

douglasi erg pijnlijk. Zij werd met spoed ingestuurd met als diagnose extra-uteriene graviditeit. De menstruatie was twaalf dagen uitgebleven. Bij laparotomie werd de diagnose bevestigd. Patiënte kreeg drie kolven bloed en de rechter salpinx werd verwijderd. Al eerder werd in 1957 wegens extra-uteriene graviditeit-salpingectomie links verricht. Tijdens het tweede onderzoek vertelde zij dat zij dezelfde verschijnselen als in 1957 had.

De intacte extra-uteriene graviditeit geeft weinig karakteristieke verschijnselen. Door de weekheid van de weefsels zal men bij vaginaal toucher zelden een zwangere eileider kunnen vaststellen. In dit beginstadium heeft de vrouw soms koliekachtige pijnen

onder in de buik (patiënten A, B, C en E). Het is dan van belang een goede gynaecologische anamnese op te nemen en het menstruatiepatroon na te vragen. Wanneer het ei losscheurt krijgt men met een acuter beeld te maken: koliekachtige pijnen, afgewisseld met perioden zonder pijn; soms is er enig bloedverlies uit de vagina. Wanneer bij een tubaire abortus bloed in de buikholte vrij komt, kunnen er typische symptomen aanwezig zijn, zoals pijn onder in de buik en tussen de schouderbladen (frenicusprikkeling) en bij rectaal toucher cri du Douglas. Is de bloeding hevig dan kan shock ontstaan. Er valt daarbij op dat er geen *défense musculaire* is (patiënten D en F). Vooral bij een tubaruptuur kan plotseling massaal bloedverlies, gepaard

gaand met heftige buikpijn en shock optreden (patiënten D en F). Doch ook een tubaire abortus kan veel bloedverlies en shock geven.

De therapie is operatief. De zwangere tuba moet worden verwijderd, waarbij het ovarium meestal kan worden gespaard. De vruchtbaarheid wordt aanzienlijk gereduceerd. Ongeveer tien procent van deze vrouwen krijgt opnieuw een extra-uteriene graviditeit (patiënt F), ongeveer 30 procent van hen voldragen een normale intra-uteriene graviditeit en de overigen zijn al dan niet gewild steriel.

Martius, G. M. Lehrbuch der Geburtshilfe. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971.

---

## Meedelen en meedelen in de diagnose\*

DOOR W. J. MOGGRÉ, HUISARTS TE HILVERSUM

In gesprekken met ouders van gehandicapte kinderen hoort men vaak het verwijt doorklinken dat de huisarts in zulke gezinnen, om het maar zacht te zeggen, niet goed functioneert. Eenzelfde verwijt kan men ook te horen krijgen van de professionele werkers met gehandicapten, zoals de medewerkers aan de sociaal pedagogische diensten, maatschappelijk werkers, leiders in sociale werkplaatsen enzovoort.

Dit feit zal voor een groot deel wel zijn terug te brengen tot een „onbekend maakt onbemind”. Wij weten niet goed raad met de gehandicapte kinderen. Met de alleen lichamelijk gehandicapten gaat dat nog wel, die kunnen naar allerlei orgaan-specialisten worden verwezen, maar met de somatisch gezonde, doch psychisch geretardeerde kinderen weet men helemaal geen raad, en (dus?) ook niet met hun ouders.

In het algemeen gesproken weet men erg weinig over de mogelijkhe-

den voor deze kinderen; men weet nauwelijks van sociaal pedagogische diensten, van ouderverenigingen, van school-mogelijkheden, van de differentiatie binnen de opnemingsmogelijkheden.

Vanuit deze onwetendheid komt een gevoel van machteloosheid over ons en dan gaan wij zo'n probleem (of vervelende ouders, zoals wij dan zeggen) óf agressief te lijf om onze eigen onzekerheid te verbergen, wat op zijn beurt weer spanningen bij de tegenpartij oproept, óf wij gaan met een wijde boog om het gehele probleem heen. Het resultaat is in beide gevallen hetzelfde: de ouders voelen zich door de huisarts in de steek gelaten.

Min of meer toevallig ben ik in de loop der jaren wat nauwer betrokken geraakt bij het werk voor deze kinderen. Het multidisciplinaire werk ten bate van deze gehandicapten met maatschappelijk werkers, met sociaal pedagogen, met instellingen, zoals dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen opent geheel nieuwe perspectieven.

