

De behandeling van carcinoompatiënten in de algemene praktijk*

DOOR E. VAN WESTREENEN, HUISARTS TE ROTTERDAM

Vraagt men zich af, op welke wijze de huisarts op de meest doeltreffende wijze kan medewerken aan de bestrijding van het grote leed, dat kanker aan de mensheid toebrengt, dan is het goed voorop te stellen dat de huisarts voornamelijk wordt geconfronteerd met twee aspecten van het carcinoomvraagstuk. In de eerste plaats noem ik de vroegtijdige herkenning van beginnende gezwellen. Als frontsoldaten dienen wij, voortdurend op onze hoede, en uitgerust met kennis omtrent de vroegste verschijnselen, de vijand bijtijds te ontdekken, zodat een doeltreffende bestrijding mogelijk is.

Ik wil het in dit artikel echter voornamelijk hebben over het tweede aspect: de behandeling van kankerpatiënten in het terminale, inoperabele stadium. Wij zijn het er wel over eens, dat het middengedeelte overgelaten kan worden aan de specialist, zonder wiens technisch kunnen de strijd al bij voorbaat ten gunste van de vijand beslist zou zijn.

Mijn eerste patiënt, die ik u wil voorstellen is een ongehuwde vrouw van 56 jaar, die samen met haar zuster een winkel drijft. In 1954 is haar inwonende moeder, aan wie ze zeer was gehecht, overleden; dit verlies kon ze moeilijk verwerken. De twee zusters leven hun eentonige gefrustreerde bestaan en het wekte bij mij dan ook geen verbazing, onze patiënte in mei 1955 op het spreekuur te zien verschijnen met vage klachten over algemene lusteloosheid, moeheid en pijn in de benen.

Wanneer men dan bij het eerste oppervlakkige lichamelijke onderzoek, zoals gebruikelijk tijdens een spreekuur, geen afwijkingen vindt en patiënte zelf toegeeft zeer nerveus en depressief te zijn, nog steeds wegens het verlies van haar moeder, komt men er gauw toe, haar lichamelijke klachten te zien als een gevolg van haar innerlijke onzekerheid en ontevredenheid met haar huidige bestaan. Ik gaf haar een tonicum, doch patiënte bleef klachten houden, waarbij de extreme moeheid toch wel op de voorgrond stond.

Het onderzoek wordt uitgebreid met het bepalen van de bezinkingssnelheid der erythrocyten, die 32 mm na het eerste en 54 mm na het tweede uur blijkt te zijn. Hierdoor wel wat gealarmeerd, wordt de anamnese nog eens goed opgenomen, daarbij alle tracti systematisch afwerkend. Vage buikklachten van dyspeptische aard leiden tot het speuren naar occult bloed in de faeces en zowaar: de benzidine-reactie blijkt sterk positief uit te vallen. Bij rectaal toucher zijn er geen afwijkingen, doch de chirurg, naar wie patiënte wordt verwezen, vindt bij recto-

scopie op elf centimeter van de anus een ulcererende tumor, waaruit bij proefexcisie de diagnose adenocarcinoom wordt gesteld. Bij de operatie blijkt dat zich een grote hobbelige tumormassa bevindt in het cavum Douglasi, uitgaande van het rectosigmoid, ook onder het peritoneum van het cavum Douglasi doorlopend. Ter plaatse zijn reeds talrijke metastasen te voelen en te zien in het peritoneum. Tevens zijn er levermetastasen palpabel, zodat hier palliatief niet veel aan te doen is. Daar het lumen bovendien nog duidelijk doorgankelijk is, wordt hiermede de operatie besloten. Op de vraag van patiënte, of ze nu genezen is, moet de chirurg natuurlijk het antwoord schuldig blijven. Hij praat er wat omheen en ontslaat haar uit het ziekenhuis met de mededeling, dat de huisarts haar nu verder zal behandelen en dat hij deze wel over haar ziektegeval zal inlichten.

