

# Problemen\*

## PROBLEEM 1

**Probleemsteller:** Een man van 25 jaar, die overigens nooit ziek is, komt op mijn spreekuur met klachten over pijn in het linker kaakgewricht sinds vijf weken. Bij onderzoek is een kleine zwelling voor het linker oor palpabel. Patiënt vertoont behalve een kruisbeet geen afwijkingen. De bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaamjes bedraagt 2 en 6 mm na respectievelijk 1 en 2 uur. Hij krijgt advies vloeibaar en half vloeibaar voedsel te gebruiken; ik verzoek hem spoedig terug te komen.

Pas na drie weken komt patiënt terug. De zwelling is toegenomen en bij lichte druk heftig pijnlijk. Patiënt klaagt verder over krachtsvermindering in beide armen. Hij is moe en hij is magerder geworden. Het werk dat hij deed, namelijk zakken van 50 kg torsen, kan hij op dit ogenblik niet meer verrichten. Hij ziet er slecht uit. Hij vertelt nog twee zwellingen te hebben gevoeld achter het rechter oor en op het linker schouderblad. Patiënt wordt verwezen naar een internist.

**Vraag:** Welke ziektebeelden komen hier in aanmerking om te worden overwogen?

**Probleemoplosser:** Het verhaal over deze 25-jarige man suggereert een samenhang tussen de klachten en de verschijnselen. Indien dit zo zou zijn, moet worden gedacht aan een systeemziekte: ziekte van Hodgkin, leukemie en dergelijke. Indien er geen samenhang bestaat is het mogelijk dat de man een parotistumor heeft, die al of niet maligne kan zijn. Om tot een diagnose te komen zal een proefexcisie nodig zijn.

**Probleemsteller:** Mijn gedachten gingen ook uit in de richting van een systeemziekte. Des te groter was mijn verwondering toen de internist mij de volgende dag schreef, dat er bij lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek geen afwijkingen waren gevonden, behalve de beschreven zwellingen, en dat de punctie uit de zwelling voor het linker oor en de linker oksel vormsels toonde, die in de richting van een zoönose wezen, en wel een toxoplasma-infectie. De serologische reacties bevestigden de diagnose: de reactie van Sabin Feldman was 1/2048 positief, en de complementbindingsreactie was 1 : 4 positief. Dit laatste houdt in dat het infect recent is.

Enkele maanden later bleek de kweek uit een lymfklier op toxoplasma positief te zijn. Patiënt kreeg een zes-weekse kuur voorgeschreven met een sulfapreparaat, welke spoedig moest worden afgebroken doordat een exantheem ontstond.

\* Gedemonstreerd door de studiegroep Alphen aan den Rijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap tijdens het zevende Congres te Utrecht, november 1962.

Ik gaf deze opgave niet om te raden naar een buitenplaats, maar omdat wij als huisarts de diagnose toxoplasma te weinig betrekken in onze differentiële diagnose: we moeten bedenken dat een hoog percentage van de Nederlandse bevolking boven de 60 jaar een positieve Sabin Feldman-reactie vertoont. Toxoplasma is misschien wel de meest voorkomende infectie in de westerse landen die bij de mens, en waarschijnlijk ook in het dierenrijk, symptoomloze infecties teweeg brengt. Dit alles wist ik niet toen ik de patiënt naar de internist verwees.

### Discussie

**Vraag:** Hoe moet de huisarts het bloed laten onderzoeken?

**Antwoord:** Door gestold bloed in een Wassermann-buisje te zenden naar een streeklaboratorium.

**Vraag:** Hoe is het verder met de patiënt gegaan?

**Antwoord:** De patiënt is later, zonder enige therapie, spontaan genezen.

Bruins Slot, W. J. (1962) Ned. T. Geneesk. 106, 2253.

## PROBLEEM 2

**Probleemsteller:** Een rooms-katholiek meisje van 24 jaar uit een net arbeidersgezin, dienstbode bij een familie in de stad, komt op mijn spreekuur met de mededeling dat zij vier maanden „over tijd” is. Ze is erg nerveus en vanzelfsprekend bang dat zij in verwachting is.

