

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-gonorroïsche 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-gonorroïsche 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-gonorroïsche 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 driewaardige en het zeswaardige chroom.