

BESCHOUWINGEN OVER DE FACTOREN, DIE HET RESULTAAT VAN DE KUREN MET TRANQUILLIZERS BEPALEN

door C. H. van Rhijn, zenuwarts.

I. INLEIDING

De psychiatrie en vooral de inrichtingspsychiatrie is door de komst van de tranquillizers in een nieuwe fase getreden. De resultaten vervullen niet alleen de zenuwartsen met nieuwe hoop en moed, maar zijn reeds ver buiten de grenzen van de psychiatrische inrichtingen merkbaar. Het is niet toevallig, dat tegelijkertijd de neurobiochemie een stormachtige ontwikkeling doormaakt. Nieuwe onderzoekingsmethoden verschaffen ons diepere inzichten in stofwisselingssystemen en stoornissen hierin, waardoor weer eens de hoop gewekt wordt, dat het vinden van de aethiologie der verschillende psychosen nog maar een kwestie van tijd is. Samen met deze opheldering hopen wij dan t.z.t. een causale therapie te kunnen instellen, terwijl deze tot nu toe empirisch en symptomatisch moet worden genoemd. „Trial and error” spelen ook nog nu een (te) grote rol.

Wij hebben sinds medio 1953 de beschikking over tranquillizers. De reeks startte met largactil, op de voet gevolgd door serpasil. De reeks ontwikkelt zich nog steeds; in voortdurend sneller tempo dienen zich nieuwe middelen aan. Het wordt tijd, dat we eens een blik terug werpen. Wat heeft ons deze 6 jaar gebracht?

Bij overzien van de honderden namen en gezichten, die sinds 1953 zijn behandeld kunnen we nu vrijwel met zekerheid zeggen:

- a. De tranquillizers versnellen de genezing van de acute gevallen, vergeleken met de vroegere kuren (E.S., insuline)
- b. Vele chronische zieken reageren op de Tr., terwijl ze resistent waren voor de vroegere kuren.
- c. Het heeft de geest in en tegenover de psychiatrische inrichtingen veranderd: een proces dat nog in volle gang is bij het publiek!
- d. Het risico der Tr. kuren is gering of betrekkelijk gering. Maar het is wel degelijk aanwezig, zoals uit het volgende moge blijken.

II. IRRATIONELE FACTOREN

Ik heb me eerst afgevraagd, welke factoren het succes van een kuur met Tr. in de hand werken.

Daar is dan natuurlijk ten eerste de farmakologische reactie op het medicament, maar hierop wil ik in deze beschouwing niet verder ingaan. Interessanter, want minder bestudeerd zijn de irrationele, maar toch zo reële factoren, die samen te brengen zijn onder het begrip „vertrouwen.” Dit vertrouwen is het ver-

bindend sentiment tussen medicament, arts, verpleging patiënt en familie van patiënt. Het lijkt me van groot belang dit even voor U verder uit te werken. Ik heb ermee geëxperimenteerd en wil graag de overwegingen en resultaten aan U voorleggen.

1. *Het belang van „attitude” van de medicus* ten opzichte van de medicamenteuze therapie. Hierover is reeds vrij veel geschreven en ik kan dus in het kort even de hoofdpunten aanstippen: de uitvinder van een nieuwe therapie heeft altijd meer succes dan zijn navolgers. Dit meerdere succes zou niet alleen een gevolg zijn van zijn verminderde zelfkritiek, maar ook objectief aantoonbaar zijn. Verder is een positief therapeutisch ingestelde arts succesvoller dan de passieve, de twijfelaar of de cynicus. In ieder geval lijkt mij een vertrouwen in een bepaald (en beperkt) aantal medicamenten van belang bij de organisatie van een eigen pharmacotherapeutisch systeem. Dit vertrouwen wordt verkregen door bijhouden van de literatuur over de pharmacotherapie (wat niet meevalt), eigen proefnemingen (waarvoor meestal wel proefmonsters en literatuur beschikbaar worden gesteld door de verschillende pharmaceutische firma's) en niet te vergeten de contacten met collega's op vergaderingen, liever nog in onderlinge gespreksituaties dan in voordrachten.

De oriëntatie van de arts in deze materiën lijkt mij een niet te verwaarlozen factor van zijn prestige als genezer.

2. *Het vertrouwen van de verpleging in de arts.* Uit Engelse onderzoekingen (Hawkins) is gebleken, dat een pas benoemde afdelingsgeneesheer met dezelfde nieuwe middelen experimenterend, minder succes behaalde dan een collega, die langer in dienst was en het vertrouwen genoot van zijn verplegende staf. Hierbij zullen mogelijk ook nog wel andere factoren die het verschil bepaalden, hebben meegespeeld. Toch is het vertrouwen van de verpleging, vooral dat van de 1e verpleger(-ster), in de arts en zijn medicatie belangrijk genoeg om er (wekelijks) enige tijd aan te spenderen. Het viel vaak niet mee oudere verplegers „fris” te houden. Het is me de laatste jaren steeds duidelijker geworden, dat geregelde bespreking van de nieuwe middelen, de patiënten, die ermee behandeld (zullen) worden en de resultaten en bijwerkingen, die de kuren met zich brengen, de verplegende staf levendiger maakt en het interesse en verantwoordelijkheidsbesef verscherpt.

Sfeer en humeur zijn natuurlijk niet kwantitatief te meten en te waarderen en daarom kan ik ook moeilijk uitdrukken, welk een groot belang ik hieraan hecht.

3. *Het vertrouwen van de verpleging in het medicament*, dat ze

2 of 3 maal daags moeten uitreiken. Dit vertrouwen wordt verkregen door de wijze van introductie op de afdeling van het nieuwe medicament door de afdelingsgeneesheer, door de bespreking zoals zojuist onder 2. vermeld, door nauwkeurige vermelding van de bijwerkingen, die kunnen optreden (krampen, parkinsonoid) en wat hiertegen te doen is. Dan zijn van groot belang de resultaten, die met de eerste patiënten worden verkregen: soms kan men deze eerste 4 of 5 uitzoeken, soms is het meer een kwestie van geluk hebben. Maar opvallend is hoe het sentiment van de verpleging op de afdeling zich vóór of tegen een nieuw preparaat keert naar aanleiding van de eerste indrukken, die men krijgt. Dit vertrouwen is voor mijn gevoel ook al weer van groot belang: het beïnvloedt op een subtiële wijze de houding van het personeel tijdens het medicijnen uitdelen. Er moet met grote aandacht gewerkt worden. Sommige patiënten hebben de bekende neiging de tabletten weg te moffelen; dan kost het belangrijk veel geduld en overreding om een patiënt tot innemen te bewegen. Voorts bepaalt het de ongerustheid of de tolerantie tegenover de toxische verschijnselen, tegenover de onrust, het heen en weer rennen over de afdeling, het overal gaan liggen, het kwijlen, de tremoren en de krampen. Ongerustheid hierover doet de verpleger (ster) al gauw aan de arts verzoeken de dosis te verlagen of een ander medicament te kiezen. De afdelingsgeneesheer is m.i. meer of minder afhankelijk van de inlichtingen die hij van de verpleging over een patiënt krijgt. Het onder 2. besprokene komt daarmee weer aan de orde.

Tenslotte doortrekt het de houding van de verpleging tegenover de patiënt zelf, die lijdt onder zijn parkinsonoid. De opbeurende en troostende woorden, het wijzen op een medepatiënt die reeds iets verder is gevorderd met de kuur: ergens spreekt dit vanzelf en kan het ook niet onderwezen worden, het moet echter toch als uitvloeisel van het onder 2. besprokene in het vizier gehouden worden.

4. *Het vertrouwen van de patiënt in de inrichting, de arts, de verpleging, het medicament.*

Vooropgezet dient te worden, dat dit vertrouwen in het begin meestal *niet* bestaat. Ik vraag altijd bij de opneming aan de patiënt, of ze hem verteld hebben, waar hij heen werd gebracht. Meer dan de helft is hiervan niet op de hoogte. Zij voelen zich door hun familie uitgestoten en „bedrogen”. Het is in dit eerste contact, dat de basis wordt gelegd voor het latere vertrouwen van de patiënt in de gehele procedure. Wordt een eerst injectie geweigerd en dreigt er een vechtpartij te ontstaan, dan vind ik dit een kritiek moment in de verhouding patiënt-arts. Het loont

dan altijd de moeite er een half uur aan te besteden de patiënt zover te krijgen, dat hij een (i.v.) injectie van Trilafon toelaat. Het betoonde vertrouwen in patiënts redelijkheid (of de resten daarvan) wordt meestal spoedig beloond met een moeilijk te omschrijven, maar duidelijk positieve aanvaarding der situatie.

Tussen de patiënten onderling wordt meer gepraat dan U zoudt denken over de afdeling, de verpleging, de therapie, de verpleegduur en de te verwerven vrijheden. Het vertrouwen van de reeds „ver gevorderden” beïnvloedt dat van de nieuwkomer op niet te miskennen wijze.

Het vertrouwen (en geloof) van de patiënt in zijn arts, verpleging en therapie acht ik van het grootste belang. Volgens Franse onderzoeken zou het zelfs voor 50 pct (?) het succes van de therapie bepalen!

5. *Het vertrouwen van de familie* van de patiënt. Ook hier beginnen we meestal met een negatief „saldo.” Vaak is op de gezichten van de aanwezige familieleden het oordeel te lezen van „laatste kans” of nog erger „voorgoed opgeborgen.” Dit uit zich verder in de merkwaardigste vragen als: „Mag de patiënt bezoek ontvangen?”, „Mag hij roken?”, „Mag hij zijn eigen kleren dragen?”, „Hij komt toch wel eens buiten, dokter?”, terwijl de voor de hand liggende vraag „Hoe lang zal de opname duren?” zelden bij het eerste contact gesteld wordt. Wel een bewijs hoe fataal voor de meesten de opneming in een psychiatrische inrichting nog is.

De verzekering, dat 70-80 pct. binnen een half jaar weer ontslagen wordt en 50 pct. zelfs binnen 4 maanden, wekt dan ook zo dikwijls verbazing of nauw verholen ongelooft.

Dan dient de familie binnen 1 of 2 weken ingelicht te worden over het te verwachten parkinsonoid en het nut hiervan. Dit voorkomt veel ongerustheid over het kwijlen, de stijfheid, de gebogen houding, de onrust in de benen, de bewegingsdrang, en de moeheid. De ongerustheid van de familieleden is niet bevorderlijk voor het geduld en vertrouwen van de patiënt!

6. *Organisatie van het spreekuur.* Het spreekuur voor de familieleden van patiënten is een niet te verwaarlozen therapeutisch moment. Na een tip, ontvangen in Groot Graffel, ben ik begonnen dit spreekuur dat aanvankelijk dagelijks van 11.30-12.30 was, te concentreren op de vrijdagochtend (van 11—1). Dit heeft tot eerste voordeel dat bij toestemming van weekendverlof de patiënt meteen meegegeven kan worden (Dit wat langere weekend wordt zéér op prijs gesteld). Het grote voordeel is echter gelegen in de contacten, die de verschillende families onderling krijgen. Bijna alle mensen praten met elkaar over „hun patiënt.”

Wanneer beiden uit eenzelfde plaats komen heb ik niet zelden vriendschappen zien ontstaan, die lang nadat de patiënten reeds ontslagen zijn, voortduren.

Gecombineerd met dit spreekuur laat ik altijd een aantal van 8—12 patiënten terugkomen voor een periodieke controle, 't liefst vergezeld van een familielid. Zo'n spreekuur zit dan ook wel erg vol (30—40 mensen) en het heeft tot bezwaar, dat het zeer vermoeiend is. Het eist een 12—15 maal overschakelen, invoelen en doordringen tot de kernzaken en beslissing over continuering van verlof en therapie elke 5—10 min. De moeilijkste momenten tijdens een dergelijk spreekuur zijn die waarop men moet besluiten, dat een verlof niet verlengd kan worden wegens dreigend recidief. Ik verwijs dan bij voorkeur de patiënt naar zijn afdeling of paviljoen met de mededeling na afloop van het spreekuur nog iets met hem te willen bespreken en dat hij op de afdeling op me moet wachten. De „afgang” door de volle wachtkamer wordt dan voorkomen en de patiënt verliest zijn gezicht niet tegenover de anderen. Het rekening houden met dergelijke gevoeligheden „pays dividend in the end” (Tooth).

