

standdelen. In het mengsel dat 's avonds ingenomen moet worden, werden o.a. gevonden: hyperici herba, lavendulae flos, rosmarini folium, salviae folium, millefolii herba, asperulae herba, valerianae radix, rutae herba en liquiritiae radix.

32. Zalf tegen hoesten en bronchitis (kwakzalver DE V. te Z.). In deze zalf konden reuzel en menthol worden aangetoond. De hoeveelheid menthol bedroeg 0,25 pct.

33. Zalf tegen acne vulgaris (Rusland). In de geelgekleurde zalf konden worden aangetoond: chlooramfenicol, sulfadimidine, geel kwikoxide, aardappelzetmeel en volvet.

34. Capsule, gebruikt als abortivum (parfumeriezaak in A.). De inhoud bleek te bestaan uit paraffine en zeer weinig oleum menthae. De groene kleur van de vloeistof werd door een blauwe en gele kleurstof veroorzaakt.

35*. Penicilline-vrije uierzalf (herkomst onbekend). Penicilline kon niet worden aangetoond. De zalf bevatte jodium en diaminodifenylsulfon. Op grond van het onderzoek is niet met zekerheid te zeggen of geïodeerd diaminodifenylsulfon dan wel een mengsel van jodium en diaminodifenylsulfon aanwezig is.

36*. Ormix B (firma G. te V.); zou diarree en infectieziekten genezen. In Ormix B konden worden aangetoond: calcium, natrium, ijzer, fosfaat en carbonaat in de vorm van zouten. De hoeveelheid fosfaat en ijzer bleken gering te zijn. Het asgehalte bedroeg 38,8 pct. Bovendien was haematoxyli lignum aanwezig.

37*. Hosto-Curatief (firma Van G. te V.). Ter bestrijding van hoest bij varkens. Aangetoond konden worden: calcium, ammonium, ijzer, natrium, fosfaat en chloride in de vorm van zouten. De hoeveelheden ijzer en natrium bleken gering te zijn. Het asgehalte bedroeg 9,2 pct. Microscopisch werd zetmeel aangetoond. Verder waren een verzeepbaar vet en zeer waarschijnlijk thymol aanwezig.

38. Kruiden ter vermagering nr. 81 (H.H. te Z.). Aange-toond konden worden: rhamnis frangulae cortex, fucus vesiculosus, urticae herba, melissae folium. De overige bestanddelen konden in verband met de fijnheid van het poeder niet worden geïdentificeerd.

39/40. Middel tegen reuma (kwakzalver H. te 's-G.). Inge-zonden werden een vloeistof en een poeder. De vloeistof bleek een vluchtige olie te zijn, waarvan de gevonden eigenschappen wijzen op oleum pini silvestris. Het poeder bleek uit fijngewreven zaden van *Trigonella foenum graecum* te bestaan.

41/42. Maagcachtten en maagpoeder, waarvan de herkomst onbekend was, werden onderzocht. In de cachtten werden methylfenobarbital, papaverinehydrochloride, benzocaïne en bismutsubgallaat aangetoond. Het poeder bleek basisch bismutcarbonaat, calciumcarbonaat en natrium-waterstofcarbonaat te bevatten.

C. DIVERSEN

43. Fermodyl (Tonkens Handelsonderneming, Wasse-naar). Het ingezonden preparaat, dat door kappers wordt gebruikt, werd op verzoek op aanwezigheid van penicilline onderzocht. Penicilline kon niet worden aangetoond.

44. Malava (Malava, Brussel). Dit produkt is een nagel-verharder en volgens de inzender zou het gebruik dermatitis hebben veroorzaakt. De ingezonden vloeistof bleek formaldehyde te bevatten. In het monster werd 11,3 pct formaldehyde gevonden.

