

helft zeer uitgebreide uitzaaiingen van osteoplastische metastasen te bestaan. Het electrocardiogram toonde een totale atrioventriculaire dissociatie met een boezemfrequentie van 100 slagen per minuut en een ventrikelfrequentie van 40 per minuut. Na het doormaken van een longembolie, die werd behandeld met anticoagulantia, werd bij deze patiënt endoresectie verricht. In redelijke algemene toestand, met een bezinking van 62 mm na het eerste, en 90 mm na het tweede uur, een alkalisch fosfatasegehalte van 73 E en een zuur fosfatasegehalte van 5,5 E, werd patiënt ontslagen. Thuis zou hij Lynoral gebruiken.

Aanvankelijk waren er weinig moeilijkheden; wel had patiënt tengevolge van de botmetastasen vrij veel pijn en last van oedeem aan de onderbenen, doch hij was rustig en door zijn vrouw goed te verzorgen. Een steeds toenemende jeuk met huidafwijkingen deden mij de huidarts nog eens in consult roepen, die hierbij aarzelde tussen een allergische vaataandoening of een toxisch huidproces door de metastasering. Erger was, dat onze patiënt hoe langer hoe onrustiger werd. Er waren duidelijke tekenen van arteriosclerisis cerebri. 's Nachts was hij onrustig, kreunde en zuchtte veel, waardoor zijn vrouw niet kon slapen, kwam veel zijn bed uit, meende in een ander huis te zijn en had visuele hallucinaties. De gebruikelijke sedativa hadden geen uitwerking en er dreigde een noodsituatie te ontstaan, doordat de bejaarde echtgenote de verzorging niet meer aan kon. Ook hier dus weer een hopeloze toestand, die volkomen werd gerechtvaardigd door de bestaande ernstige geestelijke en lichamelijke afwijkingen.

Door de kinderen, die helaas te ver weg woonden, om zelf te kunnen helpen, werd al gesproken over opname in een psychiatrische inrichting. Querido noemt terecht de scheiding van een bejaard echtpaar wreed en dikwijls bij nader inzien niet nodig. Na opname vindt men na enige weken dikwijls een oudje, dat het apparaat van een psychiatrische in-

richting niet meer nodig heeft. Ook bij onze patiënt kon door een eenvoudige wijziging in de therapie de rust in het gezin worden hersteld. Door het voorschrijven van Largactil driemaal daags 50 mg veranderde de onrustige oude baas in een kalme man, die in het geheel geen hallucinaties meer had, terwijl de jeuk en de slapeloosheid eveneens verdwenen. Deze verbetering heeft nu al enige maanden stand gehouden, tot grote tevredenheid van de omgeving, die in het geheel niet meer spreekt over opname.

Deze laatste mededeling bevat natuurlijk niet veel opzienbarend nieuws; de goede uitwerking van het Largactil bij onrust en verwardheid is bekend en beschreven (Boon). Seager onderzocht een groep vrouwen, ouder dan 60 jaar, behandeld wegens ernstige gedragsstoornissen, onder andere tengevolge van organische dementie. Verbetering werd gezien bij 70 procent, terwijl verscheidene patiënten weer in het arbeidsproces konden worden ingeschakeld.

Bij de drie hierboven gedemonstreerde patiënten heb ik getracht te doen uitkomen, dat de huisarts zich niet te snel mag neerleggen bij een schijnbaar hopeloze situatie, waaraan weinig wezenlijks te veranderen zou zijn. De vroegere opvatting, dat allerlei ouderdomskwalen moeten worden aanvaard als afwijkingen, „waar immers toch geen kruid voor is gewassen”, dient nodig te worden herzien. Helaas zijn er nog genoeg hopeloze situaties, waarin de arts met de handen omhoog moet staan. Doch laten we toch vooral oppassen ons niet door een defaitistische houding te laten meeslepen. Laat ons voortdurend diligent blijven andere en nieuwe mogelijkheden uit het groeiende arsenaal van diagnostische en therapeutische mogelijkheden op hun waarde te onderzoeken.

Boon, A. A. (1955) Ned. T. Geneesk. 99, 2735.

Craddock, D. (1958) An Introduction to General Practice. Lewis & Co. London.

Querido, A. (1958) Ned. T. Geneesk. 102, 209.

Seager, C. P. (1955) Brit. med J. I. 882.

Zeman, F. D. (1955) Practitioner 174, 556.

REFERATEN

De artikelen, besproken in de met een nummer gemerkte referaten, kan men schriftelijk ter inzage vragen bij J. G. Antvelink, Spoorstraat 24, Schoonhoven

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

60—025 Probleme der Psychosomatik. Klinischer Geltungsbereich. Bleuler M. (1960) Schweiz. med. Wschr. 90, 170.