III. BEZWAREN DER TRANQUILLIZERS

De bezwaren en gevaren der tranquillizers hangen direkt samen met hun specifieke activiteit, tenminste dit wordt vrij algemeen aangenomen.

Van vele verschillende kanten worden argumenten aangevoerd voor de stelling, dat het therapeutisch niveau praktisch samenvalt met het toxische. Het toxische moet dan verstaan worden als het zien verschijnen van het parkinsonoid waaruit dan volgt dat deze onderzoekers in hun therapie willens en wetens gaan tot dit stadium en hun therapeutische resultaten hieraan koppelen. Ik zal 3 observaties noemen op grond waarvan ik ook geloof, dat de dosering moet gaan tot een niveau waarop het parkinsonoid verschijnt:

- 1) er zijn patiënten die reeds bij lage doses een parkinsonoid krijgen: deze genezen snel (d.w.z. de psychotische symptomen verdwijnen spoedig).
- 2) Het omgekeerde zien we ook: er zijn meerdere gevallen die pas reageren op een zeer hoge dosis, zowel met een parkinsonoid als met verdwijnen der hallucinaties en wanen.
- 3) Er zijn wel gevallen die psychisch verbeteren zonder een parkinsonoid te krijgen en eveneens zijn er patiënten, die niet verbeteren, ondanks een sterk parkinsonoid, doch dit zijn slechts weinigen op het grote aantal.
- 4) Geven wij een electroshockkuur in combinatie met een slecht aanslaande kuur met tranquillizers dan zien we niet zelden het

parkinsonoid verschijnen bij gelijkblijvende dosering tegelijk met het verdwijnen der psychotische symptomen.

5) Er bestaat echter beslist geen absolute correlatie want sommige patiënten werden pas symptoomvrij bij staken der therapie (paradox effect). Ik kan dit niet verklaren.

De bezwaren die de verschillende tranquillizers geven liggen wel wat uiteen, de gevaren zijn ongeveer identiek. Noemen we eerst de bezwaren.

1. *Largactil*

a) een witte wasachtige inactiviteit, die de afdeling verandert in een wassenbeelden tentoonstelling (Delay)

b) de fotosensibilisatie vooral voor de zon in april en mei (ultraviolet) het oedeem van gelaat en handruggen kan alarmerend zijn.

c) de icterus; hierover wordt zeer verschillend gedacht. Hoge begin doseringen voorkomen mogelijk deze complicatie eerder dan die te bevorderen.

d) de agranulocytose, waarvan ik er persoonlijk géén heb gezien. Ook hier is een hoge begin dosering (400-600 mgr p.d.) misschien beter dan een aarzelend en voorzichtig starten (zoals Biemond van Pyramidon heeft aangetoond)

e) Tachycardie tot boven 120 p.m.

f) Bij injecties temperatuursverhogingen mogelijk door infiltraatvorming.

g) De eczematizatie van het personeel wat heel moeilijk te voorkomen is en bij één vijfde der personeelsleden zou optreden. Desensibilisatie schijnt niet mogelijk te zijn.

2. *Serpasil*

a) Een compleet parkinsonsyndroom met vooral veel kwijlen (vervelend gezicht).

b) overal gaan liggen (in bed, onder bed, willekeurig op de grond, aan tafel met hoofd op de armen).

c) toeneming van het extracellulaire water („Wasserspeicherung”) soms tot manifest oedeem toe. Dit is eigenlijk eerder een gevaarteken dan alleen een bezwaar: we wegen daarom de patiënt in een serpasil kuur 1-2 x p.w.

d) enorme eetlust met snelle diktegroei. (wordt ook bij de andere Tr. wel gezien)

e) slaapstoornissen, d.w.z. vroeg inslapen (pl.m. 8 uur p.m.) en vroeg wakker worden (b.v. om 4 uur a.m.).

3. *Trilafon en Stémétil*

a) Vooral bij Trilafon doch ook bij Stémétil kunnen in de eerste dagen van behandeling krampen optreden in de musculatuur van

tong, mondbodem, hals (torticollis!), minder vaak de benen. Lichte krampen worden snel opgeheven met Disipal (1-2 dr). Bij kramp van de tong en mondbodem, die slikken onmogelijk maakt: 5 cc. procaine 2pct. i.v. (tijdens de langzaam uitgevoerde injectie laten de krampen los).

b) tremor aanvallen, vooral in gezelschap, vaak eenzijdig of in één van de ledematen.

c) bij Stémétíl soms (paradox) aanvallen van braken, bij Trilafon zagen wij dit (nog) niet.

d) meer dan bij de andere Tr. onrust in de benen, niet kunnen stilzitten, gedwongen worden van de stoel op te staan, even heen en weer te lopen of te dribbelen (dit reageert evenals de tremoren meestal mooi op Disipal).

e) slaapstoornissen en grote gewichtstoename treden hier in veel mindere mate op dan bij Serpasil, doch komen voor.

4. Promazine

geeft weinig aanleiding tot bezwaren maar is dan ook maar $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ maal zo sterk werkzaam als Largactil, wanneer het gegeven wordt als onderhoudsdosering. Bij acute opwindings toestanden helpt het m.i. onvoldoende uitgezonderd bij ouden van dagen. Bij personeelsleden die allergisch zijn geworden voor Largactil kan de gevoeligheid overgedragen worden op Promazine. Overschakeling van Largactil op Promazine om deze reden geeft dus geen absolute garantie voor het verdwijnen van de eczemen.

5. Pacatal.

De fabrikant noemt het een voordeel van Pacatal, dat het behalve sympathicolytisch te werken, sterker dan Largactil, de vagus remt. Mogelijk moet het daarom hoger gedoseerd worden dan Largactil, waardoor de mogelijkheid van toxische reacties (agranulocytose!) toeneemt.

Een gróót bezwaar der Tr. niet gebonden aan een speciale substantie, is de mogelijkheid van *vermindering der depressieve symptomatolyse* zonder wezenlijke beïnvloeding van het depressieve proces (grond of wortel). Een bedrieglijke schijn van verbetering wordt verkregen, vaak ook voor 't gevoel van de patiënt zelf. Daarnaast is in de literatuur vooral van de interne geneeskunde, veelvuldig melding gemaakt van ernstige depressies, die nogal eens gezien werden bij patiënten lijdend aan hypertensie en behandeld met Serpasil. Hier zijn we echter reeds in het gevareng gebied aangeland.

IV. GEVAREN DER TRANQUILLIZERS

In het begin meenden wij dat de Largactil en Serpasil kuren met een aanzienlijk geringer risico gepaard gingen dan b.v. de (vroegere?) slaap- en insuline kuren (Bij de laatste wordt wel een 5 pct. mortaliteit opgegeven).

Nu we 6 jaar verder zijn en de ongelukken en narigheden overzien, worden we toch wel iets voorzichtiger in ons oordeel over de onschuldigheid. Het is wel waar dat de therapeutische breedte enorm veel groter is dan b.v. van luminal en de kans op een direkte letaliteit ten gevolge van overdosering zeer gering is. Maar de gevaren zijn veel minder een direkt gevolg van het middel zelf, eerder treden ze op als een indirekt gevolg door de ontstane inertie en de verminderde weerstand tegen infecties.

1. Infectie-ziekten. Door ervaring wijs geworden zijn wij bij patiënten, die behandeld worden met Tr., bijzonder op onze hoede bij influenza en bronchitis. In een minimum van tijd groeien hieruit levensgevaarlijke pneumonieën, die in 2-3 dagen tot de dood leiden. Het is nu onze gewoonte geworden om bij deze patiënten, zodra ze een temp. verhoging van 38 gr. C en hoger vertonen, bijv. tijdens een influenza epidemie, penicilline en streptomycine te spuiten (600.000 E plus $\frac{1}{2}$ gr. p.d.). Treedt desondanks een verslechtering in (soms binnen enkele uren), dan geven wij er hydrocortison (100-200 mgr p.d.) bij. Meestal transpireren ze hevig en is het nodig met hypodermoclyses en rectale druppelinfusen de vochtbalans te herstellen. Cardiazol als harttonicum bleek mij weinig werkzaam op de vaak boven de 140 versnelde dunne pols. Beter hielp coramine, mede door zijn stimulerende werking op de ademhaling.

Tot voor kort werden de Tr. gestaakt zodra er temp. verhoging optrad. Dit kan echter best een additionele stress-factor zijn en we proberen nu dan ook met de bovenstaande antibiotica en anti-stressors de infectie te onderdrukken zonder de Tr. kuur te staken.

2. Thrombosen en embolieën. Een van de ernstige gevaren blijkt te komen van de kant van het vaatstelsel. Of het nu komt door de inertie, het doodstil in bed blijven liggen of door de bloeddrukdaling ten gevolge van verwijding der arteriolen (Serpasil!), waar door verlangzaming der stroomsnelheid of dat er door de Tr. een nog onbekende invloed op de bloedstolling wordt uitgeoefend, mogelijk is het ook een combinatie van de 3 factoren, één ding is zeker: de thrombose van de diepe been-venen met in aansluiting daaraan longembolieën met een plotselinge exitus zijn de meest onverwachte en onaangename gebeurtenissen, die tijdens een kuur kunnen plaats vinden. Ik zie geen an-

dere mogelijkheid van profylaxe dan de patiënt in beweging houden. Anticoagulantia zouden geen voorbehoedende werking hebben en therapeutisch zijn ze bij een longembolie onvoldoende. Noodzakelijker is in deze gevallen de opheffing van vaatreflexen, want het zijn eerder deze die direkt het leven bedreigen dan de afsluiting alleen. Wij geven hiervoor Panthesin Hydergin (PH 203) 4 cc. i.m. en zagen in een enkel geval hiervan goede resultaten.

3. *Suicide*. Bij bespreking van de bezwaren is reeds gesproken over de „vermindering der depressieve symptomen”. Hier nog een enkel woord over de suicide. Van oudsher zijn het meestal endogeen depressieven die bij 't begin of aan het eind van hun depressie suicide plegen. Direkt hierop volgend zijn het de involutiedepressies, die hiertoe neigen.

Bij werking van ons materiaal is het wel opvallend, a) dat ze alle 6 behandeld werden met Serpasil, b) dat er slechts 2 lijdens aan een involutie-depressie waren. De andere 4 waren schizofrenen, van wie één een M.D. inslag had.

Wat er in al deze 6 mensen is omgegaan, voordat ze tot de daad overgingen, is slechts te raden. Ik heb dit zoveel mogelijk met de heteroanamnestische gegevens trachten te achterhalen: bij 5 van de 6(!) vond ik — behalve individuele verschillen — één gemeenschappelijke factor: *teleurstelling na hoopvolle verwachting*.

Een kuur met Tr. wekt zowel bij de acute als bij menige chronische patiënt hoop en verwachting van beterschap en terugkeer naar de maatschappij. Niet alleen „met vrije dagen”, maar terug in een beroep! Bij een groot aantal gelukt dit, maar dit zijn meestal de acute gevallen. De meer chronische patiënt verbetert vaak opvallend, de familie reageert met grotere interesse en veelvuldiger bezoek. Er kan verlof gegeven worden met Kerstmis, Oudjaar e.d... maar dan hapert het. Op de grens, of moet ik zeggen: drempel tussen inrichting en maatschappij moeten de grootste moeilijkheden overwonnen worden

a) de vooroordelen bij de bedrijfsleiding van fabriek, mede-arbeiders enz. tegen alles wat verpleegd is geweest in een psychiatrische inrichting

b) het tekort aan vermogen van onze patiënten om op een tempo te werken, dat overeenkomt met de rest van de ploeg (Wij mogen nooit vergeten dat het arbeidstempo in de arbeidstherapie van een P.I. ongeveer een vierde van het normale is en dat is niet te laag geschat!)

c) ook de conjunctuur (krappe of ruimere arbeidsmarkt) speelt een rol, die nog minder te beïnvloeden is.