45. Wella haarcrème. Aangezien een gebruiker van dit preparaat symptomen had gekregen die mogelijk aan een

oestrogene stof waren toe te schrijven, werd verzocht een onderzoek naar de aanwezigheid van oestrogene stoffen in te stellen. In de haarcrème konden geen oestrogene stoffen worden aangetoond.

Mei 1967

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

AL DAN NIET „VENERISCHE” GESLACHTS-ZIEKTEN

Bij lezing van het caput selectum van Prof. Dr. E. H. HERMANS (1967) stuitte ik onwillekeurig op de vermelding in de 3e alinea van de huiverigheid der toonaangevende deskundigen, die zich reeds in 1954 met de „classificatie” van die urethritis bezighielden (symposium te Monaco, gehouden in samenwerking met de Union internationale contre le péril vénérien), om daarop het etiket „geslachts-ziekte” te plaatsen — „met” (zoals Prof. HERMANS letterlijk schrijft) „de daaraan verbonden morele consequenties”.

Prof. HERMANS vermeldt helaas niet hoe het tenslotte — wij leven nu 13 jaar later en nog wel in een tijd waarin morele consequenties van etikettering een soms geleidelijke, vaak echter een snelle daling tonen — met die etikettering is afgelopen. Wellicht wil hij dat alsnog doen?

Dat ik er prijs op stel kennis te nemen van die afloop, houdt verband met het feit, dat genoemde etikettering behalve morele ook, en nog wel zeer belangrijke, sociaal-economische consequenties kan hebben.

Tot die „sociaal-economische consequenties” reken ik het feit, waarmee ik als verzekeringsgeneeskundige nu en dan in aanraking kom, dat in sommige arbeidsongeschiktheids-(invaliditeits-) en ziektekosten-verzekeringsovereenkomsten een uitsluiting van aanspraken voorkomt indien arbeidsongeschiktheid (invaliditeit), resp. opnemings- en behandeling in een inrichting ontstaan, bevorderd of verergerd is door „venerische ziekte” (soms staat er ook „geslachtsziekte”). Aan de morele verwijtbaarheid worden op die manier economische sancties verbonden. Wie lang zoekt naar de rechtsgrond daarvoor — dit is een interessant aspect ook voor niet-juristen — komt vroeg of laat zeker uit bij de eis van art. 1356 van ons *Burgerlijk wetboek*, dat voor de „bestaanbaarheid” van een overeenkomst o.a. „eene geoorloofde oorzaak wordt vereist”, en wie weten wil, wat eigenlijk een al dan niet „geoorloofde” oorzaak is, vindt het antwoord in beginsel in artikel 1373 van hetzelfde wetboek, waarin verstaan wordt, dat een oorzaak ongeoorloofd is, „wanneer dezelve bij de wet verboden is, of wanneer dezelve strijdig is met de goede zeden of met de openbare orde”.

Zelfs de Nederlandse sociale-verzekeringswetgever heeft lang op dezelfde grond — of als men wil tegen dezelfde achtergrond — bezwaren gehad tegen dekking van het risico dat aan onzedelijk leven in de oude, gebruikelijke zin van het woord verbonden was: artikel 44 van de ziekwet kende aan de bedrijfsvereniging de bevoegdheid toe, ziekengeld geheel of ten dele te weigeren:

„c. indien de ongeschiktheid tot werken wegens ziekte in verband staat met enige als misdrijf strafbaar gestelde gedraging van de verzekerde of indien hij een bekend onzedelijk gedrag leidt, indien de ziekte is veroorzaakt door zijn onzedelijkheid”*

*Van deze bevoegdheid is op ruime schaal gebruik gemaakt bij ongeval als gevolg van rijden onder invloed van alcohol en een enkele keer bij arbeidsongeschiktheid door abortus provocatus.

