

PORTRETTEEN van SINT-JAN Nr 13

Dokter CHRISTIAENS Hemodialyse



RED. — De prefab van de Nierdialyse in het oude Sint-Jan is nu volledig afgebroken. We denken dat dit brokje vervlogen historie uw groot werkterrein was.

Dr. CHR. — De prefab werd gebouwd in 1968 en beëindigd en ingericht in 1969, met als doel daar de Neuro-Psychiatrie en vooral de Psychiatrie in te huisvesten. Maar toen het gebouw afgewerkt was waren er al veranderingen in de maak. Men was o.a. reeds in 1967 van plan een dienst Chronische Dialyse in het hospitaal in te richten. Toen wist men nog niet waar men deze dienst zou onderbrengen. Er werd voorgesteld de cafetaria van het moederhuis te gebruiken. Ook suggereerde men één der zalen in de kelders. Eveneens werd er gesproken over een zaal boven, om die in twee te splitsen zoals zaal 4. Eindelijk is dan de beslissing gevallen en ik denk dat die de beste was voor ons, namelijk de Dialyse in te richten in de ontvangstzaal van het gelijkvloers van die prefabbouw die oorspronkelijk volledig bestemd was voor de Psychiatrie, uitgezonderd de bovenste verdieping, die toen reeds bestemd werd voor de Interne Dienst. Daar zijn we de Dialyse gestart met een zaal van acht uitgeruste bedden voor chronische patiënten. Die dienst werd ingehuldigd in december 1969, maar de besprekingen hadden reeds plaatsgehad sinds 1967. Ik had contact opgenomen met de C.O.O. die in de beginne niet zo enthousiast was. Nadien hebben de leden zich volledig voor ons project ingezet en zijn een kijkje gaan nemen in de universitaire ziekenhuizen. Ik heb dan Dr. Daneels, die het dialyseprobleem in Gent had gestudeerd, aangesproken en de C.O.O. heeft hem benoemd als medewerker voor de Nefrologie-Dialyse. Hij heeft zich als nefroloog kunnen vervolmaken in Nederland en Italië, in afwachting dat de dienst zou starten.

Zeer vlug telden we twee patiënten, die van het A.Z. Gent overkwamen, doordat er daar te weinig plaats was. Let wel, het waren twee Oostendenaars. De ene was een jongeman, die na transplantatie helaas overleden is; de tweede was een visser, die ook een transplantatie heeft ondergaan. Ik heb hem onlangs nog gezien. Dit is wel het probleem geweest voor alle Dialysediënten; na enkele maanden waren ze alle overspoeld met patiënten. Reeds in 1970 heeft de dienst een vlugge uitbreiding genomen. We

hebben snel beroep moeten doen op de C.O.O. om uitbreiding van de lokalen te bekomen voor de Hemodialyse. Die dienst werd bij het begin als „Nierdialyse” gedoopt. Dit is de onjuiste benaming. (n.v.d.r. : wij zeggen het nog altijd zo).

Hemodialyse, peritoneale dialyse en andere dergelijke technieken hebben hetzelfde doel : het bloed te zuiveren bij patiënten die lijden aan acute of chronische nierinsufficiëntie. Geleidelijk aan hebben we het gelijkvloers volledig ingenomen. Verschillende kamers kwamen erbij, om onze burelen te plaatsen en om kunstmatige nieren te installeren zodat we het patiëntenaantal gevoelig konden verhogen.

De dienst in het A.Z. St-Jan is voorzien voor een groter aantal patiënten. Intussen zijn er nog drie dokters benoemd geworden; nu zijn er reeds vier. Het aantal personeelsleden is dan ook logisch verhoogd. Dit personeel diende ook gespecialiseerd te worden. In het begin waren er vier verpleegsters : mevr. Annys aan het hoofd en de juffrouwen Stroo, Wostyn en mijn dochter.

