

De conclusies, welke we tenslotte kunnen trekken, zijn de volgende:

Gezien het huidige peil van de chirurgie bij otosclerose kan de fenestratie geheel worden vervangen door een der tot onze beschikking staande ingrepen in de nis van het ovale venster. De grote voordelen voor de patiënt zijn eerder genoemd.

Operaties met een grote kans op herfixatie passen niet meer toe. Immers, herhaalde operaties bieden weinig kans op succes in verband met het optreden van nieuwe beenwoekeringen in de nis. In dit verband is daarom ook de orspronkelijke operatie van *Rosen* te veroordelen, die weinig kans van slagen heeft.

De interpositie is naar mijn mening momenteel de beste wijze van opereren bij de gefixeerde stijgbeugel.

Belluci, R. J. en D. Wolff (1958) *Trans. otol. Soc. U.K.* 46, 43.

Heermann, H. (1959) *Z. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk.* II, 502.

Müller, E. (1959) *Schalleitungsschwerhörigkeiten, Ihre Ursachen und Entstehung. Otosklerose.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Portmann, G. e.a. (1959) *La chirurgie de la Surdit . La librairie Arnette, Paris.*

Rüedi, L. (1960) *Pract. oto-rhino-laryng.* (Basel) 22, 11.

idem (1957) *Fortsch. Hals-Nas.-Ohrenheilk.* IV S. Karger. Basel.

*Huisarts in verleden en toekomst**

DOOR PROF. DR P. MUNTENDAM

De leider van deze huisartsencursus, handelend over de ontwikkeling van de huisartsengeneeskunst tegen de achtergrond van de medische psychologie, collega Jongasma, heeft zich een uitstekend psycholoog getoond in de samenstelling van zijn programma. Hij heeft zeer kunstig gespeeld met het verschijnsel van de climax door met mij te beginnen en met Groen te eindigen. Ik verzoek u allen u van deze regie bewust te zijn en mij daarom in mildheid te willen aanhoren. Van mij zult u niets horen over medische psychologie, welke ik niet beheers. Een hachelijke onderneming derhalve om als eerste in de rij aan te treden. Na lange aarzeling heb ik het verzoek van collega Jongasma ingewilligd, omdat ik mij   n van de uwen gevoel. Zeven jaar ben ik huisarts geweest in de Drentse venen, zesduizend zielen had ik er te verzorgen, in de plaggenhutten, in de boeten en in de   nkamerwoningen. In die jaren leerde ik alles voor mijn verdere leven; ik leerde de mens kennen in een maatschappij, welke de bestaanszekerheid voor het individu nog amper kende, een maatschappij, welke het toeliet, dat er voor de boreling in de hut geen kleertjes waren en voor het kind van de werkloze maanden achtereen slechts aardappelen als warme maaltijd. Deze herinneringen vervagen niet, zij vormen de grondslag voor mijn handelen in de volksgezondheid en de achtergrond voor mijn sociaal-geneeskundig denken. Zo gevoel ik mij niet slechts in mijn herinnering maar ook in het heden, in mijn hart en in mijn ziel nog huisarts. En uit deze instelling, zo belangrijk volgens Van der Wielen voor het effect van het geneeskundig handelen, put ik de moed voor u de stelling te verdedigen: De huisarts in de toekomst zal in wezen niet verschillen van die uit het verleden; hij zal zijn, zoals hij was; hij zal werken en dienen zoals weleer.

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus voor huisartsen over medische psychologie, 7-9 april 1960 te Leiden.

