

INGEZONDEN

De redactie behoudt zich voor, ter bevordering van spoedige plaatsing der stukken, zoo noodig eenige bekorting aan te brengen

BEPERKING VAN INSULINEVERBRUIK 1)

Zooals reeds eerder werd medegedeeld is onverwachts de voorraadpositie van insuline zeer slecht geworden. In de naaste toekomst kan niet verwacht worden, dat voldoende insuline afgeleverd wordt, evenmin, dat deze aflevering regelmatig zal zijn. Het totale insulineverbruik zal ongeveer gehalveerd moeten worden. Het Rijksbureau voor Genees- en Verbandmiddelen zal voor de volgende insulinebonnen-periode een veel geringer aantal eenheden toewijzen.

Reeds nu worden de volgende maatregelen ingevoerd:

Op en na 16 Februari 1943 wordt:

1e. aan alle patiënten, die tot nu toe minder dan 20 E. per dag kregen, geen insuline meer verstrekt;

2e. van de overige patiënten de hoeveelheid te verstrekken insuline verminderd, waarbij het gewicht van den patiënt als maatstaf zal gelden (voor het gemiddelde normale gewicht raadplege men de tabel op blz. 33 van den 2en druk van de *Regeling van de distributie van ziekenvoedsel*).

Gewicht van den patiënt:

Percentage van de tot nu toe verstrekte hoeveelheid insuline, dat van nu af wordt toegewezen:

meer dan 25 pCt. boven het gemiddelde	50 pCt.
van 10 tot 25 pCt. boven het gemiddelde	65 „
van 0 tot 10 pCt. boven het gemiddelde	75 „
van 0 tot 15 pCt. beneden het gemiddelde	90 „
meer dan 15 pCt. beneden het gemiddelde	100 „

De hoeveelheid insuline voor kinderen beneden 15 jaar wordt niet verminderd. Voor jeugdige personen van 15 tot 25 jaar wordt op de toewijzing slechts gekort, wanneer zij een gewicht hebben boven het normale; de vermindering van insuline zal ten hoogste 25 pCt. bedragen.

Op de bovengenoemde regels kunnen slechts bij dringende noodzaak uitzonderingen gemaakt worden:

1e. voor korten tijd bij acuut levensgevaar door dreigende acidose en/of bij het uitbreken van ernstige ziekten;

2e. in andere speciale gevallen, doch slechts na goedkeuring door het Rijksbureau voor Genees- en Verbandmiddelen. Hiervoor moet een *zeer uitvoerig* gedocumenteerde aanvraag worden ingediend.

Natuurlijk vereischt een beperking van insuline ook een beperking van het dieet. De vermindering van het insuline zal niet plotseling, maar geleidelijk (in de eerstkomende drie weken) moeten geschieden. De beperking van het dieet zal in de eerste plaats het gebruik van *eiwitten en vetten* moeten betreffen en in geringere mate en zeer voorzichtig ook van de koolhydraten. Op deze wijze is er geen gevaar voor een plotseling ontstane acidose. Deze dieetwijziging zal *onvermijdelijk* een vermagering van de betrokken patiënten veroorzaken.

Ter toelichting kan nog het volgende dienen. Gewaarschuwd dient te worden tegen het uitsluitend verminderen van het aantal grammen koolhydraten in het dieet, zoo ver,

1) De Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid verzoekt ons op het zeer groote belang van dit schrijven te wijzen.

dat geen glycosurie meer ontstaat. Dit wordt vooral gevaarlijk wanneer dan bovendien wat meer vetten en eiwitten aangevraagd zouden worden. De patiënt blijft dan te veel eten, terwijl de voeding sterkere ketogene eigenschappen heeft, waardoor het gevaar voor acidose en coma zeer versterkt wordt. Men zal voor vele patiënten terug moeten grijpen op de behandelingsmethodes uit den tijd vóór de ontdekking van het insuline. Zeer veel behandelingswijzen zijn toen aanbevolen; het gemeenschappelijke van deze methodes kan als volgt worden samengevat:

Diabetici moeten zoo weinig mogelijk eten. Lichte tot matige vermagering heeft in de meeste gevallen een duidelijk gunstigen invloed op de tolerantie. Koolhydraten, vetten en eiwitten moeten alle drie nauwkeurig gedoseerd worden. Hun onderlinge verhouding in het dieet is van groot belang.

