

grijze verkleuringen verdwijnen soms pas na maanden of jaren. Men geve daarom intramusculaire ijzerinjecties uitsluitend in de gluteaalstreek.

Een veel gebruikte intramusculair toe te dienen ijzerverbinding is het Engelse Imferon. In de laatste jaren is bekend geworden, dat bij ratten als gevolg van Imferon-injecties een sarcoom kan ontstaan. Bij de mens is enkele malen een sarcoom gevonden op de plaats, waar ijzer, vaak jaren tevoren, was ingespoten (*de Jong; Robinson e.a.*). Hoewel het niet bewezen is, dat deze sarcomen bij de mens het gevolg zijn van het toegediende ijzer, is op het ogenblik hiermede toch wel voorzichtigheid geboden. Wij schrijven op het ogenblik nog alleen intramusculaire ijzerinjecties voor bij dringende indicaties.

Wanneer men parenterale ijzerbehandeling alleen in daarvoor geschikte gevallen gebruikt, zal men vele patiënten doeltreffend kunnen helpen. Er zijn echter, zoals is uiteengezet, gevaren aan verbonden. Men zal dus slechts ertoe mogen overgaan, wanneer er een duidelijke indicatie voor bestaat en het ijzergetekort met zekerheid is vastgesteld. Bij patiënten met ijzergetekort kan men echter in verreweg de meeste gevallen volstaan met ijzerbehandeling per os, mits het ijzer hoog genoeg wordt gedoseerd, lang genoeg wordt voorgeschreven en trouw wordt ingenomen!

Tabel 1

Gemiddelde normale waarden van het hemoglobinegehalte op verschillende leeftijd

Leeftijd	Hemoglobine in g/100 ml bloed
1 maand	14,4
3 maanden	13,4
5 maanden	12,5
12 maanden	12,0
1 tot en met 5 jaar	12,0
6 tot en met 10 jaar	13,0
11 tot en met 15 jaar	13,5
Van 16 jaar af vrouw	14,0
Van 16 jaar af man	15,6

Barritt, D. W. en G. C. Swain (1953) *Blood* 8, 963.
 Brown, E. B. en C. V. Moore (1956) *Progress in Hematology* (L. M. Tocantins). Grune en Stratton, New York.
 Granick, S. (1949) *Bull. N. Y. Acad. Med.* 25, 403.
 Jongh, C. L. de (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 429.
 Laurell, C. B. (1947) *Acta physiol. scand.* 14, supplement. 46.
 Moore, C. V. en R. Dubach (1956) *J. Amer. med. Ass.* 162, 197.
 Nissim, J. A. (1947) *Lancet* II, 49; (1954) *Brit. med. J.* I, 352.
 Rath, Ch. R. (1950) *Med. Clin. N. Amer.* 34, 1779.
 Robinson, C. E. G., D. N. Bell en J. H. Sturdy (1960) *Brit. med. J.* II, 648.
 Waldenström, J. en S. R. Kjellberg (1939) *Acta radiol.* (Stockh.) 20, 618.

NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

Een hypoglykemische reactie

DOOR H. LEVY, HUISARTS TE AMSTERDAM

Vroeg in de ochtend werd ik onlangs gebeld voor een mijner patiënten, een diabeticus van zesenvierzig jaar: hij was niet te wekken en vertoonde een beeld, dat men als een „tak van beroerte” aanduidde. Ik gaf het advies hem, in afwachting van mijn komst, zo mogelijk enige lepels suiker toe te dienen.

Bij mijn komst trof ik de patiënt comateus aan met snurkende ademhaling; de gelaatskleur was normaal, de huid enigszins vochtig. Bij een snel oriënterend onderzoek vond ik verder een hangende mondhoek; de reflex van Babinski was beiderzijds op te wekken.

Volgens zijn echtgenote had de patiënt zoals gewoonlijk 8 E insuline Novo-lente ingespoten; daarna was hij, in afwachting van de maaltijd, nog even op bed gaan liggen. Toen zijn vrouw hem enige minuten later riep, gaf hij geen antwoord. Hij lag zweetend op bed. De suiker, die zij hem gaf, slikte hij wel door, doch hij kwam hierop niet bij. Hij zakte integendeel verder weg en begon te snurken en te blazen; in die toestand trof ik hem ook aan.

Hoewel ik twijfelde aan de diagnose hypogly-

kemie, zo kort na deze lage dosis insuline, overwoog ik, dat glucose intraveneus hem zeker geen schade zou berokkenen. Ik spoot daarom 20 ml 40 procent glucose intraveneus in en wachtte gespannen af. Na enige minuten kwam er verandering in de toestand. Het coma werd minder diep; het snurken verdween en maakte plaats voor een rustige ademhaling; patiënt werd wakker en keek rond, zonder overigens iemand te herkennen; daarbij wreef hij zich krampachtig over het gezicht. De reflex van Babinski was beiderzijds nog duidelijk positief. Weer even later was patiënt aanspreekbaar, maar hij kon op mijn vragen geen antwoord geven, doordat hij zijn tong nog niet kon gebruiken. Wel voldeed hij aan mijn verzoek zijn tanden te laten zien; hierbij bleef de linker mondhoek achter. Het rechterbeen kon hij niet optillen, terwijl dit links gemakkelijk ging. Geleidelijk aan begon patiënt de omgeving te herkennen; het spreken, hoewel moeilijk, werd beter verstaanbaar; ook kon de tong recht worden uitgestoken. De reflex van Babinski was rechts nog op te wekken; links was zij volledig verdwenen.

