

Dekking) van de Universiteit van Amsterdam. Nu na een lange negatieve periode het virus verschijnt in gevallen van de „er bij behorende” ziekte, mag dat, zoal niet als bewijs, dan toch als een sterke aanwijzing worden beschouwd.

In de afgelopen maanden zag ik verschillende van deze ziektegevallen en in vier daarvan werd faeces onderzocht en het virus gevonden. Het is waarschijnlijk dat er weer eens een, zij het milde, epidemie van de Bornholmziekte heerst. Tijdens de grote epidemie van 1951 bleek ongeveer tien procent van

de gevallen als de hier beschreven pleurodynie te verlopen. Het is bekend dat deze ziekte met vrij grote tussenpozen epidemisch optreedt. Vermoedelijk zijn ook elders in den lande deze beelden gezien. Doel van deze mededeling is dan ook er op te wijzen, dat de eerste aanval van pleurodynie zonder koorts kan verlopen, dat de aanvallen bijzonder kort kunnen duren en dat er na afloop van deze fase een periode kan volgen van lusteloosheid en gebrek aan eetlust, gepaard aan subfebriele temperatuur, die, volgens onze ervaring, wel tien dagen kan duren.
Augustus 1963

VERSLAG VAN HET ZESDE INTERNATIONALE CONGRES VOOR GERONTOLOGIE KOPENHAGEN, AUGUSTUS 1963

Met als beschermvrouwe H.M. de Koningin van Denemarken, werd op 11 augustus in de concertzaal van Tivoli het congres geopend. Bij aanwezigheid van H.K.H. Prinses Margerethe werden de toespraken afgewisseld met Scandinavische muziek, welke door het strijkensemble van het Tivoli-orkest ten gehore werd gebracht. Ruim 900 congressisten met 300 associés, afkomstig uit vrijwel alle delen van de wereld, waren hierbij aanwezig. Donderdag 15 augustus werd besteed voor een uitstapje naar Zweden met lezingen in Malmö en een bezoek aan enkele bejaardencentra. Ook in Denemarken zelf werden diverse geriatrische instellingen bezocht, zoals de „Old Peoples Town” — de „Gamles By” — in Kopenhagen met 1.700 inwoners. Inderdaad een stad in een stad, waar een bezoek werd gebracht aan de nieuw gebouwde verpleegafdelingen van elk 252 bedden — twee patiënten per kamer — welke zeer royaal en modern waren ingericht. In een plaatsje buiten Kopenhagen zagen wij in Gentofte een klein bejaardencentrum met verpleegafdeling. Aan dit laatste krijgt men ook in Denemarken steeds meer behoefte, zodat met nieuwbouw hiermede al geruime tijd rekening wordt gehouden.

De wetenschappelijke bijeenkomsten werden dagelijks begonnen met een plenaire zitting, welke was gewijd aan: de levensverwachtingen voor bejaarden onder diverse omstandigheden; oud worden en persoonlijkheid; de opleiding tot research, onderwijs en werkzaam-zijn in de gerontologie; en de richting waarin de research zich beweegt. De inhoud van de voordrachten kwam eigenlijk neer op een samenvatting van de tijdens het congres voorgedragen referaten. Een uitzondering moge worden gemaakt voor de door Woodford-Williams gehouden lezing. Zij onderstreepte nogmaals de naar haar mening noodzakelijke voorwaarden voor een goede opleiding, en verzocht: bij de klinische colleges de variaties op oudere leeftijd naar voren te brengen, de arts gedurende drie maanden stage te laten lopen bij een geriater, en te leren welke contacten op sociaal terrein kunnen worden gelegd. Tevens wenste zij nascholingsmogelijkheden in de geriatrie door als „resident doctor” werkzaam te kunnen zijn. Op de mogelijkheden hiertoe zou door de universiteit moeten worden gezeen. Zowel de geriatrie als de gerontologie moeten geen eigen taal spreken, zich niet in „splendid isolation” terug trekken, maar worden opgenomen in de algemeen medische wetenschap, samenwerkend met alle collegae. Dan eerst wordt de zorg voor de oudere patiënt een dankbare taak, waarmee wij onze beroepsstradities en idealen hoog kunnen houden. Na de plenaire zittingen werden de congressisten verdeeld over drie secties, een biologische, een klinisch-medische, en een sociale sectie. Van elke sectie werden op verschillende plaatsen gelijktijdig parallelvergaderingen gehouden, aangezien het anders onmogelijk zou zijn geweest de 470 sprekers allen aan het woord te laten komen.