In het algemeen dient men niet boven 130 g en niet beneden ongeveer 100 g koolhydraten per dag te gaan. De aard van de koolhydraten is voor de tolerantie waarschijnlijk niet onverschillig. Suiker en wittebrood werden als ongunstig opgevat; aardappelen, groenten en haverproducten werden beter verdragen. Men schrappe eventueel het brood uit het dieet om het door beter verdragen vormen van koolhydraten te vervangen.

Vrij algemeen nam men van groote hoeveelheden eiwit een zeer ongunstigen invloed waar. Een zeker eiwitminimum is echter noodzakelijk; vermoedelijk is een halve gram eiwit per kg lichaamsgewicht ruim voldoende. Bij hooge bloedsuikerwaarden, bij glycosurie en bij acidose en praecoma hadden de eiwitten een zoo ongunstigen invloed, waarschijnlijk door hun specifiek dynamische werking, dat zij in al deze gevallen voor enkele dagen geheel geschrapt werden.

De vetten verschillen onderling weinig in hun eigenschappen. Zij zijn in geval van acidose de bron van de ketonlichamen. Bij acidose moeten zij geschrapt worden, maar wanneer geen acidose aanwezig is, worden zij blijkbaar in vrij groote hoeveelheden verdragen, mits voldoende koolhydraten in het dieet aanwezig zijn, welke, hetzij door endogeen insuline, hetzij door geïnjecteerd insuline, ook werkelijk verbrand worden.

In de gevallen, dat te weinig insuline aanwezig is, zal men als volgt te werk dienen te gaan:

Men late vooral de patiënten zeer weinig eten. Het empirische „manger le moins possible” (BOUCHARDAT 1806—1886), dat later vervulmaakt en nog strenger door ALLEN (1914 en later) werd doorgevoerd, zal dan wederom het voornaamste punt van de geheele behandeling zijn. Lichte lichaamsbeweging is, wanneer geen acidose aanwezig is, van gunstigen invloed. Koolhydraten geve men 100 à 130 g, in sommige gevallen nog minder en dan liefst niet in den vorm van brood, maar bijvoorbeeld tweemaal 50 gram havermout (in water gekookt, niet in melk), 300 gram groenten en 150 gram aardappelen. Wanneer geen havermout beschikbaar is, tweemaal 75 gram roggebrood, of wanneer de toestand dit noodig maakt, uitsluitend aardappelen (bij voorbeeld 300 gram) en groenten (bij voorbeeld 400 gram). Daarbij ongeveer 30 gram eiwit (50 gram vleesch of visch en 30 gram kaas), in zware gevallen minder tot niets. Tenslotte 100 gram boter. Dat geeft volgens de tabellen in de *Regeling van distributie van ziekenvoedsel* 1472 Cal. (110 koolhydraten, 29.5 eiwit, 92.9 vet).

Als ook bij dit dieet grootere hoeveelheden ketonlichamen in de urine verschijnen moet ingegrepen worden. Behalve insuline is nog altijd een hongerkuur het machtigste middel om de acidose te bestrijden en de tolerantie voor koolhydraten te verbeteren. JOSLIN (*The treatment of diabetes mellitus*, 6e druk 1937, blz. 288) raadt aan bij ernstige, langbestaande, gecompliceerde gevallen, zoowel als bij vetzucht en oudere menschen en ook bij alle gevallen met acidose als volgt te handelen: laat alle vet weg, na twee dagen ook alle eiwit en daarna iederen dag de koolhydraten halveeren tot de patiënt slechts 10 gram gebruikt. Daarna vasten tot de glycosurie is verdwenen (echter ten hoogste twee dagen). Vervolgens eerst weer geleidelijk de koolhydraten toestaan, daarna de vetten en de eiwitten. In ernstige gevallen onmiddellijk alle vet en eiwit afschaffen, koolhydraten halveeren. Ook dr. J. DOYER (*Over de dieetbehandeling van de suikerziekte*, 1924, K. L. NOORDING, Groningen) beveelt zeer de hongerkuren aan. DOYER laat zijn ingestelde patiënten één maal per week een dag lang het halve dieet eten, hetgeen een maatregel schijnt te zijn, die het navolgen waard is. In zijn boekje vindt men

vele critisch beoordeelde gegevens over de behandelingsmethodes voor diabetes mellitus, bijgewerkt tot het tijdstip, dat insuline ter beschikking kwam.

