

*Samenvatting. Problemen rondom de seksuele voorlichting in het gezin.* Seksuele voorlichting is een onderdeel van de seksuele opvoeding. Noch de seksuele voorlichting noch de seksuele opvoeding vormen aparte hoofdstukken in de opvoeding van het kind. Zij behoren bij het patroon van gezamenlijk beleven in het gezin. Kindervragen komen vroeg en beginnen vaak al in het tweede en derde levensjaar, speciaal als er een broertje of zusje komt. De beantwoording ervan is voor de ontwikkeling van het zelfstandig denken van groot belang.

Enkele aspecten van de seksuele voorlichting in verschillende fasen van de ontwikkeling worden besproken. De huisarts kan — zo mogelijk — zo nodig — sommige ouders hel-

pen de innerlijke zekerheid voor een ook gevoelsmatig juiste wijze van voorlichting te vinden.

*Summary. Problems in sexual enlightenment in the family.* Sexual enlightenment is a feature of sex education which should not be treated as separate from general education. Clear answers to the child's questions about birth and about the difference between the sexes are a prerequisite for the development of independent thinking.

Some aspects of sexual enlightenment in different developmental phases are discussed. The physician may be able to help some parents to find inner security in giving their children the right answers in the right way.

## Over de therapie van het ulcus van maag en duodenum in de huispraktijk

DOOR J. KOOPMAN, HUISARTS EN C. A. BOOGAERDT, APOTHEKER, BEIDEN TE EINDHOVEN

De maag, als verwijd deel van het spijsverteringskanaal, is een soort receptaculum, waar het met de tanden gekneusde en met speeksel gemengde voedsel enige tijd blijft. Door de haar eigen mogelijkheden van blokkering van de voortstuwing van het voedsel bij gelijktijdige contractiegolven van de wand blijft het voedsel daar enige tijd stagneren. Het speeksel werkt daar nog nader op het voedsel in, waarna het maagsap het verder afbreekt.

Ziekelijke afwijkingen van de maag kunnen enerzijds gelegen zijn in de anatomie en anderzijds in haar functie. Als afwijkingen in de anatomie, die wij in de huispraktijk ontmoeten, noemen wij onder meer het ulcus van de maag en het darmdeel vlak na de pylorus; resttoestand na een maagresectie; het carcinoom van de maag; de cascadenmaag; een gedeeltelijke thoracale positie van de maag.

Onder de afwijkingen in de functie zouden wij willen rekenen de dyskinesie van de maag; de te geringe of te overvloedige afscheiding van maagsappen; de onjuiste samenstelling van maagsappen.

De oorzaken van een stoornis in het functioneren van de maag kunnen drieërlei oorsprong hebben:

1 Aangeboren of verworven hypo- of hyperfunctie van secretie en beweging van de maag zelf, zonder dat van invloeden vanuit de mens als geheel of vanuit zijn omgeving sprake is.

2 Afwijkingen in de persoonlijkheidsstructuur van de lijder, waardoor chronisch of recidiverend een niet normale prikkelingstoestand van het sympathische zenuwstelsel aanwezig is. Ter verduidelijking moet worden gezegd dat wij met deze „toestand van geprikkeldheid” bedoelen een verstoring in het sympathisch-para-sympathische evenwicht met de daaruit voortvloeiende invloeden op zuursecretie, pepsineproductie, motiliteit, peristaltiek en contractietoestand van de kringspieren van de bloedvaten in het maaggebied.

3 Abnormale spanningen in de sociale sfeer van

de patiënt door de inwerking waarvan dergelijke prikkelingstoestanden waarschijnlijk ook kunnen ontstaan.

Vatten wij nu samen tot welke ziektebeelden, waarmee de huisarts in aanraking komt, al deze gegevens kunnen leiden, dan komen wij tot een betrekkelijk beperkt aantal: het ulcuslijden, het klachtencomplex van de resectie-maag, de prikkelingstoestand van de maag (bij gastro-enteritis of bij nerveuze spanningen), de gedeeltelijk thoracaal geplaatste maag, de cascaden-maag en het carcinoomlijden.

Wij zullen nu verder onze aandacht richten op het ulcuslijden en zijn gevolgen.

Wat is dit „ulcus”? Hoe moet men hier het begrip „zweer” verstaan? De oude definitie „epitheeldefect met geringe neiging tot genezing” onthoudt zich zorgvuldig van de etiologie. Hijmans van den Bergh zegt in zijn handboek dat er „niet zelden plaatselijke of verspreide oppervlakkige ontstekingen van het slijmvlies” om het ulcus heen zijn. In de ulcuswand zitten meestal (primaire of secundaire?) ontstekingsachtige infiltraties en bindweefselvorming (Deelman).