Van de 49 Nederlandse deelnemers werden referaten gehouden door Van Borselen, Van de Brink, Daams, Thung,

Van der Horst, Schreuder en Van Zonneveld.

Na dit meer algemene programma-overzicht zullen wij trachten ook de medische elementen van de gehouden voordrachten aan te stippen. Het zal de lezer wel net zo vergaan als ons bij het aanhoren, dat reeds veel bekend is doch ook veel nieuw of weer eens van een onbekende zijde belicht.

* * *

I De biologie. Na onderzoekingen van vergelijkend fysiologische aard over veranderingen in de weefselstructuren bij het ouder worden, werden meer uitvoerig besprekingen gewijd aan de arteriosclerosis en het metabolisme in de arteriën. Veranderingen werden waargenomen in enzymsystemen waarbij de voeding (zowel lipoproteïnen als polysacchariden) en enkele vitamines een rol spelen. Door verminderde enzymwerking neemt het metabolisme af en hebben de weefsels zich in te stellen in een nieuwe evenwichtstoestand, welke in het seniele organisme veelal een is van een minimum reactiviteit van de cellen.

Endocrinologische onderzoekingen wezen op: een vroeg oud worden van patiënten met endemische krop; een verminderde gevoeligheid van de perifere weefsels voor insuline als verklaring voor het afnemen der glucose-tolerantie bij bejaarden. Door het verrichten van omento-ovariopexie en omentotestopexie bij dieren, verkregen Russische onderzoekers een toename der vascularisatie van de geslachtsklieren resulterend in een toename der seksuele functies. Zij verwachten van deze methode mogelijkheden voor de preventie en therapie van enkele aspecten van het oud worden bij bejaarden.

Experimenteel-psychologische research kon verband leggen tussen de intellectuele status, veranderingen in het electroencefalogram en uitslagen van het ademfunctieonderzoek.

Verscheidene methoden ter bepaling van de nierfunctie passeerden de revue, doch bleken alle vrijwel gelijke waarden te geven als bij jongere patiënten werden gevonden. Wel bleek de functionele reserve, zowel ten aanzien van de glomerulusfiltratie als de terugresorptie, met 20 tot 30 procent gedaald te zijn. Dit is belangrijk bij de beoordeling van de genesmid-delentolerantie en verklaart het gemakkelijk ontstaan van stoornissen in de water- en electrolytenhuishouding bij cardiovasculaire aandoeningen en urineweginfecties. In het algemeen blijkt de hoeveelheid functionerend weefsel bij oudere mensen snel te dalen, zodat de weg van hypofunctie naar insufficiëntie veelal zeer kort is. Vooral bij de medicamenteuze behandeling van bejaarden moet hiermede rekening worden gehouden.

Vermindering van het arbeidsvermogen blijkt niet obligaat te zijn bij het ouder worden, maar meer het gevolg van veranderingen in de levensgewoonten, zoals lichaamsbeweging, voeding, gemis aan arbeid enz. Volgens een Roemeens onderzoek werden de mensen die hun gehele leven arbeid verricht hebben en dit op hoge leeftijd nog doen, het oudst. Bij men-

sen die geen handenarbeid verrichten en bij hen die een ongeregeld leven leiden worden geen hoge leeftijden bereikt. Rodahl (USA) vond in dit verband, dat continu verrichte arbeid geen vermoeidheid gaf, geen veranderingen in het electro-cardiogram en geen extreme daling van het zuurstofverbruik. Dit was wel het geval bij kortdurende sterke lichamelijke inspanningen.