Dit alles maakt begrijpelijk, dat er zo vaak patiënten voor de

drempel blijven steken. Ook kan het zijn dat een voorspoedig herstellende patiënt, die zijn baan in de fabriek of werkplaats niet verloren heeft, misschien de aansluiting aan de groep niet meer kan vinden, of het tempo niet meer kan bijhouden (hierbij spelen de Tr. óók een rol!). Het is m.i. deze teleurstelling die leidt tot de moedeloosheid, tot de capitulatie van „het lukt nooit meer.” Komt daar dan nog bij dat de patiënt door zijn kuur zijn eigen situatie helderder is gaan inzien (b.v. niet langer gevangen is in zijn waanwereld), dan lijkt mij deze combinatie van factoren voldoende om de suicides invoelbaar te maken. Helemaal voorkomen kunnen we de zelfmoord natuurlijk nooit. Daarvoor is het soms een te plotseling, te impulsief gebeuren. Maar wanneer we dit bijzondere gevarenpunt onderkennen, is het wellicht mogelijk de ongelukken tot een minimum te beperken door deze patiënten meer dan anderen te laten komen voor min of meer informele gesprekken over wat er in hen omgaat t.a.v. toekomstplannen en besef van de realiteit, nl. het grote verschil tussen het wat gezapige inrichtingsleven en het koortsachtige tempo daarbuiten.

V. PRAKTIJK VAN DE GEVAREN DER TR.

Dit is een eenzijdig-ongunstige selectie uit het beschikbare materiaal, maar aangezien we allen wel min of meer overtuigd zijn van het nut der Tr. en van de kortere verpleegduur der acute gevallen (niet eenvoudig te bewijzen!), leek het me gewenst *de gevallen met ongelukkige afloop te bewerken*. Daartoe werden de doodsoorzaken van alle overleden patiënten van 1953 tot en met 1958, voorzover ze de leeftijd van 65 jaar nog niet bereikt hadden, opnieuw bezien en zo mogelijk in verband gebracht met het gebruik van Tr. *Dit bleken te zijn 50 patiënten en van deze waren er korte of langere tijd voor hun overlijden 28 met Tr. behandeld. Hoewel dit niet met zekerheid te bewijzen is, vermoeden wij dat bij 14 van de 28 pat. de Tr. wezenlijk tot de dodelijke afloop hebben bijgedragen, niet meegerekend de 6 suicides.*

Tezamen vormen zij 1,5 pct. van de bijna 1200 manl. patiënten, die in deze 6 jaar met Tranquillizers behandeld zijn.

Deze 20 patiënten zijn in 3 groepen ondergebracht. De ziekte-geschiedenissen worden in het kort vermeld. Daarna worden nog een 8-tal gevallen besproken, die tijdens een kuur met Tr. zwaar ziek werden en „op het kantje af” zijn geweest.

BEWERKING GEGEVENS VAN OVERLEDEN PATIËNTEN TOT 65 JAAR WAARBIJ TR. EEN WEZENLIJKE FACTOR VOOR DE DOODSOORZAAK WAREN.

I. Overleden aan bronchopneumoniën meest duplex

Tijdens therapie met Tranquillizers (6 patiënten)

- 1) Bo., schizofrenie, E. S. + larg. pneumectomie wegens tbc. (sectie)
- 2) J.B., schizofrenie, zeer mager, serp. kuur, pneumonie? (geen sectie)
- 3) J. F. K., schizofrenie, diabetes, larg. kuur, fibrosis cordis (sectie)
- 4) Vi., defectschizofrenie, serp. kuur, hypost. pneumonie, fibrosis cordis (sectie)
- 5) Re., debilitas, serp. kuurtje wegens acute verwardheid, dubbelz. bronchopneumonie (geen sectie)
- 6) W., schizofrenie, paffige jongen, larg. + serp., gripppneumonie (geen sectie)

II. Overleden aan longemboliën of vermoedelijke longemboliën.

Met Tranquillizers (8 patiënten)

- 1) de O., involutiedepressie, pacatal (serp. gehad) (hydergin chr.? emboliën (sectie)
- 2) Jo., defectschizofrenie, serpasilkuur + E.S. (sectie)
- 3) Du., chr. defectschizofrenie, langdurige larg. ther. (geen sectie)
- 4) v. B., Pickse atrophie, largactil + opial (sectie)
- 5) v. H., paranoïde ontaarding, largactil + serpasil kuur (sectie)
- 6) Re., hemiplegia spastica infantilis + epilepsie, anti-epileptica + pacatal (geen sectie)
- 7) Ni., schizofrenie (pacatal gehad), serp. + stemetil (sectie)
(ook cerebrale atrophie en sclerosis cordis)
- 8) Kl., epilepsie, angina. Trilafon (2 à 3 d.) (geen sectie)

III. Suicide pleegden (6 patiënten)

- 1) Bl., involutiedepressie, ther.: E.S. kuur + serp.
- 2) Pi., degeneratiepsychose (schizofr.) larg. + serp. kuur
- 3) Do., schizofrenie, serpasil onderhoudsdosis
- 4) ten K., schizofr. + M.D. inslag, serp. + larg. (dyspneusan?)
- 5) de J., involutiedepr. + hypertensie, adelphan, serpasil, digitalis, bellergal, procaine, rovigon
- 6) de H., chr. schizofr., tijdens serpasilkuur, suicide met handdoek om bedrand.

GROEP I.

1) Bo., 33 jr.

Eenzelvige jongen. '47 tbc, 1 jaar thuis gekuurd, juni '48 sanatorium tot febr. '50 na pneumothorax vold. herst. juli '51 recidief. okt. '51 weer sanatorium, mrt. '52 resectie r. bovenkwab. Geleidelijk vreemd geworden en autistisch, voedselweigerende, suicideneigende, paranoid. Spet. '52 opgenomen in een andere inrichting tot dec. '52. Insuline-, somnifeen- en D.I.A. kuur met redelijk effect. Bij ontslag aan afkuren (stoelkuur) toe. Juli '53 toestand gunstig. Dec. '53 na geleidelijk geestelijk inzakken, voedselweigerende en paranoïde instelling in Brinkgreven opgenomen.

Opnieuw behandeld met DIA zonder effect. E.S. weinig effect. E.S. + larg. kuur geen resultaat (34 shocks tussen 8/3 en 1/6).

Vanaf 2/4 een largactilkuur erbij (2 dd. 2 cc) — 19/5, waarna per os 150 mgr.

— 1/6 zonder effect. Vanwege actiever verzet tegen behandeling 22/6 largactil hervat (2 x 2 cc) tot 1/7.

Kreeg toen na de E.S. een erg slappe pols, die geleidelijk bij kwam. 3/7 temp. verhoging. 3/7 einde largactil, temp. toen 39.2, pols 136 oplopend tot 40.3 en 41.5, pols 190. Reageerde niet op stimulantia (cardiazol). Overleden.

Vermoedelijke doodsoorzaak: bronchopneumonie, longembolie?

Sectie: uitgebreide dubbelzijdige bronchopneumonie (mengflora)
aspiratiepneumonie is mogelijk (b.v. tijdens de E.S.) van maaginhoud.

2) J. B., 42 jr.

Okt. '54 opgenomen voor een katatone schizofrenie. '37 en '38 2 x verpleegd in een P.N.K. Vanaf 1939 thuis wel vaak storen door 's nachts schreeuwen doch de buurt tolereerde dit lange tijd.

In '54 serpasilkuurtje waarop bradycardie (3 mgr.). Dec. '54, jan. '55 E.S. kuur (11 x) zonder enig effect. Serpasil werd intussen doorgegeven! Na afloop E.S. kuur de serpasil verhoogd tot 10 mgr. p. d. Een week daarna (14/2) temp. verhoogd, verschijnselen van pneumonie, echter niet ernstig aandoende. Penicilline en strepto. Serpasil verlaagd tot 3 mgr. p. d. 22/2 leuc. 25.800, Eos. 0 %, staven 5 %, tox. gr. + 28/2 over op globenicol i.p.v. pen. + strept. 1/3 temp. daalt. 2/3 gaat goed. 7/3 bij mobiliseren lichte collaps. 8/3 zeer negativistisch, laat alles uit zijn mond lopen. Serpasil stopgezet. Rustig gehouden met paraldehyde en gemengde drank. 9/3 kunstmatig gevoed, braakte af en toe wat. Temp. oplopend. 10/3 temp. 39.6, pols 136, oplopend tot 40.3 en 41, overleed hierop.

Vermoedelijke doodsoorzaak: aspiratie pneumonie, sclerosis cordis, mogelijk echter ook longembolieën.

3) J. F. 56 jr.

1929 opgenomen met een imbecillitas en schizophrene verschijnselen. Geleidelijk vervallen tot een matig aangepaste chronische gestichtspatiënt.

1943 tbc. pulm. 1947 gemobiliseerd. 1948 de hele dag op.

1951 zware pneumonie, waarbij ook een diabetes voor de dag komt. Geen insuline nodig. Urine glucose schoon met rond de 1 %.

1954 genoegzaam hersteld, over naar buitenploegje, wat matig gaat vanwege zijn katatone bewegingsdrang. Dit reageert aanvankelijk gunstig op een kleine dosis serpasil (3 mgr.) en 75 mgr. largactil. Later weer minder goed, werd suffer, ging smeren. Verhoging van de serpasil tot 9-12-18-20-24 mgr. per dag gaf geen effect te zien, zelfs geen parkinsonoid.

Mei '55 geleidelijke daling van de serpasil. Bloeddruk in begin '55 180/80, blijft onveranderd. In sept. '55 is de serpasil gedaald tot 6 mgr. p. d. Is nog erg slordig en vies, wrijft veel over zijn hoofd, toch iets beter contact. 150 mgr. largactil erbij.

Nov. '55 serpasil stop, largactil verhoogd tot 600 mgr. p. d. Wordt wel slaperiger maar niet beter.

Dec. smeert en knoeit. 22/12 koude rilling, temp. 39, pols 120, hoest nogal, aspirine + k./drank. Veel transpireren. 's Nachts slappe pols. Pneumonie nu duidelijk, penicilline + strepto + coramine en cardiazol.

23/12 1.6 m. penicilline + 1 gr. strepto, toestand ±

24/12 iets vooruitgaande

25/12 goed verbeterd, hoestte nog wel.

26/12 temp. weer oplopend, verslechterde snel, overleden.

Vermoedelijke doodsoorzaak: bronchopneumonie, hartzwakte.

Sectie: pneumonie in de R. onderkwab (parcoli en enterococcon) — geen bronchiolitis mucopurulenta
aspiratie pneumonie?
fibrosis cordis
resistentie bepaald (mogelijk waren deze bact. overgebleven na de penicill. streptokuur)

4) *Vi., 64 jr.*

In 1949 opgenomen met een agressieve katatone schizofrenie. Daarvoor in een andere psychiatrische inrichting verpleegd geweest onder de diagnose: „posttraumatische psychose, paranoïd hallucinatoir beeld”.

Chronische zelfmutilerende, scheldende en smerende man, steeds infecties van geïnfecteerde krabbeffecten. In '52 geleidelijk tot rust komende. 1955 meer vernielzuchtig, eet asbakken met peukjes en as leeg. Largactilkuur tot 400 mgr. per dag; nadat hij een dag in de zon had gewerkt, zwol zijn hoofd op tot $\pm 2 \times$ natuurlijke grootte, de ogen konden niet meer open. 3 dagen Thephorin, oedeem verdwenen. (Ook andere patiënten in dezelfde tuinploeg, die begin april '54 in de zon hadden gewerkt hadden opgezwollen gezichten van ± 3 d. duur).