Het viel op, dat de bewustzijnsgraad wisselde; daarom spoot ik hem 100 mg papaverini hydrochloras en 480 mg Euphylline intramusculair in. Ter aanvulling gaf ik patiënt melk met enige lepels suiker te drinken; nadat hij zich enkele malen had verslikt, lukte dit. Ik adviseerde hem te gaan slapen.

Een uur later was hij normaal te wekken. Tot mijn grote verrassing waren er bij oriënterend neurologisch onderzoek geen afwijkingen meer te vinden.

Na enige dagen bedrust heb ik patiënt gemobiliseerd en voor na-onderzoek naar de neuroloog (collega Hemgreen) verwezen. Zijn diagnose luidde: hersenanoxemie na hypoglykemie. De snelle therapie zou patiënt voor blijvende schade hebben behoed.

Dit geval mag aanleiding zijn er op te wijzen, dat iedere diabeticus, die is aangesloten bij de Ne-

derlandse Vereniging van Suikerzieken, een kaartje bij zich draagt, waarop staat vermeld, dat hij bij ieder abnormaal gedrag of bij bewusteloosheid suiker behoeft; mocht het slikken niet gaan, dan moet een arts worden gewaarschuwd.

De arts moet dus altijd ampullen met 40 procent glucose voor intraveneuze injectie in zijn tas bij zich hebben.

Wanneer men twijfelt, of men met een hyper- of een hypoglykemisch coma te doen heeft, mag men glucose als diagnosticum gebruiken. Glucagon heeft men hierbij niet nodig. Het is van groot belang de glucose spoedig toe te dienen. Indien men éerst maatregelen gaat treffen voor opname in een ziekenhuis, verliest men tijd en loopt men onnodig het gevaar, dat de patiënt blijvende schade zal onder- vinden.

AANWINSTEN

De opkomst van de medische psychologie

DOOR DR J. A. WEIJEL, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Tot voor kort was er nauwelijks sprake van een doelbewuste toepassing van psychologische kennis en inzicht in de dagelijkse algemene geneeskundige praktijk. De psychiatrie heeft enige decennia een vrij geïsoleerd bestaan gevoerd. De psychiater was een amper geaccepteerd lid van de geneeskundige organisatie en nog steeds schijnt hij vele collegae zijn medische bestaansrecht te moeten bewijzen. Het was pas de ontwikkeling van de psychosomatische geneeskunde, die de medici duidelijk heeft gemaakt hoe diepgaand de relatie was tussen het psychische en het somatische aspect van het ziek zijn.

Het isolement van de psychiatrie heeft enkele oorzaken. Ten eerste is er de isolatie van de psychiatrische patiënten in aparte inrichtingen en gestichten, welke isolatie enerzijds berust op de afkeer van geestesziekten, anderzijds op het storende gedrag. Ten tweede is er de aanvankelijk weinig spectaculaire ontwikkeling van de leer der geestesziekten. Na de moeizaam bevochten overwinning deze lijdens als zieken te mogen beschouwen, leunde de psychiatrie achtereenvolgens aan bij de cellulaire pathologie, bij de leer der infectieziekten en de neurologie. In het gebied van deze laatste wetenschap waren de hysterische verlammingen nog geheel onverklaard. De ontdekking van Breuer en Freud, dat hysterici aan onverwerkte herinneringen leden, was de ontdekking van een nieuwe ziekteverwekkende factor, de psychogenese. Deze fundamentele ontdekking voerde tot een grote reeks nieuwe inzichten over onder andere de droom, de sexualiteit, het onbewuste, de structuur

van de persoonlijkheid, die tezamen de psychoanalytische theorie vormden.

Buiten de medische kring hebben de psychoanalytische opvattingen veel sneller ingang gevonden dan in het eigen gebied; het verweer tegen de revolutionaire opvattingen was groot. Maar hoe fundamenteel ook voor ons inzicht de nieuwe ontdekkingen mochten zijn, vooralsnog leverde de psychonalyse de medische wereld geen vlot toepasbare therapie op, die gemakkelijk zou kunnen worden getoetst. De psychoanalytische school en de verwante nieuwe richtingen bleven alle ver van de klinische en poliklinische geneeskunde.

Ondanks dit isolement en de weerstand, zijn belangrijke begrippen uit de psychoanalyse algemeen geldend geworden. De fenomenologische school in de psychiatrie, legde de nadruk op de grote betekenis van de relatie tussen de mensen onderling, tussen de mens en zijn omgeving. De duistere vaktal van deze richting heeft het isolement van de psychiatrie beslist vergroot.

De psychosomatische geneeskunde heeft aan de somatische ziekte de psychische dimensie toegevoegd, de ziekte met de zieke verbonden. Het was gebleken dat de patiënt als persoonlijkheid een grote rol speelde bij het proces van het ziek worden en het ziek blijven. Het onderzoek van de actuele aanleiding tot de ziekte noopte tot meer belangstelling voor de wereld waarin de patiënt leefde, terwijl de wijze, waarop de patiënt had gereageerd op de gebeurtenissen in zijn omgeving, de aandacht vestigde op zijn psychologische structuur. Omdat het inzicht van de psychische oorzaak van