Bovenstaande ziektegeschiedenis maakte een zeker schuldgevoel bij mij over het verloop begrijpelijk. Ik had patiënte bij het eerste spreekuurbezoek duidelijk tekort gedaan door de mij door haarzelf opgedrongen psychosomatische ontstaanswijze van haar klachten onmiddellijk als juist te aanvaarden. Door een ziektegeschiedenis uit te zoeken, waarin geen fouten waren gemaakt, had ik dit artikel wellicht zonder een mea culpa kunnen beginnen, doch met opzet heb ik toch dit ziektegeval uitgekozen. Door een dergelijk geval realiseert men zich eerst goed, hoe wij tijdens de dagelijkse spreekuurroutine voortdurend ons eerste onderzoek beperken tot dat gedeelte van de patiënt, waarvan wij aannemen, dat de voornaamste verschijnselen van de ziekte gezeteld zijn. Bij het aanhoren van de klachten wordt ons denken en handelen daarna sterk beïnvloed door de diagnose, die wij verwachten te zullen stellen. *Van der Valk*¹ noemt dit „de onvolledigheid van de arts in zijn reactie op het alarmsignaal, waarmee de patiënt zich tot hem wendt”. Weinig specifieke klachten kunnen weliswaar op een beginnend carcinoom wijzen, maar blijken in de algemene praktijk veel en veel vaker te berusten op onschuldige stoornissen. Mogelijk schrikken wij er ook voor terug, de patiënt door ingrijpende onderzoeken en verwijzingen ongerust te maken. Het behandelen van „minor ailments” eist een te groot deel van onze dagelijkse aandacht op. Het selecteren van de patiënten, die een volledig onderzoek nodig hebben teneinde een snelle, doeltreffende behandeling te kunnen instellen, behoort tot een van de moeilijkste taken van de huisarts. Na afloop van de behandeling van elk ziektegeval van enige importantie moet men zich steeds weer afvragen op welke wijze de

* Naar een voordracht gehouden voor een studiegroep van het centrum Rotterdam van het N.H.G.

diagnose wellicht eerder gesteld had kunnen worden en welke fouten er bij het onderzoek zijn gemaakt, die het stellen van de diagnose vertraagd hebben. Het komt mij voor, dat in dergelijke gevallen de onderlinge bespreking en kritiek met collega's in een studiegroep zeer belangrijk en vruchtdragend kunnen zijn.

Keren wij nu terug naar onze patiënte, dan behoeft ik u nauwelijks te schetsen, welke lijdensweg er na ontslag uit het ziekenhuis thuis begint. U kent het allen uit ervaring. De aanvankelijk lichte buikklachten veranderen in hevige pijnen en de darmontleding wordt hoe langer hoe moeilijker. Intensieve pijnbestrijding, aanvankelijk met dolantine en later met pantopon, blijken noodzakelijk. De toediening van morfinepreparaten bemoeilijkt de defaecatie nog meer en de patiënte wordt suf en misselijk. Zij is begrijpelijkerwijze nogal depressief en af en toe opstandig. Elk bezoek, dat ik haar bracht, was een loodzware gang, waarbij ik vragen te beantwoorden kreeg als: „Ik word niet meer beter, is het niet? De operatie heeft immers niet geholpen, de chirurg heeft het niet radicaal kunnen behandelen. Is er nu geen andere mogelijkheid?” Ik begon een behandeling met Largactil, aanvankelijk driemaal daags 25 mg, later drie maal daags 50 mg. Hierop werd patiënte tijdelijk iets rustiger en scheen wat meer afstand te kunnen nemen tot haar ziekte.

Zoals te verwachten was, schrijdt het proces voort en de pijn wordt zo hevig dat in januari 1956 de eerste morfine-injectie noodzakelijk blijkt. Toenemende doses morfine zijn nodig om patiënte een althans dragelijke toestand te bezorgen waarbij de bezwaren van de morfinebehandeling eveneens toenemen.