Deze clausule is pas met ingang van 1 juli 1967 uit de ziekwet verdwenen, tegelijk met de befaamde, op soortgelijke overwegingen gegronde uitsluiting van arbeidsongeschiktheid als gevolg van uit eigen beweging deelnemen aan een vecht- of kloppartij. Daarentegen is blijven staan de uit artikel 42 der ziekwet naar artikel 44 overgebrachte (en in artikel 28 van de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering terug te vinden) uitsluiting van aanspraken bij arbeidsongeschiktheid, die door de verzekerde opzettelijk is veroorzaakt. Zelfde uitgangspunt: zich verzekeren tegen de gevolgen van opzet is in strijd met de goede zeden!*

Eén van de overigens voor de hand liggende redenen waarom de uitsluiting „venerische ziekten” (resp. „geslachtsziekten”) uit vele verzekeringsovereenkomsten van bedoelde aard is verdwenen, is (behalve kentering in zedelijkheidsopvattingen) de overweging, dat — indien men (morele) verwijtbaarheid als enige rechtsgrond voor het ontnemen van verzekeringsaanspraken aanvaardt — dat beroep op de uitsluiting alleen rechtmatig is in geval aannemelijk kan worden gemaakt, dat de verzekerde zich willens en wetens aan de besmetting heeft blootgesteld.

Maar laat ik liever het woord „rechtmatig” door „gerechtvaardigd” vervangen. Met andere woorden: moet men juist met het oog op de „morele consequenties”, waarop Prof. HERMANS terecht doelt, het etiket „geslachtsziekte” resp. „venerische ziekten” niet beperken tot de gevallen waarin aan de patiënt het acquireren van de besmetting kan worden verweten?

Anders geformuleerd: aanvaarden de „venereologen” wel de consequentie van hun verklaarbare morele huivering tegen het voorzien van bepaalde patiënten van een „odieuus” etiket, dat voor hen — ingevolge aan dat etiket verbonden „morele en sociaal-economisch nadelige consequenties” — eigenlijk niet langer (moreel) gerechtvaardigd, noch uit een oogpunt van medische ethiek verantwoord is (aan het „*primum non nocere*” behoef ik in dit verband nauwelijks te herinneren)?

Zo kom ik tot de volgende formulering van de vraag, waartoe de desbetreffende, tot de etikettering van de urethritis non-gonorrhoea beperkte, signalering van de morele etiketteringsbezwaren (huivering) door Prof. HERMANS mij aanleiding gaf: Openbaart zich in de venereologische handboeken en literatuur met betrekking tot classificatie en etikettering, met betrekking ook tot de begripsomschrijving, een ev. toenemende neiging om, met name ter vermijding van het odium, boven voldoende nader aangeduid, het gebruik van de bedoelde etiketten te reserveren voor gevallen van verwijtbaarheid? Of nog liever om deze etiketten als niet meer van deze tijd, niet meer gerechtvaardigd en niet meer verantwoord op te ruimen, af te schaffen!?

Dat zou niet „zonder precedent” zijn. Op psychiatrisch gebied heeft men een soortgelijke ontwikkeling meegemaakt. Ondanks de verouderde krankzinnigenwet (van 1884!) met zijn krankzinnigengestichten, hebben de termen „krankzinnigheid” en „krankzinnigengesticht” het veld geruimd en zijn ze vervangen door aanduidingen, die meer in overeenstemming zijn met onze moderne opvattingen omtrent de geestelijke volksgezondheid. Op papier althans is de tijd van de „pest- en dolhuysen” toch wel voorbij?

Natuurlijk besef ik — ofschoon ook hierbij belangen van de lichamelijke en geestelijke volksgezondheid nauw betrok-

ken zijn* — dat de verhoudingen hier in zoverre anders liggen, dat

a. Bij de geesteszieke het odium van krankzinnigheid de gestoordheid (en soms de gevaarlijkheid voor zijn omgeving) van de patiënt zelf betreft, terwijl dat odium geen „moreel karakter” meer draagt. In theorie verbranden wij anno 1967 geen „heksen” meer!

b. Bij de geslachtszieken in verband met hun besmettelijkheid een dubbel odium bestaat in de zin van enerzijds door onzedelijkheid verkregen en anderzijds vanwege besmettelijkheid gevaarlijk voor anderen.