Gij allen zult het met mij eens zijn, dat de geschiedenisles in de jeugd niet beklijft. De incidentele gebeurtenissen en feiten uit het verleden worden niet aaneengeregen in het kinderlijke brein en de ontwikkeling van de maatschappij voltrekt zich niet voor het oog, noch in de geest van de leerling. Pas dan zal hij behoefte gevoelen de historie aan te vatten, als hij, als volwassene, op de toekomst zijn visie zal moeten geven. Het is in dit verband geen toeval, dat enkele weken geleden een collega zijn proefschrift wijdde aan Coronel, onze grootste sociaal-geneeskundige die zijn belangrijkste maatschappelijke oeuvres honderd jaren geleden tot stand bracht als huisarts; een andere de doeltreffendheid van de praktijkvoering had bestudeerd en een derde in een studie een antwoord trachtte te geven op de vraag: verwaarloos ik mijn pati nten en hoe kan ik hierin verbetering brengen door periodiek preventief onderzoek? Verleden, heden en toekomst van de huisarts voor de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit verdedigd binnen de duur van twee maanden.

Laat ons trachten met enkele lijnen een schets te maken van de oude huisarts. De ouderen onder u hebben hem nog gekend; hij was uw huisarts en de mijne. Geklede jas, hoge hoed, koets met koetsier, een evenement zijn komst. Mijn vader, zelf ook medicus, sprak hem, de oudere, niet met „collega” aan, maar met „dokter”. Eerbied voor de huisarts, die in zijn optreden dit respect afdwong. Het is het beeld in onze herinnering. Een herinnering, die wij steeds weer levend kunnen maken door een van de vele boekjes te lezen, die huisartsen over hun leven schreven. In 1917 schreef Dr. Scheltema de „Herinneringen van een Geneesheer”. Mijn vader gaf mij dit boekje toen ik ging studeren omdat er zo duidelijk in beschreven staan de alledaagse kleine zorgen en prikken uit de algemene praktijk, maar ondanks deze dissonanten een avond, waarin het genot van

de harmonie de rust en de dankbaarheid voor het leven schenkt. Misschien ook was het de bedoeling onze aandacht te vestigen op de eerste bladzijden van dit werkje, waarin de versregel van de Genestet stond geschreven: „Poëzie is overal, overal mijn vrienden”. De dichter, die ons ook leerde: „Mens, kwel u niet met te veel gedachten, werk uw werk en zing uw lied”. Het was het soort psychologie, waarmede wij ons trachtten te redden; soms niet geheel zonder succes. En dat in een samenleving, die in het begin van deze eeuw reeds de eerste symptomen van de sociale zekerheid in zich droeg. Veertig jaren later, een ander boekje: Huisdokters leven. Het laatste hoofdstuk. Een van de dorpsbewoners zegt: „Daar gaat onze laatste huisdokter”. En de dokter schrijft hierover: „Is de huisdokter, voor sommigen een ouderwetse, haast legendarische figuur, dan zo belangrijk, om niet te zeggen onmisbaar? Ja, inderdaad, ik beschouw de huisdokter als de grondsteen, het fundament van de medische hulp en verzorging van de gezinnen, even goed nu en in de toekomst als in het verleden.” Hij eindigt zijn boekje met de woorden, doelende op zijn leven als huisarts: „Het was het waard”. Zijn deze vier woorden welhaast niet de letterlijke vertaling van de woorden: „And I am content” waarmede Pooler zijn boek „My life in General Practice” eindigt? Hoe zou dit boek anders kunnen eindigen als men reeds in deze aanvang leest: „Medicine is a vocation to the service of Humanity”.

Toen ik nog kort in de praktijk was, kwam het bekende boek van Erwin Liek: „Der Arzt und seine Sendung”. Een studievriend schonk het mij, wellicht omdat hij begreep, dat ik deze steun van het geschreven woord behoefde, steun voor het antwoord op de vraag: „Wat doe ik, wie ben ik, is dit nu het beroep van de arts?” U kent die dagelijks terugkerende twijfel in ons gemoed als huisarts. Veel las ik er in, tal van hoofdstukken bij herhaling in de loop der jaren. In het hoofdstuk over de Kurpfuscherei schrijft hij: „Der kranke sucht im Arzt die Persönlichkeit, je heute noch den Wundertäter. Auf gläubiges Vertrauen ist ein grosser Teil unserer Heilerfolge zurückzuführen. Positive Affekte, wie Freude, Vertrauen, Hoffen sind stärkste Anreger des Lebens, hier des Wiederaufbaus. Das weisz der Arzt, nicht aber der Mediziner”.

