

# Over vetzucht

DOOR DR H. A. M. RUHE, HUISARTS TE HILVARENBEEK

Wanneer ik in deze regels iets te berde zou willen brengen over vetzucht in de dagelijkse praktijk, wil ik tevoren de lezer waarschuwen twee dingen niet uit het oog te verliezen bij het volgen van deze beschouwing. Het eerste is, dat ik mij er volkomen van bewust ben, dat een internist zich vooral zal verdiepen in het zoeken naar een verklaring waarom zijn patiënt te dik wordt en waarom deze patiënt daarvan, in tegenstelling tot anderen, hinder ondervindt — terwijl ik, als practicus, meer geneigd ben mij bezig te houden met de resultaten van mijn pogingen als huisarts de vetzuchtige patiënt te hulp te komen. Het tweede is, dat ik bij deze beschouwing tot de wetenschappelijke benadering van de adipositas niets bijdraag, doch alleen enkele overdenkingen wil geven, die voortvloeiden uit een niet volledige, en evenmin wetenschappelijke analyse van de gegevens uit mijn patiëntenregister. Enkele gevallen concentreerden mijn aandacht op vetzucht en, naar thans blijkt, in zodanige mate, dat de behoefte opkwam daarover iets aan het papier toe te vertrouwen. Dit laatse dan vooral, omdat ik op grond van persoonlijke bevindingen tot een bepaalde gedragslijn ben gekomen, die, het klinkt ietwat aanmatigend, waard kan zijn door andere practici te worden getoest.

Twee gevallen in het bijzonder gaven mij aanleiding mijn gedachten op dit onderwerp te concentreren:

Een 36-jarige vrouw, moeder van een groot gezin, ietwat overdreven hartelijk en bedrijvig, woog sinds haar huwelijk, twaalf jaar geleden, wisselend tussen 95 en 102 kg. Al meermalen had ik er bij haar op aangedrongen te vermageren; zij is lijdende geweest aan intertrigo en vulvitis, heeft klachten over pijn in rug en voeten en heeft een matige prolaps van de baarmoeder. Van vermageren wilde zij niets weten omdat, naar zij zeide, zij zich gezond voelde en een prima eetlust had. Ik liet het maar zo, omdat zij veelvuldig zwanger en zogend was. Maar bij een hernieuwd bezoek bleek er, behalve een duidelijke dyspnoe, ook een tachycardie van boven de 100 te zijn. De tot dan toe normale bloeddruk was licht verhoogd, 145/90 mm Hg, de urine was normaal en de bezinkingssnelheid van de erythrocyten bedroeg 12 mm in het eerste uur.

Ik achtte het tijd worden de obesitas eens krachtiger te gaan behandelen en vroeg met nadruk haar medewerking. Ik schreef haar een nauwkeurig dieet voor en om het haar gemakkelijker te maken ook driemaal daags 5 mg d.amfetamine. Het lukte. Het gewicht daalde in een tijdsverloop van vijf maanden van 102 tot 92 kg. Wat echter niet veran-

derde was de moeheid en de kortademigheid. Er kwamen nu klachten over hoofdpijn en lusteloosheid bij. Zij kreeg een zwaarmoedige stemming en voelde zich tenslotte zo vermoeid, dat zij op bed bleef liggen. Omdat ik niet gerust was over de hartspier liet ik haar door een internist onderzoeken. Zijn diagnose was: vetzucht zonder verdere lichamelijke complicaties; met name waren bloedbeeld, electrocardiogram en nierfunctie normaal.

Haar gewicht daalde niet verder, de klachten bleven onveranderd, chloorpromazine en andere sedativa hadden geen uitwerking. Ik voelde mij tenslotte verplicht niet langer vast te houden aan mijn advies tot vermageren en stond patiënte zelfs toe geheel naar eigen genoegen te eten. Langzamerhand trad herstel in, zij kwam weer meer aan en hervatte haar werkzaamheden. Zij blijft kortademig en heeft weer veel last van intertrigineus eczeem, maar ze voelt zich beter en gelukkiger dan ooit te voren. Ten opzichte van haar klachten heb ik haar te verstaan gegeven, dat die bij haar constitutie behoren en dat het daarmee wel niet zo'n vaart zal lopen, maar uiteraard weet ik nu nog niet welk standpunt ik later tegenover dit nu gegeven advies zal innemen. Iedere arts kent patiënten, bij wie een rationele behandeling onmogelijk is.