Na stopzetten largactil toenemend negativistisch.

Eind april serpasilkuur, elke week 3 mgr. meer tot 21 mgr. p. d.

In juni wat oedeem aan de voeten. Kan niet op een stoel aan tafel blijven zitten, kwijlt niet, bijna doorlopend onzindelijk.

13/6 in de w.c. op achterhoofd gevallen. Blijft nog even negativistisch. Na de val onbeweeglijk in bed liggen, begin van decubitus, serpasil gehalveerd op 20/6.

22/6 een collaps tijdens het wassen (!), 2 cc cardiazol waarna spoedig weer goede pols. Tensie 85/55. Serpasil stop. Sympathol.

23/6 ligt onbeweeglijk in bed. 's Middags weer een collaps, niet reagerend op coramine en cardiazol. Overleed enkele uren daarna.

Vermoedelijke doodsoorzaak: longembolie.

Sectie: hypostatische pneumonie — sclerosis cordis.

Geen embolieën gevonden. Geen hersensectie!

Epicrise: door het zeer passieve in bed liggen, gevolg van serpasilkuur en commotio een hypostatische pneumonie gekregen, waartegen het hart niet opgewassen was.

5) *Re., 59 jr.*

1952 opgenomen met een psychogene psychose bij debilitas mentis. Was plotse-ling tot het inzicht gekomen, dat hij in de familiezaak „voor spek en bonen” meewerkte (wat inderdaad het geval was). Na tot rust te zijn gekomen, werd hij bij ons ingeschakeld in eenvoudig kantoorwerk, wat hij zeer getrouw en netjes vervulde. April '55 volvulus operatie in 2 tempi goed doorstaan.

5/12/55 acuut verward met snelle pols en wat gele sclerae. Therapie 3 x 1 ampul serpasil (= 7.5 mgr.) + opial.

6/12 rustiger. 7/12 wordt normaler.

8/12 injecties serpasil stopgezet. 3 dd. 2 mgr. per os 's avonds. Temp. tot 38.2, pols 72, reutelende adem. Pneumonie r., niet reagerende op 3 M. eenh. peni-cilline + 1 gr. strepto. Bloedbeeld matig toxisch: 7000 leuc! 7 % staven 60 % segm.

9/12 toestand snel achteruitgaande. Geen reactie op cortison.

10/12 overleden na toenemende hartzwakte, niet reagerend op coramine en cardiazol.

Vermoedelijke doodsoorzaak: insufficientia cordis door scleroris cordis?

pneumonie

longembolieën?

Geen sectie.

Epicrise: De verwardheidstoestand op 5/12 kan een initiaal delier van zijn pneumonie zijn geweest. De therapie met serpasil zou dan het begin verdoezeld kunnen hebben en de weerstand van het organisme tegen deze „stress” hebben verminderd.

De mogelijkheid van een recidief van zijn debiliteitspsychose die door serpasil wel is gedempt maar waardoor hij een thrombose met longembolie heeft gehad, is niet uit te sluiten.

6) W., 31 jr.

18 dec. '57 opgenomen met een chronische schizofrenie. Daarvoor verpleegd geweest in 2 psychiatrische inrichtingen, ziekenhuis 2 x Had largactil kuur gehad. Veel twijfelzucht en hallucineert vanaf zijn 16e jaar met vragen en antwoorden. Bij lich. onderzoek vinden wij een vreemd-dikke (van huis uit leptosome) en bleek-paffige jongen. Pols verhoogd tot 120. Temp. normaal. BSE verhoogd 47-82 mm na 1-2 uur.

20/12 10 mgr. serpasil

22/12 temp. tot 38.4, er is influenza op de afdeling

23/12 3 x 1 gr. aspirine, waarop temp. daalt tot 37.4

24/12 pat. piekert veel en neemt katatone houdingen aan. Ther: 8 serp. + 300 mgr. larg. p. d.

25/12 zeer passief, temp. oplopend gedurende de dag van 38.8 tot 40.2. Kreeg strepto en penicilline.

26/12 na daling v. d. temp. tot 38.9 liep 's avonds deze tot 40.8 weer op met sterke cyanose. Stimulering met coramine geen effect. Bloedbeeld: licht toxisch nl. 12.400 leuc, geen eos, tox gr. zwak +

27/12 overleden.

Vermoedelijke doodsoorzaak: dubbelzijdige influenza-pneumonie
mogelijk een reeds eerder bestaande thrombose
van de arteria pulmonalis?

Geen sectie.

Epicrise: Waarschijnlijk hebben de larg. en serp. de toch al geringe weerstand van deze paffig dikke jongen nog verder verminderd zodat hij tegen de influenza pneumonie in 't geheel geen strijd kon leveren. Hij had voordien een hoge bezinking, waarvoor nog geen verklaring is gevonden.

GROEP II

1) de O., 58 jr.

Juni '55 opgenomen met een hysteriforme involutiedepressie. Acne rosacea in het gelaat, lichte cyanose van neuspunt, oorlellen en lippen. Tensie 180/120. Therapie 150 mgr. largactil, $\frac{3}{4}$ mgr. serp., Vit B. compl. T.P.P. Tensie na 3 w. 125/70. Geestelijk: nog veel, klagen, inactief, graag op bed gaan liggen. Nicotinezuur erbij met aardig effect. Sept. '55 10 dagen verlof, gaat goed.

Okt. tensie gedaald tot 120/70. Veel klachten over moeheid. Serp. + larg. stopgezet. Na 3 weken weer gedeprimeerd met allerlei klachten over borst en buik. Op serpasil te lage tensie, zonder serpasil tachycardie, Nov. minder goed, blijft het liefst de hele dag in bed. L.P. g.a. aan de liquor. X foto pulm. wat stuwing. Wordt agressief tegen familie. Na toenemende onrust en inwendige spanningen Pacatal. (2 dd. 2 cc) ged. 1 week, waarna per os 200 à 300 mgr. zonder veel effect. Heeft mogelijk suicideplannen, verstopte een vork in zijn bed. 15/12 weer geleidelijk mobiliseren, wat met tegenzin van pat. gepaard gaat. 22/12 hallucineerde, was delirant.

24/12 collaps, direct dood.

Vermoedelijke doodsoorzaak: haemorrhagia cerebri?
hartzwakte
pulmonaalsclerose vanwege de cyanose van 't
gelaat?

Sectie:

thrombose arteria pulmonalis bdz.

longembolie L en R.

thrombose in een der beenvenen

Epicrise: Een thrombose van de arteria pulmonalis kan gemakkelijk enige maanden in beslag nemen. De verse embolie was hoogstwaarschijnlijk afkomstig uit een der beenvenen. Het acute einde is hierdoor verklaard. De hysteriforme en hypochondrische klachten waren zeer mogelijk afkomstig van voorheen plaats gevonden hebbende embolietjes, die later tot de toenemende thrombose hebben geleid. Er was wel enige pulmonaal sclerose doch niet uitgesproken.

2) Jo., 32 jr.

Op zijn 18e jr. in '41 opgenomen met een reeds 4 jr. bestaande typische schizofrenie bij debilitas mentis. Reeds spoedig een zware effecttoestand: katatone bewegingsdrang, slordig en vies, decorum zoek, negativistisch, geen contact.

1941 20 x E.S. weinig effect. Defecttoestand.

'42—'50 in arbeidstherapie inactief, laagste trap.

'51 wegens vernielzucht nieuwe E.S. kuur 20 x. Is hierdoor iets vooruitgegaan, kan in bladharkploeg meedoen.

'53 weer erg onrustig 11 x E.S.

'54 Serpasil kuur, juli—sept. eerder slechter dan beter geworden, gecombineerde serpasil-largactilkuur, okt.—dec. wordt nog slordiger en drukker.

1955 jan. E.S. + serpasil (13 mgr.) is wat rustiger.

6/2 lichte collaps met sterk transpireren.

10/2 loopt de hele dag over de afd. heen en weer of gaat op de vloer liggen.

Serpasil verhoogd tot 18 mgr.

25/2 wordt geleidelijk iets suffer en slaperiger. Serp. 23 mgr.

27/2 kan slecht lopen en is stuntelig, eet minder.

1/3 wordt gevoerd. Serp. daalt tot 18 mgr.

4/3 dreigende decubitus, heeft wat temp. verhoging.

5/3 erg slap 13 mgr. serp.

7/3 komt weer geregeld uit bed.

8/3 is wat cyanotisch.

9/3 cyanose en dyspneu, transpireren + onr. pols, cardiazol — overleed binnen 14 min.

Vermoedelijke doodsoorzaak: pneumonie. Er is influenza op de afdeling. De vraag was, of de temp. door de serp. gedrukt werd, zodat de pneumonie asymptomatisch kon verlopen tot aan het letale einde.

Sectie: embolie van thrombusmassa's in beide art. pulm. Thrombose van beide venae femoralis.

Epicrise: De dood is een gevolg van pulmonaal embolie. De door de serpasil veroorzaakte immobilisatie is misschien de oorzaak van de thrombose in de benen. Mogelijk verhoogt serpasil de stollingstendens van het bloed en daarmee de thrombosekans.

4 factoren van thrombose?:

1) verminderde circulatie (bloeddrukverlaging door serp.)

2) druk op de onderlaag (immobilisatie)

3) infectie

4) misschien specifieke invloed van serpasil?

3) Du., 61 jr.

In 1939 voor de 4e maal voor zijn schizofrenie opgenomen. Verwarde, autistische, ijverige defectbepheeren. Soms impulsief agressief en gevaarlijk. In '53 en '54 kreeg hij zodra er agressie dreigde een E.S. met goed effect. Werd geleidelijk coöperatiever, vriendelijker en beter contact. In totaal 60 x E.S. juli '54 serpa-silkuur begonnen 6 mgr., na 2 weken eretisch-verward en dit gebleven ondanks largactil bijgeven.

23/9 serp. stop, larg. 100 mgr. doorgedaan, waarop prima tot jan. '55, toen manisch verward. Largactil verhoogd tot 150 mgr. De 1e week 200 mgr. met aardig resultaat.

April weer meer verward, largactil verhoogd tot 225 mgr. Door de zonbestraling in april sterk oedeem v. h. gelaat en handrug, na 2 dagen (calc. Sandoz + Thephorin) afgezakt.

Rest van '55 goed op onderhoudsdosis largactil 225 mgr.

Mei '56 *pneumonie*? acute temp. verhoging tot 40.3 pols 120. Direct een zwakke pols. Therapie coramine, penicilline, ook de volgende dag voortdurend zeer slappe pols. 2 gr. strepto erbij.

3/5 bijna overleden, zeer slappe pols, familie kwam over.

4/5 iets vooruitgang. 5/5 nog veel transpireren, gaat iets beter.

7/5 minder benauwd. 10/5 nog wel een zwakke pols.

11/5 geleidelijk daling temp., antibiotica stop.

16/5 begonnen met mobiliseren. 25/5 hervatting largactil.

28/5 buitenwerk hervat.

14 juli 's nachts ineens kortademig. 's Morgens goed, ging wel aan zijn werk.

16/7 's Middags weer kortademig en lichte cyanose. Transpireerde profuus.

Temp. 37.2 pols 80. Goede eetlust.

17/7 st. id. cardiazol. 18/7 af en toe benauwd en cyanotisch.

20 en 21 juli blijft slecht gevulde, onregelmatige pols en ademhaling houden,

bleek en cyanotisch. 22/7 digitalis. 28/7 salyrgan. 1/8 toestand veel verbeterd.

3/8 inzinking. 9/8 cardiazoldruppels. 13/8 diarrhee. 14/8 oedeem l. been. Op

salyrgan 2,5 l. geloosd. 23/8 weer gemobiliseerd. 30/8 temp. weer verhoogd

tot 39.2, op aspirine gedaald. Bij elke salyrgan inj. wordt meer dan 2.5 l.

geloosd. 6/9 blijft slecht gevulde pols houden, zo nu en dan erg benauwd.

