

streng zoutarm, eiwitarm dieet ging de toestand geleidelijk vooruit. Na mobilisatie kreeg zij reactiveringstherapie. Na twee en een halve maand kon zij worden ontslagen. Drie weken later werd zij weer opgenomen met een groot posterolateraal myocardinfarct. Ook hiervan herstelde zij, doch het leek ons vanwege de slechte toestand van hart en nieren, niet verantwoord haar te ontslaan. In september 1967 overleed zij.

Patiënt C, weduwnaar, alleenwonend, 86 jaar, werd in oktober 1966 opgenomen, nadat hij in juli van dat jaar een amputatio femoris dextra had ondergaan wegens arteriosclerotisch gangreen. Vroeger had hij een maagresectie en een liesbreukoperatie ondergaan. Verder zou hij altijd gezond zijn geweest.

Bij opnemng was patiënt in goede conditie. Hij had een

necrotisch defect aan de linkerhiel, dat in enkele maanden genas. De verblijfs catheter, welke hij bij opnemng had wegens incontinentie, kon na enkele weken met succes worden verwijderd. Patiënt kreeg een prothese, waarna hij geleidelijk leerde lopen. Na ruim een jaar kon hij naar huis terugkeren. Alleen traplopen was niet mogelijk.

Summary. The prognosis in very old nursing-home patients. A study was made of the prognosis in 94 patients (36 males and 58 females) aged 85 or over, who were inmates of a nursinghome. Six months after the day of admission, 45 patients had died, 23 were still inmates and 26 had been discharged to go home or transferred to a home for the aged. Of the 23 who were still inmates, 7 had been completely reactivated, thus bringing the total number of reactivated patients up to 33.

Een enkele malen gemiste diagnose

DOOR DR. R. S. TEN CATE, HUISARTS TE WASSENAAR

Patiënt A. P. werd geboren in 1911. Terwijl hij nimmer ernstig ziek was geweest werd bij hem in 1961, dus toen hij 50 jaar oud was, bij een keuring voor een gemeentebetrekking als bouwkundig tekenaar een bloeddruk van 190/130 mm Hg gevonden. Hij werd voor nader onderzoek naar de internist gezonden, die het volgende mededeelde.

Bloeddruk 160/110 mm Hg, een week later 160/100 mm Hg, pols regulair en equaal 80 slagen per minuut. Het hart was niet vergroot, ook niet bij thoraxdoorlichting, tonen waren zuiver, geen decompensatieverschijnselen, alle arteriën aan de extremiteiten pulseerden normaal. Routine bloed- en urine-onderzoek viel normaal uit. Nierfunctie was goed. Bij funduscopie werd een matige vaatsclerose gevonden. Het electrocardiogram toonde een normaal sinusritme met wat trage interventriculaire geleiding en snelle repolarisatie. Er waren geen aanwijzingen voor linksbelasting. De cardioloog wilde aan een en ander geen pathologische betekenis hechten. Diagnose: lichte (nerveuze?) hypertensie. Patiënt werd goedgekeurd voor de betrekking.

In 1964 werd patiënt door mij aan een periodiek geneeskundig onderzoek onderworpen. De bloeddruk bleek 185/125 mm Hg te bedragen en ik behandelde hem gedurende enige maanden met reserpine. De geconsulteerde oogarts vond geen afwijkingen in fundus. Patiënt voelde zich gezond, hij kwam niet meer terug voor controle. In 1966 kwam hij voor iets anders op mijn spreekuur en van die gelegenheid maakte ik gebruik om zijn bloeddruk te meten. Deze was 165/110 mm Hg en ik vond geen reden hem verder te behandelen.

In mei 1967 kwam hij nog eens voor controle op verzoek van zijn vrouw. Ook toen bedroeg de bloeddruk 170/110 mm Hg. In september 1967 bezocht hij mijn spreekuur omdat hij zichzelf zo stijf

vond worden. Waarschijnlijk waren dit de voorboden van de klachten waarmede hij vervolgens in december 1967 mijn spreekuur bezocht. Hij klaagde toen over pijn in de rechterarm en hij had een duidelijke parese van het rechterbeen. Patiënt werd direct naar de neuroloog J. Tans (Ursulakliniek te Wassenaar) verwezen. Na aanvankelijk poliklinisch onderzoek en bij de daaropvolgende opnemng werd het volgende gevonden.

- 1 Bloeddruk rechterarm 200/110 mm Hg, linkerarm 190/110 mm Hg. Pulsaties arteria femoralis beiderzijds zwak. Pulsaties arteria dorsalis pedis opgeheven. Er zijn flinke pulsaties te zien in de supraclaviculaire groeven.
- 2 Patiënt is in zijn motoriek stijf, voornamelijk aan de rechterlichaamshelft. Wanneer hij vermoeid is, sleept hij iets met zijn rechterbeen en bij het lopen pendelt de rechterarm minder.
- 3 Er is een lichte hypertonie van rechterarm en rechterbeen.
- 4 Bij het uitgespreid houden van de armen zakt de rechterarm iets omlaag. Bij de proef van Barré worden de benen in normale stand gehouden. Bij overeind komen uit liggende houding zonder hulp gaan beide benen omhoog.
- 5 Radius- en ulnareflex rechts met Babinski effect. Kniepeesreflex en achillespeesreflex rechts hoger dan links. Voetzoolreflex rechts soms dubieuze Babinski, links Strümpell. Rossolimo rechts soms een spoor, Marie-Foix rechts een spoor positief.
- 6 Er zijn geen hersenstamreflexen. De sensibiteit is normaal, evenals de coördinatie.