Er ontwikkelt zich langzamerhand een progressieve ileus. Patiënte wordt wederom opgenomen en door middel van een anus praeternaturalis wordt een althans tijdelijke verlichting van haar lijden teweeggebracht. Bij de laparotomie wordt uitgebreide carcinosis in het kleine bekken gevonden met levermetastasen. In het ziekenhuis is zij tenslotte gesuicmeerd.

Het bovenstaande droeve relaas deed ik u niet om iets nieuws te vertellen; het is een helaas te dikwijls terugkerende gebeurtenis in onze dagelijkse praktijk. Mijn bedoeling is ons allen nog eens bewust te doen worden van het leed van de carcinoompatiënte in het terminale stadium en van de medisch-ethische en therapeutische problemen, die zich daarbij aan ons opdringen.

In mijn eigen praktijk deden zich in de periode van 1 maart 1954 tot 1 december 1958 145 sterfgevallen voor, waarvan 37 aan maligne gezwelvorming, dit is 25%. Hieronder zijn tevens begrepen gevallen van de ziekte van Hodgkin en leukemie. Van deze 37 kankerpatiënten overleden er 17 thuis onder mijn behandeling. Dit betekent, dat bijna 50% van de carcinoompatiënten het terminale stadium thuis heeft doorgemaakt.

Dat aan de zorg en toewijding van de huisarts nog wel het een en ander ontbreekt, blijkt uit een rap-

port van de oud-directrice van het Antonie van Leeuwenhoekhuis, zuster *Joosse*², die een na-onderzoek deed bij uit het Kankerziekenhuis ontslagen patiënten. Ik wil hier uitlichten het speciaal voor de huisarts belangrijke gedeelte. Van een bepaalde groep van 135 patiënten blijkt, dat bij 24 de huisarts in het geheel niet kwam kijken. In 14 gevallen was de huisarts bij het ziekenhuis niet bekend, soms omdat de patiënt rechtstreeks naar een specialist was gegaan, soms omdat de patiënt geen huisarts had. Ook kwam het voor, dat de patiënten waren verhuisd en dus van arts moesten veranderen en daar nog niet toe waren gekomen. Mogen bovengenoemde redenen buiten de schuld van de huisarts liggen, ernstiger is, wanneer zuster *Joosse* constateert, dat de huisarts, die zijn patiënt naar een specialist of specifiek ziekenhuis heeft verwezen, zich op het standpunt stelt, dat hij daarmee ook de verdere nabehandeling heeft overgedragen. De familie van de zieke gaat dan de medicijnen of het benodigde verband bij de dokter halen, maar de patiënt mist daardoor de raad en steun, die hij in de tijd tussen de bezoeken aan het ziekenhuis zo nodig heeft.

Balint stelt in zijn lezenswaardige boek „The doctor, his patient and the illness” onder andere, dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt uiteindelijk bij een en dezelfde persoon aanwezig behoort te zijn en wel de huisarts. Indien deze meent van de behandeling af te zijn op het moment, dat hij de patiënt verwijst naar de specialist, heeft hij wel een zeer onjuiste opvatting van zijn taak. Dikwijls is het toch immers zo, dat in het ziekenhuis verschillende specialisten hun zorg over de zieke uitstrekken, zoals internist, chirurg, radioloog, endocrinoloog etcetera. Is de huisarts niet de centrale figuur, dan is er niemand meer verantwoordelijk voor de behandeling en dan heeft de patiënt het recht te vragen: „Wie is nu eigenlijk mijn dokter?” Het is goed in deze tijd van superspecialisatie deze gedachten eens door ons hoofd te laten gaan.