c. Op de keper beschouwd uit een oogpunt van verwijtbaarheid de lijdens uiteenvallen in 3 groepen:

1. degenen die op verwijtbare wijze de besmetting acquirerden, die ik gemakshalve als de „schuldigen” (een beter woord heb ik niet kunnen vinden of het moest zijn de „culpabiles”) wil aanduiden;

2. degenen — veelal tot hun gezin behorenden — die door vertegenwoordigers van de eerste groep besmet zijn, die ik gemakshalve de „(onschuldige) slachtoffers” zou willen noemen;

3. een rest-groep, waarvan de besmettingsbron duister blijft (*casus obscurae*).

Voorzover verwijtbaarheid ontbreekt, leidt gelijkshakeling als gevolg van etikettering tot zó ernstige maatschappelijke gevolgen, dat die etikettering moeilijk meer in overeenstemming te brengen is met de zorgvuldigheid, die in het maatschappelijk verkeer richtsnoer voor doen en laten tegenover onze medemens en geacht moet worden.

d. Uit een oogpunt van wijze van besmetting, resp. lokalisatie van besmetting, verschillen bestaan bij de onder c aangeduide groepen 1, 2 en 3, die de bezwaren tegen uniforme etikettering nog vergroten.

e. Bij lues de secundaire, tertiaire en paraluëtische verwickelingen met lokalisatiemogelijkheden in alle denkbare organen en orgaanstelsels ziektebeelden oproepen, waarbij niet alleen bij groep c 2, maar zeker ook bij groep c 3 noch het etiket „geslachtsziekte”, noch het etiket „venerische ziekte” adequaat is, althans zeker niet, voor zover het aanbrengen van dat etiket voor de aldus geclassificeerden ont-neming van sociale of particuliere verzekeringsaanspraken ten gevolge heeft. Kan en mag men — gezien het onbetwistbaar bestaan van extra-genitale besmettingsmogelijkheden zonder verwijtbaar karakter (*syphilis vaccinalis*, *syphilis oeconomica*, *syphilis technica***), van idem genitale (*syphilis maritalis*, *syphilis insontium***), van infectie zonder aanwijsbare porte d'entrée (*syphilis d'emblee****) — de *syphilis venerealis* en *non-venerealis*** wel over één kam scheren?

f. De lues congenita uit etiketteringsoogpunt wel het summum van absurdheid is, als men de desbetreffende patiëntjes zou willen aanduiden als lijdens aan geslachtsziekte of venerische ziekte, of zou willen volhouden, dat hun ziekte „ontstaan, bevorderd of verergerd is door venerische ziekte”.

Indien Prof. HERMANS, nu hij eenmaal het etiketteringsprobleem aan de orde stelde in verband met de morele consequenties, bereid zou zijn, mijn te dien aanzien in iets breder verband gestelde vragen te beantwoorden, zou hij mij als „verzekeringsgeneeskundige” bijzonder verplichten.

Literatuur: HERMANS, E. H. (1907) Niet-gonorrhoeïsche urethritis. *Ned. T. Geneesk.* III, 1083.

Knegsel (post Steensel), 10 juli 1967

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

*Niet zonder reden heeft de „Nederlandse Vereniging tot bestrijding van geslachtsziekten” haar naam veranderd in „Nederlandse vereniging voor geestelijke volksgezondheid”.

**Al deze termen ontleen ik aan de bekende GOULDS Medical Dictionary; in PINKHOFS Geneeskundig woordenboek vond ik nog de „s. non meritée”.

*In sommige pensioenwetten komt nog een uitsluiting voor, die in dezelfde zin wordt geïnterpreteerd, nl. „door eigen toedoen”, een clausule, die ook bij geslachtsziekte zelden gemakkelijk hanteerbaar is.

