

# huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

## Probleem (1)\*

Probleemsteller: G. D. A. Kuyken, huisarts te Rotterdam.

Probleemoplosser: E. M. Janssens, huisarts te Rotterdam.

*Probleemsteller:* In juni 1961 belde des middags om 4 uur de echtgenote van een 48-jarige patiënt op met de vraag of haar man nog even mocht komen. Hij was die dag met de auto op weg gegaan, maar keerde voortijdig terug, omdat hij zich „beroerd” gevoelde. Ik was toevallig thuis en verzocht patiënt direct te komen.

Enige minuten later trad de man binnen en het viel onmiddellijk op dat hij er „vervallen” uitzag. Zijn gelaat was bleek en vermoeid. Bij het opnemen van de actuele anamnese bleek, dat patiënt die dag om twaalf uur, terwijl hij in zijn auto (Volkswagen) zat, plotseling duizelig werd. Hij zag vlekken voor de ogen en zweette erbij. Ook had hij wat hoofdpijn. Hij stopte bij een café en kwam daar wat op verhaal door iets te eten en een kop koffie te drinken. Te twee uur vervolgde hij zijn reis, maar gevoelde zich toch niet in staat tot werken en reed daarop zelf naar huis terug.

Het bleek, dat hij de dag voordien een dergelijke klacht had, zij het in mindere mate. Afgezien van de laatste twee dagen had hij zich geheel normaal gevoeld en was volledig tot werken in staat geweest.

Algemene gegevens: Patiënt is een man van 48 jaar en procuratiehouder van beroep; hij is een stenische persoonlijkheid, een harde werker en „self-made man”, die heel duidelijk in de competitie sfeer leeft.

Bij het opnemen van de algemene anamnese leverden de verschillende orgaansystemen het volgende op. Er was de laatste 48 uur wat kortademigheid

bij trappen lopen ontstaan. Dikke voeten waren niet opgemerkt. Nu en dan klopte het hart wat hinderlijk snel. Er was geen beklemd gevoel op de borst, ook niet bij inspanning.

Patiënt had een weinig produktieve hoest, die hij zelf toeschreef aan het roken van ongeveer 25 sigaretten per dag. Er was geen pijn bij het hoesten.

De laatste maanden had hij geen maagklachten gehad, zoals voordien nogal eens optraden (zie vroegere ziekten). Hij gebruikte een vetarm dieet met veel melkkost. Hij braakte niet, had geen last van pyrosis, geen zuurbranden achter het borstbeen en een normale defaecatie.

Er waren geen klachten van de zijde van de urinewegen of geslachtsorganen. Wat het zenuwstelsel betreft klaagde patiënt over hoofdpijn, die moeilijk was te lokaliseren; het was een dof, onaangenaam gevoel, dat het denken hinderde. Er waren geen klachten over de sensibiliteit of de motoriek. Wat de stemming betreft gevoelde patiënt zich sedert enige dagen geestelijk down en suf.

Van zijn vroeger doorgemaakte ziekten valt te vermelden, dat hij vóór 1948 steeds gezond zou zijn geweest. In 1953 werd hij wegens maagklachten uitvoerig door een maag-darm-arts onderzocht, waarbij de diagnose gastritis werd gesteld: er kon geen ulcus worden aangetoond. In 1956 onderging hij een herniotomie voor een hernia inguinalis; in 1957 waren er opnieuw maagklachten, maar was het maag-duodenum-passagie-onderzoek negatief, evenals de benzinereactie in de faeces. In 1958 had hij een peri-arthritis humeroscapularis en in 1959 ontstond er een depressie na een conflict met zijn directeur, die hem in het bijzijn van collegae vernederde. Patiënt ontwikkelde hierna een hysterische depressie, die echter onder behandeling van de psychiater na een maand verdween. Hij kon in deze periode aan het werk blijven. Bij navraag bleek het conflict geheel te zijn opgelost; hij werkte met

\* Besproken op 28 februari 1962 in een studiegroep van het centrum Rotterdam van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

veel plezier en werd gewaardeerd. De laatste twee weken had hij een bijzondere opdracht gekregen, waarvoor hij veel per auto moest reizen, wat overigens niet zijn gewoonte was.

Levensgewoonten: patiënt gebruikte de laatste tijd geen medicamenten, nuttigde sporadisch en dan nog zeer matig alcohol, daar de maag dat niet verdroeg en rookte 25 sigaretten daags.