* * *

II Klinische geneeskunde. De geriater, als goed huisarts, dient de patiënt geheel te onderzoeken. Dit is iedere arts voldoende bekend, doch helaas zijn er diverse omstandigheden welke de ten uitvoer legging in de weg staan. In de geriatrie is het belang van een uitvoerig somatisch onderzoek uiterst stringent en gekoppeld aan de noodzaak van een psychologische, fysiologische en sociologische beschouwing van de patiënt. Vooral preventief — door regelmatig geneeskundig onderzoek — zal het verouderingsproces genormaliseerd en invaliditeit zoveel mogelijk voorkomen kunnen worden.

Williamson (Engeland) verrichtte een na-onderzoek bij 200 personen ouder dan 65 jaar, en kwam tot de ontdekking dat zeer veel afwijkingen niet aan de huisarts bekend waren. Het betrof vooral afwijkingen aan voeten, urogenitaal- en bewegingsapparaat, benevens hypertensie en hartafwijkingen. Om invaliditeit te voorkomen adviseert hij dan ook een regelmatig klinisch onderzoek door de huisarts, waartoe de patiënt moet worden opgeroepen, omdat hij wegens gebrek aan klachten zelf niet komt. Is er eenmaal een chronische ziekte toestand ingetreden, dan dient de behandeling zo spoedig mogelijk te beginnen en wel bij voorkeur door een geriatrisch ingestelde arts.

Afgevaardigden uit Rusland vroegen zich af waarom men voor elke levensperiode en voor elke chronische ziekte consultatiebureaus heeft en inrichtingen voor behandeling, behalve voor de geriatrie. In Rusland had men ook in die richting reeds uitgebreide voorzieningen getroffen. Greppi (Italië) sloot zich hierbij aan en wees op het belang van een pre-klinische diagnostiek en de behandeling der in de preseniliteit veel voorkomende afwijkingen van de ademhalingsorganen, hart- en bloedvaten, nieren en gewrichten. Hoe uitvoeriger het onderzoek wordt verricht, des te kleiner blijkt, met het toenemen van de leeftijd, de groep personen, die geen afwijkingen vertoont.

Enkele infectieziekten passeerden de revue, zoals de chronisch specifieke respiratoire aandoeningen (C.A.R.A.-groep), welke evenals tuberculose een belangrijke plaats inneemt bij oudere personen, en zo vaak onopgemerkt tot invaliditeit kan leiden. De zogenaamde seniele long is goedaardig, maar kan vele infectieuze componenten in zich herbergen waardoor de normaal reeds aanwezige functievermindering (afname van de longelasticiteit) aanleiding geeft tot het ontstaan van een irreversibele insufficiënte long.

Een obstructie-emfyseem is veelal het gevolg, wat niet alleen röntgenologisch maar ook op het electrocardiogram aantoonbaar is. Ongeveer de helft van de onderzochte bejaarden bleek een urogenitaalinfectie te hebben. Zowel bij de geïnfecteerde als bij de niet-geïnfecteerde patiënten waren het residu, de blaascapaciteit en de druk in de blaas gelijk. De aanwezigheid van gynaecologische afwijkingen bracht geen verandering in deze uitslagen. Wel was het percentage urineweginfecties het hoogst bij bedlegerige patiënten en bij hen die gecatheteriseerd of geopereerd waren. Snelle mobilisatie en urineren op de toiletstoel verminderen de kans op het chronisch worden van de infectie. Bij incontinentie patiënten werd vaak een daling van het intellect gevonden. Patiënten die zelf kunnen eten en zij die geen hersenafwijkingen hebben, zijn zelden incontinent.

Dit verband tussen lichamelijke en geestelijke functies werd ook naar voren gebracht in een Iers onderzoek. Herstel van een cerebrovasculair accident bleek sterk afhankelijk te zijn van de intellectuele toestand. Bij de 39 procent die lichamenlijk en geestelijk invalide bleven, was er bijvoorbeeld onwil tot beter worden, onoplettendheid, verlies aan vertrouwen, geheugenverlies, ontkenning van de ziekte, verwaarlozen van de zieke extremitet enzovoort. Dat patiënten met een cerebrovasculair accident acuut opgenomen dienen te worden in een

speciale afdeling van een algemeen ziekenhuis werd door diverse sprekers noodzakelijk geacht aangezien anders een optimale diagnostiek en reactivering niet kan worden verwacht.

