijken van de mond- en neusholten gemaakt en men onderzocht tevens na 24 uur en na vier dagen mond- en neusholten, feces en urine; dit laatste werd bij de laatste 100 zuigelingen bovendien bij het verlaten van de kliniek nog eens gedaan.

Bij 59 vrouwen (20%) werd *Candida albicans* gevonden. Bij de geboorte hadden 49 van de 301 zuigelingen *Candida albicans* in mond- en neusholten, waarvan 29 met bijmenging van stafylokokken en gramnegatieve bacillen. In al deze gevallen was *Candida albicans* bij de moeder tijdens de baring aangetoond. Eén vrouw met een door *Candida albicans* veroorzaakte vaginitis baarde een tweeling, die eveneens *Candida*-drager bleek te zijn.

Bij dit onderzoek werd dus gevonden, dat 48 van de 59 besmette vrouwen *Candida albicans* op hun kinderen hebben overgebracht en dat bij pasgeborenen, van wie de moeder vrij was van besmetting, nooit *Candida albicans* is gevonden. Besmetting van een pasgeborene door de moeder schijnt dus wel vast te staan.

Bij de onderzoeken 24 uur en vier dagen na de geboorte werd gevonden, dat de luchtwegen bij 34 van de 49 zuigelingen geen *Candida albicans* bevatten, maar dat deze schimmel na 24 uur vijfmaal in de urine en negenmaal in de ont-

lastig en na vier dagen zesmaal in de urine en tienmaal in de feces werd aangetroffen. De aanwezigheid van candida albicans in de urine gaf geen klinische verschijnselen.

In de groep der laatste 100 zuigelingen hadden er bij de geboorte zeventien candida albicans in de mond- en neusholten. Zeven van deze kinderen bleven besmet tot de tiende dag en bij vier daarvan vond men vóór de vijftiende dag mycotische stomatitis, erytheem van de dijen en candida albicans in de feces.

Behandeling met nystatin gaf een goed resultaat. Een baby, die op de tiende dag ontslagen was, had een maand later een hardnekkige anorexie; men vond candida albicans in mondholte en faeces. Fongicidin deed de voedingsmoeilijkheden verdwijnen.

Bij 83 zuigelingen, die bij de geboorte niet besmet waren, werd tweemaal een mycotische stomatitis gevonden. Deze kinderen waren dus in de kliniek besmet.

De schrijvers komen nu tot de volgende conclusies. Van de barenden herbergt 20% candida albicans in de vagina. Direct na de geboorte vindt men geen candida albicans in de mond- en neusholten van kinderen van onbesmette moeders. De pasgeborenen, in wier mond- en neusholten candida albicans gevonden werd, zijn geboren uit draagsters van deze schimmel. Van de barenden met candida albicans in de vagina besmetten er 83% hun kinderen. Bij 40% der besmette kinderen vindt men op de tiende dag nog candida albicans. Van de kinderen, die bij het verlaten van de kliniek nog dragers van candida albicans waren, werden er 7% tijdens en 2% na de bevalling besmet. Hoe de schimmel bij de zuigeling weer verdwijnt, bleef onverklaard.

De tijdelijke aanwezigheid van candida albicans in de urine van pasgeborenen wijst niet ipso facto op een pathologische toestand.

Volledig bacteriologisch onderzoek en goede behandeling van vaginitis bij zwangeren zijn nodig als profylaxe tegen besmetting van neonati met candida albicans.

Om de verwekker van een infectie bij pasgeborenen vast te stellen, is bacteriologisch onderzoek van secreet van de vagina noodzakelijk. Vooral wanneer de verwekkers moeilijk te vinden zijn (hepatitis, pneumopathie).

N. Bessem

**Treatment of certain side-effects of morphine.** *Christie, G., S. Gershon, R. Gray, F. H. Shaw, I. Mc Cance en D. W. Bruce (1958) Brit.med. J. I, 675.*

Als nadelige bijwerkingen van morfine zijn bekend het onderdrukken van de ademhaling, de misselijkheid, het braken en de depressie van het centrale zenuwstelsel (narcose).