Honderddertig jaar geleden verstond men onder een psychosomatische ziekte, die ziekte, waarbij de psychische gevolgen van een zichtbare lichamelijke ziekte op de voorgrond traden, bijvoorbeeld de progressieve paralyse. Tegenwoordig verstaat men onder psychosomatische ziekten het omgekeerde, namelijk ziektebeelden die zich voordoen als somatische afwijkingen en waarvan de oorzaak in het psychische vlak ligt. Als typische voorbeelden hiervan worden vaak ulcus ventriculi, colitis ulcerosa, hypertensie en astma genoemd. Ook verstaat men onder psychosomatiek wel de eenheid van het psychische en het somatische. Zijn er storende lichamelijke verschijnselen die wij niet met een primair pathologisch-anatomisch of pathologisch-fysiologisch substraat in verband kunnen bren-

gen en kunnen wij ze daarentegen wel op invoelbare, begrijpelijke en zinvolle wijze inpassen in de levensgeschiedenis van de patiënt, zoals hij of zij die verstandelijk en emotioneel verwerkt, dan beschouwen we die stoornissen als psychosomatisch.

Dat emoties somatische gevolgen kunnen hebben, wordt aan de hand van voorbeelden die we allen kennen geïllustreerd. Een en dezelfde emotie veroorzaakt lang niet bij iedereen hetzelfde somatische verschijnsel. Dit hangt helemaal af van aard en duur van de emotie en de lichamelijke en psychische toestand, de constitutie en de levensgeschiedenis van de desbetreffende persoon. De een krijgt diarree na een bepaalde emotie, de ander obstipatie en bij een derde gebeurt er niets. Voor de kliniek is dit alles van weinig belang, behalve schrik-in-

continentie bij kinderen en emotionele amenorroe bij schrik, heimwee of zwangerschapsangst.

Een tweede groep van psychosomatische stoornissen vormen de lichamelijke verschijnselen tengevolge van ziekelijk langdurige affectstoornissen. De belangrijkste groep hiervan zijn de depressies. Vaak worden depressies die schuil gaan achter symptomen zoals hoofdpijn, gebrek aan eetlust, maagklachten, hartklachten, die soms op echte angina pectoris lijken, algemene zwakte, moeheid, slapeloosheid, menstruatiestoornissen, impotentie, of soms kwellende sexuele spanning, niet als zodanig herkend. De fout die meestal gemaakt wordt, is deze mensen het etiket orgaanneurose op te plakken. In tegenstelling tot een neurose is juist een dergelijke depressie wel met een eenvoudige behandeling te verhelpen.

Een derde groep van psychosomatische verschijnselen zijn die verschijnselen, die zich als aspecten van een neurotische persoonlijkheidsontwikkeling manifesteren. Om de psychosomatiek bij neurosen te begrijpen, hebben we psychologische begrippen nodig zoals het elkaar tegenspreken van menselijke gevoelens, de ambivalentie en het begrip van de verdringing in het onbewuste.

De vierde groep omvat de symptomatiek, waarover tegenwoordig het meest gepraat en geschreven wordt, maar waarvan onze kennis nog zeer onvolledig is, namelijk ernstige lichamelijke ziekten, zoals ulcus ventriculi et duodeni, colitis ulcerosa, hypertensie, hyperthyroidie en het primair glaucoom bij jeugdige personen.

Lange tijd heeft men deze afwijkingen als zuiver lichamelijke ziekten gezien. In de laatste decennia werden er echter geen lichamelijke oorzaken gevonden, wel echter aanknopingspunten voor een samenhang met de emotionele toestand en de levensgeschiedenis van de patiënt. Deze gedachte van een emotionele oorzaak in plaats van een onpersoonlijke noxe van buitenaf is zeer revolutionair. Het is een grote opgave dit al of niet waar te maken. Om te zeggen, zoals sommige scholen, vooral in Amerika nu al doen, dit zijn zeker psychosomatische ziekten, gaat te ver en is niet wetenschappelijk. Hoe moeten we dit nu onderzoeken? Zoeken naar lichamelijke oorzaken, bewijzen dat de ziekte naar tijd en subjectief beleven in de psychische levensontwikkeling past en het al of niet slagen van de psychotherapie. Dit alles is onzeker en bovendien wil het feit dat we de eventuele lichamelijke oorzaken van bovengenoemde ziekten nu niet of nog niet kennen, natuurlijk niet zeggen, dat ze niet bestaan. Aan de therapeutische successen heeft men ook nog niet voldoende houvast. Zeker, er zijn en worden genezingen beschreven, maar houden deze stand over lange tijd en zijn deze voldoende gecontroleerd? Schrijver waarschuwt tegen te snelle conclusies, wil men alles wat nu opgebouwd wordt niet in discrediet brengen. Verder zijn vele kwalen in indirecte zin psychosomatisch doordat bijvoorbeeld een neurotische persoonlijkheidsontwikkeling tot ondoelmatige levensgewoonten leidt, die op hun beurt de ziekten kunnen veroorzaken. Tot deze groep behoren de verslavingen zoals „vraatzucht” die tot adipositas leidt, de anorexia nervosa, het alcoholisme, de verslaving aan genotmiddelen enzovoort.