Veel meer, dan op het ogenblik nog het geval is, dient er overleg te komen tussen huisarts en specialist aan het begin, maar vooral ook aan het eind van de specialistische behandeling. Bij verwijzing van een patiënt naar het ziekenhuis voor een ingrijpende behandeling kan men niet volstaan met de mededeling: „Ik zal u een briefje geven voor dr. Y. Hij zal u verder behandelen”, maar toch wel een voorzichtige voorbereiding van patiënt teweeg moeten brengen, zodat deze enigszins begrijpt, wat hem te wachten staat. De specialist dient aan het einde van zijn behandeling van een inoperabele carcinoompatiënt persoonlijk contact op te nemen met de huisarts, zodat tezamen besproken kan worden, *wat* en *hoe* een en ander tegen *deze* patiënt gezegd dient te worden omtrent de prognose van diens ziekte. Afhankelijk van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt (en van diens familie!) zal dit gesprek voor iedere patiënt anders moeten zijn. De beste manier, waarop dit dient te gebeuren, is alleen te beoorde-

len door de huisarts, die de patiënt en diens omgeving sinds jaren kent.

Bax⁴ heeft in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een voortreffelijk artikel gewijd aan: „Het ziekbed der ongeneeslijken”, dat niet alleen voor de specialist in het ziekenhuis, maar juist ook voor de huisarts van groot belang is. Wat is de oorzaak van onze vaak onvoldoende belangstelling voor de ongeneeslijke zieke? De dooddoener tijdgebrek doet ook hier weer opgeld. Bax zegt hierover: „Gebrek aan tijd drukt zijn stempel op al onze handelingen. Gebrek aan tijd maakt ook, dat wij sommigen onzer zieken te gehaast of in het geheel niet bezoeken. Wat is natuurlijker, dan dat het in die omstandigheden de langzaam achteruitgaande en aan een langdurig ziekbed gekluisterde ongeneeslijken zijn, die wij het eerst verzaken? Dit nu is onjuist. Wie wij ook bij onze ziekenronde mogen overslaan, zij zijn het beslist niet. Hoe moeilijk het ook moge zijn, altijd moeten wij hun onze belangstelling geven, het dikwijls zo eentonige verhaal hunner klachten aanhoren en met overtuiging onze voorschriften geven.”

Met uiteraard veel geringer ervaring dan collega Bax meen ik in het ziekbed der ongeneeslijken drie stadia te hebben leren onderscheiden, te weten: dat van de *twijfel*, dat van de *opstandigheid* en dat van de *aanvaarding*.

Het stadium van de *twijfel*, dat begint vlak na een operatieve ingreep of uitgebreid onderzoek zonder zichtbaar resultaat, stelt de behandelende arts voor vele moeilijkheden en pijnlijke vragen. Bij elk woord dat men zegt, moet men zich ervan bewust zijn dat het uiterst kritisch wordt aangehoord en dat eveneens de uitdrukking van het gelaat van de arts daarbij vol wantrouwen door de zieke wordt bekeken.

Men ziet aan de zieke, dat hij of zij denkt: „Meent de dokter, wat hij zegt, of spelt hij me maar wat op de mouw?” Onvermijdelijk komt de vraag: „Dokter, het zal toch niet die gevreesde ziekte zijn?” In dit stadium mogen wij ons nimmer laten gaan en denken: ik zal het maar zeggen, dat het hopeloos is, misschien geeft het de patiënt rust. In die gevallen, waarbij de diagnose aan de patiënt bekend was, bleek, dat het ziekbed oneindig veel zwaarder te dragen was, dan in de gevallen van onwetendheid.

Dit impliceert niet, dat men lichtvaardig over de te verwachten moeilijkheden heen moet lopen. Wel degelijk is het noodzakelijk de patiënt voor te bereiden op een langdurige onaangename behandeling als bijvoorbeeld nabestraling of het zich leren aanpassen aan de idee van het dragen van een anus praeternaturalis. Men moet juist zoveel mededelen, als nodig is, de patiënt het vertrouwen in de behandeling te laten behouden. Het met zoveel affect beladen woord „kanker” behoeft vrijwel nooit te worden uitgesproken. Naar mijn idee wordt in vele gevallen door de behandelend arts veel te vroeg de ware aard van de ziekte aan de familie en zelfs aan de patiënt zelf medegedeeld. Wij allen kennen toch de gevallen, waarin de patiënt met zelfs uitgebreide metastasen, nog maandenlang met betrekkelijk ge-

ringe klachten bleef leven. Is het dan niet oneindig veel beter, dat de patiënt deze tijd in zalige onwetendheid van zijn ernstige lijden doorbrengt temidden van hen, die hem dierbaar zijn?