Bij het algemeen oriënterend lichamelijk onderzoek werd het volgende vastgesteld. Het hoofd vertoonde een schaarse beharing en seborrhoea capitis; de conjunctivae waren duidelijk geïnjecteerd; de visus bedroeg gecorrigeerd beiderzijds 10/10. De pupillen vertoonden pupillenspel; er was goede reactie op licht en convergentie. Verder was er een instel-nystagmus; de fundus oculi (Thorner) vertoonden geen afwijkingen, terwijl de corneareflex intact was. De trommelvlieszen waren intact; de fluijterspraak was beiderzijds zes meter. De neus vertoonde geen bijzonderheden; het gebit was geconserveerd; de pharynx was rood als bij chronische pharyngitis.

De hals vertoonde geen afwijkingen, met name was de schildklier niet vergroot. De longgrenzen

---

*Redactionele aantekening.* In het artikel „Probleem” (1) treft de lezer een verslag aan van een bespreking, zoals deze verliep naar het voorbeeld van de studiegroep Alphen aan den Rijn en waarover in dit tijdschrift vorig jaar uitvoerig werd bericht — (1961) huisarts en wetenschap 4, 362.

Voor een goed begrip van de gang van zaken bij een dergelijke bespreking zij hier nogmaals uiteengezet hoe deze is. Eén der leden van de studiegroep geeft een ander lid een ziektekundig probleem op. Gedurende een maand heeft deze de gelegenheid het probleem te bestuderen, waarna in een bijeenkomst van de groep de bespreking volgt. Voordien hebben ook de andere leden van de groep een stencil ontvangen, waarop alle gegevens vermeld staan, welke zijn voorgelegd aan degenen, die het probleem ter oplossing zal moeten voordragen.

Het verloop van de bijeenkomst is als volgt. De probleemsteller begint met het probleem voor te lezen, waarna de „oplosser” zijn visie op het probleem geeft en waarbij hij in elk geval moet geraken tot het stellen van een differentiële diagnose. Hierna wordt door de discussieleider ieder lid van de groep gevraagd zijn mening en opvattingen kenbaar te maken en tenslotte volgt dan de oplossing door de probleemsteller, waarna de discussie plaats vindt.

De redactiecommissie is zo optimistisch geweest het symbool (1) achter de titel van dit verslag te plaatsen in de overtuiging, dat in vele studiegroepen centrumbijeenkomsten dergelijke besprekingen zouden kunnen volgen, waarbij toch waarschijnlijk mag worden geacht, dat een verslag zoals hier afgedrukt kan resulteren. De redactiecommissie wil graag desgewenst assisteren bij de vormgeving.

H.

verschoven goed en percussie en auscultatie waren normaal. De pols was regulair, 70 slagen per minuut; bij persen frequentievertraging; de percussiefiguur van het hart was normaal evenals de auscultatie. De bloeddruk bedroeg 140/100 mm Hg, na tien diepe kniebuigingen 160/100 en na één minuut wederom 140/100 mm Hg.

De buik was soepel; lever en milt waren niet te palperen. De genitalia waren normaal; bij rectaal toucher voelde de prostaat glad en normaal van grootte aan. De reflexen waren beiderzijds hoog normaal en links en rechts gelijk. Er was uitbreiding van de reflexogene zones. Het verschijnsel van Romberg was negatief. De huid was opvallend bleek van kleur; er was geen cyanose, geen icterus en er waren geen petechiën.

Het urine-onderzoek leverde geen afwijkingen op, met name was er geen eiwit of glucose in de urine, terwijl in het sediment geen cellen waren. Het hemoglobinegehalte bedroeg 14 gramprocent (Sahli).

*Probleemoplosser:* Wanneer we de gegevens samenvatten, krijgen we de indruk van een patiënt, die collaps heeft gehad en die zich daarvan nog niet geheel heeft hersteld. Als oorzaak van de collaps kunnen we denken aan een tekort schieten van de hartswerking met name een ischemie van de harts-pier, waarvoor wel enige punten uit de ziektegeschiedenis pleiten, zoals de verminderde conditie van de patiënt, het plotseling beroerd worden met duizeligheid en zweten en het zich vervelend blijven gevoelen; de kortademigheid, de hartkloppingen en de bloeddruk. Ik vraag mij af of wij hier niet met een gedecapiteerde bloeddruk hebben te maken. Hoe was de bloeddruk voor die tijd?