Belangrijk zijn die kinderziekten die het spiegelbeeld van de ongunstige persoonlijkheidsontwikkeling van de ouders vormen, waardoor compensatiemechanismen ontstaan, die tot ziekten kunnen leiden.

Voor de algemene praktijk zijn ook die ziekten belangrijk, waarbij psychische en lichamelijke oorzaken nauw met elkaar zijn verbonden, bijvoorbeeld ongevalsneurosen, allergische stoornissen en climacteriële stoornissen.

Tenslotte wijst de schrijver erop dat elke lichamelijke ziekte emotionele betekenis heeft en vanuit de emotionele sfeer mede is te beïnvloeden.

R. Vos

60—034 Arterial auscultation. Peart, W. S. en C. Rob (1960) *Lancet* II, 714.

De kunst van het ausculteren schijnt in verval te geraken. Toch kunnen door auscultatie niet alleen bij hart- en long-aandoeningen, maar ook bij ziekten van het perifere vaatstelsel waardevolle gegevens worden verkregen. Atheromateuze lesies geven in een groot aantal gevallen systolische ge-

ruisen boven de getroffen slagader. Een enkele maal wijst een systolisch geruis, dat zich uitstrekt tot in de diastole, op een tot stand komen van een efficiënte collaterale circulatie bij een volledige afsluiting. Door auscultatie is onderscheid te maken tussen een gehele en een gedeeltelijke afsluiting, die bijvoorbeeld bij de carotis door de overige verschijnselen niet is vast te stellen. Boven de bifurcatie van de carotis was bij 59 van 103 patiënten met een vastgestelde stenose een systolisch geruis te horen. Het luisteren kan bemoeilijkt worden door een zacht gezoem, dat in de venae ontstaat en dat door een lichte druk even boven de stethoscoop verdwijnt.

Een geruis, twee tot vijf cm boven en twee tot drie cm naast de navel, waarbij de stethoscoop stevig moet worden aangedrukt, wijst op een stenose in de arteria renalis, wat van belang kan zijn bij de diagnose nefrogene hypertensie. Bij de aorta, de iliacale arteriae en de arteria femoralis kan een systolisch geruis de juiste plaats van de vernauwing aanwijzen. Een ruw geruis boven de arteria subclavia wijst bij patiënten met een halsribsyndroom op een beginnende aneurysmavorming of trombose.

J. G. Antvelink

INGEZONDEN

Het onderwerp, dat collega W. M. Fokke heeft behandeld, namelijk het panaritium en het paronychium — (1960) huisarts en wetenschap 3, 312 — is wel zo belangrijk voor de medicus-practicus, dat ik er nog enkele opmerkingen over zou willen maken.

Een panaritium is een niet specifieke ontsteking van de palmaire zijde van de vinger. Men kan zich afvragen waardoor deze ontsteking zich onderscheidt, ook al is ze subcutaan, zodat ze een eigen naam heeft en in de leerboeken in een afzonderlijk hoofdstuk wordt behandeld, als de verwekker niet specifiek is. Het ligt kennelijk aan de localisatie.

Het subcutane weefsel, als we ons daartoe beperken, van de palmaire zijde van de vinger heeft nu als bijzonderheid, dat het veel bindweefsel bevat, dat sterk en taai is, met veel bindweefselchotten, hetgeen zijn invloed heeft op het verloop van de ontsteking. Deze invloed is tweërlei:

- 1 Het vele bindweefsel maakt, dat, indien dit weefsel ontstoken raakt en dus oedemateus en cellig wordt geïnfilteerd, de druk er spoedig zal toenemen met spoedig kans op circulatiestoornissen en dus ook vroegtijdig kans op necrose.
- 2 Dit vele bindweefsel, dat sterk en taai is, zal minder snel kunnen verweken en pas als dit necrotische bindweefsel is verweekt en dus vloeibaar geworden is, kan men spreken van een abces.

Men zal dus bij een panaritium vroegtijdig necrose zien optreden, dat relatief laat in abcedering zal overgaan. In het verloop van een panaritium zal men dus drie stadia kunnen onderscheiden en wel:

- a hyperemie plus cellige infiltratie plus oedeem;
- b necrose;
- c abcedering.

Het derde stadium komt mijns inziens drie tot zeven dagen na het tweede stadium. Dat de behandeling dient te beginnen als het tweede stadium is bereikt en men niet mag wachten op het derde stadium, spreekt vanzelf. Even vanzelfsprekend is dan ook, als men op tijd ingrijpt, dat men er met alleen incideren niet komt.

De behandeling van het panaritium, welke ik de laatste jaren toepas, is als volgt: korte incisie op de gebruikelijke plaats. De wondranden uiteen laten houden en à vue al het necrotisch geworden weefsel met de scherpe lepel verwijderen (meestal is er meer necrose dan men zou verwachten). Er is nu een holte ontstaan. De wand ervan, het meest actieve deel van het ontstekingsproces, is nu voor therapie toegankelijk geworden en wordt geïnfilteerd met 100.000 E Na peni-