Zij, die menen, dat de socio-psycho-somatische eenheid een bewustwording van deze tijd is, zullen goed doen veel over het verleden te lezen.

Laat ons nu naar de toekomst overgaan. Is het toeval, dat de schakel hiertoe wordt gevormd door Liek's hoofdstuk over de kwakzalverij? Het was niet mijn bedoeling, maar toch grijp ik deze mogelijkheid aan.

Is de kwakzalverij, de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde, teruggedrongen nu het medisch kennen en kunnen zich in deze eeuw zo snel heeft uitgebreid? In zijn boek „L'Ame du Médecin” schrijft Dumesnil: „Aujourd'hui, la division du travail, la specialisation c'est la loi du progrès”. Is het deze specialisatie geweest, deze technocratie, voor-

afgegaan door de fysiocraten, zij die meenden dat de tussenmenselijke verhoudingen door natuurlijke wetten worden bepaald, waar de bron van alle problematiek rondom de uitoefening van de geneeskunst moet worden gezocht? Is de verheffing van het peil der geneeskunde gegaan ten koste van inhoud en vormen van de geneeskunst?

In rechtszaal en volksvertegenwoordiging wordt het monopolie van de arts tot de uitoefening der geneeskunst steeds minder erkend. Steeds talrijker worden de vragen, steeds luider de roep, steeds driester het optreden om de bevoegdheid tot genezen ook te geven aan hen, die menen de macht en de kracht daartoe te bezitten. Reeds werd een „paranormale genezer” door de minister van Justitie buiten vervolgung gesteld om hem in staat te stellen het „wetenschappelijke bewijs” van zijn bekwaamheden af te leggen. Zal de Nederlandse arts zijn monopolie worden ontnomen? En indien zulks geschiedt of zelfs reeds bij de huidige bedreigingen, past ons dan niet het „mea culpa”? Waren wij wel de „Wundertäter” waaruit het volle vertrouwen sprak dat onze zieken verwachtten? Waren wij ons van onze tekortkomingen in de benadering van onze patiënten of van hen, die zich patiënt wanen, voldoende bewust? En hebben wij wel steeds voldoende erkend, dat de kunst van het genezen weliswaar door de kunde wordt geactiveerd, maar in wezen een gave is, bij tal van deskundigen slechts zwak ontwikkeld, bij evenzovele onbevoegden duidelijk gevormd? Hield ons optreden met deze feiten steeds in voldoende mate rekening? Hebben wij onze zieken werkelijk de vrijheid gelaten hun genezing, die wij hun niet konden schenken, te zoeken daar, waar zij meenden haar te kunnen vinden?

Ons land is door de eeuwen heen een bolwerk van de vrijheid van geloof geweest. En zouden wij dan het geloof in de genezende macht moeten beperken en kanaliseren door zeven jaar vakschool? Was de therapie van de suggestie en de autosuggestie door de apotheker Coué minder succesvol dan de analyse van Freud? Laten wij ons niet op onze vorming voorstaan. Ik herhaal: de kunst is in ons, de kunde treedt in ons. Kunde zonder kunst behoort tot de ernstigste aangeboren misvormingen; kunst zonder kunde is als de bloem in de wildernis, kleiner dan de gekweekte, toch vaak opvallend en stralend door wonderschone kleuren. Wij bespotten niet de zieken en gebrekkigen, die de reis naar Lourdes ondernemen en wij belemmeren hen niet in hun voorbereidingen daartoe. Zou het ons dan wel passen onze nevenmens het recht te ontzeggen, datgene te doen, waarvan hij in zijn geloof en vertrouwen meent, dat het zijn welzijn ten goede zal komen? Was de afstand zo groot tussen de hoogleraar in de interne geneeskunde, die op zijn laatste ziekbed nog zijn hoop op het julpium gevestigd had en het teringvrouwtje in de Drentse venen, die de hulp van de kruidendokter inriep, omdat ik haar die niet meer geven kon? Is het niet de kunde geweest, die ons leven zo angstwekkend heeft verlengd en de spanne tussen komen en gaan heeft verwijfd? Is het niet de

huisarts die mede de inhoud aan dit leven moet schenken, de inhoud van het welbevinden, waarmee men in moderne zin de gezondheid bepaalt, zoals dit is geschied door de organisatie, welke stichtingsdatum wij heden de 7e april als World Health Day herdenken.