De menstruatie was altijd onregelmatig geweest; vaak om de twee maanden, een enkele maal om de drie maanden. Een ziekte van enige betekenis heeft zij nooit gehad; zij voelt zich volkomen gezond. Buiten de amenorroe heeft ze geen subjectieve graviditeitssymptomen.

Zij vertelt enkele jaren vaste verkering te hebben gehad. De laatste tijd was er echter steeds ruzie, zodat men tenslotte uit elkaar is gegaan, tot groot verdriet van patiënte, die nog steeds veel van de jongen houdt. Een der laatste avonden hadden ze seksuele omgang gehad.

Bij onderzoek blijkt patiënte ongeveer vier maanden gravida te zijn. Daar ik merk hoe vreselijk bang ze er voor is, zeg ik haar dat ik het nog niet volkomen zeker kan zeggen en dat ik haar over drie weken nogmaals wil onderzoeken. Ik maak haar echter duidelijk dat zwangerschap wel waarschijnlijk is. Over haar vermoeden dat zij in verwachting is blijkt ze nog met niemand te hebben gesproken. Na haar zo goed mogelijk te hebben gerustgesteld verlaat ze in sombere stemming de spreekkamer. Met de moeder, die toevallig regelmatig op het spreekuur onder behandeling is, wordt niet over de dochter gesproken.

Acht dagen later komt er een alarmerende boodschap van de familie, dat de dochter 's morgens om

negen uur in diepe slaap is gevonden, nadat ze de vorige avond zonder klachten naar bed is gegaan. Het blijkt dat ze Soneryl-tabletten heeft ingenomen (een leeg buisje ligt op het nachtkastje). De algemene toestand is redelijk goed. Er zijn geen shock-symptomen of ademhalingsstoornissen, echter wel een diep coma.

Hoewel de neiging groot was heb ik de situatie op dit dramatische ogenblik niet kunnen uitleggen. Ik liet patiënte opnemen en lichtte de internist uitvoerig in. Bovendien verzocht ik hem het probleem van de graviditeit met haar te bespreken wanneer de toestand dat toeliet, zo mogelijk met behulp van een geestelijke aldaar. Naar later bleek had ze elf Soneryl-tabletten ingenomen. De intoxicatie had geen ernstige gevolgen; ze was spoedig hersteld.

De afwikkeling van het oorspronkelijk probleem werd in de kliniek tot een goed einde gebracht. Er kwam zelfs een verzoening met de aanstaande vader tot stand.

*Vraag:* Had dit tentamen suïcidii door een ander (beter) optreden van de huisarts kunnen worden voorkomen?

*Probleemoplosser:* De vraag, die hier is gesteld, zal wel altijd een vraag blijven. Het is mogelijk dat een ander optreden van de huisarts hier een minder gevaarlijke zaak van had gemaakt. Het feit dat de huisarts een graviditeit van vier maanden vaststelt en daarna de patiënte meedeelt, dat hij nog geen volledige zekerheid kan geven, illustreert duidelijk de dilemma's waarin wij ons in de praktijk kunnen bevinden. Te vaak hebben wij, naar mijn mening, het idee, dat wij in staat zijn veel voor onze patiënten te kunnen verbergen. En zeker in een situatie als bij deze ongewenste graviditeit heeft een patiënte weinig nodig om voor zichzelf volstreekte zekerheid te verkrijgen uit het doen en laten van de arts. Het was dus beter geweest van deze veronderstelling uit te gaan en direct in het kort het ontstane probleem te bespreken. De patiënte heeft al twee tot drie maanden, dag in dag uit, in angst en onzekerheid geleefd. Hieraan nog drie weken toegevoegd te krijgen moet onverdragelijk zijn.

