

Merkwaardig is dat *David* en medewerkers ⁷ zulke goede resultaten zagen van Largactil, al dan niet gecombineerd met Novocaïne of Penthotal. Merkwaardig, waar anderzijds bekend is dat Largactil bij epileptici insulden kan provoceren en in het elektroencefalogram van zowel lijders aan epilepsie als normalen diffuse en paroxysmale stoornissen kan veroorzaken ⁸.

Een klassiek middel, vooral bij kinderen, zijn chloralhydraatclysmata. Chloralhydraat kan ook intraveneus worden gegeven. *Chavany* ⁹ geeft dit gecombineerd met broomnatrium als volgt: tegelijkertijd intraveneus een ampul bevattende 1 g broomnatrium in 10 ml 10 procent glucoseoplossing en een ampul met 1 g chloralhydraat en 1/2 g citrusrutricus in 10 ml aqua destillata. Wanneer na een half uur geen succes is bereikt, wordt dezelfde dosis herhaald tezamen met 100 mg fenobarbital intramusculair. Wij zelf hebben over intraveneuze toediening van deze middelen slechts geringe ervaring.

Het heeft geen zin alle medicamenten, welke bij status epilepticus werden of worden toegepast, de revue te laten passeren; dit zou buiten het bestek van dit artikel gaan. Ik wil alleen noemen magnesiumsulfaat (per maagsonde, rectaal of intraveneus), paraldehyd (per maagsonde, rectaal, intraveneus of intramusculair), Nembutal, Penthotal en Tridione (intraveneus), Avertine (rectaal), Novocaïne in de arteria carotis, broomnatrium (intrathecaal of intraventriculair). Een etherroesje wordt soms gegeven en chloroform werd (wordt?) wel toegediend. Aan sommige van deze middelen kleven nadelen en gevaren. Ik wil van Tridione, door *Gastaut* ¹⁰ aangeraden, vermelden dat het effect dubieus is en dat verergering van de toestand volgens sommigen zou kunnen ontstaan (*Dreyer*) ². Ether doet de secretie in de luchtwegen nog toenemen; chloroform, naar mij voorkomt thans toch wel obsoleet, kan, zoals bekend, gevaar voor het hart opleveren. Soms ziet men een gunstig effect van een lumbaalpunctie. Belangrijk is echter dat men bij het bestrijden van

de motorische verschijnselen andere zijden van de toestand niet uit het oog moet verliezen. De ademhalingswegen dienen zo nodig door uitzuigen schoon te worden gehouden. Hyperthermie wordt bestreden door afkoeling en medicamenteus, bijvoorbeeld met acetosal suppositoria. Men dient aandacht te hebben voor vocht- en mineralenbalans en nierfunctie. Wij geven onze patiënten in verband met de kans op een zich ontwikkelende pneumonie profylactisch antibiotica. Verder wordt zuurstof toegevoerd.

In een onlangs verschenen publikatie beschrijft *H. I. Armstrong Nisbet* ¹¹, ter voorkoming van cerebrale lesies door hypoxie, de behandeling van de status epilepticus bij een meisje van elf jaar met d-tubocurarine en „controlled respiration”. Hieromtrent beschikken wij over geen ervaring. Het is mogelijk dat deze behandeling in de komende jaren meer toepassing zal vinden.

Tenslotte moet men, wanneer de patiënt de status heeft doorstaan, voorzichtig zijn met het mobiliseren. Ook al zijn bewustzijn, temperatuur en algemeen aspect tot de norm teruggekeerd en schijnen de verschillende functies normaal te verlopen, dan dient men niet te vergeten, dat het lichaam in de status epilepticus ernstig op de proef is gesteld.

¹ Hunter, R. A. (1959) *Epilepsia* IVth series, 1, 162.

² Bamberger, Ph. en A. Matthes (1959) *Anfälle in Kindesalter*. S. Karger, Bazel.

³ Marchand, L. en J. de Ajuriaguerra (1948) *Epilepsies, leur formes cliniques et leur traitements*. Desclée de Brouwer, Paris.

⁴ Murphy, J. T. en R. S. Schwab (1956) *J. Amer. med. Ass.* 160, 385.