Het hiernavolgende, een inleiding op een gespreksavond met ouders van geestelijk gehandicapte kinderen, „Philadelphia-kring”, getiteld: „Hoe vertel ik het de ouders?”, is hieruit voortgekomen. Men dient bij het lezen hiermee wel degelijk rekening te houden.

Het betreft dus de vraag hoe ik als huisarts — of zo u wilt gezinsarts in navolging van het Engelse „family doctor” — handel als in een gezin een gehandicapt kind is geboren. Onder gehandicapt worden niet alleen geestelijke defecten, maar ook lichamelijke afwijkingen begrepen, soms zelfs moet je vertellen van afwijkingen die, zoals wij dat noemen, niet met het leven verenigbaar zijn.

Ik ben van mening dat in al deze gevallen onze handelwijze vergelijkbaar moet zijn. Vergelijkbaar niet in die zin, dat wij overal precies eender zullen handelen, integendeel, van gezin tot gezin, van ouder tot ouder, verschillend, dus uiterst individueel, maar toch ook met een vergelijkbaar grondpatroon dat naar mijn mening

\* Deze titel is ontleend aan een artikel van Prof. Dr. G. M. H. Veeneklaas.

goed wordt geformuleerd in de titel boven deze inleiding.

Uiteraard moet men wat schematiseren en ik zou de volgende drie mogelijkheden willen noemen en vervolgens over elk iets willen vertellen:

- 1 Ouders en arts zien gelijktijdig direct na de geboorte de afwijking. Dat is dan meestal een uitwendig zichtbare afwijking, bijvoorbeeld een „open rug” of een „mongooltje”.
- 2 De tweede mogelijkheid is dat de ouders na de geboorte de afwijking niet zien en de arts wel. Hoe dan te handelen?
- 3 Ouders en arts ontdekken het gestoord zijn pas later, bijvoorbeeld na verloop van enige maanden. Dat kan een tekortkoming van de arts zijn, het kan ook dat de stoornis pas in de loop van de eerste levensmaanden (zoals een hartgebrek) of na jaren (zoals doofheid) merkbaar wordt.

In het eerste geval is de directe reactie van alle omstanders verslagenheid, radeloosheid, zeker van hen die gevoelsmatig het dichtst bij de pasgeborene staan. Onze hulp kan dan alleen bestaan uit het hebben van respect voor dit verdriet, pogen steun te geven waar dat maar kan, moeder en kind met de grootst mogelijke zorg te omringen en ook de andere leden van het gezin in deze zorg te betrekken. Daarnaast dient men zichzelf te oriënteren over de mogelijkheden die er voor dit kind met deze stoornis (welke dan ook) zijn. De ouders adviseren bij alle vragen die zij maar kunnen bedenken over mogelijkheden en perspectieven die er zijn, verwijzen naar instellingen en instanties die de ouders kunnen helpen in en bij de opvoeding van dit kind, zoals de ouderverenigingen, de sociaal pedagogische diensten enzovoort.

Niettemin zijn de eerste reacties de moeilijkste, de schrik, de paniek, de ontkenning, de verbijstering, alles door elkander. Dat vraagt van de arts waarachtig belangstelling, echt meeleven, niet geveinsd, niet mee-

warig doen, maar actieve, daadwerkelijke hulp. Deskundige adviezen, tijdens frequente en regelmatige bezoeken verleend, zijn veel belangrijker dan beklagen en jere miëren. Het met zoveel mogelijk kennis van zaken antwoord geven op vragen van ouders en omgeving. Niet: die vragen ontwijken of — nog erger — met een wijde boog om het hele gezin en het probleem heenlopen is onze taak en opdracht.

Nu iets over de tweede mogelijkheid, waarbij de ouders niet weten dat hun kind gestoord is en de arts wel. Het is dan vaak een tasten en zoeken, wanneer wel en wanneer niet wordt gezegd hoe de zaak er in werkelijkheid voor staat. Een situatie, te vergelijken met het spreken met een ongeneeslijk zieke over zijn kwaal, waarop ik straks nog terugkom. Aan de hand van eigen ervaring hierover, het volgende ter toelichting.