En nu hebt gij op dit ogenblik het recht mij te interrumperen en mij toe te voegen: dit is geen academisch betoog, dit is niet het universitaire niveau, dat wij mogen verwachten tijdens deze cursus. En dan zeg ik u: gij hebt gelijk; maar ik mag er dan op laten volgen: is het academisch betoog dan de enige vorm waarin men in het universitaire milieu tot zijn vakgenoten mag spreken? Als ik u zeggen wil, dat het de gaven van hart en ziel zijn, waarop ik de selectie en de prognose van de toekomstige arts zou willen baseren en niet de lijst van zijn eindexamen, noch van zijn doctoraal examen, och laat u mij dit dan mogen zeggen in mijn eigen woorden, waarmee ik gewend ben tot mijn naasten te spreken. En zo wil ik dan vervolgen.

De vraag, die ons nu bezighoudt is, of het de huisarts nu en in de toekomst moeilijker zal vallen voor zijn praktijk diegene te zijn, die de oude huisdokter, althans in onze herinnering en verbeelding, placht te zijn. Op grond van wat ik u nu reeds heb gezegd, zal het u wellicht niet verwonderen, dat ik van mening ben, dat het voor de huisarts in de toekomst even moeilijk of even eenvoudig zal wezen een goede huisarts te zijn voor zijn mensen. Want als hij de kunst tot genezen niet in zich bergt, zal hij falen in de toekomst als in het verleden. En als men dan de moed heeft absurditeiten neer te schrijven, als bijvoorbeeld de noodzaak de aanstaande huisarts op te leiden in de gesprekstechniek, dan vraag ik mij af, of we inderdaad zo ver zijn gezonken, dat we als aanstaand huisartsen in theorie moeten leren hoe onze medemens te benaderen en of de praktijklessen van het studentenleven ons dan niets hebben meegegeven. En zo deze onvoldoende waren, dan zal de zwaarte van het onderwijs meer moeten worden verlegd in de richting van de vorming tot mens dan tot arts. Vergeet u niet dat onze vorming tot arts wordt gesuperponeerd op ons menszijn. Als mens leven wij mede met onze naasten, vandaar het begrip „medemens”. Geen defect in dit medeleven laat zich bij de student in de geneeskunde of bij de arts door zwaarwichtige kennis aanvullen, nog minder door technieken.

Betekent dit, dat de arts in de toekomst niet voor andere problemen wordt gesteld als in het verleden en dat hij hierop niet moet worden gericht tijdens zijn opleiding? Gij zoudt mij verkeerd hebben begrepen, indien u dit uit mijn woorden concludeerde. Ik geloof, dat ik niet beter kan doen, door u aan de hand van een voorbeeld duidelijk te maken hoe ik hierover denk.

Deze cursus handelt in het bijzonder over de medische psychologie. Dit acht ik een onvolledige benadering van de problematiek waarvoor de toekomstige arts zich ziet geplaatst. De vraagstukken van psychologische aard vloeien in belangrijke mate

voort uit de relatie mens-maatschappij en ik had het kunnen waarderen, indien eerst een cursus was gewijd aan de driehoeksverhouding: mens-geneeskunst-maatschappij, om daarna op basis van de kennis der evolutie binnen deze driehoek de uit deze ontwikkeling spruitende vraagstukken der medische psychologie nader te beschouwen.