Bij het begrip ontsteking denkt men meestal aan een bacteriële oorzaak. De lage zuurgraad van de maaginhoud maakt het leven voor de gewone microorganismen echter onmogelijk. Wel vindt men melkzuurbacteriën en gisten. Van deze zijn echter geen direct pathogene werking bekend. De gebruikelijke therapeutica voor een ontsteking, sulfapreparaten en antibiotica, zijn dan ook niet van toepassing. Bovendien kan men de vraag stellen of voor de diagnose van wat deze „maagpatiënt” heeft, het röntgenologisch aantoonbaar zijn van een ulcusachtig defect wel een *conditio sine qua non* is, of dat het ulcus-ziektebeeld het essentiële is.

De oude neurogene theorie van Von Bergmann, waarbij men als het ware door een „fout in de besturing” van het sympathische zenuwstelsel een storing in de bloedvoorziening of in de normale

prikkelingstoestand in het maaggebied zou kunnen krijgen, schijnt beter op de plaatselijke gegevens te passen. De ervaring met middelen, die de bloedvaten in het maaggebied verwijden, zou in die richting kunnen wijzen, evenals wat bekend is geworden over de persoonlijkheidsstructuur van de ulcuslijder en de mogelijke invloed hiervan op zijn kwaal. Daarnaast kan men zich afvragen waarom het ziektebeeld van het ulcus ventriculi en duodeni soms anders ligt. Kortom, de etiologie is nog steeds te onzeker om een goede basis voor therapie te vormen. Ons rest dus een symptomatische behandeling, ergo een behandeling van verschijnselen en vooral klachten. Immers, wij laten de patiënt weer los als hij zijn klachten weer kwijt is zonder er zeker van te zijn dat de ziekte, waarvan wij de oorzaak niet kennen, genezen is. Dit is geen ideale toestand, maar de praktijk is het wel.

Op welke wijze tracht de arts het ulcuslijden nu te behandelen? Wij onderscheiden verschillende categorieën middelen: dieet; bedrust; farmacotherapie; operatie; psychotherapie; sociale therapie.

Als wij ons nu afvragen wat wij met deze middelen nastreven, dan blijkt het volgende:

*Het dieet.* Hiermede kunnen wij trachten de maag in haar functie en anatomie zo min mogelijk te belasten, zodat deze minder snel met pijn en dysfunctie (de voor de patiënt waarneembare factoren) zal reageren en gelegenheid zal krijgen tot zelfgenezing. Dieet geven is dus in wezen het wegnemen van impedimenta tot zelfgenezing, een vrij passieve vorm van therapie dus.

*De bedrust.* Het doel van deze therapie is meervoudig. Men schakelt de prikkelbronnen van de werkomgeving uit. Men tracht ermee een relaxatie van de gehele persoonlijkheid te bewerkstelligen. Anderzijds brengt men de lichamelijke eisen „op een lage pit”. Het is dus weer een passieve vorm van therapie. Helaas kan het in bed stoppen van een actief en plichtsgetrouw mens, wat immers vele ulcuspatiënten zijn, op zichzelf weer een bron van spanningen vormen, terwijl men de patiënt tevens in sterkere mate aan de (niet steeds „genezende”) sfeer van zijn thuiswereld bloot stelt.

*De farmacotherapie.* Hierbij blijken ons in principe een aantal groepen van geneesmiddelen ter beschikking te staan:

Middelen, welke de reacties van de hele persoonlijkheid op prikkels uit de omgeving afdempen en spanningstoestanden verminderen. Sedantia als bijvoorbeeld de barbituraten, de brometa en de tranquillizers.

Middelen, welke speciaal de reacties van het sympathische en parasympathische zenuwstelsel van de buik zouden beïnvloeden in regulerende zin: atropine-achtige preparaten (atropine, belladonna, probanthine, Buscopan) en verder papaverine. Maar wat dit voor de ulcuslijder precies betekent, staat nog niet geheel vast. De effecten zijn, voor zover

ons bekend, zeer moeilijk meetbaar. Wel weet men, dat met atropine-achtige stoffen de secretie en de motiliteit van de maag worden verminderd. De waarde als therapeuticum wordt betwijfeld (*Lammers*).