Enkele jaren geleden werd in een gezin een „nakomertje” geboren. Zoals vaker gebeurt, was het een zogenaamd „mongooltje”, een ieder welbekend wat hiermee wordt bedoeld. Daarbij had het kind een ernstig aangeboren hartgebrek; het groeide slecht en „tierde” niet. Toen het een maand of drie was geworden, belde de kinderarts van het zuigelingenconsultatiebureau mij met de vraag: „Het gaat niet goed met het kind, maar de ouders hebben het (nog) niet door”. „Moeten zij nu maar „voor de bijl?”, zoals hij letterlijk zei. Ik heb hem gezegd: „Goed, ik ga er wel heen en zal het wel vertellen”. In het gesprek met de moeder heb ik erop gewezen dat het kind toch eigenlijk niet „tierde”, of zijzelf wel eens iets had gemerkt, enzovoort. En och, hoe loopt zo’n gesprek dan, uiteindelijk heb je dan toch alles wel gezegd, tastenderwijze, voor je eigen gevoel zo voorzichtig mogelijk (en misschien toch nog verkeerd, wie zal het weten?) Aan het einde van het gesprek heb ik de moeder gezegd: „Praat er nu eerst maar eens met uw man over, volgende week kom ik terug, is er eerder iets, u kunt te allen tijde bellen, dat weet u”. Na één

week ben ik teruggegaan; er is een heel goed en heel plezierig contact beleven tot het kind, nog geen jaar oud, tenslotte aan zijn hartgebrek is gestorven.

Ik vertel dit verhaal niet om te tonen hoe goed wij het doen, maar wel om u iets te laten voelen van de moeilijkheden, die ook voor ons in zulke situaties bestaan. Bij ieder ouderpaar zal men anders handelen; men kan alleen maar aanvoelen wat men (nu) wel en (nu) niet kan zeggen. De hulp die men biedt kan heel verschillend zijn, evenals de hulp die wordt gevraagd.

Tenslotte, wanneer pas in de loop van het leven duidelijk wordt dat er een stoornis is, bijvoorbeeld een aangeboren hartgebrek dat vaak pas na drie tot vier maanden goed is te horen, of doofheid die nog later blijkt, dan ook zal men zoekend en tastend de ouders proberen in te lichten, antwoord te geven op hun vragen en samen op zoek te gaan naar wat voor dit kind in deze situatie het beste is, welke mogelijkheden er in onze huidige maatschappij zijn.

Nu een en ander is gezegd over de taak van de huisarts is het wellicht nuttig ook iets over de ouders te zeggen. Hoe wordt bij hen de problematiek, het verdriet opgevangen, verwerkt en uiteindelijk in positieve zin aanvaard?

Ik dacht dat de situatie is te vergelijken met een andere, trieste omstandigheid, namelijk als wij iemand met een ongeneeslijke kwaal hebben in te lichten over de afloop van zijn ziekte, of, anderszins bij plotselinge sterfgevallen, waar men eenzelfde soort verdrietreactie ziet. Deze reacties zijn de laatste jaren uitvoerig bestudeerd en het blijkt dat een aantal „fasen of stadia” van verdriet is te onderkennen.

Ten eerste de zogenaamde ontkenningsfase: „Nee, het kan niet waar zijn”, zeggen wij dan en iedereen kent wel voorbeelden in eigen omgeving waar soms allen weten wat er met de patiënt aan de hand is, behalve de zieke zelf. Het volgende stadium is

dat van de opstandigheid, waarin de verwijten komen in de zin van: „Hadden zij dat niet kunnen voorkómen”. „Hadden zij maar zus of zo gedaan”. Die „zij” kunnen de artsen zijn, maar ook allerlei anderen, bijvoorbeeld de baas, de collega’s, enzovoort. Het is goed zich te realiseren, dat meestal niemand of niets er iets aan kan doen of zou hebben kunnen doen. Iets dergelijks ziet men ook bij een plotseling sterfgeval. Eerst: „Het kan niet waar zijn, oh, zeg dat het niet waar is”, en dan is het helaas maar al te waar. Dan komen de opstandigheid, de verwijten, vaak ook zelfverwijt in de geest van: „Had ik maar niet dit of dat gezegd of gedaan”, soms ook aan anderen gericht.

Niettemin moet men, als men hierbij niet rechtstreeks is betrokken, beseffen hoe onterecht, hoe onwaar dit (zelf)verwijt is. Men kan de mensen vaak veel beter helpen als men weet dat dit eigenlijk een normale reactie is: men gaat er niet heftig tegenin, in-

tegendeel, men laat de leeddragenden dan geworden, zoals dat wel wordt genoemd.