Want wat is het geval? De arts van morgen ontmoet een mens, wiens verhouding tot de samenleving een gans andere is dan in het verleden. De arbeider van vandaag met zijn sociale rechten is niet meer de pauper van de vorige eeuw, die zijn arbeid mocht beschouwen als een heerlijke gunst uit caritas of filantropie voortgekomen. Het is deze maatschappelijke ontwikkeling, die de mens, welke de arts op zijn pad ontmoet, heeft gemaakt tot een individu, verschillend van dat uit vorige generaties. Met andere woorden, hier ligt voor mij de kern van de problematiek. De student in de geneeskunde moet leren begrijpen dat de ontwikkeling van de maatschappij 's mensen handelingen kwalitatief beïnvloedt, ja sterker, bepaalt. En toch, en nu kom ik aan het belangrijkste wat ik u heb te zeggen, en toch ligt ook de benadering van de mens in zijn massalisatieproces niet in het macromilieau maar in de kleinste sociologische eenheid, in het gezin. Zo goed als in het verleden, kan ook in de toekomst de geneeskunst in zijn optimale vorm slechts worden uitgeoefend binnen het gezin.

Aan mijn leerstoel heb ik, overtuigd van de betekenis van de maatschappij voor de mens in zijn reactie tot zijn omgeving, een sociologe verbonden. Haar taak bestond onder meer uit het geven van colleges in medische sociologie in het kader van mijn eigen lesrooster. Dit jaar heeft zij de betekenis voor de aanstaande artsen geschetst van de plaats van het gezin in de maatschappijleer. Ik heb gemeend voor mijn studenten goed te doen hier een reeks eigen voordrachten op te laten aansluiten over de betekenis van het gezin in de preventieve en curatieve geneeskunst. Ik ben daarbij van drie stellingen uitgegaan, die ik u hierbij wil noemen omdat zij een richtlijn voor de toekomstige huisarts moeten vormen:

- 1 De zorg voor de gezondheid behoort primair in het gezin haar aangrijpingspunt te hebben;
- 2 de zorg voor de gezondheid moet buiten het gezin plaats hebben, indien dit om technische redenen niet in het gezin kan geschieden;
- 3 aanvullende zorg, voornamelijk van preventieve aard, kan buiten het gezin plaats hebben.

U begrijpt, dat sub 2 slaat op de specialistische behandeling, poliklinisch of klinisch, waarbij ik wil opmerken, dat velen tegenwoordig in een ziekenhuisbed terecht komen, die er niet of althans veel korter thuis horen, dan veelal het geval is. De huisarts van de toekomst zal daartegen moeten strijden; het machtigste wapen, dat hem daarbij ten dienste staat, is het vertrouwen in zijn kunst en kunde. Het derde punt richt zich op de zorg bijvoorbeeld in

school en onderneming, terreinen, welke buiten het bestek van deze bespreking vallen.

Maar alle zwaarte leg ik op punt 1. Eén van mijn bekendste Engelse collegae is van mening, dat de taak van de huisarts ten einde loopt. De inhoud van mijn eerste stelling staat daar diametraal tegenover. Het is mijn overtuiging, dat de huisarts in de toekomst het middelpunt van de geneeskundige zorg moet blijven en zal blijven. Zal blijven indien aan een aantal voorwaarden is voldaan, waarvan ik er u enkele wil noemen.

In de eerste plaats zei ik u al: de arts zal de achtergrond, de maatschappij moeten kennen, waartegen het beeld van zijn patiënt is geprojecteerd. De arts-patiënt relatie zal geen oogklep mogen zijn, welke zij maar al te vaak is of waartoe zij althans wordt gebruikt ter verklaring van maatschappelijke kortzichtigheid; deze relatie integendeel zal de kijker moeten zijn, waardoor het beeld van de achtergrond zich duidelijker manifesteert. Een voorbeeld? Wie is degeen die het gezin moet raden in zaken met betrekking tot geboorteregeling? Niemand anders dan de huisarts. Maar daartoe zal hij moeten weten:

- 1 dat er een bevolkingsprobleem in het algemeen is;
- 2 dat er in deze bevolking een aanpassingsprobleem voor het gezin is;
- 3 dat de geboorteregeling één van de belangrijkste gezondheidsproblemen is van deze tijd.