Mevrouw Annys en mijn dochter zijn naar Gent en Leuven getogen om die speciale technieken aan te leren. Nadien zijn ook mej. Wostyn en mej. Stroo naar Leuven gegaan. Later konden de nieuwe personeelsleden opgeleid worden door die vier eersten. Dit is dan de evolutie van de geneesherendienst en ook van de verplegenden. Natuurlijk is ook de techniek veel veranderd. In het begin hebben Dr. Daneels en ikzelf het heroïsche tijdperk beleefd van de shunts. Dit waren de uitwendige verbindingen tussen een vena en een arterie. Die waren echter dikwijls verstopt. Dit werk werd door

de verpleegster gedaan, maar wij dienden soms tussen te komen. Ook hadden wij om de week wacht. Het gebeurde menigmaal dat we twee à driemaal per nacht uit ons bed werden getrommeld om de shunts te ontstoppen. Die techniek is dan verbeterd. Er werd een inwendige arterio-veneuze fistel geplaatst. De verstoppingen waren meteen grotendeels vermeden. Voor ons en voor de verplegenden was dit veel gemakkelijker. Het nieuwe systeem diende wel terug aangeleerd te worden om de veneuze fistels aan te prikken. Een arterio-veneuze fistel is een verbinding tussen een vena en een arterie en daardoor gaat de arteriaslag rechtstreeks in de vena. Die vena zet zich uit en verdikt en wordt zo gemakkelijker aangeprikt. Het aanprikken gebeurt bij iedere dialyse. Nu gebruikt men in nood een catheter in de subclavia of in de jugularis.

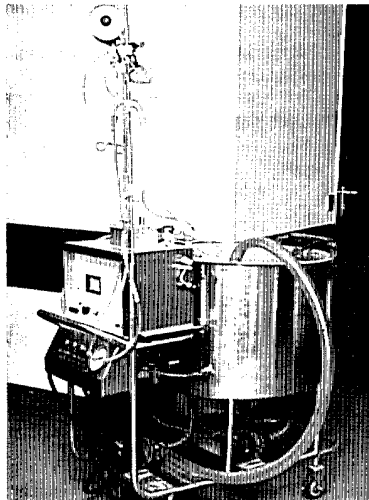
Onlangs is er ook een dienst ingericht voor peritoneale dialyse, enkel voor bepaalde gevallen.

RED. — Ook de gebruikte materialen zijn wel wat veranderd !

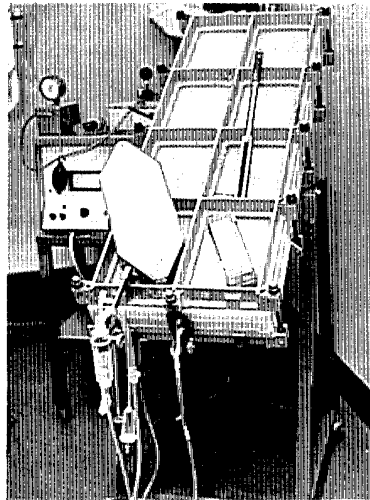
Dr. CHR. — Heel in het begin beschikten we over platte kunstnieren (nog te aanschouwen in het museum van de Dialyse). Die dienden telkens opge maakt te worden. Dat vroeg veel tijd, maar kosten als verbruiksmateriaal maar enkele franken voor een shuntnier. Dit is dan vervangen door 100 % wegwerpmaterialen die natuurlijk veel duurder zijn, maar meer zekerheid bieden en ook veel gemakkelijker te manipuleren zijn. In het begin hadden we veel moeilijkheden. Nu zijn er nog problemen, maar deze zijn niet meer te vergelijken bij die van de beginperiode.



Dr. J. Christiaens bij de huldiging van zijn 25-jarig leraarschap in de school voor verpleegkundigen samen met onze betreunde Dr. A. Vandebon, de toenmalige voorzitter van voornoemde instelling.



„De kuip” in het museum van de Hemodialyse.



De eerste kunstnier met daarop links- onder de recente kunstnier en rechts- onder de kleinste bestaande kunstnier bij ons nog niet in gebruik.

RED. — De Hemodialyse is de kinderschoenen ontgroeid ?

Dr. CHR. — Ja, het aantal patiënten is sterk opgelopen. Bij mijn afscheid hadden we ongeveer 80 patiënten. In de dialyseduur heeft een grote verandering plaatsgevonden. In het begin werden de patiënten 12 uren aan een stuk gedialyseerd, dit tweemaal per week. Toen heeft men ondervonden dat het gunstiger was frequenter te dialyseren met kortere duur. Zo is ook door de verbetering van de membraan van die wegwerpnieren de kwaliteit van het dialyseren gunstiger geworden. De patiënten worden nu driemaal per week gedurende een halve dag (3 à 4 uren) gedialyseerd.