Het feit, dat de bloeddruk zich normaal gedroeg na belasting, sluit een ischemie van de harts-pier niet uit; evenmin het ontbreken van een oppressiegevoel of retrosternale pijn. Heeft patiënt in andere lichaamsdelen onaangename sensaties gevoeld? Wel vraag ik mij af of het geoorloofd is bij iemand met een dergelijke anamnese een belastingsproef uit te voeren, zolang niet met zekerheid is uitgesloten, dat er een ernstige afwijking van het hart in het spel is.

Verder zou ik graag willen weten of patiënt mis-selijk is geweest en of hij heeft gebraakt. En hoe was de vochtigheidstoestand van de huid tijdens het onderzoek? Hoe was de toestand van de arteriële vaatwanden?

Een andere mogelijke oorzaak van de collaps is een tekort schieten van de perifere circulatie. Verder is een longembolie mogelijk, waarvan echter één der eerste symptomen een polsversnelling is, die hier ontbreekt. Voorts rijzen nog vragen als: bestonden er varices? Hoe was de kleur van het sputum? Wat bedroeg de lichaamstemperatuur?

Bij het overzien van de gegevens moet ook rekening worden gehouden met een bloeding in de maag-darm-tractus. In de anamnese wordt melding gemaakt van maagklachten in 1953 en 1957, waarbij echter röntgenologisch geen ulcera werden aan-

getoond en gezien de negatieve benzidinerreacties in de faeces is een ulcus in die tijd ook zeer onwaarschijnlijk. Het is echter best mogelijk dat patiënt thans een bloedend ulcus heeft; het ontbreken van elke maagklacht is hierbij bekend. Een hemoglobinegehalte van 14 gramprocent is hierbij ook nog mogelijk, omdat er bij een bloeding aanvankelijk indikking van het bloed optreedt en pas in de eerste dagen na de bloeding aanvulling van het bloedvolume plaats heeft, waardoor het hemoglobinegehalte gaat dalen.

Naar aanleiding van deze suppositie dringen zich nog vragen op als: was patiënt dorstig? En ook nu moet ik vragen of hij misselijk was en of hij had gebraakt? Heeft hij diarree gehad? Hoe was de kleur van de faeces? Was de ampulla recti leeg bij het toucher? En zo neen, wat was de kleur van de faeces aan de handschoen?

De beschreven klachten kunnen ook voorkomen bij een te laag bloedsuikergehalte, in welk geval patiënt een functionele hypoglycemie zou hebben. Deze toestanden zijn echter lichtverlopend, terwijl hier toch wel een min of meer dramatisch beeld wordt getoond.

Wij moeten bij deze patiënt ook nog een cerebrale oorzaak voor zijn klachten overwegen en mijns inziens zou hier alleen een subduraal hematoom in aanmerking komen. Na een vaak onbetekend trauma ontwikkelt zich na een lang of kortdurend vrij interval van weken tot jaren, hoofdpijn, gecombineerd met psychische stoornissen en stuwingspapillen. Dit klopt echter niet met de ter beschikking staande gegevens.

Als laatste mogelijkheid zou ik het willen hebben over vergiftiging. Patiënt rookt ongeveer 25 sigaretten per dag en reed auto. Van deze auto zijn geen gegevens bekend. Het is echter helemaal niet onwaarschijnlijk, dat patiënt op de twee genoemde dagen het ventilatiesysteem van zijn wagen heeft gebruikt. In een gesloten wagen, waarin wordt gerookt en de luchtventilatie is aangezet, kan gemakkelijk, en zeker bij file rijden, een dergelijke hoeveelheid verbrandingsgas van andere auto's worden aangezogen, dat de CO-concentratie in de wagen ontoelaatbaar wordt. Hierbij laat ik nog buiten beschouwing een mogelijke lekkage in het uitlaatsysteem van de door patiënt bereden auto.

In verband met het voorgaande zijn enige gegevens over CO-vergiftiging noodzakelijk. Bij de CO-vergiftiging spelen verschillende factoren een rol.

- 1 de gezondheidstoestand van patiënt, met name arteriosclerosis en anemie;
- 2 de duur van inwerking van het CO;
- 3 de concentratie van het CO in de lucht;
- 4 de arbeid, welke werd verricht tijdens de inademing.

*Ad 1* Anemie had patiënt niet; over de toestand van zijn vaatwanden werden geen gegevens verstrekt; de vrij hoge diastolische bloeddruk maakt een arteriosclerose niet onwaarschijnlijk.