\* \* \*

De tweede patiënt was een in 1954 op 67 jarige leeftijd overleden man, die ik, evenals de hiervoor besproken patiënte, ongeveer twintig jaar kende. Hij was een dikke zakenman, die zich na zijn tiende jaar uit een heel eenvoudig bestaan met succes had opgewerkt. Zijn enorme vetzucht was mede oorzaak van een ernstig beloop van een zware pneumonie, die hij in 1938 kreeg. Na zijn herstel heb ik hem over zijn lichaamsgewicht onderhouden, maar van serieuze vermagering kwam niets terecht. Zijn gezondheid bleef nadien vrijwel ongestoord tot 1952, toen hij een apoplexie kreeg. Het was nu hoog tijd zijn vetzucht stevig aan te pakken. De gevolgen van de apoplexie verdwenen bijna geheel en hij vermaarde langzaam tot een gewicht van 102 kg. Ofschoon hij weer wat lichaamsbeweging nam en zelfs ging fietsen, wat hij jaren lang niet had gedaan, verdween zijn levensvreugde. Hij werd verdrietig en zwaarmoedig.

In die tijd leerde ik de bijzonderheden kennen uit zijn jeugd van armoede, ontberingen en honger en het werd duidelijk waarom hij de de hem nu voorgeschreven leefwijze niet vol kon houden. Hij was gelukkig geworden omdat hij zo veel beter had

kunnen leven dan voor hem in vroegere jaren mogelijk of bereikbaar was geweest. Ook hier heb ik, in overleg met zijn vrouw, mijn gestrengheid prijs gegeven en niet langer de hand doen houden aan de dieetmaatregelen. Patiënt leefde nog twee jaar vrolijk en tevreden. Toen recidiveerde de apoplexie en stierf hij binnen twee dagen.

Deze en andere gevallen hebben mij er toe gebracht uit mijn patiëntenmateriaal een en ander bijeen te zoeken over het lot van te dikke mensen. Tussen 1935 en 1947 overleden in mijn praktijk 347 personen, onder wie er zeven waren, van wie de doodsoorzaak mede aan vetzucht kon worden toegeschreven. Tussen 1947 en 1958 telde ik 315 overledenen, en hierbij gold ten aanzien van zestien hunner dat adipositas mede tot de dood had geleid. Het feit, dat het percentage over de jaren 1935-1947 ongeveer twee procent, en tussen de jaren 1947-1958 ongeveer vijf procent dezer gevallen was, versterkte mij in mijn opvatting, dat men voor en tijdens de oorlog veel minder met het probleem vetzucht werd geconfronteerd dan daarna.

Sinds 1947 heb ik van mijn patiënten een volledig kaartstelsel en, verder strevende naar bevestiging van de juistheid van mijn indruk, zocht ik daaruit de kaarten van diegenen, van wie ik mij herinnerde, dat zij voor vetzucht waren behandeld (de diagnose vetzucht werd alleen gesteld, indien het gewicht van de patiënt in kilogrammen ten minste 10 procent hoger was dan aangegeven door het getal van de lichaamslengte in centimeters, verminderd met 100). Ik vond er — dus uitsluitend afgaande op mijn herinnering en geen tijd vindend het kaartstelsel van patiënt tot patiënt door te nemen — 81 gevallen. Daarvan waren 10 mannen, 2 ongehuwd en 8 gehuwd, en 71 vrouwen, onder wie één ongehuwd. De conclusie scheen aanstonds gewettigd, dat vetzucht een kwaal is van vooral gehuwde vrouwen. Dit is ook naar voren gekomen uit een onderzoek, dat *Querido* in 1953/54 heeft ingesteld bij de ambtenaren van de gemeente Amsterdam. Dit onderzoek omvatte 3091 personen boven veertig jaar en daarbij werd bij 301 van de daarbij betrokken 1583 mannen vetzucht vastgesteld en bij 700 van de 1508 vrouwen, dus bij een-derde van alle bij het onderzoek betrokken personen. Evenwel was het percentage bij de mannen 20 tegenover een percentage van 47 bij de vrouwen.

Bij de 81 patiënten, die ik, op mijn herinnering afgaande, uit het kaartstelsel bijeenbracht, bleek ik de behandeling van de vetzucht steeds te zijn begonnen met het voorschrijven van dieet. Drie-entwintig zijn er in geslaagd de voorschriften te blijven naleven; door zich anders te gaan en te blijven voeden hebben zij thans een normaal lichaamsgewicht. Elf van deze 23 patiënten hielden echter irreversibele afwijkingen, die het gevolg waren van hun vroegere onjuiste voedingswijze. Acht patiënten vervielen na enige tijd van dieetvoeding weer tot hun oude kwaal, elf werden weliswaar magerder

maar van een goed resultaat kon niet worden gesproken, en bij negentien werd tijdens de behandeling geen enkel resultaat bereikt; zij werden niet beter of slechter. Tenslotte werden twintig patiënten zelfs erger; zij reageerden op het dieet met voortdurend denken aan en sterk toenemend verlangen naar voedsel en onttrokken zich aan maatregelen, die hun zouden moeten beletten aan deze verlangens toe te geven.