10/9 zwelling l. been neemt toe. De rest van sept. en begin okt. behandeld

met cardiazol, salyrgan, strophantine — oriabaine, euphylline en opial voor

de onrust. Op 9/10 overleden. Ziekte duur 1/5—9/10.

Vermoedelijke doodsoorzaak: Cor pulmonale na recidiverende longembolie
Geen sectie. en uit de beenvenae?

Epicrise: Hij is behandeld als een lijder aan insufficiëntia cordis. Vergelijking met andere ziektebeelden waarbij wel sectie is verricht, maken recidiverende longembolieën waarschijnlijker. Typisch is het langdurig verloop.

4) van B. 58 jr.

In 1956 opgenomen met een diepe dementie (Pick?), die reeds in '50 aantoonbaar was. Hij sprak niet meer, neuriede zachtjes, wandelde elke dag 10 km om zonder de weg kwijt te raken behalve de laatste maanden voor de opneming. Lichamelijke afwijkingen geen. Pols steeds tussen de 120 en 160 p. m. W.R. neg. Wegens agressie en onhandelbaarheid kreeg hij sedert binnenkomst op 27/7 2 dd. 2 cc largactil + 2 x 2 cc opial. 30/9 nog onhandelbaar.

1/10 verhoging 38.5 pols 108.

2/10 inj. larg. stop, 300 mgr. per os + 3 mgr. serp.

3/10 's morgens collaps en overleden.

Vermoedelijke doodsoorzaak: onduidelijk.

Tumor cerebri? haemorrhagia cerebri?
insufficiëntia cordis.

Sectie: Embolie van thrombusmassa's in beide pulmonaal arteriën. Geen thrombus in beenvenae gevonden. Thrombi in r. ventrikel. Pulmones: geen oude infarcten. *Atrophie van beide temporaal kwabben*. Enkele frontale windingen zijn ook wat smaller.

Epicrise: Het lijkt onwaarschijnlijk, dat de 3 mgr. serpasil hier van enige invloed kan zijn geweest, daar ze slechts 1 dag is toegediend. Of de largactil heeft hier een rol gespeeld, of de thrombose in R hart was bij opname reeds aanwezig, wat de hoge polsfrequentie misschien verklaart.

5) van H., 44 jr.

Werd opgenomen 7/1/57, overleed 23/1/57. Reden voor opneming paranoïde ontarding bij psychopathie, zelfverwaarlozing, pathologische vraatzucht van room en taartjes, woog bij opneming 125 kg. Striae op de buik, varices a. d. benen. Voor zijn hypomane praatzucht en zijn waanideeën, zijn eigen..... die vanuit bed naar de verpleging werden gedecreteerd, kreeg hij eerst larg. 2-3 dd. 2 cc + opial, zonder veel effect. 10/1 20 mgr. serpasil eraan toegevoegd met direct een goede reactie, werd menselijker. 15/1 larg. 300 mgr. per os + 20 mgr. serp. ligt veel te slapen, is verder vriendelijk gestemd, maakt plannen voor een nieuwe toekomst.

20/1 eet niet meer, suft de hele dag, transpireert veel. Alle med. stopgezet. 21/1 is in een soporeuze toestand.

22/1 na coramine veel slijm opgehoest, temp. 38.1.

23/1 gebruikte soep en limonade, tijdens het wassen een collaps gekregen en kort daarna overleden.

Vermoedelijke doodsoorzaak: longembolie uit thrombosevorming in de benen (varices!)

Sectie: Embolusmassa's in r. hart en art. pulmonalis (2 stukken). Longen op doorsnede: talrijke kleine longarterietakjes zijn gethromboseerd. Geen hersenafw. De emboli waren microsc. op doorsnede van een typisch gelaagde structuur. Epicrise: Door de hoge dosis largactil en serpasil is deze zeer vette man zodanig geïmmobiliseerd, dat er in de varices in zijn benen thrombi zijn ontstaan, die tot de longembolie hebben gevoerd en dus tot de dood hebben geleid. Hoeveel dagen dit proces in beslag heeft genomen is moeilijk meer te zeggen. Op 10/1 kreeg hij de eerste serpasil, op 23/1 overleed hij. Deze periode is wel voldoende om ook de kleine thrombi in de zijtakjes van de art. pulm. te verklaren. Ook hier is 't dus de vraag of speciaal *serpasil* de stolbaarheid v. h. bloed verhoogt.

6) Re., 56 jr.

3 okt. '57 opgenomen, 2 november '57 overleden. Opgenomen voor een hemiplegia spastica infantilis met epilepsie vanuit een andere inrichting, daar hij ongeschikt werd voor gezinsverpleging door zijn ontstemmingstoestanden, traagheid en wantrouwen. Zijn anti-epileptische therapie was hoog: 300 lum, 300 rutonal, 225 diphantoïne, 1 absentol + bromural 150 mgr.

Lichamelijk: spastische hemiparese voornl. L arm, kan met moeite lopen. Verhoogde reflexen L echter geen Babinski. BSE 18-40, harttonen klappend.

3/10 opgenomen. Op 8/10 150 mgr. pacatal erbij. 10/10 viel op zijn stuit, haematoompje, geen commotio. Tot 20/10 redelijk goed, wat behulpzaam met huiswerk. 's Avonds dikke voeten L en R.

26/10 pijn in L voet, tevens in de L zij. Temp. 40.8. 600000 E penicilline. 27/10 klachten over L voet en zij a.w. temp. is gedaald. 28/10 gaat vooruit. 29/10 eetlust goed. 30/10 wel graag weer opstaan, penicilline gehalveerd, temp. nog ongeveer 38.

31/10 hoest af en toe. 1/11 ontevreden omdat hij nog niet op mocht staan, voelde zich goed, temp. echter $\pm$ 38.

2/11 's morgens collaps tijdens wassen, met adem- en hartswakte, bleek en transpireren, op coramine en cardiazol, snel slechter, overleed binnen 30 min.
Vermoedelijke doodsoorzaak: longembolie uit beenthrombose.
Geen sectie.

7) Ni., 36 jr.

18 juli '57 voor de 2e maal opgenomen, overleden 28 juni '58.

Reden van opneming was een pnpopschizofrenie met grote onrust, niet te handhaven in een ziekenhuis met somnifeen en larg. Op een therapie van 400 mgr. largactil per os per dag werd hij spoedig rustig en coöperatief. Werkte goed mee in de mattenvlechterij. Begin nov. mislukte een vakantie-verlof door suïcideneigingen thuis, terug van verlof veel snuitjes trekken. Op 300 mgr. larg. + 150 mgr. pacatal geleidelijk rustiger maar nog wel vreemde gezichten trekken. Medicatie als proef stopgezet (soms geeft dit een contrair — goed effect). Binnen 3 dagen begon de onrust opnieuw, geleidelijk toenemend. Had het gevoel niet te bestaan, hallucineerde bevelen tot suicide, probeerde prothese door te slikken en zich met een vork in de keel te steken.

Hervatting met Prazine (promazine) 400 mgr. i.m. + E.S. met coramine i.v. vooraf. Van dec. '57—april '58 kreeg hij 16 x E.S. Intussen was de Prazine als onvoldoende vervangen door 600 mgr. largactil + 16 mgr. Serpasil. Deze dosis daalde geleidelijk elke week, om en om largactil en serpasil minder. Ondanks deze hoge dosis kreeg hij slechts langzaam-aan een uitgesproken parkinsonoid vette gelaatshuid, kwijlen en gebogen houding. Hij werd zeer geleidelijk rustiger, had nog wel last van dwanggedachten.

Bij het einde van de E.S. kuur waren larg. en serp. gezakt tot resp. 200 en 4 mgr., waaraan werd toegevoegd 3 tabl. Disipal ter bestrijding van zijn parkinsonoid. Zakte echter geleidelijk geestelijk weer in, trok weer snuitjes en de onrust nam toe. Vervanging largactil door pacatal 300 mgr. en verhoging van de serpasil tot 6 mgr. met 3-6 Disipal was geen succes. Pacatal werd vervangen door Stémétil 12 tabl. p. d. waarbij de serpasil 6 mgr. bleef. Was toen wisselend met soms heel goede dagen, maar niet in staat tot arb. ther. Ter activering werd er op 16/6 300 mgr. Nidaton aan toegevoegd, maar dit had een averechts gevolg: hij werd eerder stunteliger en stijver. Op 23/6 transpireerde hij ineens sterk, had temp. tot 38.2. De med. werden stopgezet en direct werd gestart met penicilline + strepto + cortison + atropine. Bleef sterk transpireren. Temp. liep met schommelingen in de volgende dagen snel op en hij overleed op 28/6.

Vermoedelijke doodsoorzaak: bronchopneumonie of longembolie

Sectie:

Longembolie, bronchopneumonie, bronchitis

R onderkwab een infarct van een vroegere embolie.

sclerosis cordis, foramen ovale tussen R. en L. harthelft

bijnieren vergroot, adenoompjes a. beide zijden.

Hersenen: microgyrie, atrophie?

Epicrise: De doodsoorzaak is hier weer een longembolie, waarvan alleen opvallend is dat, wanneer aangenomen wordt dat serpasil en/of largactil, pacatal, stemetil een bevorderende werking hebben, dat dit dan pas na een zo lange periode van intensief behandelen optreedt. Het is zeker, dat alle factoren van het stollingsproces nog niet bekend zijn en de werking van de Tranquillizers is, zelfs op de reeds bekende, onzeker of duister.

8) Kl., 29 jr.

In tegenstelling tot de vorige heeft deze slechts een korte anamnese met Tranquillizers, echter een zeer lange wat de voorgeschiedenis betreft. Ik vermeld slechts dat hij tussen '49 en '58 6 x opgenomen werd voor zijn

epilepsie en agressieve psychopathie („loket-agressie” bij het aanvragen van steun). Ook ditmaal was het de reden tot opneming op 1/8/58.

Was de laatste jaren zeer zwaar geworden, over de 100 kg, had een geïnfecteerd steekwondje aan zijn been (injectie?). Tensie 135/100 BSE 8/25, verder feitelijk g.b.

2/8 een insult zonder bijzonderheden. Kreeg 40 mgr. Trilafon ter vermindering van zijn agressie en ongeduld (bekend van vorige opnemingen en uitbraken). Mocht 4/8 opstaan, was goed gestemd.

5/8 hielp met huiswerk. 6/8 idem. 8/8 prima, wandelde in de tuin met zijn vrouw.

10/8 keelpijn, werd verdacht van diphterie, want in het huis waar hij vandaan kwam was diphterie geconstateerd. Wordt geïsoleerd, bedrust. temp. 40, pols 120. Kreeg gorgeldrank + penicilline

11/8 geen diphterie, temp. gedaald.

12/8 goed gestemd, na 't ontbijt collaps, direct 1" papaverine en 4 cc Panthesin Hydergin zonder effect. 5 min. later overleden.

Vermoedelijke doodsoorzaak: longembolie

Geen sectie.

Epicrise: De volgende factoren zijn aan te wijzen:

bedrust van 10/8—12/8, vertzucht in hoge graad, Trilafon?

Infecties (angina en geïnfecteerd inj. wondje).

Pijnklachten in de benen heeft hij niet gehad.

GROEP III

1) Bl., 45 jr.

Opgenomen 24-5-'54, proefverlof 9-7-'57, terug 24-7-'57, suicide 25-11-'57. Reden van opneming: een ernstige suicidepoging in een depressie, die een gevolg was van verminderde vitaliteit na een longoperatie (longabces). 't Was altijd een wat zwaar op de handte, twijfelmoedige figuur geweest. Na de operatie kon hij 't op de fabriek niet goed vinden. In verschillende baantjes als stoker, hulpstoker en andere hulpbaantjes hield hij 't slechts korte tijd uit. Kreeg toen prutskarweitjes, waarbij hij tijd had om zijn klachten te spuien. Vooral over zijn vrouw klaagde hij veel „omdat die het thuis niet gezellig kon maken”. Trok zich opmerkingen en spotternijen in de fabriek altijd erg aan.