Middelen, welke de gevolgen van te overvloedige zuurproductie neutraliseren: basische stoffen. Wij bestrijden hier niet de oorzaak, maar slechts het resultaat van een te grote of abnormale productie. Misschien bevorderen wij de zuurproductie zelfs (*Farmacotherapeutische overzichten*).

De bismuth-achtige preparaten en de gels (protectiva) leveren hiervan het supplement: zij zouden de maagwand beschermen tegen de inwerking van zuren en enzymen door de vorming van een beschermende laag. Overigens is deze werking nog nauwelijks bewezen.

Middelen, welke in het gebied van de maag een verwijding van de voedende bloedvaten bewerkstelligen en aldus een verbeterde doorbloeding van het betreffende gebied geven. De succustherapie is hiervan een voorbeeld (*Revers*). Mogelijk werkt de hormonale therapie (*Truelove, Van Alphen de Veer, v. d. Hoeven*), die in ons land weinig van zich horen doet, in dezelfde richting. Deze therapie is trouwens niet zonder bezwaren op ander gebied.

De gewone pijnbestrijdingsmiddelen (salicylverbindingen, amidopyrine en dergelijke) zijn merkwaardigerwijs ook in suppositoriumvorm om duistere redenen weinig gebruikelijk. Zij zouden weinig effect sorteren.

Al met al bieden de farmacotherapeutica ons dus een onzekere en weinig actieve wapenrusting tegen dit langdurige en zeer frekwente lijden.

*De operatie.* Met de operatieve therapie beoogt men de zieke delen van de maagwand weg te nemen en de zuursecretie minder excessief te maken. Bij deze resectie schat de chirurg dit weg te nemen deel. Een methode dus van veel hoop en weinig zekerheid. De maag moet dan tevens om technische redenen een andere uitgang krijgen, waarbij de peristaltiek zich om moet vormen. Na de operatie blijven derhalve verschillende vragen over: Is de peristaltiek zodanig geworden, dat zij geen last veroorzaakt? Is de zuursecretie nu op het juiste niveau gekomen? Hoe staat het met de pepsinevorming? Is de nuttige afsluiting van de maag nog mogelijk? Is de menging van voedsel en sappen voldoende? Is de gastritis, die bij elk ulcus aanwezig zou zijn, verdwenen? Wordt dit alles gecontroleerd en gemeten? Kunnen wij het wel controleren? Het is duidelijk, dat afgezien van de techniek de maagoperatie, gewoon als opzet, reeds een hazardeuze onderneming is.

*De psychotherapie* van het ulcuslijden en het gebruik van sedativa richt zich op aanpassing van de reacties van de persoonlijkheid aan zijn omstandigheden en tracht daarmee een ziekmakende prikkelende invloed op het maaggebied te verminderen. Omgekeerd tracht *de sociale therapie* de aanpassing

van de omstandigheden aan de mogelijkheden van de persoonlijkheid (bijvoorbeeld het wegnemen van spanningen thuis of op het werk) tot stand te brengen.

De ontwikkeling van de psychosomatische zienswijze bracht inzake de relatie tussen karakterstructuur en maagzweerlijden veel verheldering. Het is echter binnen het bestek van de normale huisartsgeneeskunde niet mogelijk iemands karakterstructuur essentieel te beïnvloeden, terwijl ook een wat dieper inzicht in de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt niet zo eenvoudig te verkrijgen is. Van de levensomstandigheden van zijn patiënt, waarin een belangrijke oorzaak van het ulcuslijden gelegen kan zijn, pleegt de huisarts echter vrij goed op de hoogte te zijn en het moet hem bij een redelijk intelligente ulcuslijder mogelijk zijn deze een eventueel verband tussen zijn omstandigheden en zijn klachten duidelijk te maken. De consequentie hiervan is tweemaal: men kan trachten, als dat mogelijk is, de spanningverwekkende elementen uit zijn omgeving, hetzij thuis, hetzij op het werk, weg te nemen, terwijl men daarnaast de instelling van de patiënt tegenover deze omstandigheden kan trachten te wijzigen. In hoeveel gevallen doet de huisarts dit echter consequent en doelbewust?

De vraag rijst bij een overzicht van deze onzekere, weinig causaal gerichte en tamelijk passieve therapie, in hoeverre wij als huisartsen een meer systematische behandeling zouden kunnen bevorderen. Dit klemt te meer als wij bedenken hoe frequent het ulcus voorkomt. Vooreerst zou een nauwkeurig gezamenlijk onderzoek van huisartsen inzake het „integrale” aanvangsbeeld van het ulcuslijden van belang zijn, aangevuld door een jarenlange observatie van het verloop. Men zou hierbij eerst nog moeten overwegen of men alleen het röntgenologisch aantoonbare ulcus of het klinische beeld van een ulcuslijden, desnoods zonder zichtbaar gemaakt ulcus (Revers) als object van het onderzoek wil nemen. Tevens zou de reactie op bepaalde geneesmiddelen, op duidelijke indicatie gegeven, moeten worden geregistreerd.