\* \* \*

Zonder deze gegevens over deze patiënten met andere over hun lichamelijke gesteldheid aan te vullen zou ik reeds durven stellen, dat de reactie op de behandeling voor vetzucht dus in hoge mate individueel is, en dat het optreden van vetzucht, waarvan de werkelijke oorzaak nog duister is, zo mogelijk nog individueler is. Immers sommige mensen, die naar hartelust eten en drinken, worden niet overdreven dik en blijven er soms zelfs mager bij, terwijl anderen, die veel matiger leven, de grootste zorg hebben hun lichaamsgewicht binnen redelijke grenzen te houden. Zeker staat vast, dat vetzucht in belangrijke mate door teveel eten en drinken kan worden veroorzaakt en dat vermagering door een dieet, dat te weinig calorieën bevat, mogelijk is, doch wetenschappelijk is daarmee niet alles gezegd of verklaard.

Als artsen staan wij uiteraard afwijzend tegenover een te groot lichaamsgewicht. Die afwijzing wordt niet alleen beïnvloed door onze persoonlijke waarneming bij onze patiënten, doch veel meer, misschien zelfs „automatisch” door de statistieken van de levensverzekeringsmaatschappijen, die reeds lang hebben aangetoond dat dikke mensen gemiddeld korter leven dan magere. Nu is er de tendens de medische successen af te meten naar de gemiddelde levensduur van een bevolking en tot in zekere mate is dat gerechtvaardigd. Maar wij moeten er voor oppassen ons al te zeer door de statistiek te laten beïnvloeden wanneer wij personen individueel gaan behandelen. Wanneer men er in slaagt door algemene hygiënische maatregelen de gemiddelde levensduur van een volk van bijvoorbeeld dertig tot zestig jaar te verhogen, wordt het succes van die maatregelen onmiskenbaar bevestigd. Doch het is te betwijfelen of dit ook nog geldt als de gemiddelde levensduur van 75 tot 80 jaar wordt verhoogd. Kan men dan ook nog van succes spreken? De bekende slotzin van elk sprookje: „En ze leefden nog lang en gelukkig” wordt bezwaarlijk toepasselijk, want niemand weet of een lang leven een waarborg is voor een gelukkig leven; misschien zou men zelfs de vraag kunnen stellen of een lang leven synoniem kan zijn voor een gelukkig leven.

Als arts moet men individualiseren en zo kan men in geweten voor de vraag komen te staan of men een dikke patiënt het leven moeilijk moet maken met allerlei voorschriften om zijn kansen op allerlei afwijkingen en op een paar jaar korter leven zoveel mogelijk uit te sluiten. Kan het soms niet zo gaan

— zoals de gegeven voorbeelden wellicht aantonen — dat onze middelen voor hem erger zijn dan zijn kwaal? Wij zullen heel sterk moeten individualiseren en enkele voorbeelden kunnen dat verduidelijken:

Een 65-jarige vrouw, samenwonend met vijf van haar zes kinderen, kent door de inbreng van hun lonen een rijkdom als nimmer te voren. De inrichting van het huis is armoedig gebleven maar de dis is zeer rijk voorzien. De moeder, die haar kinderen in armoede heeft moeten groot brengen, kan geen weerstand bieden aan de nu verkregen mogelijkheid zich overmatig te voeden. Bij een korte lichaamslengte bereikt zij een gewicht van 114 kg. Met de behandeling van haar vetzucht, welke behandeling gepaard gaat met tobben van haar kant en voortdurend aanmoedigen van mijn kant, wordt het resultaat bereikt, dat haar gewicht afneemt tot 97 kg. Dan komt een zoon van patiënte mij verzoeken niet meer bij moeder te komen. Patiënte huilt elke avond omdat ze niet meer mag eten en dat is moeilijk aan te zien voor de kinderen, die weten dat moeder, die zo'n goede en lieve vrouw is, vroeger voor hen zo heeft geploeterd. Ik beloof weg te zullen blijven totdat men mij weer zal roepen.

Een andere patiënte werd behandeld voor een ernstige vetzucht, gepaard gaande met hypertensie. Zij werkte in het geheel niet mee. Haar man kreeg een *ulcus duodeni* tengevolge van het getob met deze vrouw, bij wie de dokter soms bij nacht en ontij werd ontboden en tegenover wie schrobberingen en bedreiging met het staken van de behandeling geen enkel effect sorteerden. Een apoplexie en hemiplegie hebben deze nog steeds zeer dikke patiënte volkomen invalide gemaakt. Men kan haar niet helpen omdat zij niet vermag in te zien dat zij zichzelf moet helpen door voorschriften na te leven; in haar opvattingen moeten alle activiteiten en mogelijkheden van de therapeut komen.