Het te bespreken probleem zal vooral betreffen het inlichten door patiënte van de ouders. Hier ligt mijns inziens een taak, waarbij de huisarts zichzelf moet inschakelen als inleider en niet mag rusten, alvorens hij weet hoe de diverse reacties zijn. De emoties, die bij de mededeling over een ontijdige zwangerschap loskomen, mag men niet onderschatten. De toekomst van deze patiënte leek uitzichtloos; kans op wanhoopsdaden was groot daar de aanstaande vader de banden had verbroken. Patiënte zat kennelijk met haar probleem totaal alleen.

*Probleemsteller:* Er zijn verschillende redenen, waarom ik dit probleem heb voorgelegd. In de eerste plaats omdat er door mij fouten zijn gemaakt, die van essentieel belang zijn. In de tweede plaats omdat deze geschiedenis aanleiding kan geven tot bespreking van meer algemene punten.

Ongewenste zwangerschap komt vrij veel voor en het is vaak moeilijk de problemen, die daardoor ontstaan, op de juiste wijze op te lossen. Zoals reeds gezegd, is de voornaamste hier gemaakte fout, dat ik het meisje geen zekerheid heb gegeven, zodat haar moeilijkheden en spanningen groter in plaats van kleiner werden.

Het is medisch-psychologisch interessant na te gaan, waarom men een probleem op een verkeerde wijze heeft benaderd. Het is niet mijn bedoeling hier dieper op in te gaan, maar de arts-patiënt-verhouding was om bepaalde redenen hier niet voldoende objectief, hetgeen een onjuiste handelwijze tengevolge had.

Een ander belangrijk punt is het volgende: heeft men eenmaal met zekerheid in een dergelijk geval een graviditeit vastgesteld, dan is het van het grootste belang zich te realiseren welke moeilijkheden gaan ontstaan. Belangrijk is of patiënte thuis of in haar directe omgeving iemand heeft, die met haar problemen op de hoogte is en haar zo nodig kan helpen. De eenzaamheid en de onmogelijkheid tot praten kan funeste gevolgen hebben, zoals deze geschiedenis illustreert.

Dat deze overwegingen reëel zijn is mij later gebleken, toen ik hierover uitvoerig met het meisje en haar moeder heb gesproken. Patiënte vertelde mij dat ze vol zelfkritiek en onopgeloste problemen zat, zodat ze het niet meer kon verwerken. Haar suicide-poging was dus een noodkreet om hulp.

Natuurlijk heeft deze geschiedenis vele facetten waarover men kan discussiëren. Men kan slechts gissen of het anders was gelopen indien het probleem op de zo juist genoemde wijze was benaderd.

Ook in deze zelfmoordpoging zien we het noodsignaal in een voor de patiënt onhoudbare toestand. Er is mee bereikt, dat personen uit de omgeving op de ernst van de toestand zijn geattendeerd.

### PROBLEEM 3

*Probleemsteller:* Een vrouw van 70 jaar komt bij mij klagen dat haar 78-jarige echtgenoot enkele malen per dag met haar geslachtsgemeenschap wil hebben. Toevallig komt er enige tijd later een 75-jarige man op mijn spreekuur met de klacht dat zijn 66-jarige echtgenote geheel geen geslachtsgemeenschap meer wenst.

*Vraag:* Zijn er goed gefundeerde argumenten voor een bepaalde behandeling?

*Probleemoplosser:* Een antwoord te geven op deze vraag: „Hoe zal de behandeling moeten zijn?” is mijns inziens eigenlijk niet goed mogelijk, omdat er in de opgave geen verdere inlichtingen over de partners worden verstrekt. Ik weet alleen iets over leeftijden en het aantal malen geslachtsgemeenschap. De oorzaken van het afwijkende seksuele gedrag blijven voor mij dus onbekend en ik ben daarom maar van de veronderstelling uitgegaan, dat de lichamelijke en geestelijke toestand van de patiënten in kwestie niet zeer ernstig gestoord is geweest en dat de afwijking van het „normale” (voor-

zover tenminste aan te geven is, wat onder normaal verstaan moet worden) voornamelijk in het seksuele verkeer was gelegen.