Blijkt het naderende einde onafwendbaar, dan is er altijd nog tijd genoeg, familie en patiënt hierop voor te bereiden. Samenvattend zou ik over het stadium van de twijfel willen zeggen, dat wij vóór alles deze twijfel zoveel mogelijk moeten wegnemen, door vertrouwen in onze behandeling te geven en onze gesprekken met de patiënt vooral af te stemmen op diens karakter en levensovertuiging. De aard van deze gesprekken mag niet primair afhankelijk zijn van onze eigen instelling en ideeën over de beste wijze, waarop dit behoort te geschieden.

Het tweede stadium, dat van de *opstandigheid*, begint zodra de patiënt voor zichzelf van de ongeneeslijkheid van zijn kwaal overtuigd is. Hij verzet zich, vindt het onredelijk, dat hem dit nu juist moet treffen en laat de medicus merken: Je kunt toch niets meer aan me doen, eigenlijk zijn al die bezoeken overbodig. Het zou evenwel een onvergeeflijke fout zijn, hieraan gevolg te geven en op die manier de patiënt in de steek te laten. Wij moeten blijven trachten hem zo goed mogelijk bij te staan en vooral allerlei symptomatische klachten te blijven behandelen. Indien wij voldoende variatie en wisseling aanbrenge in onze therapeutische adviezen, krijgt de patiënt het vertrouwen dikwijls weer terug. Allerlei ongemakken als pijn, obstipatie, slapeloosheid, anorexie, zijn evenzovele dankbare aanknopingspunten voor een wijziging en aanvulling in de therapie. De idee: „er is toch niets aan te doen” wordt op deze wijze gedeeltelijk weggenomen. Vanzelfsprekend kan men de patiënt niet blijvend misleiden, doch in de meeste gevallen komt hij bij verdere progressie van het lijden vanzelf tot rust en gaat het stadium van de opstandigheid over in dat van de *aanvaarding* van het lijden. Afhankelijk van zijn religieuze instelling heeft de zieke met zichzelf met meer of minder succes de strijd gestreden en uit de blik, die hij de arts bij het eerstvolgende bezoek toewerpt, blijkt, dat hij als het ware zonder woorden zeggen wil: „Wij weten samen de diagnose, ik word niet meer beter en moet binnenkort heengaan. U behoeft niet tegen me te spreken hierover, ik wil het u niet moeilijk maken.” Ik herinner me niet, bij één patiënt het woord „kanker” te hebben gebruikt. Er komt tussen arts en patiënt een stilzwijgende overeenkomst, hierover niet te spreken.

Ook in dit stadium blijft de patiënt evenwel onze volle aandacht en behandeling verwachten. Bij de voortdurende zorg het lijden zoveel mogelijk te verlichten, kunnen wij de hulp van een goede wijkverpleegster niet missen. Wat weten wij eigenlijk weinig van haar werk af, en toch is het zo belangrijk, dat juist die kleine verpleegtechnische details op de juiste wijze worden uitgevoerd. Het gevaar van decubitus blijft steeds dreigen, de houding van de patiënt in bed en de regeling van de defaecatie zijn uitermate belangrijk. Wij volstaan veelal met het overschrijven van het bekende briefje van de zuster