Het spreekt wel vanzelf dat ik met veel belangstelling het ingezonden stuk van collega SCHUURMANS STEKHOVEN heb gelezen, en ik wil er graag iets op antwoorden, al voel ik mij niet al te vast in mijn schoenen staan, als ik een inzender moet beantwoorden, die behalve arts ook advocaat en procureur en verzekeringsgeneeskunde is.

Laat ik dan maar beginnen met erop te wijzen dat de meerderheid der specialistische auteurs de „niet-gonorrhoeïsche urethritis” tot de geslachtsziekten rekent en daarbij voornamelijk denkt aan de mogelijke klinische consequenties (infecties van anderen, ook soms van andere organen dan de geslachtsorganen) en aan de voordelen van het opnemen van de niet-gonorrhoeïsche urethritis in een bestrijdingsstelsel, waarin aandacht wordt besteed aan het opsporen van de besmettingsbron en mogelijk al besmette contactpersonen. De arts kan bij de niet-gonorrhoeïsche urethritis in die geest handelen zonder dat dit onaangename consequenties voor de patiënt behoeft te hebben. Immers bij het gesprek tussen arts en patiënt zijn al de *modus infectiosus* en de verdere seksuele verhoudingen naar voren gekomen, en het is dan niet zo moeilijk, het noodzakelijke epidemiologische te doen, zonder de nadruk te leggen op de begrippen geslachtsziekten of venerische ziekten. Persoonlijk gebruik ik het woord venerische ziekten nooit, maar ik zie niet in waarom wij het voor onze samenleving zeer duidelijke en zeer juiste begrip geslachtsziekten zouden laten vervallen. Wel moeten wij constateren dat onze opvatting over geslachtsziekten niet meer opgaat, als wij wat verder kijken dan onze westerse wereld. Wij weten immers dat bij exotische syfilis, framboesia en pian het geslachtsverkeer praktisch gesproken geen betekenis heeft en dat dan ook de Wereldgezondheidsorganisatie, die in het begin een sectie had voor geslachtsziekten, deze nu noemt: „venereal diseases and treponematoses”.

Een andere naam verzinnen voor de term geslachtsziekten, zoals wij die hier zien, is zinloos en betekent alleen een verschuiving van de moeilijkheden, daar toch al heel gauw bekend wordt wat met die tweede naam wordt bedoeld. Wij hebben dat o.a. bij lepra gezien, toen wij dachten een voorzichtige dekking te vinden achter de naam *morbus Hansen*.

Wat nu de wettelijke consequenties betreft: zodra wij ons gaan bezighouden met omschrijvingen als „indien de ziekte is veroorzaakt door zijn onzedelijkheid” of „indien hij een bekend onzedelijk gedrag leidt” of „degenen die op verwijtbare wijze de besmetting acquireerden”, zijn wij m.i. fout. Ik herinner mij, dat ik een aantal jaren geleden in een stad in het oosten des lands op grond van het feit dat daar een endemie van lues was uitgebroken, een voordracht hield voor de notabelen van die plaats, en dat bij de discussie, die overigens heel prettig verliep, een dominee aan het woord kwam, die opmerkte, dat hij in mijn betoog, hetgeen hij zeer had gewaardeerd, toch datgene had gemist, dat voor hem het voornaamste was, namelijk de zonde. Ik heb daarop geantwoord dat alles goed ging als iedereen zich aan zijn eigen terrein hield: wij artsen aan treponemen en gonokokken en de dominee aan zonde, maar dat de boel fout moest lopen als wij deze begrippen door elkaar gingen gooien.