\* \* \*

Op grond van de bevindingen bij deze en vele andere patiënten ben ik bij de behandeling van vetzucht tot een bepaalde gedragslijn gekomen. In een uitvoerig gesprek wordt de patiënt duidelijk uiteengezet welke bezwaren, die hij of zij ondervindt, het gevolg zijn van te hoog lichaamsgewicht en wordt de verzekering gegeven, dat deze zullen verdwijnen wanneer de te geven voorschriften nauwkeurig zullen worden opgevolgd. Amfetamine wordt eerst gegeven als de patiënt niet in staat blijkt weerstand te bieden aan zijn eetlust. Krijgt de patiënt tijdens de behandeling depressiegevoelens, zodat hij zijn levensgeluk dreigt te verliezen, dan wordt de behandeling gestaakt; wel wordt hij aangespoord na bepaalde tijd nog eens terug te komen. Hoewel het noodzakelijk is de patiënt te waarschuwen tegen mogelijke noodlottige gevolgen van zijn onjuiste leefwijze, wordt toch vermeden hem onder

psychische druk te zetten — een regel, die gemakkelijker wordt neergeschreven dan gerealiseerd. En wanneer reeds levenbedreigende complicaties van de vetzucht optreden, wordt dit met de patiënt en zijn familie besproken. Worden ook na een dergelijk gesprek de voorschriften niet opgevolgd, dan beëindig ik de behandeling en zeg de patiënt, dat hij of zij er nog maar eens rustig over na moet denken en dat ik hem of haar weer terzijde zal willen staan, wanneer men het er met zichzelf over eens is geworden dat op mijn voorschriften positief moet worden gereageerd. Ik meen dat men tolerant moet zijn tegenover patiënten, die niet in staat zijn de nodige wil en zelfbeheersing op te brengen om honger te lijden; want daar komt de behandeling van een aantal vetzuchtigen toch praktisch wel op neer.

Tegenwoordig vermijd ik meer en meer de mensen vrees aan te jagen. Ik meen namelijk dat het voor hen meer waarde heeft wat korter en plezierig te leven, dan wat langer, doch dan zwaarmoedig en soms verzuurd de levensweg te gaan. Maar wel maak ik deze patiënten duidelijk, dat bepaalde ongemakken het gevolg kunnen zijn van de voortzetting van hun leefwijze en dat zij niet moeten menen, dat ik bij machte zou zijn daartegen iets te doen.

Vetzucht is een vraagstuk met verscheidene aspecten. Het is een wetenschappelijk probleem, waarvan men hoopt dat de specialistische geneeskunst er de oplossing voor zal weten te vinden, het is ook een praktisch probleem voor de huisarts, die elke keer opnieuw een individuele oplossing er voor moet trachten te vinden, welke oplossing veelal een compromis zal zijn. Tenslotte is het ook een sociaal probleem. De oplossing daarvan zal wel heel erg moeilijk en een kwestie van vele jaren blijken te zijn. Het is een zaak van geduldige, geleidelijke opvoeding van de massa tot ander begrip over de geneugten des levens; pers, consultatiebureaus, scholen, verenigingen, enzovoort, kunnen daarbij een taak hebben.

Men kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken dat dit probleem na de oorlog, en vooral in wat men nu onze welvaartsstaat noemt, groter is geworden. Vetzucht krijgt vermoedelijk meer betekenis voor de pathologie. Wie zal zeggen of het wellicht niet te eniger tijd noodzakelijk zal blijken door overheidsmaatregelen de negatieve krachten, die in dit opzicht de samenleving ongunstig beïnvloeden, te beteugelen? Tabak en alcohol brengen gevaren mee voor de volksgezondheid. Maar dat doen ook snoep en lekker eten. Een machtige industrie is er op uit ook het verbruik van die genotmiddelen onbepert te vergroten zonder met de gevolgen van overmatig gebruik rekening te willen houden. Moet daar wellicht ooit iets aan worden gedaan?

Hijmans van den Bergh, A. A. (1946) *Leerboek der inwendige geneeskunde*. Scheltema en Holkema n.v., Amsterdam.  
Jongh, C. L. (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 2265.  
Querido, A. (1957) *T. Soc. Geneesk.* 35, 558.  
Stolte, J. B. (1956) *Adipositas*. *Keesings Medisch Archief*.