Na enkele E.S. behandelingen gecombineerd met largactil knapte hij snel op, interesseerde zich weer voor van alles en op 6 juli ging hij met proefverlof, maar op 26 juli reeds weer depressief terug, want hij had het bij zijn vrouw niet kunnen vinden. Was ook bang, dat hij zijn ontslag op de fabriek zou krijgen.

Kreeg toen een behandeling met serpasil, want zijn depressie maakte toen een vegetatieve sympathicotone indruk (3 dd. ½ mgr.). Hij verbetert inderdaad (serpasil is anders geen antidepressiemiddel!). De hele maand augustus ging hij geregeld met verlof, de stemming was goed. Half sept. iets minder goed, bang dat op 1/10 zijn ziekengeld zou ophouden en hij invalide zou worden verklaard.

De dosis serpasil werd verhoogd tot 4 mgr. en hij kreeg nog een serie E.S. (6 x), waarna symptoomloos en actief. 9/10 verlof, hervatte zijn werk op de fabriek. 18/10, 24/10, 1/11 en 10/11 gecontroleerd en goed bevonden. 13/11 voelde zich griepig, ging niet aan zijn werk, was beslist meer depressief. Werd in tegenstelling met het oorspronkelijke plan niet ontslagen, maar overgeplaatst in de A-afd. Op 15/11 verscheen hij wel voor controle, vertelde toen dat hij reeds een week (!) niet had gewerkt, maar dit wel had doorgegeven naar de inrichting.

22/11 weer gaan werken op fabriek maar zich niet gehouden aan afspraak te komen voor controle. 25/11 suicide gepleegd door verdrinking. Aanleiding was een opmerking van zijn baas in de fabriek, dat zijn werkcapaciteit niets meer was in vergelijking tot vroeger. Dit was het gevoeligste punt in zijn depressie (nl. zijn verminderde arbeidsprestatie). Op weg naar de inrichting voor controle en voor tabletten, die op waren, heeft hij zich vermoedelijk impulsief gesuicideerd.

Epicrise:

Een psychasthene neurotische man kan na de longoperatie de aansluiting op zijn fabriek en zijn werk niet meer vinden. Thuis was 't niet gezellig, zijn vrouw is dom en had 't advies van de huisarts gekregen hem wat harder aan te pakken.

Er zijn verder nog verschillende fouten gemaakt:

- 1) Waren wij nog niet goed ingelicht over zijn gedrag op de fabriek. Informatie daar had aangehouden, dat hij de hele dag zeurde en mensen aanklampte. Werde dan nogal eens kort behandeld, wat hij weer depressief verwerkte.
- 2) De sociale werkster van de fabriek had wel 't gevoel gehad, dat 't mis zou gaan, en heeft de huisarts opgebeld, niet de inrichting.
- 3) De huisarts heeft een verpleegster gestuurd voor controle zonder contact met de inrichting te zoeken.
- 4) Toen hij zich op 22/11 niet meldde voor controle is niet onderzocht, waarom hij wegbleef.
- 5) De indicatie voor serpasil was mogelijk wel goed (desympathicotonie) maar het heeft geen effect op de eigenlijke depressie zoals anderen hebben aangehouden. Eerder ziet men o.i.v. serpasil bij hypertonici depressies optreden.

2) Pi.

Opgenomen in een psychiatrische inrichting van dec. '48—april '49 onder het beeld van een acute manie. Was daarbij echter ook vreemd, theateraal, soms amentieel-angstig.

Okt. '52—jan. '53 opgenomen met een meer schizophrene psychose. Diagnose: degeneratiepsychose. Was manisch onrustig en verward, vergiftigingswaan. Psychose acuut begonnen na woningruil.

3e opneming: 29/11/54 — suicide 23/2/55.

Was bij opname verward, gejaagd, ongedurig, gedachtenvluchtig, geen ziekte-inzicht. Therapie: largactil. Reageerde er na 3 dagen nog niet op (2-3 dd. 2 cc), waarna overgaan op serpasil (5 mgr. p. inj.) en E.S. kuur (9 x) met snel een bevredigend resultaat: half december reeds coöperatief, werkt op de afdeling of in andere arbeidstherapie.

Oud en nieuw thuis gevierd, en daarna elk weekend. 13/1 werd de serpasil-medicatie gestaakt (deze was geleidelijk gedaald tot 1 mgr. p. d.).

24/1 minder goed gestemd, slapeloosheid en wat nerveus. Werde op 200 mgr. larg. p. d. gezet, waarop hij beter sliep. Geen reden hem het weekend-verlof in te houden.

1/2 enige huilbuien gehad door schuldgevoel over jeugdzonden.

3/2 voelde zich een stuk beter en rustiger. 18/2 terugkomend van verlof maakte hij weer een zenuwachtig-gespannen indruk. Was bang hier altijd te moeten blijven. Na langdurig gesprek gewillig naar de afdeling teruggegaan. Largactil stop. Serpasil 3 x 1 mgr. hervat. 22/2 is wat stiller dan anders.

23/2 was 's morgens opgewekter, losser, vriendelijk tegen medepatiënten en personeel. In de middagpauze zich door suspensie van 't leven beroofd in een w.c.tje op het land.

Epicrise:

Patiënt lijdende aan degeneratiepsychose of schizofrenie met ontbrekend

ziekte-inzicht pleegt suicide, vermoedelijk met de gedachte dat hij zijn leven lang in Brinkgreven zal moeten blijven. De fouten hier gemaakt zijn:

- 1) een te voorzichtige aanpak met largactil of serpasil en de wisselingen in de therapie („wanneer het ene niet snel genoeg helpt, direct overstappen naar een ander therapeutikum”)
- 2) Niet de ernst van de psychose voldoende hebben gevoeld, mogelijk door het steeds aanwezig zijn van een quantum manisch affect bij patiënt, waardoor de ernst werd verdoezeld.
- 3) Wanneer men een patiënt een teleurstellende mededeling moet doen, b.v. dat zijn vakantieverlof niet doorgaat of dat een weekendverlof geweigerd wordt, hem toch vrijheden toestaan als b.v. wandelen op het terrein (suicide op de afdeling is niet uitgesloten, maar toch altijd minder waarschijnlijk).

3) Do.

Dec. '52 opgenomen, 35 jaar. Suicide maart '56.

Altijd een prima vent geweest, in de oorlog geweigerd in een vliegtuigfabriek te werken, opgehaald, in concentratiekampen Buchenwald zware klappen op 't hoofd gehad, uitgehongerd in '45 door Rode Kruis aangetroffen en verpleegd. Daarna nooit meer goed geweest, bij buien wel helderder en dan tijden verward met vage ideeën over politiek en geloof.

Reden voor opneming was een plotselinge ingeving, waardoor hij de ruit van een juwelierszaak kapot sloeg en alles uit de etalage op straat gooide. Hallucineerde cowboys, meende 8 moorden te moeten verrichten op bevel van Hitler, etc.

Diagnose: Vermoedelijk een defectschizofrenie, anders encephalopathie na commotio cerebri. Na een largactilkuur 300 mgr. p.d. goed verbeterd, en kon overgeplaatst worden naar de open afd. en geregeld met verlof naar huis. Verder ontbreekt enig interesse.

Nov. '55 geleidelijk overgeschakeld op serpasil, verbeterde hierop duidelijk verder, spraakzaam, meer interesse in zijn omgeving, en de stad.

Jan. '56 overleg over een baantje in de stad. Thuis is hij spraakzaam.

Febr. goed contact, levendig met interesse in zijn werk. Thuis gezellig alleen wat pessimistisch gestemd, als hij 't over de mogelijkheid van een baantje in de stad had. Sprak noch thuis nog op Brinkgreven ooit over suicide.

3 Mrt. sprong hij tijdens de vrije wandeling in de stad in de met ijschotsen bedekte rivier. Is volgens een ooggetuige, die hem aanriep (waarop pat. niet reageerde) naar het midden gezwommen, terwijl hij het hoofd onderhield.

Epicrise: De suicide is op te vatten als een impulsief-depressieve reactie op het geen uitzicht hebben op een baan in de stad bij een man lijdende aan defectschizofrenie of anders encephalopathie na herhaalde hoofdtraumata. De therapie heeft hem wel verbeterd, maar onvoldoende voor zijn presentatie als werkkraacht.

Als er hier een fout gemaakt is, kan men die vinden in het overleg met patiënt over een baantje in de stad. Dit voorspiegelen zonder mogelijkheid het op korte termijn te effectueren, heeft altijd een bijzonder slechte invloed op het humeur van de patiënten.

Overigens bleek later, dat hij wel eens tegen zijn familie had opgemerkt dat hij 't vreselijk vond, dat het kleine familiekapitaaltje door zijn verpleging werd aangesproken.

De familie beschouwde het dan ook als altruistische reactie om hun de kosten te besparen: dus als reactie op zijn „nutteloosheidsgevoel”.

4) ten K.

Opgenomen op zijn 29e jaar, juli '54 in Brinkgreven; daarvoor verpleegd in 2 inrichtingen en een P.N.K.

1940 een coll. veronderstelt schizofrenie.

1941 insulinekuur goed verbeterd.

1942 weggelopen, dienstgenomen bij de S.S.

1945 terug uit Russische krijgsgevangenschap.

1946 vrij uit interneringskamp na 1½ jaar „straf”.

1947-'49 gewerkt bij een boer, haalde diploma lagere landbouw.

1949 werkte in de polder, nieuwe schub, opname P.N.K. (inactief, teruggetrokken, soms gespannen en onrustig, bij tijden heldere gedachtengang).

1950 over naar een andere inrichting — '54. Toestand wisselend, tijden opgewekt en goed begrip, afgewisseld met stuporeuze en waanachtige perioden.

1954 over naar Brinkgreven, op verzoek van de moeder.

Therapie: 1e maand 100 mgr. largactil met expansieve reactie

2e maand serpasil, eveneens een expansieve periode.

Daarna een combinatie van de 2 waarna geleidelijk gereguleerd.

Eind dec. '54 verlof naar huis prima! Febr. solliciteert in de stad hier en bij een hotel elders, bij de laatste aangenomen.

Op 18/3 proefverlof 5/5 terug, was geremd: had zijn medicijnen niet ingenomen!

In de loop van '55 ging het op en neer: eind mei wat manisch, juni geremd, juli en aug. goed in evenwicht, geregeld naar huis, eind sept. tegen de draad in, weigerde medicijnen. Okt. goed, ging weer met verlof. Nov. wat ongedurig heen en weer lopen.

5/12 kreeg baantje in de stad bij dienst onderhoud rijwielpaden. Reageert er zeer goed op. Jan. '56 Asthmatisch, waarvoor 8 dagen werkverzuim. Febr.: in verband met vorst en sneeuw tijdelijk werk aan een fabriek, vond dit heerlijk, had een hekel aan het vorstverlet en ook het loon was belangrijk hoger: kon dan elk weekend met verlof naar huis. Na 3 dagen werken pijn in schouders en rug.

22/2 bleef hiervoor op bed ('s morgens), voelde zich 's middags beter, zei tegen de broeders dat hij de volgende dag het werk ging hervatten, ging wandelen en suicideerde zich op een onbewaakte overweg onder de trein. Dit was geen ongeluk volgens ooggetuigen, maar zeer zeker opzettelijk, want hij was komen aanhollen toen de trein naderde. Voor de moeder kwam deze daad volkomen onverwacht. Had daarvoor nooit over suicide gesproken.

Bij onderzoek bleek pas later, dat de medepatiënten op de afdeling hem vreemd stil hadden zien zitten broeden.