⁵ Carter, C. H. (1958) *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago) 79, 136.

⁶ Bernhard, C. G., E. Bohm en S. Höjeberg (1955) *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago) 74, 208.

⁷ David, M. e.a. (1953) *Bull. Soc. méd. Hôp. Paris* 69, 691.

⁸ Sögaard Jörgensen, R. en M. Hertel Wulff (1958) *Electroenceph. clin. Neurophysiol.* 10, 325.

⁹ Chavany, J. A. (1958) *Epilepsie*, Masson et Cie, Paris.

¹⁰ Gastaut H. (1954) *The Epilepsies*. C. C. Thomas, Springfield.

¹¹ Armstrong Nisbet, H. J. (1959) *Brit. med. J.* 5114, 95.

NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

Het „masker-symptoom“

DOOR G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

Voor ieder mens zijn er gebieden in het leven, waarover hij niet graag spreekt. In „het Westen” geldt dit in het algemeen voor de gebieden, die raken aan de intimiteit van het eigen leven, in de eerste plaats de eigen dood. Wie een indruk wil krijgen hoe onze dagelijkse conversatie voortkabbelt zonder ooit in de diepte te gaan, speciaal in gesprekken met kennissen en bekenden, leze eens het boekje van Prof. Dr. A. Oldendorff: „Mensen onder elkaar”. Wanneer echter de problemen op deze systematisch

doodgezwegen gebieden dermate groot worden, dat het zaak wordt hier met anderen over te spreken, moeten remmen worden losgegooid. Daartoe is de één gemakkelijker in staat dan de ander.

Een deel van het werk van de huisarts ligt op deze terreinen. Hij moet hierbij niet verwachten, dat de patiënt dit zwijgen het eerst zal verbreken; dit geschiedt althans niet vaak op een directe wijze. Wanneer de patiënt met zijn problemen desondanks toch zijn huisarts benadert, zal het vaak zijn met een

smoesje, doch in de hoop dat de huisarts over deze pijnlijke kwestie het eerst zal beginnen. De patiënt biedt dus zijn arts een klacht aan, want als hij niets te bieden heeft komt de dokter niet, of komt de patiënt niet in de spreekkamer. Het tweede hoofdstuk van Balint's boek handelt praktisch geheel over dit probleem: „The Patient's Offers and the Doctor's Responses”. In hoeverre dit psychisme bewust verloopt wil ik hier in het midden laten. Een eerste voorbeeld moge hier volgen.

De heer A komt tijdens het spreekuur binnen, gaat zitten, doet zijn schoen en sok uit en demonstreert zijn voet met de vraag of ik er nog eens naar zou willen kijken. Ongeveer vier weken tevoren heeft hij zijn enkel verstuikt. Ik heb zijn voet een paar keer bekeken en toen wij na het laatste bezoek afscheid namen was alles geheel in orde. Ik begrijp dus niet goed waarom hij mij weer die voet laat zien. Ik kijk er naar, knijp er wat in en zeg, dat het er allemaal prima uitziet. Gebukt, terwijl hij bezig is sok en schoen aan te trekken, zegt hij dan plotseling: „Nu ik hier toch ben, ik heb de laatste tijd voortdurend bloed bij mijn ontlasting. Zoudt u me eens willen nakijken?”

In dit geval lag het dus nogal duidelijk. Maar wie zal zeggen hoeveel moeite het deze man heeft gekost voordat hij de spreekkamer betrad, waar hij op zo'n kinderlijke wijze deze hindernis nam?

Veel ingewikkelder, maar toch nog duidelijk genoeg, lagen de problemen in het volgende geval.