Ziennowicz (USA) kwam met een belangwekkend onderzoek, de bipolaire rheoëncelografie, waarmede de hersencirculatie in beide hemisferen afzonderlijk kon worden bepaald en vastgesteld welke de oorzaak van een vasculaire storing in cerebro was. Van deze methodiek verwachten wij in de toekomst meer te vernemen.

Dat niet elke geestelijke achteruitgang bij het ouder worden als seniliteit mag worden beschouwd, werd door Pich (USA) naar voren gebracht. Vele psychische veranderingen kunnen door groepspsychotherapie worden behandeld waardoor hospitalisatie wordt voorkomen. De hiervoor in aanmerking komende patiëntengroep is groot, omdat de vaak verbroken verhouding ouder-kind emotionele stormissen te weeg brengt (Colwell). Dat een ernstige depressie niet meer bij de geriater maar bij de psychiater thuis hoort werd ons meerdere malen op het hart gebonden, vooral omdat de electroshock bij een bejaarden-depressie beter instaat is remissies te voorkomen dan het gebruik van anti-depressiva alleen. Deze laatste kunnen vooral met succes worden gebruikt bij patiënten bij wie een langdurig en algeheel herstel onwaarschijnlijk mag worden geacht, en bij zeer lichte gevallen van depressie.

Een licht geval van depressie ziet men — hoe paradoxaal het ook klinkt — nogal eens optreden als reactie wanneer de patiënt door de arts is behandeld en genezen verklaard. De door de zieke geaccepteerde ouderdomsverschijnselen worden hem ontnomen, hetgeen via een paniecreactie kan leiden tot een apathie of een depressie. Een onverwachte hospitalisatie kan vanzelfsprekend eenzelfde reactie veroorzaken. Het opstellen en uitvoeren van een geriatrisch-psychiatriesch programma (Margulec, Israël) doet slechts de behoefte bestaan aan enkele inrichtingen, en vermindert de behoefte tot opname door een veelal poliklinische behandeling en een goede nazorg. Na een eventueel klinische behandeling kon 50 procent der geestelijk gestoorde worden ontslagen.

Voor de medicus-practicus was het weer eens goed te horen, dat met het ouder worden de metabole processen trager verlopen. Het basaal metabolisme daalt, evenals de koolhydraat-tolerantie (diagnostiek van de latente diabetes), de behoefte aan vetzuren verandert, die aan eiwitten wordt groter, en verstoring van het electrolytenuwicht wordt zwaarder gevoeld dan bij jongere patiënten.

Ook de zoveel voorkomende collumfracturen werden behandeld. Ongeacht de leeftijd van de patiënt of de plaats der fractuur, werd terwille van een zo snel mogelijke mobilisatie, aan de operatieve behandeling de voorkeur gegeven. Een week na de operatie werd de behandeling voortgezet in de speciale reactivingsafdeling van een „geriatric-unit”. Dit laatste niet alleen omdat men daar beter was ingesteld op de behandeling van de collumfractuur, maar ook omdat bij elke patiënt gemiddeld nog drie afwijkingen werden gevonden die tegelijkertijd behandeling behoeften. Van de patiënten kreeg 30 procent een kop-halsprothese en 70 procent werd behandeld met pen en plaat. De dag na de operatie werden de patiënten reeds uit bed gehaald. Het geven van anticoagulantia was alleen gebruikelijk bij patiënten met een trombose-anamnese. Bick (USA) onderstreepte nogmaals de conclusie dat oude botten beslist niet langzamer genezen dan jonge botten, en dat functioneel herstel al ingetreden kan zijn voordat röntgenologisch de fractuurlijn geheel verdwenen en callusvorming duidelijk zichtbaar is. Dit functioneel herstel stelde Bick vast, wanneer hij bij auscultatie van het collum beiderzijds hetzelfde waarnam na de aangespannen patella losgelaten te hebben (eventueel na percussie van de patella). Bij patiënten met osteoporose vond men bij 80 procent der vrouwen met een „doorschijnende huid” deze afwijking. De ziekte zou toch vaak mede veroorzaakt worden door een calciumdeficiëntie, doch naast het toedienen van calcium gebruikten ook velen met succes anabole steroïden. Bij een groot onderzoek is gebleken dat osteoporose ook veelvuldig bij jongere personen wordt gevonden. In het algemeen gesproken blijken, na een goede pre-operatieve behandeling (vooral herstel van een gestoord electrolytenuwicht), alle operaties op hoge

leeftijd mogelijk te zijn. Gerefereerd werden vaatoperaties bij arterioclerosis obliterans ondersteund door cyclospasmol, lumbale sympathectomie, prostaatchirurgie.