Epicrise:

Vragen we ons af, óf er hier fouten gemaakt zijn en welke dan, dan is bij overzien van de ziektegeschiedenis het sterk wisselend verloop, de fasen van manisch-expansieve perioden afgewisseld met geremd-depressieve dagen opvallend. Het is wel mogelijk gebleken om de manisch-expansieve perioden te temperen, zodat hij dan werkelijk prima was, ook in 't affectieve contact. Blijkbaar ook hier is de toediening van largactil en serpasil, ook in combinatie, niet in staat ongelukken te voorkomen als deze.

5) de J.

Mei '57 opgenomen, 56 jaar. Suicide nov. '57.

In de familie 2 ooms en 1 neef suicide. Pat. sinds '53 depressief sinds emigratie van een dochter. Okt. '56 tentamen suicide (water) 2 dagen voor opneming hernieuwde poging, bij 't water weggehaald, daarvoor had hij ook al eens een hele dag verstopt in een bosje kreupelhout gezeten.

Lichamelijke afwijkingen: stijfheid l. arm en l. been + tremoren, hypertensie

250/120, pols 160, hoofdpijn en slaapstoornissen completeerden het beeld van de involutiepsychose met psychogene en endogene componenten, beginnende encephalopathia hypertonica en parkinsonisme.

Is behandeld tussen april en november met largactil, serpasil, adelphan, nicotinezuur, hydergin, rovigon (Vit A + E), digitalis, veronal, nitrobaat, bellergal en joodkali in verschillende combinaties. Resultaat: pols daalde van 160 tot ± 80 , tensie van 250/120 — 215/100 — 180/130 — 170/90 en 150/80 (aug.). Klachten over hoofdpijn verminderden echter nauwelijks, en de slapeloosheid was vaak ook hinderlijk.

Toch verbeterde hij wel zodanig dat hem wandelen op het terrein kon worden toegestaan, zij 't dan ook met een medepatiënt. Dit ging goed, patiënt vond het heerlijk in het bos van de inrichting te wandelen.

21/11 liet hij echter zijn medepatiënt ineens in de steek, de laatste waarschuwde de afdeling maar patiënt was onvindbaar; 2 dagen later werd zijn lijk vooroverliggend in een klein slootje gevonden.

Epicrise:

Suicide van een encephalopathisch defecte man met chronische hoofdpijn en een depressieve aanleg (suicides in de familie).

Mogelijke fouten, die bij 't onderzoek naar voren kwamen:

- 1) het verlenen van terreinwandelen, terwijl er objectief nog resten van de depressie aanwezig waren.
- 2) de zoon van pat. vermeldde, dat zijn vader herhaaldelijk met hem over zijn suicideplannen had gesproken, o.a. over zijn neiging voor een rijdende auto te springen. Hij heeft dit niet medegedeeld aan verpl.
- 3) De zoon wist ook van de medepatiënt die met zijn vader wandelde, dat deze medepatiënt herhaaldelijk had moeten voorkomen, dat de J. het water inliep. Ook dit heeft hij de verpleging niet doen weten.
- 4) De mening van de medepatiënt over het gedrag van de J. is nooit gevraagd. Ook spontaan heeft deze man nooit iets over de suicideneigingen van de J. gezegd.

6) de H.

In 1939, 29 jr. oud opgenomen, overleden na suicidepoging juli '57. Daarvoor in verschillende gestichten verpleegd geweest. Reden voor opname was een dwangtoestand, waarin hij agressieve ontladingen had door met borden te gooien, ruiten in te slaan, zijn kleren stuk te scheuren, zonder dat hij hierover ooit uitleg heeft kunnen geven. Was een debiel tot zijn 18e jaar, toen zijn psychose begon. Vanaf die tijd praktisch onveranderd tot zijn dood met een vrij regelmatige tussenruimte van 1 week vernielingen van bloempotten, ruitjes in de w.c. e.d. Tussen deze aanvallen door rustige, vriendelijke, ijverige huiswerker.

15/4 werd naar aanleiding van een bedreiging die hij uitte, besloten tot een 2e serpasilkuur, 10 mgr. per inj., later per os (de 1e serpasil kuur in '54, gedurende 1 maand, was niet succesvol geweest).

17/4 begonnen. 12/5 gooit een beker stuk. 27/5 poging een ruitje kapot te slaan, wat niet lukte (dubbeldik glas).

Geleidelijke daling van de serpasil. Klaagt nogal veel over slap gevoel in zijn lichaam. Op 2/7 nog 2 mgr. serpasil p. d. en 9/7 1 mgr.

12/7 had een handdoek om de hals geknoopt en 't andere eind aan het voeteneind van een bed, zich laten vallen. Werd binnen 5 min. gevonden, had reeds hart- en ademstilstand, bewoog nog wel duim en vingers.

Stimulantia, ook een intracardiale injectie, kunstmatige ademhaling gedurende meer dan 4 uur vermochten de levensgeesten niet meer te wekken. De dood kon pas geconstateerd worden nadat we 4½ uur met hem bezig waren geweest: schijndood, die overging in de dood?

Epicrise:

Er is hier gedacht over de mogelijkheid, dat serpasil de sinus caroticus gevoeliger maakt voor prikkels, die door druk ter plaatse worden uitgeoefend. Dit zou dan verklaren waarom een betrekkelijk licht trauma een niet reversiebele schijndood tengevolge had.

Mogelijke fout of tekortkoming is hier:

- 1) het niet beheersen van de spoedoperatie (openen van de thorax met manuele hartmassage)
- 2) onvoldoende georiënteerd zijn over de medicamenten die intracardiaal ingespoten tot re-animatie kunnen leiden. We hebben cardiazol intracardiaal gespoten, wat niet het beste medicament in zulke gevallen is.

PATIËNTEN, DIE TIJDENS EEN KUUR MET TRANQUILLIZERS NET NIET DOODGEGAAN ZIJN

1) Du.

A.s. onderwijzer L. S. In zijn 24e jr., dec. '57 opgenomen met een floride paranoïde schizofrenie.

Ziekte-inzicht bij tijden aanwezig. Stelde bij zichzelf de diagnose schizofrenie. lichamelijk g.b.

Onder invloed van E.S. + 800 mgr. largactil werden de hallucinaties spoedig minder intensief.

Bij de 3e E.S. braakte hij (bleek bij navraag ontbeten te hebben). Door de kunstmatige ademhaling onder druk met ballon waarschijnlijk wat maaginhoud in de luchtpijp geperst. Kreeg als reflex een moeilijke, stokkende ademhaling, slappe pols, bleek gelaat. Pas na de middag geleidelijke verbetering van de gelaatskleur. Temp. oplopend tot 39, volgende dag 39.5—39.8. Penicilline en strepto beperkten de narigheid van de aspiratiepneumonie tot 2 dagen. Daarna werd de largactil hervat op 400 mgr. p. d.

De 4e shock gaf geen moeilijkheden (10 dagen na de vorige).

Braakte echter bij de volgende opnieuw resten van 't ontbijt. Hoewel eerst mond en keel zorgvuldig werden uitgeveegd voordat kunstmatige ademhaling werd gegeven, was de avondtemp. tot 38.3, volgende dag 37.7.

De volgende behandelingen lieten wij vooraf ½ mgr. atropine geven, waarna het braken niet meer werd gezien. Wel werd hij direct na de E.S. altijd zeer bleek (groenachtig-wasachtig bleek). Hiervoor spoten wij DHE 2 cc ½ uur voor de E.S. met zeer goed resultaat.

Resumé: Door aspiratie van maaginhoud 1 dag erg ziek geweest, zo bleek, dat voor het ergste werd gevreesd.

Gemaakte fout: verpleging had er niet voldoende op toegezien, dat hij niet mocht ontbijten voor de E.S.

Gebleken is, dat atropine het braken kan verhinderen en DHE de na de shock soms optredende valse bleekheid.

Post scriptum: Het is onze indruk, dat de patiënten, die reageren op de E.S. met bleekheid of vlekken in het gelaat, een slechtere prognose hebben dan die een egale rode kleur produceren. DHE 1-2 cc ½ uur voor de shock voorkomt de bleke of de vlekke reactie.

2) Wi.

Als 17-jarige jongen opgenomen met een floride schizofrenie (hebephrenie op de bodem van debilitas).

Therapie: Prazine scopolamine zonder effect. 20 (!) mgr. serpasil onvoldoende. E.S. met coramine vooraf gaf spoedig verbetering te zien. 2 dagen na de 5e shock weer ingezakt: angstig en verward. E.S. doorgezet + serpasil + pacatal (10 + 150).

Na 8 shocks nog steeds licht verward, na 11 shocks begon het parkinsonoid tevoorschijn te komen (17/12 begonnen met serp. 4/1 parkinson). Hij blijft echter verward en druk. Serpasil verhoogd tot 20 mgr. met eerst wel goede reactie, geleidelijk na enkele weken verlaagd tot 14 mgr. p. d. ineens weer verward na bezoek van familie, erg onrustig, ook niet beter op Elimid i.p.v. Serpasil. Enkele dagen 20 mgr. serpasil daarna 16 mgr. p. d. en hervatting E.S. kuur.

Een uur na de 1e shock zeer slechte, lelijke kleur, (bleek en livide), rochelende ademhaling, pols gespannen. Toediening $O_2 + 5$ cc novocaine 2% + 10 cc calcium Sandoz 20 % i.v. hadden een tijdelijke doch goede uitwerking.

Consult internist: spontane pneumothorax? X foto geen pneumothorax, diagnose longembolie of bronchopneumonie, aspiratiepneumonie? van bronchiaal slijm in de bronchiën geperst door de kunstmatige ademhaling? Na afzuigen van slijm uit hoofdbronchus en penicilline kuurtje in 2 dagen weer beter. Doch weer verward en onrustig.

Zó erg, dat voor 't eerst sinds 5 jaar het spanzeil van zolder gehaald moest worden. Heeft er 2 x 12 uur onder gelegen.

Over op largactil 600 mgr. Na 3 dagen bij 's morgens uit bed springen lichte collaps (tensiedaling). Niets hielp. Werd steeds wilder, sprong op een ochtend met beide voeten in een emmer met bijna kokend water als suicide poging? E.S. kuur + coramine i.v. + 600 larg. p. d. 13 shocks waarna werkelijk heel goed.

Op verzoek van de familie extra snel verlof. Had al iets geklaagd over oorpijn, werd thuis prompt zwaar ziek met een loopoor, werd subcomateus opgenomen in het ziekenhuis. Geen meningeale prikkelingsverschijnselen, liquör 33/3 cellen, geen sepsis met sinus thrombose, geen mastoiditis. X foto thorax: *centrale pneumonie! waarop dus wel een zeer ernstige reactie!* Direct levensgevaar leek aanwezig. Therapie antibiotica en (terecht) grote doses cortison en later prednison, waarop snelle verbetering. In aansluiting daaraan was de psychose verdwenen! 14/5 opgenomen in 't ziekenhuis tot 30/5. Na bericht van familie dat alles goed ging, met proefverlof gelaten.

Resumé: Jonge schizofreen, buitengewoon weinig reagerend op de Tranquillizers en E.S. krijgt 2 x een levensgevaarlijke toestand. De 1e x wegens aspiratie van een slijmprop in een bronchi met atelectase, de 2e x wegens acute centrale pneumonie gelijk met loopoor. Na de 2e pneumonie werd de psychose symptomeloos en ging hij zonder tranquillizers met proefverlof.

De cortison en prednison therapie bij pneumonie tijdens Tr. kuren lijkt mij noodzakelijk.

3) H. P. S.

Op 6/1/58 opgenomen, een 21-jarige licht debiele jongen met een floride hebephrene schizofrenie.