De huisartsen zullen zich bewust moeten zijn van de groote moeilijkheden en mogelijkheden, die er zijn. Het kan gewenscht zijn de patiënten meer dan anders naar specialisten te verwijzen. Van de patiënten zal zeer veel geduld en doorzetting gevergd moeten worden. Indien mogelijk zal het Rijksbureau voor Genees- en Verbandmiddelen tijdig voor 1 Maart aan de artsen de nieuwe hoeveelheden insuline, die voor iederen patiënt beschikbaar gesteld worden, mededeelen. Men rekene echter nu reeds op sterke verlagingen.

J. W. BIRZA,
*Directeur van het Rijksbureau
voor Genees- en Verbandmiddelen*

C. BANNING,
*Geneeskundig Hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid*

RESECTIE VAN HET ORBITADAK BIJ PROGRESSIEVEN EXOPHTHALMUS

Collega LENSHOEK legt er nog eens den nadruk op 1), dat deze operatie slechts in bepaalde gevallen aangewezen is. Van een aantal gevallen van exophthalmus, die mij in de laatste dagen ter operatie voorgesteld werden, bleek niet één voor de genoemde operatie in aanmerking te komen.

Ik mag er overigens op wijzen, dat meer dan de cosmetische overwegingen, het dreigende verlies van het gezicht of zelfs van de ooggen bij de indicatiestelling van belang zijn.

Bij den door mij beschreven patiënt nam het verminderde gezichtsvermogen, dat bijna tot blindheid had geleid (V.O.S. 1/60, V.O.D. 6/36) reeds weer toe tot V.O.S. 6/36 (op dit oog bevindt zich een macula corneae) en V.O.D. 6/9.

Groningen, 13 Januari 1943

I. BOEREMA

COLLAPS BIJ BLOEDUITSTORTINGEN IN DE BULKHOLTE

Met belangstelling las ik in het *N. T. v. G.* bovengenoemd, zeer lezenswaardig artikel van LEESBERG, chirurg alhier 2).

Het eerste geval herinnert mij aan een geval van een verwonding van de arteria renalis sinistra door een messteek.

Ongeveer 18 jaar geleden 's avonds 10 uur van een muziekkuitvoering thuis komende vond ik voor de deur een man liggen, die oppervlakkig bekeken sterk gecollabeerd was. Bij nauwkeurig onderzoek bleek hij een lijnvormige wond links naast den navel te hebben, die weinig bloedde; er was geen prolapsus van de darmen. Bij het vervoer naar het Ziekenhuis braakte de patiënt. Bij navraag bleek, dat patiënt gebakkeleid had met een boer, die hem uit zelfverdediging met een snoeimes in den buik had gestoken. Na verwijding van de wond met een geknopt mes bleken de intestina vermoedelijk intact te zijn. De collapsstoestand verbood een systematisch onderzoek; boven uit de diepte links kwam bloed. Daar de toestand van den patiënt geen verder ingrijpen toestond, tamponneerde ik met steriele Claudeen Schlauch Gaze en liet den patiënt in FOWLER-ligging leggen; physiologische keukenzoutoplossing of bloedtransfusie durfde ik niet aan te wenden om den bloeddruk niet te verhoogen; ik gaf een insputing van 20 mg pantopon. Den volgenden dag kon er dan naar omstandigheden gehandeld worden.

Den zesden dag was er meteorismus; ik verwijderde daarom behoedzaam den tampon; er ontlastte zich een bloederig vocht. Kort daarop collabeerde de patiënt en overleed.

Bij de sectie (prof. NIEUWENHUIJSE en dr. METTROP) bleek de arteria renalis doorsneden te zijn, waardoor zich een bloedextravasaat in de linker nierloge had gevormd.

Het merkwaardige van dit geval is, dat de darmen niet verwond waren en dat er geen groote verbloeding in de buikholte had plaats gehad.

Wanneer hier tijdig de diagnose had kunnen worden gemaakt — er was geen bloed in de urine — zou verwijdering van de linker nier aangewezen geweest zijn.

Veghel, 18 Januari 1943

J. H. VERBEEK

1) *N. T. v. G.* 1943, bl. 88.

2) *N. T. v. G.* 1943, bl. 120.