*Ad 2* In de anamnese stond, dat patiënt veel met de auto reisde, zodat langdurige inwerking van CO dus mogelijk is.

*Ad 3* De affiniteit van hemoglobine voor CO is ongeveer driehonderdmaal zo groot als die voor zuurstof. Bij een concentratie van 0,1 procent CO in de lucht, wordt in één uur tijds 500 ml van dit gas aan het hemoglobine gebonden, waardoor de helft van het hemoglobine onwerkzaam wordt.

Een inhalerende sigarettenroker kan een CO-concentratie in zijn bloed bereiken van 3 procent, stijgend tot 6 procent bij zeer zware rokers. De hoogst gevonden concentratie is 10 procent bij zeer geforceerd diep inhaleren. Uitlaatgassen van motoren bevatten 4 tot 7 procent CO. Wanneer we dan verder weten, dat uit dierproeven is gebleken, dat reeds bij een luchtconcentratie van 0,01 volumeprocent duidelijke histologische beschadigingen zijn vast te stellen, en dat weliswaar de meningen verdeeld zijn over het percentage CO in de lucht waarbij acute vergiftigingsverschijnselen (hiervoor wordt 10 tot 20 procent opgegeven) optreden, dan wordt de zaak bij een chronische CO-vergiftiging toch nog anders.

CO veroorzaakt namelijk niet alleen vergiftigingsverschijnselen door het onbruikbaar maken van het hemoglobine als zuurstof-transporteur, het grijpt ook nog in op de ferment-systemen van hersenen (globus pallidus), myocard en andere organen. Hierbij zijn uiteraard dus reeds bij lagere CO-concentraties moeilijkheden te vrezen, zodat in de recente literatuur wordt aangenomen dat, bij op zichzelf onschuldige bloedconcentraties, door tevens roken, toxische CO-hemoglobine hoeveelheden kunnen worden geproduceerd; daardoor ontstaat het beeld van de chronische CO-vergiftiging, dat wordt gekenmerkt door apathie, sufheid, hoofdpijn, verminderd concentratievermogen, kortademigheid en duizeligheid. Opvallend is in het begin de hardnekkige slapeloosheid, die niet op slaapmiddelen reageert. Bij toenemende vergiftiging kunnen zeer ernstige neurologische afwijkingen ontstaan, die worden veroorzaakt door beschadiging van het striaire systeem (Parkinsonisme), diëncephalon (diabetes) enzovoort. Bij de acute vergiftiging ziet men bovendien verschijnselen, veroorzaakt door de anoxemie, namelijk uitgebreide beschadigingen van hersenen, myocard enzovoort.

*Ad 4* Over de arbeid, die wordt verricht tijdens het inademen van de CO kunnen we kort zijn. Bij zware arbeid kan de hoeveelheid gebruikte zuurstof stijgen tot viermaal de hoeveelheid, welke in rust wordt gebruikt. In het geval van onze patiënt werd zeker geen zware arbeid verricht; ten hoogste kan de ongewoonte van het autorijden een wat grotere zuurstofbehoefte hebben doen ontstaan.

Bij de anamnese en het onderzoek zijn geen gegevens gevonden, welke een chronische CO-vergiftiging onwaarschijnlijk maken. De moeilijkheid is echter steeds, zoals uit de literatuur blijkt, het bewijs hiervoor te leveren; zo wordt de ruimte, waar-

in patiënt verbleef, te laat onderzocht en tegen de tijd, dat patiënt wordt onderzocht op CO-hemoglobine, is reeds een groot gedeelte van het CO uit het bloed verdwenen.

Na deze beschouwingen zou ik tenslotte de volgende differentiële diagnosen willen stellen:

- 1 bloeding in de maag-darm-tractus;
- 2 myocardbeschadiging; en
- 3 CO-vergiftiging.

*Discussie.* Bowles wil als mogelijke oorzaak voor de verschijnselen ook nog toevoegen prodromi van een arachnoidale bloeding of apoplexie, terwijl de anamnese overigens ook wel steun geeft voor een psycho-sociale genese van de klachten.

Greup zou aan het rijtje diagnosen ook nog het pancreascarcinoom willen toevoegen.

Tokkie noemt nog als mogelijkheden surménage, bijnierschorsinsufficiëntie en anaemia perniciosa.

*Probleemsteller:* Voor eerst antwoord op de vele vragen, welke de oplosser stelde. De bloeddruk van patiënt vertoonde inderdaad een wel wat hoge diastolische druk. In vergelijking met vroeger bleek deze echter niet gewijzigd te zijn. Er was een behoorlijke polsdruk.