Persoonlijk acht ik het bij iedere vorm van ziekte onjuist, na te gaan of er enigerlei vorm van schuld is. Ik zou misschien een uitzondering willen maken voor iemand die willens en wetens een geslachtsziekte oploopt. Ik heb dat vroeger in Nederlands Indië wel meegemaakt als koloniale de kampong ingingen met de bedoeling iets op te lopen om op die manier zich aan een zware oefening te kunnen onttrekken, maar dergelijke dingen blijven hoge uitzondering. En wij hebben dan waarschijnlijk nog te maken met individuen die op een dergelijk geestelijk laag milieu zijn aange-

land, dat men toch weer anders over hun daden moet gaan denken. In het algemeen gesproken kan men zeggen, dat niemand graag een geslachtsziekte oploopt, en dat een dergelijke infectie afhangt van zoveel factoren — die zeer zeker ook de betrokken leek niet overzien en begrijpen kan — dat het volkomen fout is, van schuld te gaan praten. Wil men ook iemand die een paratyfusinfectie oploopt in een zaakje, dat er niet al te hygiënisch uitziet en waarvan achteraf ook blijkt, dat het een grote smerboel was, schuldig verklaren en medisch en economisch anders behandelen?

Voor ons artsen is een ziekte een ziekte en wij moeten onze patiënten behandelen op de beste manier, geheel onafhankelijk van de vraag hoe die ziekte verworven is. En als de wetgever geen eenzijdige, onvoldoende geïnformeerde, met oogkleppen werkende moralist is, moet hij hetzelfde standpunt volgen. Doet hij het niet, dan ontketent hij veel ellende, veroorzaakt hij heel veel moeilijkheden in huwelijken en gezinnen door het gaan uitpluizen van de schuld en bereikt hij alleen, dat met geslachtsziekte besmette personen, bang voor de daaraan verbonden consequenties, zich niet onder behandeling stellen en een gevaar blijven vormen, niet alleen voor zichzelf maar ook voor de maatschappij.

Ook gezien de financiële consequenties is het niet nodig, het schuldbegrip bij ziekteverzorging, overheidsbepalingen of verzekeringen te blijven handhaven. De geslachtsziekten immers kunnen thans in zo korte tijd en met zo weinig financiële consequenties worden behandeld en genezen, dat ook deze financiële offers voor de mogelijk economisch denkende moralist geen bezwaar behoeven op te leveren. Integendeel: stelt de patiënt zich niet tijdig onder behandeling, dan dreigen er in de toekomst veel ernstiger economische consequenties.

Rotterdam, 1 augustus 1967

E. H. HERMANS

PSYCHOPHARMACA

Indien de veronderstelling van collega VISMANS (1967) juist is, dat de door mij beschreven gevallen van agranulocytose niet aan levomepromazine alleen te wijten zijn, maar aan de gezamenlijke bloedbeschadigende werking van levomepromazine en van andere stoffen (sulfadimethoxine, barbituraten, imipramine) — nagegaan zou dit kunnen worden door herhaling van de toediening van levomepromazine al dan niet in combinatie met deze stoffen, hetgeen uiteraard een ongeoorloofd risico inhoudt — zou dit de gevaarlijkheid van levomepromazine slechts weinig geringer maken, en de samenstellers van tabellarische overzichten van bijwerkingen zouden het medicament toch onder de hematotoxische stoffen moeten rangschikken. In de praktijk worden de psychopharmaca immers — naar ik kort geleden in een voordracht voor de Vereniging van Psychiaters in Dienstverband (1967) heb geïllustreerd — in de meerderheid der gevallen gecombineerd toegediend met andere medicamenten zoals sedativa, antidepressiva, antiparkinsonmiddelen en de voor de behandeling van somatische aandoeningen noodzakelijke medicamenten.

Literatuur: VISMANS, J. B. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1305. — GAULHOFER, W. K. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1145; (1967) *Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van psychiaters in dienstverband* **9**, 115.

Santpoort, 4 augustus 1967

W. K. GAULHOFER

OVERGEVOELIGHEID VOOR CHROOM-VERBINDINGEN

Het artikel van Prof. JANSEN en Dr. BERRENS over de overgevoeligheid voor chroomverbindingen heeft grotendeels betrekking op de verschillen die er bestaan tussen het drie-waardige en het zes-waardige chroom.