met: „Dokter, mag ik alstublieft kamferspiritus, boraxglycerine, talkpoeder, kleefpleister en levertraanzalf?” doch weten wij wel precies, wat ze ermee doet? Wij moeten zelf de gevaarlijke plekken ook bezien en erop letten, dat de ring niet te sterk is opgeblazen, of dat de patiënt wel een paar maal per dag op de zij wordt gelegd. De aanvaarding van het naderende einde betekent voor de gelovige patiënt wel, dat hij of zij behoefte kan hebben aan geestelijke zielszorg. Met de pastor spreekt de patiënt veelal wel over zijn ongeneeslijkheid en de naderende dood en maakt daarbij dus welbewust een scheiding tussen lichamelijke en geestelijke verzorging. Bij de niet-religieuze patiënt kan het gebeuren, dat van ons meer wordt gevraagd dan alleen de zorg voor het lichamenlijk welzijn. Ook hierin mag de huisarts zijn taak als persoonlijk raadgever van de patiënt in zijn totaliteit als mens niet misverstaan en tot het einde toe volbrengen.

Zijn er nu de laatste tijd nog behandelingsmethoden naar voren gekomen, die dit vreselijke ziekbed enigmatische kunnen verlichten? Hoewel we nog steeds geen causale geneeswijze hebben, zijn er misschien toch nieuwe mogelijkheden, om het lijden te verlichten; ik denk hierbij aan de groep van de corticosteroiden.

Als voorbeeld hiervan wil ik u als tweede patiënt voorstellen een thans 51-jarige vrouw, die na in 1947 geopereerd te zijn voor een goedaardige ovariumcyste, in februari 1957 een vaste kinderhoofd-grote tumor in de onderbuik bleek te hebben. De gynaecoloog, die haar opereerde, vond een uitgebreid inoperabel carcinoom, waarvan de primaire zetel niet met zekerheid was vast te stellen, doch met grote waarschijnlijkheid gezocht moest worden in de vrouwelijke genitalia. De tumor was gemetastaseerd in het omentum en om de darmen. De patholoog-anatoom berichtte na microscopisch onderzoek: enigszins papillomateus adenocarcinoom. In vrij slechte algemene toestand werd zij uit het ziekenhuis ontslagen: cachectisch, met veel pijn, misselijkheid en braken. In vrij snel tempo had deze intelligente vrouw de eerder genoemde stadia van twijfel, opstandigheid en aanvaarding doorlopen en had reeds afscheid genomen van haar omgeving en haar ogen afgestaan voor hoornvliestransplantatie.

Ik gaf haar bij mezelf nog ongeveer drie maanden te leven. Als laatste redmiddel besloot ik een poging te wagen met ACTH, gecombineerd met nor-androstenolonphenylpropionaat (gebruikt werd Durabolin van Organon - Oss). Aanvankelijk gaf ik 10 E cortrophine-zink (ACTH Organon prolongatum) dagelijks, na één week om de andere dag 20 E en na ongeveer drie weken ging ik over op de huidige onderhoudsdosis van tweemaal per week 20 E. Een poging de intervallen langer te maken gaf direct een duidelijke verergering van de toestand. Toediening van corticosteroiden per os werd evenmin goed verdragen wegens maagklachten en misselijkheid.

Verder gaf ik éénmaal per week één ampul durabolin en een kaliumdrank in verband met het gevaar voor hypokalemie. Tot mijn grote verbazing

herstelde deze vrouw zich in ongeveer veertien dagen zeer goed. De pijn werd minder, het braken hield op en ik kon haar zelfs langzaam mobiliseren.

De tumorgroei werd echter niet in het minst gestuit: thans, dat is dus ruim twee jaar later, is het gezwel zo groot als een gravide uterus van 6 maanden. Bij inspectie van het abdomen ziet men de metastasen als knobbels door de dunne buikwand heen en men voelt in de buik één vaste grote hobbelige tumormassa. Het belangrijkste evenwel is, dat patiënte zich redelijk goed voelt, en zelf eens per drie weken op mijn spreekuur verschijnt om nieuwe recepten te halen. Met behulp van een werkster voor het ruwe werk doet ze zelf haar huishouding. Deze toestand duurt natuurlijk niet onverminderd voort en binnen afzienbare tijd zal ook haar verdediging ineen storten tegen de tot nu toe onoverwinnelijke vijand, doch indien wij door deze behandeling haar leven niet onbelangrijk verlengd hebben en haar een langdurig smartelijk ziekbed kunnen besparen, is er al veel gewonnen.