Inderdaad neem ik het mijzelf kwalijk — verrijkt door uw opmerkingen — patiënt direct tot kniebuigingen te hebben aangespoord. Ik was gepreoccupeerd door de neurotische trekken in zijn gedrag en ben — ten onrechte — lichtvaardig van een bepaalde veronderstelling uitgegaan.

Patiënt was niet misselijk en had niet gebraakt; hij had geen varices en er waren geen verharde vaten palpabel. Ook bestond er geen produktieve hoest. De temperatuur, die later werd opgenomen, bleek normaal te zijn. Er waren geen maag-darmverschijnselen en er was geen teerfaeces aan de handschoen. Tot zover dus de nadere inlichtingen.

## *Inleiding tot de huwelijksproblematiek\**

DOOR M. W. JONGSMA, ARTS TE LEIDEN

In zijn boek „Levensproblemen” vertelt *Alfred Adler*, dat in sommige streken het oude volksgebruik bestaat om een verloofd paar samen een boom te laten doorzagen. Gelukt dit snel, glad en goed, dan zullen deze mensen een gelukkig huwelijk hebben. Zij hebben dan bewezen samen iets tot een goed einde te kunnen brengen.

Het goede huwelijk is gekenmerkt door een harmonieus en liefdevol samspeel van man en vrouw in geestelijke gebondenheid en in een wettelijk geregelde levensgemeenschap, waarvan de grondslag wordt gevormd door de natuurlijke elementen van

\* Voordracht gehouden op de Boerhaave-cursus „Conflicten in en van het huwelijksleven” te Leiden, april 1962.

Patiënt was mij bekend als een nerveuze, gespannen man, die zwaar rookte. Tijdens het onderzoek schoot mij te binnen — temeer daar hij sedert kort auto reed — dat hier een CO-intoxicatie niet onwaarschijnlijk was. Zoals Janssens reeds in zijn uitvoerige bespreking toelichtte is een CO-intoxicatie niet meer aan te tonen, indien er te lange tijd is verlopen na de expositie, zodat ik patiënt zo spoedig mogelijk naar het Klinisch Chemisch Laboratorium voor een CO-bepaling in het bloed zond. Een voorbereidend telefoontje met het laboratorium en vervoer per taxi van de patiënt resulteerde in een nog diezelfde dag ontvangen bericht, dat het CO-hemoglobinegehalte van het bloed 18 procent van het totaal hemoglobine bedroeg. Hiermee werd dus op snelle wijze de waarschijnlijkheidsdiagnose gesteld.

Ik realiseerde mij, dat het myocard door deze intoxicatie gevaar liep — het ware waarschijnlijk beter geweest bij de differentiële diagnostiek een infarcering voorop te stellen, zoals Janssens reeds noemde — en schreef patiënt bedrust voor en verzocht de cardioloog om een consult aan huis. De uitslag van het de volgende dag gemaakte electrocardiogram was normaal. Na 24 uur gevoelde patiënt zich reeds veel beter. Na een week hervatte hij het werk zonder enige klacht te hebben. Het roken heeft hij tot heden gestaakt.

Er is nog een onderzoek ingesteld naar het uitslaatsysteem en de luchtventilatie van de auto zonder dat dit tot duidelijke uitspraken heeft geleid.

Het is door deze discussie duidelijk geworden, dat — zelfs wanneer men als huisarts het gevoel heeft bij een patiënt als deze een optimale geneeskundige behandeling te verlenen — men toch vele mogelijkheden over het hoofd kan zien. Ik ben dankbaar in de gelegenheid te zijn geweest mijn beoordeling van dit probleem in deze kring op zo leerzame wijze te zien getoetst.

het leven. Deze zijn de sexuele behoefte en functie, de instandhouding van het mensdom en de zorg voor en de opvoeding van de kinderen uit het huwelijk ontsproten.

Het huwelijk is een hechte verbintenis, een samenleven in de volle zin van het woord. Het is persoonlijk, sociaal, cultureel en zedelijk een instelling van de eerste rang waarin de hoogste deugden kunnen worden gekweekt: zelfbeheersing, zelfverloochening, toewijding, vergevensgezindheid, geduld, dankbaarheid. In het door het huwelijk geschapen gezin dienen man, vrouw en kinderen de geborgenheid, het rustpunt van hun leven te vinden. Daar worden de individuele en gezamenlijke problemen