RED. — Was er vroeger dan geen alternatief voor dialyse ?

Dr. CHR. — In 1958 werd er in het hospitaal een dialyseapparaat gekocht voor acute dialyse. Dit toestel bestaat nog. Wij noemden het „de kuip”. Het wordt bewaard in het museum Hemodialyse. Toendertijd was het een volledige nieuwigheid. Ik ben toen een kijkje gaan nemen in Rijsel waar Dr. Hamburger erover sprak. Hijzelf gebruikte nog altijd het oude trommelsysteem, maar heeft na de vergadering te Rijsel de kunstnier type Koël gebruikt. Deze Koël-nier, een soort kuip, was evenwel in Leuven reeds in gebruik bij Prof. Vandebroucke. Daar heb ik de dialysemethode bij patiënten met acute nierinsufficiëntie geleerd. De prognose van

acute nierinsufficiëntie is altijd minder gunstig dan bij chronische nierinsufficiëntie. De etiologie zelf, waarvoor de patiënten in acute dialyse komen, is dikwijls de oorzaak van het overlijden. niet de dialyse zelf.

De techniek was toen, in 1958, zeer ingewikkeld. Wanneer de C.O.O. dit toestel gekocht heeft, werd de dialyse absoluut niet terugbetaald door de ziekteverzekering.

We dienden 's nachts te dialyseren in een operatiezaal, want we hadden geen eigen lokaal. Men wilde geen speciale kosten maken, gezien de niet-erkenning door de ziekteverzekering. Het toestel moest telkenmale in gereedheid gebracht worden na de operaties. Dialysebaden moesten door onszelf bereid worden. De patiënt werd door Dr. Joos voorbereid met een catheter in de arteria femoralis en in de vena femoralis. Wanneer de patiënt klaar was en het dialyseapparaat ook in orde leek, kon men aan de dialyse beginnen. Maar was dat een geloop in de avond !

Iedereen kwam even kijken tot 22 uur. Daarna was men gans alleen, behalve die ene persoon, die om het uur een staaltje bloed naar het labo bracht. Er zijn natuurlijk weinig dergelijke dialyzen gebeurd ; de selectie van de patiënten was streng wegens de grote technische moeilijkheden.

Na Leuven en Brussel waren wij de derde voor die toepassing. Dan is er een tussenperiode van tien jaar geweest, waarover men niet veel gesproken heeft omdat ze ook niet spectaculair was.

In 1969, met de nieuwe toestellen en de arterio-veneuze shunt, werd het mogelijk patiënten met chronische nierinsufficiëntie te behandelen.

RED. — We gaan chronologisch terug. Dokter, wanneer kwam u in het Sint-Janshospitaal ?

Dr. CHR. — Ik ben benoemd in 1948 samen met Dr. Hoste ; dit in vervanging van Dr. Vandenberghe, die overleden was bij een auto-ongeluk. Dokter Vandenberghe beoefende de bloed- en leverziekten en de endocrinologie. Die functie werd opgesplitst in drie : Dr. Hoste kreeg de endocrinologie, o.a. de diabetes ; de leverziekten werden toegewezen aan Dr. Warmoes. De bloedziekten restten voor mij, maar ja, men noemde dat „de klierziekten”. De nierziekten ressorteerden daaronder. Destijds waren daarvoor weinig mensen in behandeling in hospitaal. Die kwamen meestal binnen in uremische comatoestand. Het is in feite de hemodialyse die deze patiënten gered heeft en dan ook gehospitaliseerd.

In die eerste jaren (1948-49) heeft de Commissie mij gevraagd, aan die specialiteiten nog de besmettelijke ziekten toe te voegen. Ik heb het aanvaard. Het is misschien een enig voorbeeld dat de C.O.O. aan een geneesheer gevraagd heeft om die bepaalde specialiteit bij te nemen in het hospitaal. Besmettelijke ziekten werden nog als gevaarlijk aangezien.