Een afzonderlijke zitting was gewijd aan coagulatie, fibrinolysis en circulatie in het bejaarde organisme. Enkele referaten handelden over de waardering van fysieke capaciteiten. Het bleek moeilijk om de gegevens in getallen en maten weer te geven, omdat de fitheid van de patiënten door zoveler factoren wordt bepaald, zoals de psychologische instelling, hartfunctie, ademfunctie, geneesmiddelengebruik, visus, gehoor, en spierkracht. Over de atherogenesis werden ook nu vele woorden gesproken. Een overmaat aan koolhydraten en weinig vet zou preventief goed werken (Groen, Israël) en coronairafwijkingen voorkomen. Bij een hypercholesterolemie werkt nicotinezuur goed doch verandert niets aan reeds aanwezige atheromen. Een uitgebreid dieet voor atherosclerotici wordt aanbevolen, doch het lijkt ons onprettig voor de zich gezond voelende bejaarde zich steeds daaraan te houden. Algemene dieetrichtlijnen zijn wel om na te volgen en ook gewenst; zo dient het menu optimaal te zijn en zowel onder- als overgewicht te worden vermeden.

Een cardiologisch onderzoek toonde op het electrocardiogram bij gezonde bejaarden aan, dat 10 procent een infarct had doorgemaakt, 32 procent had ischemische veranderingen en 21 procent een block. Het myocardinfarct presenteerde zich op de volgende wijzen: 1 klassiek met substernale pijn; 2 acute verwardheidstoestanden; 3 acute dyspnoe zonder pijn; 4 periodieke toestanden van bewusteloosheid; 5 onzekerheid met lopen; 6 collaps en dood; 7 hemiplegie; 8 perifere gangreen bij preëxistent vaatlijden; 9 anurie en uremie; 10 pulmonale embolie; 11 acute verergering van een claudicatio intermittens. Aritmie kwam veel voor en werd veelal goed verdragen. Bij een bejaardenonderzoek in Tsjechoslowakije vond men bij 31 procent een aortastenose, die, indien er tekenen van cerebrale hypoxemie optraden, werden geopereerd.

Bij het voorschrijven van geneesmiddelen aan oude patiënten, is het nuttig de volgende punten in gedachten te houden. Hoewel de metabole activiteit per cel gelijk blijft, neemt, zoals reeds is aangehaald, het totaal aan actief weefsel af. Het percentage vetweefsel neemt toe, terwijl de „cardiac output” boven de 50 jaar met 1 procent per jaar afneemt.

In het bijzonder dient men voorzichtig te zijn bij het geven van medicamenten die tuberculeuze afwijkingen — vaak rustig en onbekend — kunnen doen opvlammen. De kans op het ontstaan van glaucoom is groot bij het geven van geneesmiddelen welke de druk in de voorste oogkamer vergroten. Ook treden bij de bejaarde zieke spoedig decompensatio cordis, hypertensie, cerebrale anoxie, bloedingen, infecties en verstoring van het electrolytenevenwicht op. Deze mogelijkheden zien wij nog niet zo spoedig na het toedienen van medicamenten bij kortdurende ziekte-toestanden als wel bij de veelal langdurige medicatie bij chronische ziekten die zo frequent voorkomen.

Hoewel met het stijgen van de leeftijd de gevoeligheid voor veel geneesmiddelen toeneemt en de kans op verslaving afneemt, ziet men steeds minder allergische reacties. Een vroeg teken van digitalis-intoxicatie blijkt het optreden van verwardheidstoestanden te zijn.