Uiteraard is met bovenstaand geval niet de waarde van de gevolgde behandeling als routinemaatregel bij elke inoperabele carcinoompatiënt bewezen en zal elk geval op zichzelf beschouwd moeten worden. Elke mogelijke palliatieve verbetering, die de patiënt een aanvaardbare verlenging van het leven schenkt, moet worden aangegrepen. Niet aanvaardbaar vind ik het, een hevige pijn lijdende carcinoompatiënt met uremie en decubitus te martelen met bloedtransfusies en onnodige verlenging van een bestaan, dat nauwelijks meer leven genoemd kan worden.

Tenslotte wil ik nog even ingaan op de theoretische achtergrond van deze behandeling. Vooropgesteld dient te worden, dat deze behandeling met ACTH bij inoperabele gemetastaseerde carcinomen een geheel andere betekenis heeft dan de endocriene behandeling van het mammacarcinoom en het prostaatcarcinoom, die een geheel eigen aparte plaats inneemt. Het is bekend, dat toediening van corticotrophine of van cortison een verandering in het organisme teweegbrengt, waardoor allerlei ziekteverschijnselen verdwijnen zonder dat de oorzaak van de ziekte wordt beïnvloed. *Tausk*⁵ heeft erop gewezen, dat het antiflogistische effect van de glucocorticoiden, zoals cortison, vermoedelijk berust op het uitschakelen van reacties, die in het lichaam optreden tengevolge van de aanwezigheid van beschadigd weefsel. Niet alleen ontsteking, maar ook pijn en koorts worden door deze hormonen vermindert en in plaats daarvan treedt een algemeen gevoel van welzijn op, dat soms in euforie overgaat. Van deze eigenschap maakt men thans ook gebruik bij de behandeling van patiënten met maligne gezwellen. Al spoedig bleek, dat geen invloed op het gezwel zelf werd gezien. Men behandelt op deze wijze niet het maligne proces, maar de patiënt zelf. Als gemiddelde dosering wordt opgegeven bij preparaten met verlengde werking zoals cortrophine-zink een dagelijkse dosis van 5-10 I.E. of 10-20 I.E. om de andere dag.

Het nor-androstenolonphenylpropionaat (Durabolin-Organon) is een testosteronderivaat met een minimum aan androgene werking doch met een sterk eiwitsparende werking. Het wordt bij de behandeling met corticosteroiden aanbevolen teneinde de hierdoor veroorzaakte eiwitafbraak tegen te gaan of te voorkomen (*Hartenbach*⁶).

Onze voorgangers zagen vele patiënten in de kracht van hun leven heengaan aan infectieziekten als tuberculose, tyfus, difterie enzovoort.

De succesvolle bestrijding van deze ziekten heeft de gemiddelde levensduur van de mens niet onaanzienlijk verlengd. Meer dan voorheen zullen wij geconfronteerd worden met patiënten, die, genezen

van vele andere kwalen, ten slotte als slachtoffer vallen aan maligne gezwellvorming.

Bovenstaande gedachten over de moeilijkheden en mogelijkheden voor de huisarts bij de behandeling van deze patiënten kunnen hopelijk bijdragen onze aandacht hier nog wat meer op te vestigen.

¹ Valk van der, J. M. (1957) Zevende jaarboek van kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland. J. H. de Bussy, Amsterdam.

² Loghem van, J. J. (1956) Ned. T. Geneesk. 99, 2556.

³ Balint, M. (1957) The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., Londen.

⁴ Bax, H. R. (1956) Ned. T. Geneesk. 99, 2601.

⁵ Tausk, M. (1953) Het hormoon 18, 15.