Therapie: 600 larg. + 10 mgr. Serp. + E.S. kuur, reageerde matig. Serpasil verhoogd tot 16 mgr., totdat hij parkinsonistisch werd. Intussen de E.S. kuur vervolgend tot 16 x. Vooraf werd coramine ingespoten. Veel gaf het allemaal niet. De medicatie werd nu een paar weken gecontinueerd op 16 à 20 mgr. Serpasil + 600 mgr. largactil p. d. met 6 dr. Disipal. Geleidelijk parkinsonistisch en inactief: kreeg 13/5 temp. verhoging 39.3 pols 120. Gezien eerdere ervaringen kreeg hij direct 400.000 E penicilline en om de 3 uur 200.000 E. Serpasil verminderd tot 10 mgr.

15/5 flink gegeten en gedronken. 16/5 weer suffer, veel slapen. 5 mgr. serp. 17/5 bepaald levendig, 10 mgr. serp.

18/5 en 19/5 nog voortgegaan met de penicilline. Med. alle stop (600 larg., 10 serp., 6 disipal). 20/5 versnelde pols, kwijlde nog veel, erg dorstig.

21/5 cyanotisch, dit verbeterde op coramine.

22/5 zeer sterk transpireren en cyanotisch, snelle pols en adem, behandeld met coramine en DHE om de 2 uur. Pols snel en zwak. In de nu volgende 2 dagen werd gevochten om hem in leven te houden: cardiazol, coramine, cortison, sandostien calcium, penicilline, strepto, hypodermo-clyses en extra veel laten drinken.

Op 26/5 was het gevaar geweken. 30/5 at een weinig.

1/6 schreef weer een brief! 6/6 gemobiliseerd. *Vond het vreemd geen stemmen meer te horen.* Kreeg 5/7 verlof op 15/8 met proefverlof! zonder onderhoudsdosis.

Spijtig: 15/10 weer opgenomen met dezelfde waanideeën als voorheen die tot heden toe onveranderd voortduren.

Resumé: debiele hebefreen met zeer hardnekkige symptomen. Krijgt na stopzetten van zijn hoge doses medicijnen een abstinentiesyndroom, wat erg deed denken aan een acute bijnier insufficiëntie. De therapie met cortison en hypodermoclyses vermocht hem maar nauwelijks te redden.

Daarna was hij symptoomvrij, precies als wel beschreven werd hij levensgevaarlijk verlengde insuline coma's.

4) T. Sch.

Geb. 1885, opgenomen 1937. Defectschizofreen, oorspronkelijk een paranoide vorm.

28/2/55 begonnen met een largactilkuur 2 dd. 2 cc.

9/3 zeer kortademig, cyanotisch, temp. 39-5 pols 108, einde largactil, penicilline kuur.

10/3 temp. 40 pols 118, erg cyanotisch, pijn in de borst (r), zuurstoftent, pat. dronk veel. Na 1 uur zuurstof geen cyanose meer. Hoestte roestbruin sputum op (longembolie!).

11/3 gaat vooruit. 12/3 eet beter, temp. normaal.

13/3 goed en levendig. 14/3 gemobiliseerd. 15/3 gedigitaliseerd.

26/3 weer hallucineren. 28/3 largactil hervat (lage dosis 3 x 25).

10/4 serpasil erbij (1 mgr.) waarop wezenlijk iets beter. Geleidelijk verbeterd. Een jaar later mrt. '57 nauwelijks merkbaar meer hallucineren, nooit wordt meer liederlijke taal gehoord (na de inzinking niet meer). Vroeg zelf om nette kleding.

Jan. '58 griep met verlengde herstelduur 4 à 5 weken. Verder geen bijzonderheden tot heden.

Resumé: Feitelijk is hij pas een stuk verbeterd na een longembolie of pneumonie.

5) H. v. N.

Geb. 1908. Voor de 4e x opgenomen voor agressieve epilepsie dec. '45.

'58 Serpasilkuur, nadat hij de verpleging te lijf ging zoals vroeger, eerst 10 mgr., 19/9—24/9. Dan van 25/9—6/10 20 mgr. p.d.

6/10 10 mgr. + Trilafon met goede reactie, werd veel vriendelijker.

17/10 decubitus, begonnen als blaar in de bilnaad.

19/10 verhoging tot 39.1, penicilline + strepto + cortison en hydrocortison, 5 dagen op de rand gebalanceerd tot 27/10. 28/10 wat beter. 29/10 bronchopneumonie, behandeld met coramine, globenicol, panthesin hydergin, hydrocortison atropine. 3/11 vooruitgaande. Decubitus intussen zeer toegenomen. Verder verloop tot heden: zeer geleidelijk voortschrijdende decubitus ondanks alle (vele) zorgen, die aan hem besteed worden. Is erg mager en ligt door. Heeft in jan. '59 nog een wat lichtere bronchopneumonie gehad, die op globenicol reageerde. Prognose infaust.

Resumé: Zeer agressieve epilepticus, na enkele weken serpasil een decubitus gekregen met bronchopneumonieën, zeer zwaar verlopend. Nauwelijks kunnen

redden met cortison en hydrocortison, maar op den duur prognose infaust door de decubitus.

6) Dr.

20-jarige musculaire jongen met het uiterlijk van een bokser. Juni '57 opgenomen voor zijn agressieve driftreacties.

Diagnose niet eenvoudig: epileptische explosiebele psychopaath, met schizoïde (prae-schizophrene) trekken. Geen goed contact mee te krijgen.

Therapie: E.S. kuur met coramine i.v. 6 x , gecombineerd met 600—400 mgr. larg. p. d. aanvankelijk met wel aardig effect. Verlof mislukt wegens hoofdpijn, waarvoor hij dreigde 50 tabl. largactil te zullen innemen. Over op serpasil + largactil, later alleen serpasil 18 mgr. en zo nodig opial: resultaat: depressieve reactie, veel huil- en gilbuien. Wordt zeer wild als heimwee-reactie.

Op combinatie scopolamine en serpasil ($1\frac{1}{2}$ —2 mgr. en 15 mgr.) bedaarde hij binnen 3 dagen. Paar dagen later weer somber broeden, 300 mgr. largactil erbij, 2 dagen later somnifeen erbij en E.S. + coramine. Blijft zwaar dreigend en gevaarlijk. Na 1 week deze combinatie (E.S. + coramine, somnifeen, 15 serp. + 300 larg.) bronchopneumonie. Bloedbeeld 8000 leuc! links verschuiving (17 % staven) + diarree + nephritis + leveraandoening? (urobilin + +).

X foto thorax: intensieve sluiering van hele r. long, behandeld met penicilline en strepto. 7 okt. begonnen 11/10 begint te herstellen. 14/10 practisch hersteld. 23/10 gemobiliseerd.

9/11 verlof, daarna nog enkele malen gecontroleerd, steeds goed bevonden.

Resumé: Agressieve geladenheid en uitbarstingen bij epileptoides chizoïde jongen. Pas goed verbeterd na een zware pneumonie, waarna geen Tranquillizers meer gegeven werden.

7) van L.

Als 40-jarige boerenknecht 22/8/'58 voor de 3e x opgenomen. Beeld: debiliteitsspsychose. 8/8/'58 ontslagen met een onderhoudsdosis medicijnen 25 mgr. largactil + 1 mgr. serpasil.

22/8 in deplorabele toestand binnengekomen. Soporeus, moest ondersteund worden, sprak bijna niet, temp. 39.3 pols 120. Zei „ik ben doodmoe en bang“, transpireerde sterk. 23/8 lag volkomen passief in bed voor zich uit te staren, sterk transpireerende, wat niet reageerde op disipal.

24/8 erg ziek, temp. 39.6 pols 136 penicilline strepto kuur + cortison.

25/8 bloedbeeld: Hb 100 %, erythr 5.17, dwz. bloedindikking.

Urine: lichte nephritis. Liquor g.a. Ureum g.a. lever? urobiline + + (herhaald) leucocyten 14.600, 10.100, eerst 3 %, later 6 % staven Faeces benzidine neg., vertering goed, wormeieren negatief.

Internist en chirurg in consult: geen duidelijke diagnose. Uitdrogingssyndroom? advies veel vocht in hypoderm en rectaal infusen + cortison + coramine + PH 203.

27/8 urineerde nog steeds erg weinig. Transpireerde sterk. Rectaal en subcutaan phys. zoutoplossing 2 liter. 28/8 ther. idem: wordt nog niet helderder. 29/8 toestand nog steeds geringe urineproductie en veel transpireren. 30/8 iets verbetering. 31/8 produceert nu spontaan wat meer urine en faeces. Gaat lichamelijk nu goed vooruit. Komt geestelijk ook wat bij.

Resumé: levensgevaarlijke toestand van uitdroging niet duidelijk waardoor ontstaan. Uiteindelijk gered door grote hoeveelheden vocht toegediend zowel subcutaan als rectaal.

Het is mogelijk dat hij thuis een longembolie gehad heeft, doch dat was hier niet meer na te gaan.

8) D. Sn.

26-jarige debiele epileptische psychopaath met dwingerig-agressieve neigingen en uitbarstingen. Jan. '57 opgenomen, aug. '57 proefverlof, 12/12/57 weer terug van proefverlof.

14/4 30 mgr. serpasil p. d. 17/4 hinderlijk luidruchtig schreeuwen, commanderen, heeft zo nu en dan 2 cc scopolamine, largactil en pacatal erbij nodig. Op 28/4 werd de serpasil verhoogd tot 40 mgr. p. d. + 4 x 1 scop. pil. Wordt pas 5/5 parkinsonistisch. Op 9/5 plotseling blaarvorming op de voeten, heup en elleboog. Had toen vanaf 14/4 in totaal 900 mgr. Serpasil gehad. Temp. liep op tot 39. Serpasil gehalveerd tot 20 mgr. 10/5 zeer zwaar transpireren. Leek wel insuline shock. 11/5 serp. stop, temp. 's avonds 40.3 en slappe pols, reagerend op coramine + cardiazol om en om, penicilline en strepto. 12/5 temp. gedaald, drinkt veel, urineert weinig.

19/5 temp. weer oplopend en wisselend hoog gebleven, totdat de oorzaak (niet gevonden in faeces, urine en bloedonderzoek) duidelijk werd in een decubitusplek op de hiel.

Het heeft tot november geduurd, voordat de wond dicht was, omdat hij nauwelijks in bed of op de stoel was te houden.

Resumé: Na zeer hoge doses serpasil kreeg hij een lichte bronchopneumonie, die goed reageerde op antibiotica, doch waarna hij een decubitusplek op zijn hiel kreeg, die maanden heeft gekost.

Samenvatting en conclusie

De tr. zijn van de grootste waarde voor de Psych. Inr. De prognose wordt gunstiger, de verpleginsduur korter, de stemming t.o.v. de Inr. wordt beter. Dit hangt echter niet alleen van de tr. zelf af, maar ook voor zeker 50 % van de andere genoemde factoren als vertrouwen in de arts, de verpleging, de patiënt en de familie zowel in het medicament als onderling. Als dit uit het oog wordt verloren, zijn de resultaten minder.

De gevaren en bezwaren van de kuren met de tr. zijn niet bijzonder groot, maar ze zijn er wel. Ze moeten in het oog worden gehouden en de profylaxe moet bekend zijn, benevens de therapie. Disipal voor de gewone hinderlijke verschijnselen, antibiotica + cortison e.d. voor de acute infecties, hydergin-panthesine bij long-embolieën, extra-voorzichtigheid bij depressies. Dit zijn de enkele maatregelen die het aantal ongelukken kan reduceren tot naar wij hopen het absolute minimum nl. nihil.

Laten wij besluiten met de wens dat de verdere ontwikkeling der tr. ons nog vele nieuwe, beter werkende middelen in handen zal geven, zodat wij in het verre verschiet de mogelijkheid zien opdagen, dat we onszelf overbodig maken.

VERANTWOORDING

De voordracht van collega M. J. H. M. Wertenbroek en van collega C. H. van Rhijn werden gehouden op de jaarvergadering van onze Vereniging op 14 februari 1959 te Utrecht.

J. F.