En daarom zal het geneeskundige onderwijs zich met de geboorteregeling in al zijn facetten hebben bezig te houden. Meer algemeen kan men deze voorwaarde formuleren door te stellen, dat het geneeskundige onderwijs zich moet richten op de taken van de toekomstige huisarts, zowel in preventieve als in curatieve zin.

Sexuele stoornissen bij de vrouw

DOOR DR A. M. C. M. SCHELLEN*

Vooropgesteld zij, dat wij hier alleen willen spreken over stoornissen in het sexuele leven van de gehuwde vrouw en dat sexuele aberraties niet zullen worden besproken. In deze bijdrage zullen alleen die stoornissen worden behandeld, zoals de huisarts deze op zijn spreekuur min of meer frequent tegenkomt.

De volgende stoornissen zullen worden besproken: Orgasmestoorntissen (anorgasmie of anafrodisie); bij of na de coïtus blijft de bevrediging uit.

Libidostoorntissen; in de vorm van een afwezige of te geringe sexuele behoefte om tot een ontlading van de sexuele energie te geraken.

* Destijds assistent aan de Universiteits Vrouwenkliniek te Groningen, hoofd: Prof. Dr B. S. ten Berge; thans assistent op de gynaecologisch-obstetrische afdeling van het St. Joseph Ziekenhuis te Heerlen, hoofd: Dr Th. J. van Sante.

Een andere voorwaarde zal moeten zijn, dat de huisarts, rekening houdende met de wijze waarop hij zijn taak zal hebben te vervullen, daartoe ook inderdaad in de gelegenheid wordt gesteld. Geen 3500 zielen op de National Health Service lijst, noch de 3000 ziekenfondsverzekerden als criterium van de Maatschappij voor Geneeskunst zullen de huisarts in staat stellen, degene te zijn, die onze Engelse vrienden noemen de „family doctor”, de arts, die zich de tijd kan gunnen tot een gesprek, want wij vergeten niet, vandaag en in de toekomst, dat stethoscoop noch tensiometer de communicatie door middel van het gesproken woord kan vervangen. De arts, die zich voorts de tijd kan gunnen tot „actieve praktijkvoering”, zoals het opsoren van die aandoeningen, welke door „early detection” in hun voortschrijden kunnen worden geremd, dan wel door adequate therapie kunnen worden genezen. De tijd derhalve om naast het passieve curatief-geneeskundige het actieve preventief-geneeskundige onderzoek te verrichten.

Men vergeve mij mijn gebrekkige pogingen om buiten het eigenlijke onderwerp van heden — of zijn er die zeggen, dat ik mij wel, zonder het te weten, op het terrein der medische psychologie heb begeven? — u te overtuigen van mijn geloof in de huisarts van de toekomst en in mijn overtuiging dat hij niet zal en niet moet verschillen van die in het verleden. Ook de huisarts in de toekomst zal leven en werken naar het gebed van onze broeder Marmonides: „Beziel mij met liefde tot mijn kunst en uw schepselen”. Ook voor hem mogen de schone, door Liek aangehaalde woorden van Paracelsus, gelden: „Im Herzen wächst der Arzt, aus Gott geht er, des natürlichen Licht ist er. Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe.”

Aversie tegen de coïtus; een toestand waarbij er een uitgesproken afkeer is ten aanzien van de coïtus met de eigen partner.

Dyspareunie; waaronder wij willen verstaan, dat bij de immissio penis dan wel tijdens de cohabitatie de vrouw onlust- of pijngevoelens heeft.

Vaginisme; er is dan een kramptoestand van de sphincter cunni waardoor de immissio penis geheel of nagenoeg onmogelijk is.

Virginiteit; als bij het onderzoek van de gehuwde vrouw een hymen intacta wordt gevonden is hiervan sprake.

Insufficiënte sexuele voorlichting; het ontbreken van voorlichting is vaak de oorzaak van sexuele moeilijkheden.

Sexuele traumata; factoren, die remmend of storend kunnen werken op het sexuele leven.