⁶ Hartenbach, W. (1956) Münch. med. Wschr. 98, 1657.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (7)

Spoedeisende gevallen in de oogheelkunde

DOOR PROF. DR. H. J. FLIERINGA TE ROTTERDAM

Wanneer wij gaan spreken over „Spoedeisende gevallen in de Oogheelkunde” dan moeten we ons toch eerst wel even bezinnen op de betrekkelijkheid van het begrip „spoed”. Indien daaronder zou worden verstaan, dat het uitblijven van *onmiddellijke* hulp fataal zou zijn, zoals bijvoorbeeld bij het doorsnijden van een grote slagader, dan behoeven we dit onderwerp niet te behandelen, want dergelijke gevallen komen in de oogheelkunde praktisch niet voor.

Aan de andere kant mag hieruit niet de conclusie worden getrokken, dat iedere kennis van de oogheelkunde voor de huisarts overbodige ballast is, omdat er steeds wel tijd genoeg is de patiënt door te sturen naar de oogarts. Dit zou namelijk uit praktische, sociale, economische en psychologische overwegingen een zeer ongewenste toestand zijn. De huisarts moet met vrij grote trefzekerheid kunnen beoordelen of een oogandoening van ernstige, dan wel van meer onschuldige aard is en voor de laatste categorie als behandelend geneesheer optreden.

De kwalificatie spoedeisend is voor de arts maar al te vaak niet identiek aan de opvatting van de patiënt hierover. Voor de eerste zijn pijn, ontsteking en vooral functie-verlies sterk positief bepalende factoren, terwijl voor de patiënt dikwijls andere overwegingen gelden, die vaak door de arts minder worden geapprecieerd.

Het acute vuiltje in het oog, dat schier altijd buiten de spreekuurtijd van huisarts of specialist behandeling behoeft, blijkt bij navraag maar al te vaak een of meer etmalen tevoren zijn entree te hebben gemaakt. Vanzelfsprekend vereist een in het oog ingedrongen corpus alienum een spoedige behandeling; meestal veroorzaakt het last door pijn, doch belangrijker is, dat de mede ingedrongen micro-organismen zo kort mogelijk in de gelegen-

heid moeten worden gesteld zich te vermeerderen en daardoor gevaarlijk te worden voor het weefsel, waarin zij zijn terecht gekomen.

Globaal gesproken zouden de spoedeisende gevallen in twee categorieën kunnen worden ingedeeld, namelijk die met traumatische etiologie en die waarbij geen, althans een niet aantoonbaar trauma in het spel is.

Het lijkt aanlokkelijk ons onderwerp naar de etiologische indeling te behandelen, doch dit brengt het gevaar met zich mede, dat bij de beschrijvingen telkens in herhalingen zou worden vervallen, hetgeen de noodzakelijke beknoptheid van dit artikel in belangrijke mate zou schaden, reden waarom dan ook van deze indeling zal worden afgezien en liever een topografische indeling zal worden gevolgd.

Voorts bedenke men, dat acuut zich openbarende verschijnselen niet altijd een spoedeisende behandeling impliceren, hetgeen echter als regel minder goed door de patiënt dan wel door de te hulp geroepen arts zal worden ingezien.

Verkleuringen en zwellingen van de oogleden al of niet gepaard gaande met dito veranderingen van de conjunctiva zullen gemeenlijk de patiënt met haastige spoed naar de arts drijven. De eerste zijn als regel een aanwijzing van een onderhuidse bloedingstoring, veelal veroorzaakt door een stomp trauma of een val. De grote rijkdom aan vaten, het ontbreken van het onderhuidse vet, de losmazigheid van het onderhuidse weefsel en de aanwezigheid van de harde benige onderlaag, waardoor de vaten voor het inwerkend geweld niet kunnen uitwijken en daardoor gemakkelijk kunnen worden gekwetst of verscheurd, zijn oorzaak, dat bloedingen zich snel en dikwijls zeer uitgebreid kunnen ontwikkelen, soms tot ver over de wang en kunnen afzakken tot aan de rand van de onderkaak en zelfs tot onder de