Voor ik tot de beantwoording van de vraag overga, zou ik eerst nog willen opmerken dat er over de seksualiteit bij bejaarden weinig bekend blijkt te zijn. Zelfs Kinsey wijdt hieraan in twee lijvige standaardwerken in totaal slechts drie bladzijden. In 1960 is er een artikel verschenen in de Journal of the American Medical Association van Newman en Nichols (173, 33; gerefereerd door Levie in (1961) Ned. T. Geneesk. 105, 450) getiteld: „Sexual activities and attitudes in older persons”. Van 149 bejaarde gehuwden gaven 81, dus 54 procent, op, dat zij nog regelmatig seksuele omgang hadden. Hieruit blijkt dat, hoewel bij het klimmen der jaren de geslachtsdrift geleidelijk afneemt, geslachtelijke activiteit nog veel voorkomt.

In het eerste deel van het probleem, waar een 70-jarige vrouw komt klagen over het feit dat haar man enkele malen per dag geslachtsgemeenschap wil hebben, is naar mijn mening de 78-jarige man de patiënt die moet worden behandeld. Een oorzaak voor overmatige seksualiteit kan gelegen zijn in prostaathypertrofie, hoewel bij deze laatste afwijking eveneens vermindering van de libido kan voorkomen. Zowel bij overmatige seksualiteit tezamen met prostaatafwijking, als zonder duidelijke prostaatafwijking, lijkt mij een behandeling met oestrogene stoffen per os of per injectie aangewezen. Deze therapie dus alleen toe te passen indien er verder geen duidelijke geestelijke of lichamelijke afwijkingen worden gevonden.

Het tweede geval vind ik nog moeilijker: een 75-jarige man, die komt klagen op het spreekuur, dat zijn 66-jarige vrouw geheel geen geslachtsgemeenschap meer wenst. De oorzaak hiervan kan zowel bij de man als bij de vrouw liggen. De vrouw kan een aversie tegen de coitus hebben om psychische redenen: minder aantrekkingskracht van de man, ziekte, slechte hygiëne, alcoholisme, geestelijke afwijkingen van de man enzovoort. We zullen dus van de vrouw moeten horen, waarom zij geen coitus meer wenst. Waren de huwelijksverhoudingen zeer goed, dan zou zij waarschijnlijk terwille van haar man, de coitus nog wel een enkele maal willen toestaan, ook al zou zij hieraan zelf geen lust beleven.

Het kan echter ook zijn, dat de vrouw de coitus wel zou willen toestaan, maar dat er lichamelijke belemmeringen zijn, bijvoorbeeld droogheid en pijnlijkheid van de schede. In dit laatste geval is een behandeling met oestrogene stoffen oraal, per injectie of in de vorm van vaginaal-tabletten te overwegen.

Ik zou probleemsteller nog willen vragen of er bij deze patiënten, behoudens de seksuele, nog duidelijke geestelijke of lichamelijke afwijkingen waren? Welke therapie heeft hij zelf ingesteld?

*Probleemsteller:* Het geven van een oplossing van deze problemen is in dit geval wat moeilijk. Ik heb ze juist ter sprake gebracht omdat ikzelf

geen goede oplossing weet. Men zou dus kunnen zeggen dat de vraag een vraag om advies is.

Ik zal u eerst vertellen hoe ikzelf in deze heb gehandeld en daarna voorlezen wat Dr H. Musaph te Amsterdam mij schreef als antwoord op deze zelfde vragen. Het zal dan nodig zijn iets meer te vertellen over deze patiënten, omdat de vragen inderdaad wat te algemeen zijn gesteld.