Kijken wij nu wat er gebeurt bij de geboorte van een gehandicapt kind, dan krijgt men eveneens deze stadia van: „Het kan niet waar zijn, neen, het is niet waar”, tot de verwijten, de agressie: „Waarom moet ons, waarom moet mij dat gebeuren?” Het zelfverwijt, maar ook hier vaak het verwijt aan de anderen in de geest van: „Hadden ze dat nu niet kunnen voorkómen?”

Als wij nu maar niet op de loop gaan voor deze verwijten, maar juist dan vol begrip bij en naast deze verdriet- en moeite-dragende medemensen blijven staan, juist dan kunnen wij ze straks ook helpen als zij in de volgende fase komen, die van de aanvaarding, sterker nog, wij kunnen deze mensen juist dan, en nogmaals: niet meewarig, niet zielig doend, maar welbewust, met kennis van zaken en daarom vol liefde en begrip begeleiden tot deze aanvaarding, die

van de positieve opbouw van een nieuwe fase in gezin en leven.

Wij noemen dit bij de ongeneeslijk zieke mens de „begeleiding van sterwenden”, een moeilijk, maar dankbaar werk. Zo zou men dit in een gezin waar een gehandicapt kind is geboren, „begeleiding bij het opgroeien vanaf de wieg” kunnen noemen.

En als je de mensen ziet als zij bewust dit kind hebben aanvaard, hoeveel rijker, hoeveel wijzer hun leven is geworden, dan wanneer zij in de ontkenningfase of in die van de opstandigheid blijven steken, dan weet en begrijpt men ook iets van het feit dat het hebben van een gehandicapt kind bijzonder levensverrijkend kan zijn, hoe triest overigens het feit van het gehandicapt zijn ook is. Want, ook al is het verdriet aanvaard en is het tot een stimulans geworden in een gezin, het verdriet blijft er echt verdriet om, maar dan op een ander, beter niveau.

## Gonorroe bij de vrouw

DOOR E. W. LOENDERSLOOT\* en W. J. M. W. PADMOS, ARTS

Gonorroe neemt over de gehele wereld schrikbarend toe. Nog slechts 25 jaar geleden meende men, dat de gonokok — „de voor penicilline meest gevoelige bacterie” — tot verdwijnen was gedoemd. Nu echter zijn er jaarlijks in de Verenigde Staten en in Engeland al meer patiënten dan tijdens de piek kort na de tweede Wereldoorlog. In Nederland wordt het jaarlijks aantal nieuwe patiënten geschat op twee per duizend inwoners, verdeeld over alle lagen van de bevolking. In tegenstelling tot lues zijn de patiënten in overgrote meerderheid jonger dan dertig jaar.

In de Vrouwenkliniek van het Wilhelmina Gasthuis werd in 1973 bij 108 patiënten gonorroe vastge-

steld. De leeftijd varieerde van 17 tot 70 (!) jaar; slechts twaalf patiënten waren ouder dan 30 jaar. Overige bijzonderheden bij deze patiënten waren:

- Gonorroe in de anamnese: 27.
- Bezoekers polikliniek verloskunde: 14.
- Vooronderzoek bij aanvraag zwangerschapsonderbreking: 5.
- Salpingitis: 23.
- Bartholionitis acuta: 4.
- „Anamnestic” sterk afwijkende portio-cytologie of carcinoma in situ: 10.
- Tevens trichomonas infectie: 27.
- Tevens positieve lues-serologie: 3.

Opvallend was met name het grote aantal bezoeksters van de polikliniek verloskunde, waar onderzoek op

**Samenvatting.** Gonorroe neemt in de laatste jaren vooral onder jeugdige personen in zeer sterke mate toe. De gevoeligheid voor penicilline en verschillende andere antibiotica is duidelijk afgenomen; in ons land vormen de weinig gevoelige stammen overigens nog geen groot probleem. Bij de vrouw verloopt de infectie meestal asymptomatisch; deze asymptomatische vrouwelijke patiënten vormen tevens het reservoir waaruit steeds nieuwe gevallen voortkomen.

De diagnose bij de vrouw moet bij voorkeur worden gesteld — en het resultaat van de behandeling zeker worden gecontroleerd — door middel van een grampreparaat en kweek van cervixlijm en rectumsecrēt. De beste behandeling is Bicilline 4,8 miljoen eenheden intramusculair, een half uur voorafgegaan door het innemen van twee tabletten Benemid. Bij penicilline-overgevoeligheid is het alternatief Delspectin 3 gram intramusculair of bij zwangeren Erythrocine totaal 9 gram per os.

\* Destijds arts-assistent Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam; thans Elisabeth Gasthuis te Haarlem.