Mevrouw B, 24 jaar, sinds een half jaar gehuwd, komt op mijn spreekuur met klachten over de rug. Bij onderzoek valt op, dat het gehele lumbale gebied sterk gefixeerd wordt bij bukken. Ik ken deze vrouw al veel langer. Voor haar huwelijk werkte zij op een tuinderij en kwam, ondanks dit zware werk, nooit bij mij over haar rug klagen. Nu is zij sinds enkele maanden getrouwd, doet haar gewone lichte huishoudelijke bezigheden en krijgt last van haar rug. Ik heb deze klacht duidelijk verkeerd geaccepteerd. Juist omdat zij anders nooit klaagde zond ik haar vrij snel naar een orthopedisch chirurg, die het volgende briefje schreef: „Wij zagen uw patiënte, mevrouw B, met laag lumbaal gelokaliseerde rugklachten. Bij onderzoek vinden wij een forse fixatie van de lumbale wervelkolom bij vooroverbuigen en een zeer dubieuze gekruiste Lasègue rechts. De röntgenfoto toont een asymmetrische lumbosacrale overgangswervel met asymmetrische gewrichten. De therapie dient te bestaan uit slapen op een recht bed gecombineerd met massage en rugspieroefeningen gedurende zes weken, driemaal per week. Kunt u dit voor haar regelen?”

Nog vermoedde ik niet, dat hier iets anders achter kon steken, zodat zij dus haar massage en rugspieroefeningen kreeg: gedurende zes weken, driemaal per week.

Na deze zes weken kwam zij bij mij terug. Haar klachten waren iets verminderd, maar nu had zij

zo'n last van hoofdpijn. Toen begon ik argwaan te koesteren en begon het bij nader inzien toch wel erg duidelijk te worden. Immers, deze vrouw had organische, duidelijk aantoonbare afwijkingen in haar rug. Tijdens het werk op de tuinderij, waarbij bukken en tillen toch beslist geen uitzondering waren, had zij nooit klachten over haar rug en nu kwamen de klachten plotseling opzetten. Voor haar trouwen had ik haar in jaren niet als patiënte gezien en nu zij sinds korte tijd gehuwd was begon zij allerlei klachten te ontwikkelen. Ik maakte dus met haar een afspraak voor nader onderzoek. Voordat zij echter bij mij kwam bezocht zij eerst nog de orthopedisch chirurg, die mij het volgende briefje schreef: „Uw patiënte, mevrouw B, zagen wij vandaag ter controle, de klachten van patiënte zijn verminderd, wij verzoeken u de massage en oefentherapie nog zes weken te laten voortzetten. Gaarne over zes weken controle.”

In het gesprek, dat ik enkele dagen later met haar had, kwamen de moeilijkheden al spoedig ter sprake. Het bleek, dat zij, hoewel zij nu al enkele maanden gehuwd was, nog nooit met haar man tot een normale geslachtsgemeenschap had kunnen komen. Zij vertelde weifelend, dat het bij haar man „niet helemaal goed zat” maar, dat haar man niet naar de dokter wilde; de klachten zouden op de duur wel verminderen, beweerde hij. Ik verzocht haar toen na enkele dagen samen met haar man te komen. Het probleem was spoedig opgelost. De man bleek een ernstige fimosis te hebben en toen het probleem met het echtpaar was uitgesproken en het beiden duidelijk was, dat een kleine operatie hier de aangewezen oplossing zou zijn, gingen zij enorm opgelucht naar huis. Ik zond de man naar een chirurg en kreeg na een grote week het volgende bericht: „Hierbij deel ik u mede, dat uw patiënt, de heer B, uit het ziekenhuis is ontslagen. De diagnose luidde: fimosis, de therapie bestond uit een Spizzio-operatie, vlotte genezing, poliklinische nabehandeling is niet noodzakelijk.”

Dit alles vond ongeveer twee maanden geleden plaats. Enkele dagen geleden sprak ik de vrouw aan op straat en vroeg hoe het ging. Lachend zei ze, dat alles in orde was en dat ze de tweede behandeling massage en oefenen van zes weken maar had laten schieten. Ze had nu geen rugklachten en geen hoofdpijn meer.

Men ziet hoe hier dus rugklachten en hoofdpijn bij de vrouw kunnen verdwijnen door een operatie aan het genitaal van haar echtgenoot.

Ik zou in deze gevallen willen spreken van het „masker-symptoom”. De definitie van dit symptoom zou dan moeten luiden: het masker-symptoom is het symptoom dat wordt gebruikt als voorwendsel tot een bezoek aan de arts, daar de reële klachten liggen op een terrein, waarover men niet gaarne spreekt.

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn, dat de behandeling van het masker-symptoom gelijk is te stellen met het oppompen van een lekke band.