* * *

III Sociale geneeskunde. Talloze onderzoeken zijn gericht ter bepaling van het I.Q. en het geheugen in diverse leeftijdsgroepen. Een daling kan eerder worden verwacht bij geringe educatie en laag cultureel peil. Het milieu bepaalt

ook het gedrag, het optreden van conflictsituaties, het vermogen zich op hoge leeftijd te kunnen handhaven en het zelfrespect te bewaren. Niet alleen psychologisch doet zich de invloed van de omgeving bij het ouder worden meer gelden, ook met ziekte is dat het geval. Beneden de 60 jaar — bij mensen die nog werken — wordt de stress door ziekte gevoeld als een externe frustratie, die, als zijnde van tijdelijke aard, wordt verwerkt. Ouderen voelen het echter als een onvermijdelijke konsekwentie van het oud zijn, dus als een interne aangelegenheid, die kan leiden tot depressies, isolatie en het gevoel sociaal overbodig te zijn. Duidelijk blijkt dan ook een correlatie aanwezig te zijn tussen gezondheidstoestand en de uitslag der psychologische tests. Het is dan ook geoorloofd te concluderen, dat bij achteruitgang der geestelijke functies bij een bejaarde, de kans groot is dat er òf in het externe òf in het interne milieu veranderingen zijn opgetreden die nader onderzoek en behandeling noodzakelijk maken. Dan is vaak opname in een ziekenhuis, soms van zeer lange duur, niet te vermijden, niet zozeer om medische als wel sociale redenen. In deze — liefst geriatrische — afdeling van het ziekenhuis behoort intern, chirurgisch, orthopedisch en psychiatrisch te kunnen worden behandeld. Het personeel dient doordrongen te zijn van de gedachte dat deze oude patiënten een andere aanpak behoeven dan jongere patiënten. Niet één, maar vele afwijkingen en orgaansystemen vragen de aandacht. Daartoe is een geriatrich denkend arts nodig, die bij ontslag van de patiënt contacten legt en onderhoudt met een de nazorg beoefenende instelling. Blijft de patiënt thuis, dan gelden dezelfde eisen. Alleen dan zal de behandeling van bejaarde zieken medisch, economisch, sociaal en psychologisch up to date zijn en gericht blijven op de rehabilitatie. Als aansluitende verplegingsmogelijkheid dient dan zonodig een reactiveringscentrum voor chronisch zieken te bestaan, dat patiënten kan overnemen die in eerste instantie thuis of in een ziekenhuis zijn behandeld. Na een periode van reactivering kunnen de patiënten van hieruit dan worden ontslagen naar die plaats welke voor die bepaalde patiënt het meest geschikt is.

Een combinatie van een reactiveringscentrum met een daghospitaal, is buitengewoon nuttig, en komt in Engeland in vele plaatsen voor. In een daghospitaal komen de patiënten — zowel uit voor- als uit nazorg — enkele malen per week gedurende enkele uren; zij treffen daar de dokter, pedicure en kapper, kunnen worden gebaad en een warme maaltijd verkrijgen. In zeer vele gevallen zal opname niet nodig zijn, wanneer er meer gezinshulp komt en warme maaltijden kunnen worden thuisbezorgd. Ook in ons land zullen wij meer maatschappelijke werkers nodig hebben, en ook aan geschoolde krachten voor bezigheidstherapie is dringend behoefte, zowel in ziekenhuizen als in verpleegtehuizen, sociëteiten voor bejaarden en verpleeginrichtingen. Hiervoor zal naast gerontologische scholing ook veel begrip en nog meer geld nodig zijn. Tenslotte werden door sprekers uit diverse landen voordrachten gehouden over het inkomen van bejaarden, pensioenregelingen en werkgelegenheid. De variaties zijn onafscheidelijk verbonden met de sociale wetgevingen welke in de onderscheiden landen worden toegepast.

Als geheel mogen wij dit „monstercongres” zeer geslaagd noemen. Nieuwe contacten werden gelegd en veel nieuws werd gehoord. Dat zowel de gerontologie als de geriatrie frisse jonge loten zijn aan de boom der medische wetenschap, daarvan hebben wij ons in Kopenhagen kunnen overtuigen. Indien bij u door het lezen van dit congresverslag een dergelijke overtuiging wordt wakker geroepen, dan zal het congres in dubbel opzicht aan zijn bedoelingen hebben beantwoord.

Dr H. P. Akkerman