Het streven naar een betere diagnostiek van de onderdelen van het ulcuslijden (secretiepatroon, motiliteit, kramptoestanden) hoort niet tot de mogelijkheden van de huisarts. Samenwerking met de internist is hierbij onontbeerlijk. Ligt in dit alles geen basis voor onderzoek door werkgroepen van het Nederlands Huisartsen Genootschap of zelfs voor een jaaronderzoek?

Wat de directe therapie betreft zouden wij meer nadruk willen leggen, naast de psychosomatische therapie, op therapeutische maatregelen in de sociale sector. De uitlating van een man, die in zijn gezin veel ellende had over een idioot, epileptisch kindje en voor de derde maal voor een maagoperatie stond, geeft te denken: „Als dat kind uit huis is, hoeven ze mij niet te opereren”. Met andere woorden, zolang wij farmacotherapeutisch zo armoedig en chirurgisch zo onzeker zijn uitgerust is er dubbel reden om de beïnvloeding van de omgeving van de

ulcuslijder (sociale therapie) en van de houding van de zieke tegenover conflictstof uit deze omgeving (psychotherapie) ernstig ter hand te nemen. Een taak, waarvoor de huisarts een zeer geschikte positie inneemt, omdat de patiënt, diens gezin en mogelijk de sfeer van zijn werkkruis hem bekend zijn.

Ter afsluiting van deze beschouwingen zou men kunnen proberen tot een schema van ulcustherapie bij de huidige kennis van zaken te komen:

1 Opsporing en beïnvloeding van die elementen uit de omgeving van de patiënt, die beheerste spanningen bij hem oproepen.

2 Beïnvloeding van de houding van de patiënt ten opzichte van deze elementen door inzicht geven en overreding.

3 Dieetregeling bij een volwaardige voeding.

4 Waar nodig en gewenst het voorschrijven van bedrust.

5 Medicamenteuze therapie: afremming van schadelijke psychische invloeden; compensatie van overdadige zuurproductie; poging tot regulatie van de zuurproductie; opheffen van spastische toestanden in het maaggebied; pijnbestrijding; bevordering van een goede doorbloeding van het maaggebied.

6 Operatieve therapie, waar alle voorgaande maatregelen faalden. In de nabehandeling hiervan mogen de hiervoor genoemde punten echter niet als afgedaan worden beschouwd.

Vaste denkschema's als ulcuspijn + pyrosis → antacidum + dieet, en ulcus op foto → kuren op bed, dienen als een onvoldoende inspanning van de behandelend arts te worden beschouwd.

Alphen de Veer, M. R. van en J. van der Hoeven (1944) Ned. T. Geneesk. 88, 293.

Farmacotherapeutische overzichten. Antacida (1961) Ned. T. Geneesk. 105, 2281.

Lammers, W. (1961) Algemene farmacotherapie. Stafleu, Leiden.

Revers, F. E. (1952) Ned. T. Geneesk. 96, 2338.

Truelove, S. C. (1960) Brit. med. J. II, 559.

*Samenvatting.* De etiologie van het ulcus van maag en duodenum is nog te onzeker als basis voor de therapie. Ons rest dus een symptomatische behandeling en dan nog minder van de verschijnselen, dan wel van de klachten. De verschillende categorieën behandelingswijzen worden besproken, waarbij blijkt dat deze weinig actief, dubieus ten aanzien van het resultaat en soms onlogisch zijn. Er wordt daarom gepleit voor bewuste toepassing van de vaak verwaarloosde sociale therapie: de aanpassing van de omstandigheden aan de mogelijkheden van de persoonlijkheid. Er wordt een tentatief behandelingschema gegeven.

*Summary.* The etiology of the ulcer of stomach and duodenum is still too uncertain as a basis for therapy. There remains for us therefore a symptomatic treatment of the complaints.

The various categories of methods of treatment are discussed whereby it proves that these are of little use and sometimes illogical. An appeal is therefore made for a judicious use of the often neglected social therapy: the adaptation of the circumstances to the potentialities of the personality. A tentative scheme of treatment is given.