Het eerste geval betrof een 78-jarige man, pas sinds enkele jaren gehuwd met een 70-jarige vrouw, die tevoren vijftien jaar weduwe was geweest. Het leek mij dat hier de man moest worden behandeld. Ik ging nu van de veronderstelling uit dat hij dit niet zou willen en sprak met de vrouw af, dat ik iets zou doen zodra de man mij zou consulteren voor een of ander kwaaltje, hetgeen nogal frekwent gebeurde. Inderdaad moest ik na enkele weken bij hem komen voor een infectie aan zijn been. Ik heb hem toen gezegd dat hij pillen kreeg en dat het beter was dat hij die zeer lang bleef innemen. Hij kreeg Lynoral en na enkele weken bleek de situatie voor de vrouw dragelijker te zijn geworden. Hiermee was dit probleem weinig elegant maar wel effectief opgelost.

Het tweede geval vond ik moeilijker, zo moeilijk, dat ik mij er met een dooddoener van heb afge maakt. Ik heb de man gezegd, dat de geslachtsgemeenschap een kwestie van twee mensen was en als zodanig een binnenlandse aangelegenheid. Hij moest het maar eens met zijn vrouw bespreken.

Deze twee problemen lieten mij echter niet met rust. Ik vond mijn eigen oplossingen weinig ideaal en dit is ook de reden waarom ik deze kwesties hier ter sprake breng.

Ik zal nu de mening van de seksuoloog laten horen. Hij schrijft: „De vragen zijn echt uit de praktijk. Ik kan u geen literatuur opgeven omdat uw vragen algemeen zijn.

Eerste vraag: Aangenomen dat de man patiënt is, lijkt het mij van belang om de hetero-anamnese uit te breiden. Teneinde een verantwoord oordeel te kunnen geven, is een onderzoek met uitgebreide anamnese van de man noodzakelijk. Men kan de verkregen gegevens van de vrouw toetsen en uitbreiden. Bij het speuren naar de oorzaken van deze klacht bedenke men dat deze in de praktijk kan ontstaan door:

1 Dementieën. Door een algemene psychische aftakeling kunnen de normale inhibities eerder worden afgebroken dan de libido sexualis;

2 impotentia erigendi. Onafhankelijk van de leeftijd van patiënt kunnen allerlei pogingen, die oppervlakkig zouden kunnen worden gezien als uiting van verhoogde libido sexualis berusten op de onbewuste of bewuste wens om het bewijs van een normale potentie te leveren. Men wenst zichzelf te bewijzen dat de geconstateerde impotentie een onjuiste constatering is. Bij dergelijke patiënten kan een voorlichtende en bemoedigende benadering wonderen doen;

3 alle lichamelijke afwijkingen van verkoudheid

tot een latent of manifest carcinoom kunnen aanleiding zijn tot de genoemde stoornis.

Na de beantwoording van de eerste vraag is het niet meer zo moeilijk de tweede te beantwoorden. Ook bij deze man is een uitvoerige anamnese en hetero-anamnese nodig en in de meeste gevallen verhelderend. Blijkt het dat de vrouw inderdaad de patiënt is, dan zou men bij haar vooral naar twee groepen van afwijkingen:

1 Lichamelijke afwijkingen. Het spreekt vanzelf dat een gynaecologisch onderzoek een antwoord kan geven op de vraag of er een somatische reden kan zijn voor de seksuele afwijking. Men vergete niet, dat in principe alle, ook de niet-gynaecologische, stoornissen aanleiding kunnen geven tot een verminderde libido sexualis, die zich onder andere kan uiten in een seksuele aversie. De door vele vrouwen opgegeven moeheid als oorzaak wordt in een niet onaanzienlijk deel der gevallen inderdaad door somatische afwijkingen veroorzaakt.

2 Psychische stoornissen. De geschetste klacht kan een begin zijn van een ernstige depressie en kan tevens een uiting zijn van een bepaalde, op zichzelf geheel onbelangrijke psychische spanning bij een normaal echtpaar. Zo kan een ruzie, die tot het verleden behoort, bij de vrouw nawerken in de vorm van een seksuele aversie".