Bij de lumbaalpunctie zijn de drukverhoudingen normaal. De liquor heeft iets artificiële bloedbijmenging. Totaal eiwitgehalte 39 mg procent. Cellen

8/3. Curven (goudsol-, benzoësol- en mastixsolreacties) geen afwijkingen.

Gezichtsvelden opgenomen voor de Goldmann perimater tonen geen duidelijke afwijkingen.

Urine: geen afwijkingen behalve positieve urobiline.

Bloedonderzoek: serologische reacties negatief; ureum 0,42 g per liter; thymoltroebelingsstest 1,2 eenheden; alkalische fosfatase 6,2 eenheden; bezinkingssnelheid der erythrocyten 4 mm; hemoglobinegehalte 55 g procent; Leukocyten 4700; differentiatie: eosinofielen 6, staafkernigen 1, segmentkernigen 5,1 lymfocyten 42.

Elektrocardiogram: geen duidelijke afwijkingen. Schedelfoto's: vrij dik schedeldak met normale structuur. Glandula pinealis verkalkt en in de mediaanlijn. Verwijding van de sinus frontalis.

Bij de thoraxdoorlichting wordt een zwelling gezien links in het bovenste mediastinum. Er is een flinke elongatie van de aorta. Bij draaien naar links blijkt de zwelling te pulseren en samenhang te vertonen met de aorta. De vorm van de zwelling wijst op een abnormaal sterke slinging van de aorta en niet op een aneurysma.

Vanuit deze sterk geëlongeerde aorta loopt aan de linkerzijde een bandvormige schaduw naar boven die op een verbrede arteria subclavia blijkt te berusten. Ook aan de rechterzijde zijn verbrede vaatshaduwen te zien. Het hart heeft een hypertensieconfiguratie met vergrote linkerventrikel. De ribben vertonen beiderzijds brede usuren wijzend op verbrede intercostaalarteriën.

Diagnose: Coarctatio aortae met een verbreding van het bovenste deel van aorta, subclavia en halsvaten. De zwellingen in de top zouden kunnen wijzen op aneurysmatisch verwijde collateralen, uitgaande van het thoracale vaatsysteem naar beneden.

Bij nadere bestudering van de röntgenfoto's die vier jaar tevoren bij de periodieke thoraxcontrole waren gemaakt, blijken toen reeds precies dezelfde afwijkingen te hebben bestaan, met name de schaduw links in het bovenste mediastinum en de beide schaduwen in de longtoppen.

De bloeddruk aan de rechterarm bedraagt 220/120 mm Hg, aan het rechterbeen 170 mm Hg.

Het elektro-encefalogram vertoont vooral bij het

begin van de registratie weinig alfa-activiteit en overwegend bèta-frequenties. Links temporaal en in mindere mate ook rechts temporaal worden lichte irritatieve verschijnselen gevonden in de vorm van korte groepjes thëtagolven en delta-golven van matige amplitudo. Dit elektro-encefalogram zou in overeenstemming zijn met het bestaan van lichte circulatiestoornissen in de temporale gebieden, links sterker dan rechts. Met deze afwijkingen zijn de neurologische afwijkingen van patiënt te verklaren.

Op 16 januari 1968 vond de operatie plaats door de chirurgen J. J. Hamming en K. Waldeck. In de borstwand werden talrijke zeer uitgezette arteriën gevonden die alle werden geligeerd. Na openen van de thorax bleken er enkele kleine aneurysmata te bestaan in de intercostaalarteriën I en II en in de arteria carotis communis links. Na vrijleggen van de aorta bleek een duidelijke isthmusstenose aanwezig te zijn. De afgaande arteriae costales werden vrij geprepareerd, het ligamentum van de ductus Botalli werd gekliefd. Na opzetten van klemmen kon de isthmus worden weggenomen, waarna een „end to end” anastomose tussen de beide aorta-uiteinden kon worden gemaakt.

De wand van de aorta was nog redelijk zodat een prothese niet noodzakelijk was. Het postoperatieve beloop leek eerst ongestoord. Patiënt bleef echter kortademig. Dit bleek te worden veroorzaakt door een hoogstand van het linkerdiafragma tengevolge van een kwetsing van de phrenicus, vermoedelijk ontstaan tijdens de operatie. Een half jaar later was de kortademigheid zodanig verminderd dat werkhervatting weer kon worden overwogen. De bloeddruk is intussen gedaald tot 150/105 mm Hg.

De les die dit ziektegeval ons leert is ten eerste dat het menselijke lichaam over dusdanige compensatiemechanismen kan beschikken dat ondanks een zo ernstige aangeboren aandoening als een coarctatio aortae, patiënt tot zijn 57ste jaar in staat is gebleven normaal zijn werkzaamheden te verrichten; ten tweede dat zowel door de huisarts bij een uitvoerig periodiek geneeskundig onderzoek als door de internist bij keuring deze aandoening niet werd gediagnostiseerd. Een reden te meer om bij een onverklaarbare hypertensie ook de bloeddruk aan de andere arm en aan de benen te meten.