Er zouden dus drie middelen nodig zijn om deze bijwerkingen tegen te gaan. Reeds uit de literatuur zijn bekend het N-allylnormorfine, dat de depressie van de ademhaling tegenwerkt en het amifenazole\*, dat de narcotiserende werking tegengaat. Hieraan zou dus nog een middel tegen de misselijkheid en het braken moeten worden toegevoegd.

Het verslag van de schrijvers toont nu aan, dat na gebruik van morfine braken vaker en in ernstiger mate voorkomt dan algemeen wordt gedacht en dat dit opgeheven kan worden

door het toedienen van cyclizine hydrochloride (Marzine). Bovendien bewijst dit verslag nog eens duidelijk, dat amifenazole de depressie van het centrale zenuwstelsel tegengaat. Deze conclusies worden getrokken uit een onderzoek van drie experimentele series en enkele ziektegevallen. De morfine werd gegeven in doses van 15—30 mg per injectie, meestal intramusculair, soms intraveneus.

Een der series bestond uit 46 vrijwilligers uit het leger, die de verschillende stoffen afzonderlijk en in combinatie volgens een bepaald schema toegediend kregen. Hierbij bleek, dat amifenazole een aanzienlijke vermindering van de slaperigheid veroorzaakte en een geringe afname van de misselijkheid en het braken. Werde enkele minuten vóór de morfine-injectie 50 mg cyclizine hydrochloride oraal toegediend, dan was er een duidelijke afname van de misselijkheid en het braken merkbaar. De ataxie nam niet duidelijk af na toediening van cyclizine of amifenazole of van een combinatie daarvan.

Deze vrijwilligers voerden twee prestatietests uit waarbij noch cyclizine, noch amifenazole enig effect op de prestatie bleken uit te oefenen. Werde morfine met cyclizine toegediend, dan trad „enige” vermindering van de prestatie op; wanneer daarbij nog amifenazole werd gegeven, trad een grotere prestatievermindering op.

Een andere serie bestond uit vrouwen, die een kleine ingreep zouden ondergaan. Het enige duidelijke resultaat uit deze serie was, dat amifenazole de narcose door de morfine voor een belangrijk deel opheft.

De bevindingen bij de experimenten met een groep van 28 studenten, die na toediening van de verschillende middelen twee psychologische prestatietests uitvoerden, bevestigden de reeds gedane waarnemingen.

In een achttal gevallen van carcinoom bleek, dat het aantal bijwerkingen tengevolge van morfine laag was (ongeveer 1%). Cyclizine deed ook hier het braken en de misselijkheid duidelijk verminderen. Interessant was de bevinding, dat de bloeddruk na toediening van morfine door cyclizine verbeterde of althans op hetzelfde peil bleef. Het bewustzijnspeil werd niet verbeterd: zelfs kwamen alle patiënten in een diepere narcotische toestand en in enkele gevallen traden zelfs ongewenste psychotische symptomen op. Ook de ademhaling verbeterde niet. Cyclizine werkte soms oraal onvoldoende, zodat het dan intramusculair en ook wel intraveneus werd gegeven. Bij drie patiënten werd morfine in combinatie met amifenazole gegeven (onder andere in doses van 150 mg morfine iedere zes uur en 120 mg amifenazole dagelijks gedurende verscheidene maanden); ook nu bleek, dat de depressie van het centrale zenuwstelsel voor een belangrijk deel werd opgeheven.

De schrijvers wijzen er op, dat het soms nodig is het toedienen van amifenazole te staken bij het naderen van de dood. Sommige patiënten zouden anders te veel inzicht in hun toestand krijgen en de schrijvers menen, dat het humaner is zulke patiënten in een comateuze toestand te laten sterven.

P. Zwanenburg

\* amifenazole = Daptazol (diaminophenylthiazol = D.A.P.T.)

## VOORLICHTINGSBUREAU VOOR ARTSEN

FINANCIERING  
PRAKTIJKOVERDRACHT  
ASSOCIATIE EN VESTIGING  
VERZEKERINGSAANGELEGENHEDEN

BILTHOVEN - LASSUSLAAN 101 - 105  
TELEFOON 03402 - 4241 (3 LIJNEN)  
(8 - 23 UUR)

AMSTERDAM - HERENGRACHT 573  
(TUSSEN VIJZELSTR. EN UTR. STR.)  
TELEFOON 020 - 63796 (9 - 17 UUR)