*Discussie-leider:* Vat ik nu alles samen, dan lijkt mij de les, welke wij als arts hieruit kunnen leren, dat ook bij seksuologische problemen naar een oplossing moet worden gezocht via de weg: anamnese-respectievelijk hetero-anamnese-onderzoek-diagnose-therapie. Een eigenaardige moeilijkheid van deze casus is dat de een aan zijn huisarts een behandeling vraagt voor de ander.

*Vraag:* Is het ethisch nu wel geoorloofd een patiënt medicamenten te geven zonder dat hij weet welke werking dit medicament heeft?

*Probleemsteller:* Ik vond deze vorm van medicineren in dit geval geoorloofd omdat hier sprake was van een patiënt met een beginnende arteriosclerosis cerebri. Overigens geeft men hetzelfde medicament — Lynoral — bij prostaat-carcinoom ook zonder er bij te vertellen hoe de werking ervan is.

## Over de vaccinatie van zuigelingen tegen pokken

DOOR DR F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Als huisarts op een dorp verkeer ik in de gelukkige omstandigheid, de leiding te hebben van twee consultatiebureaus voor zuigelingen. Het is reeds vele jaren mijn gewoonte de vaccinatie tegen pokken op deze bureaus te verrichten.

Men hoort vaak de mening verkondigen dat oudere zuigelingen ten gevolge van deze vaccinatie vaker stoornissen in de algemene toestand vertonen dan jonge zuigelingen. Teneinde mij hieromtrent een betere mening te kunnen vormen heb ik gedurende een aantal jaren genoteerd wat de moeders mij, veertien dagen na de enting, mededeelden over „het ziek zijn” van hun kind. Ik maakte twee categorieën: „ziek” en „niet ziek”. Wanneer de moeder bij deze indeling weifelde liet ik het al of niet optreden van koorts de doorslag geven.

De resultaten van dit onderzoek bij 500 zuigelingen geven het hierbij afgedrukte cijferbeeld:

Daar het bij het bepalen van het tijdstip van de pokkenvaccinatie in feite gaat over de vraag of men deze wil toepassen vóór dan wel ná de overige entingen — waarmee gewoonlijk in de vierde maand wordt begonnen — kunnen wij het beste drie maanden als leeftijdsgrens nemen om jongere en oudere zuigelingen te vergelijken. Wanneer wij zo te werk gaan zien wij, dat 94 van de 296 zuigelingen jon-

ger dan drie maanden „ziek” werden, tegen 103 van de 204 oudere zuigelingen. Dit verschil is statistisch zeer significant ( $X^2$  toets  $P = 0,00004$ ) \* en in overeenstemming met de bevindingen van *Doorschodt*.\*\* Zij stelde vast dat er een significant verschil was in het „ziek” worden na de vaccinatie tussen zuigelingen beneden de leeftijd van drie maanden en zuigelingen, ouder dan zes maanden. *Doorschodt* vindt dit een voldoende argument om pokkenvaccinatie op zeer jeugdige leeftijd verantwoord te achten, hoewel de vorming van antilichamen bij de jongste groep wat minder gunstig bleek te zijn. Haar conclusie luidt: „doordat de kinderen op jeugdige leeftijd minder ziek worden, zullen de ouders gemakkelijker voor de enting kunnen worden gewonnen, wat tot gevolg zal hebben dat tenslotte méér kinderen zullen worden gevaccineerd.”

Bovenstaande gegevens kunnen andere huisartsen misschien helpen bij het bepalen van hun keuze voor het tijdstip van de vaccinatie tegen pokken.

\* Statistisch getoetst door Drs Ph. van Elteren, Instituut voor Wiskundige Dienstverlening van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

\*\* H. J. Doorschodt. Is pokkenvaccinatie bij de zeer jonge zuigeling doeltreffend? Proefschrift. 1954, Utrecht.

Levensmaand	1ste	2de	3de	4de	5de	6de	7de	8ste	9de	10de	11de	12de
Ziek	2	34	58	17	16	20	19	11	7	5	3	5
Niet ziek	1	87	114	17	23	15	11	10	14	7	2	2
Totaal	3	121	172	34	39	35	30	21	21	12	5	7