Wij waren met twee dokters voor de

besmettelijk-zieken : dokter Vandelanotte behandelde de kinderen en ik de volwassenen. Deze zieken werden behandeld in de kelderafdeling, in zaal 9/10. In het begin waren die niet verdeeld in boxen, de zalen waren gewoon in twee gesplitst. De verdeling gebeurde ook niet volgens leeftijd en/of geslacht, maar gewoonweg volgens de soort ziekte. Enkel in die dienst scheen dit mogelijk.

Zeer eigenaardig was het die mensen in volle nacht te zien binnenkomen met een besmettelijke ziekte om in een zaal gestopt te worden temidden van kinderen, vrouwen en mannen.

Eens kwam een pater met typhus 's nachts binnen. Hij werd onthaald door de schoonmaakster. In het halfdonker had ze echt het uitzicht van een heks (niemand vergelijken a.u.b.). Die pater had een zodanige schrik opgedaan dat hij de volgende dag nog doodsbenuwd was. Dat was het onthaal van de besmettelijk-zieken, want niemand durfde daar binnenkomen !

't Was een echt lazaret. Die tijd is gelukkig voorbij, dank zij de antibiotica. Op zeker ogenblik verbleven daar alleen nog de poliomyelitis-gevallen. Maar toen kregen we ineens een groot aantal patiënten.

Na de oorlog zijn er polio-epidemieën uitgebroken door nieuwe virusstammen, ingevoerd door de Amerikaanse legers. De bevolking was niet immuun tegen deze nieuwe virussen. In het hos-

pitaal hebben we dan ook een bepaald jaar (1955) meer dan honderd patiënten behandeld. De oorzaak hiervan schuilde in het feit dat we dicht bij de kust gelegen zijn en de epidemieën gewoonlijk in juli uitbraken, de periode van de vakanties.

RED. — Hoe was de evolutie van poliomyelitis ?

Dr. CHR. — De poliogevallen, die zo talrijk waren na de oorlog, zijn in twee jaar uitgeschakeld, dank zij de inenting. Het eerste jaar gaven we een inspuiting met een gedode virus, waarvan de immuniteit niet volledig was. Er zijn nog gevallen geweest, alhoewel de patiënten ingeënt waren. Het jaar nadien werd het Amerikaanse Salkvaccin gelanceerd. In België werd een entstof door RIT geproduceerd met de virussen die in Europa, bijzonder in België, de oorzaak van polio waren. In België heeft men een campagne gevoerd om de kinderen en ook de volwassenen te laten inenten. Het resultaat was fantastisch ! Iedereen heeft toen het nut van de inenting begrepen (gewoonlijk is men in België tegenstrijdig). Nu waren zelfs de dokters bij de eersten die ingeënt werden, al was het toen niet verplicht. Een groot deel van de bevolking genoot kosteloos de inenting en na één jaar waren er geen gevallen meer van poliomyelitis.

Ik heb de periode gekend van typhus en paratyphus. Er kwamen geregeld gevallen binnen. Grotendeels waren de patiënten afkomstig van het platteland, omdat ze nog putwater gebruikten dat dikwijls besmet was door mest of aalputten. Het was een zeer gevaarlijke ziekte met een hoog sterftecijfer. Ik heb zo'n typhusgeval behandeld. De vader van mijn patiënte was ingenieur te Luik. Het geval evolueerde echt niet goed. Haar vader had horen spreken over chloromycetine. Hij vroeg me dit te willen gebruiken bij zijn dochter. Ik had gelezen dat het in een proefstadium was in Amerika, maar hier in Europa was het niet beschikbaar. Die vader is naar Amerika gereisd, maar heeft het middel niet gekregen. Zijn dochter is overleden. Hoe fataal en dramatisch was dit geval voor die vader : een maand nadien werd de chloromycetine hier verkrijgbaar in de handel, en geen enkel patiënt is nog van typhus overleden. Daaraan ziet men hoe in korte tijd de prognose van zekere ziekten verandert en deze ziekten zelfs verdwijnen.

RED. — Pionierswerk en veelzijdigheid : twee kwaliteiten die in dit bescheiden portret u toch een weinig in het al lang verdiende daglicht stellen.

A. De Blicck
Fotografie.